

Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen im Fokus der Europäischen Kommission

Im Zuge der Verhandlungen über die Dienstleistungsrichtlinie 2006/123/EG wurden die Gesundheitsdienstleistungen aufgrund einer gemeinsamen Entscheidung des Europäischen Parlaments und des Rates aus dem Anwendungsbereich herausgenommen. Die am 12. Dezember 2006 verabschiedete Richtlinie ist daher für Gesundheitsdienstleistungen nicht relevant. Das Europäische Parlament und der Rat forderten jedoch die Kommission auf, spezifische Vorschläge für die grenzüberschreitende Dienstleistungserbringung im Gesundheitsbereich zu erarbeiten.

Daher leitete die Europäische Kommission schon vor Verabschiedung der Dienstleistungsrichtlinie am 26. September 2006 eine Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen ein. Die Kommission bezweckte mit dieser Konsultation, herauszufinden, welche Themen Gegenstand von Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen sein sollten und welche Instrumente für die verschiedenen Themen geeignet sein könnten. An dieser bis Ende Januar 2007 angelegten Konsultation durften sich neben den Regierungen der einzelnen Mitgliedstaaten auch alle anderen Interessierten beteiligen, mithin Bürger, europäische oder nationale Institutionen, nationale oder internationale Organisationen, Universitäten oder sonstige Akteure im Gesundheitsmarkt.

Nach der Konsultationszusammenfassung¹ der Kommission haben sich die meisten Teilnehmer für Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen ausgesprochen. Dabei stimmten die Teilnehmer anscheinend der Schätzung der Kommission zu, dass die grenzübergreifende Gesundheitsversorgung insgesamt etwa nur 1 % der Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung ausmacht. Die Gemeinschaftsmaßnahmen sollten Elemente der Rechtsetzung mit einer praktischen Unterstützung für die Zusammenarbeit zwischen den europäischen Gesundheitssystemen verbinden, sozusagen in einer Mischung aus praktischen Förderinstrumenten und rechtsverbindlichen Maßnahmen. Wichtiges Ziel sei des weiteren eine bessere Information der Patienten, damit sich diese in Kenntnis der Sachlage für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung entscheiden können. Es bestehe ein breiter Konsens darüber, dass die Qualität und die Sicherheit der gesundheitlichen Versorgung von dem Land sicherzustellen sind, in dem die Versorgung stattfindet.

Viele Teilnehmer hielten es für sinnvoll, mit europäischer Unterstützung das Qualitäts- und Sicherheitsniveau der Gesundheitsversorgung weiter zu verbessern, beispielsweise durch die Entwicklung von Leitlinien und Indikatoren. Weitere Vorschläge betrafen die Entwicklung von Systemen für den Austausch von Patienten-

¹ Unter dem nachfolgenden link können die einzelnen Antworten der mehr als 270 Konsultationsteilnehmer nachgelesen werden: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm.

daten zwischen den einzelnen Ländern, europaweite Verschreibungen und die Errichtung von Schlichtungs- oder Vermittlungsstellen für Schadensersatz bei etwaigen Schäden, die in der grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung entstehen.

Die Meinungen waren geteilt darüber, welche Art Rechtsinstrument eingesetzt werden sollte. Uneinigkeit herrschte auch hinsichtlich des Verhältnisses der Kompetenzgrundlagen der EU im Bereich des Gesundheitswesens, die dem EU-Gesetzgeber nur eine subsidiäre Regelungskompetenz einräumen, zu den europäischen Grundfreiheiten, die unmittelbar gelten und in den Bereich des Gesundheitswesens hineinwirken, wie der EuGH seit 1998 (Grundsatzentscheidungen Entscheidungen Kohll und Decker) ausgeführt.

Die Kommission plant, bis Ende November 2007 einen Vorschlag für eine Gemeinschaftsmaßnahme zu erarbeiten. Im Oktober 2007 wurde eine Mitteilung der federführenden Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz hierzu bekannt, wonach sie eine Richtlinie für eine sichere, hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung entworfen habe. Danach will die Kommission Patienten, die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, rechtlich besser absichern: Wie bisher sollen ambulante Behandlungen ohne und stationäre Behandlungen mit vorheriger Genehmigung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden können. Die Krankenkassen sollen ihren Mitgliedern künftig für ambulante und stationäre Leistungen die Summe erstatten, die bei derselben Behandlung im Inland angefallen wäre. Dies wird insbesondere die Mitgliedstaaten mit Sachleistungssystemen vor die Herausforderung stellen, jeder ihrer Sachleistungen einen konkreten Betrag zuzuordnen, damit sich die Patienten im Vorfeld einer Behandlung darüber erkundigen können, ob bei einer Behandlung im EU-Ausland möglicherweise ein Differenzbetrag von ihnen selbst zu tragen ist.

Die Planung und Steuerung der einzelstaatlichen Gesundheitssysteme soll weiterhin in der Hand der Mitgliedstaaten liegen. Gleichzeitig beabsichtigt die Kommission aber, Druck auf die Regierungen der Mitgliedstaaten auszuüben, ihre Gesundheitssysteme zu reformieren und die Versorgungsniveaus anzugleichen.

Von den Vorschlägen der Konsultationsteilnehmer hat die Kommission die Idee über die Schaffung von nationalen Kontaktstellen aufgegriffen. Diese sollen nach der Vorstellung der Kommission über Leistungsangebote, Qualität und Preise der Versorgung sowie datenschutzrechtliche Bestimmungen informieren und die Patienten bei Schadensersatz- und Schmerzensgeldforderungen unterstützen. Insbesondere der Anspruch auf Informationen über die Qualität (zahn)ärztlicher Leistungen wird kaum zu erfüllen sein, müßten hierzu doch zunächst EU-weit einheitliche Beurteilungskriterien erarbeitet werden. Schon auf nationaler Ebene wird hierüber kaum Einigkeit erzielt.

Am 23. Oktober 2007 legte die Kommission ein Weißbuch vor mit dem Titel „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“.² In diesem Weißbuch sowie in den dazugehörigen Arbeitspapieren erläutert die Kommission ihre strategischen Ziele sowie ihre Rechtfertigung zur Durchsetzung dieser Ziele vor dem Hintergrund, dass der EU-Gesetzgeber nur eine subsidiäre Regelungskompetenz für den Bereich des Gesundheitswesens zusteht. Der endgültige, abgestimmte Kommissionsvorschlag für die angedachte Richtlinie soll nun Ende November 2007 vorliegen. Danach werden das Europäische Parlament und der Rat darüber zu beraten haben, ob sie den Vorschlag so verabschieden. Sehr wahrscheinlich werden sie – wie im Rahmen der Beratungen über die Dienstleistungsrichtlinie – Änderungen am Kommissionsvorschlag vornehmen wollen.

Noch eine Ergänzung zum Beitrag im EDI-Journal 2/2005, S. 25 über die Berufsqualifikationsrichtlinie:

Die Mitgliedstaaten mußten die Richtlinie zur gegenseitigen Anerkennung von Berufsqualifikationen (2005/36/EG) bis zum 20.10.2007 in nationales Recht umzusetzen. In Deutschland ist dies auch kurz vorher zumindest auf Bundesebene geschehen. Die ehemaligen Zahnarzttrichtlinien von 1978 (78/686/EWG und 78/687/EWG) sind aufgrund der Richtlinie 2005/36/EG nun endgültig außer Kraft getreten.

Rechtsanwältin Dr. Berit Jaeger
Kanzlei Ratajczak & Partner
Berlin · Essen · Freiburg · Köln · Sindelfingen
Wegener Str. 5, 71063 Sindelfingen
Deutschland

² http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_de.pdf