



Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie,
Jugend und Senioren | Postfach 70 61 | 24170 Kiel

Frau
Astrid Höfs
Vorsitzende des Europa-Ausschusses
des Schleswig-Holsteinischen Landtages
Postfach 71 21
24171 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag □
Umdruck 16/4071

Kiel, den 3. März 2009

Entwurf einer EU-Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Sehr geehrte Frau Höfs,

anlässlich der 81. Gesundheitsministerkonferenz am 3. Juli 2008 in Plön hat die EU-Kommissarin für Gesundheit, Frau Androulla Vassiliou, einen Richtlinienvorschlag über die Ausübung von Patientenrechten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vorgestellt.

Es ist sehr zu begrüßen, dass die Kommission im Bereich der Gesundheitsversorgung mit dem Vorschlag einer eigenen Richtlinie mehr Rechtssicherheit für Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer und Krankenversicherungen schaffen und die Entwicklung in diesem Bereich nicht länger dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) überlassen will. Im Vordergrund steht die Umsetzung der EuGH-Urteile zur Patientenmobilität in allen Mitgliedstaaten. Deutschland hat wesentliche Aspekte dieser Rechtsprechung bereits in nationales Recht umgesetzt. So regelt § 13 SGB V die Kostenerstattung bei grenzüberschreitender Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Gegenstand der aktuellen Diskussionen ist bereits nicht mehr der ursprüngliche Richtlinien-Entwurf, sondern ein vom französischen EU-Vorsitz vorgelegter Kompromisstext. Die Mehrheit der Mitgliedstaaten befürwortet grundsätzlich die Richtlinie, hat aber erheblichen Diskussionsbedarf angemeldet.

Auch aus deutscher Sicht besteht zu einer Reihe von Fragen ein erheblicher Beratungsbedarf. Der schleswig-holsteinische Landtag hat zu einigen dieser Aspekte bereits kritisch Stellung genommen und auf die teilweise weitreichenden Eingriffe in die Kompetenzen der Mitgliedstaaten hingewiesen (Umdr. 16/3483). In ähnlicher Weise hat sich der Bundestag positioniert (vgl. Ausschussdrucksache 16(11)1177). Und auch der Bundesrat hat eine

Resolution in diesem Sinne beschlossen (Drs. 487/08). Dabei hat sich der Bundesrat eine Stellungnahme vorbehalten zu der Frage, ob der Bereich der Pflege, der Rehabilitationsleistungen, der Rentenversicherung und der Leistungen der Unfallversicherung vom Anwendungsbereich des Richtlinienvorschlags mit erfasst werden soll. Das gleiche gilt für Sondersysteme wie z. B. die private Krankenversicherung und die beamtenrechtliche Beihilfe.

In den auch auf Ratsebene laufenden Gesprächen werden für Deutschland wesentliche Eckpunkte stets benannt. So soll der Vorbehalt bei stationären Behandlungen erhalten bleiben bzw. eher noch verstärkt werden. Aus Sicht des Bundes und der Länder ist auch die Festlegung im Richtlinienentwurf zu begrüßen, dass grundsätzlich die Leistungsvoraussetzungen desjenigen Mitgliedstaates zur Anwendung kommen sollen, in dem die Patientin oder der Patient versichert ist. Der Pflegebereich soll aus dem Wirkungskreis der Richtlinie ausdrücklich ausgenommen werden. Und ausschweifende Berichtspflichten sollten vermieden werden.

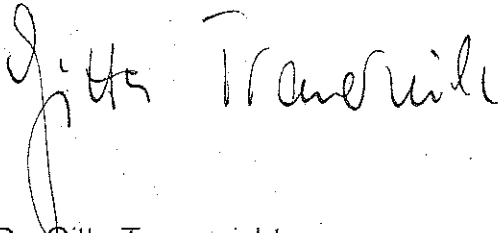
Anlässlich einer Ratstagung am 16. Dezember 2008 in Brüssel hat Gesundheitskommissarin Vassiliou bereits ausdrücklich zugesagt, dass sich der Richtlinienvorschlag nicht auf den Bereich der Langzeitpflege erstrecken soll, wie er in Deutschland von der Pflegeversicherung abgedeckt wird. Über die Bedeutung der Richtlinie für die medizinische Versorgung der Unfall- und Rentenversicherung finden darüber hinaus bilaterale Erörterungen mit der Kommission statt.

Zwischenzeitlich haben auch Leistungserbringer und Versicherungsträger ihre Interessenlage in die Diskussion eingebracht. Hier besteht die Sorge, dass in diesen Bereichen durch die Richtlinie eine Änderung der innerstaatlichen Regelungen erfolgen könnte. Diesen Anliegen wird man nach meiner Auffassung Beachtung schenken müssen. Immerhin stellt bereits Artikel 6 des Richtlinien-Entwurfs klar, dass nationale administrative Verfahren unangetastet bleiben sollen. Danach wären meines Erachtens etwa Zuweisungen über den Durchgangsarzt im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung oder die regelmäßige Vorabgenehmigung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation grundsätzlich auch bei der Inanspruchnahme durch ausländische Patientinnen und Patienten zu beachten. Sofern in den noch laufenden Verhandlungen Unklarheiten bestehen bleiben sollten, wäre auch eine klarstellende Anpassung der nationalen Regelungen nach dem Vorbild des § 13 SGB V denkbar.

Derzeit drängen die EU-Kommission und auch der Berichterstatter des Europäischen Parlaments auf eine 1. Lesung in der noch laufenden Mandatszeit der Kommission. Allerdings sind in den beratenden Ausschüssen des Europäischen Parlaments über 1.300 Änderungsanträge eingereicht worden, 700 davon allein im federführenden Ausschuss für Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebensmittelsicherheit. Dies unterstreicht, dass noch ein erheblicher Abstimmungsbedarf besteht.

Ich bin davon überzeugt, dass es gelingen wird, die noch anstehenden Diskussionspunkte zu klären und die berechtigten Anliegen im Interesse einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung mit der zu Recht eingeforderten Rechtssicherheit für die Patientinnen und Patienten zu verbinden.

Mit freundlichen Grüßen.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gitta Trauernicht'. The signature is written in a cursive style with a large initial 'G'.

Dr. Gitta Trauernicht
Ministerin

Anlagen

07.11.08

Beschluss
des Bundesrates**Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung****KOM(2008) 414 endg.; Ratsdok. 11307/08**

Der Bundesrat hat in seiner 850. Sitzung am 7. November 2008 gemäß §§ 3 und 5 EUZBLG die folgende Stellungnahme beschlossen:

1. Der Bundesrat begrüßt, dass die Kommission im Bereich der Gesundheitsversorgung mit dem Vorschlag einer eigenen Richtlinie Rechtssicherheit für Patientinnen und Patienten, Ärzte und Krankenversicherungen schaffen und die Entwicklung in diesem Bereich nicht länger dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) überlassen will. Er unterstützt das Anliegen, die Umsetzung der EuGH-Urteile zur Patientenmobilität in allen Mitgliedstaaten zu gewährleisten. Deutschland hat diese Rechtsprechung bereits in nationales Recht umgesetzt (vgl. § 13 SGB V). Der Bundesrat stimmt auch der Festlegung zu, dass grundsätzlich die Leistungsvoraussetzungen desjenigen Mitgliedstaates zur Anwendung kommen sollen, in dem die Patientin oder der Patient versichert ist.

Ziel des Kommissionsvorschlags ist es darüber hinaus, einen Gemeinschaftsrahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu schaffen und die europäische Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Der Bundesrat ist allerdings der Auffassung, dass einzelne Regelungen des vorliegenden Richtlinienvorschlags diesem Ziel genauso wie den geltenden primärrechtlichen Vorgaben nicht vollständig gerecht werden.

2. Der Bundesrat weist darauf hin, dass der Anwendungsbereich der Richtlinie insbesondere im Verhältnis zur Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bzw. Verordnung (EG) Nr. 883/2004 klargestellt werden muss.

Artikel 3 Abs. 2 sieht vor, dass beide Systeme nebeneinander bestehen. Dabei ist nach Auffassung des Bundesrates jedoch zu befürchten, dass einzelne Fälle in der Praxis nicht eindeutig unter nur eine der Vorschriften subsumiert werden können und im Hinblick auf die unterschiedlichen Rechtsfolgen der Regelungen Missverständnisse und Ungleichbehandlungen (z. B. Wartelisten, Behandlungsmethoden des jeweiligen Leistungskatalogs) drohen. Insbesondere in den Fällen, in denen Mitgliedstaaten für die stationäre Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat einen Genehmigungsvorbehalt vorsehen, bestünde kein Unterschied zur Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bzw. Verordnung (EG) Nr. 883/2004, während die Rechtsfolge erheblich divergieren würde, da nach der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 in der Regel die Sachleistung Rechtsfolge ist und nicht die Kostenerstattung.

Der Bundesrat hat daher die Sorge, dass die teilweise zu beobachtende Praxis, die Sachleistungsgewährung aus der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zu Lasten der Patientinnen und Patienten zu umgehen, durch den vorliegenden Richtlinienvorschlag möglicherweise verstärkt werden könnte. Der Bundesrat fordert daher, dass das von dem Richtlinienvorschlag angestrebte Nebeneinander von Richtlinie und Verordnung rechtssicherer ausgestaltet wird.

3. Der Bundesrat spricht sich dafür aus, Leistungen der Sozialhilfe und der Kriegsopferversorge aus dem Richtlinienvorschlag herauszunehmen. Zudem verweist der Bundesrat darauf, dass die in Artikel 4 Buchstabe a vorgenommene Definition der Gesundheitsversorgung an das Vorliegen eines Gesundheitsberufs gemäß der Richtlinie 2005/36/EG anknüpft und dass von dieser Definition auch Tätigkeiten erfasst sind, die in Deutschland im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung erbracht werden, wie z. B. der Beruf der Altenpflegerin oder des Altenpflegers.

Der Bundesrat behält sich eine Stellungnahme zu der Frage vor, ob der Bereich der Pflege, der Rehabilitationsleistungen, der Rentenversicherung und der

Leistungen der Unfallversicherung vom Anwendungsbereich des Richtlinienvorschlags mit erfasst werden soll. Das gleiche gilt für Sondersysteme wie z. B. die private Krankenversicherung und die beamtenrechtliche Beihilfe.

4. Der Bundesrat ist der Auffassung, dass Artikel 95 EGV nicht als Rechtsgrundlage für alle in dem Richtlinienvorschlag enthaltenen Regelungen dienen kann. Insbesondere ist nicht ersichtlich, wie Regelungen über die Einrichtung eines Netzwerks von Europäischen Referenzzentren (vgl. Artikel 15) oder über die Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitstelematik (vgl. Artikel 16) der Verwirklichung von Grundfreiheiten dienen bzw. Wettbewerbsverzerrungen beseitigen könnten. Darüber hinaus betont der Bundesrat, dass die Wahl dieser Rechtsgrundlage nicht dazu führen darf, die in Artikel 152 EGV normierten Grenzen der Tätigkeit der Gemeinschaft im Gesundheitsbereich zu umgehen.
5. Der Bundesrat begrüßt, dass der Richtlinienvorschlag in Artikel 5 einleitend die Verantwortlichkeit der Mitgliedstaaten für die Organisation und Bereitstellung der Gesundheitsversorgung klarstellt, und fordert, diesem Grundsatz in der weiteren Ausgestaltung des Artikels 5 konsequenter als in der vorliegenden Fassung Rechnung zu tragen. Aus Sicht des Bundesrates stellen die in Artikel 5 Abs. 1 Satz 2 enthaltenen Regelungen und die von Absatz 3 angestrebten europäischen Leitlinien einen unzulässigen Schritt in Richtung einer Einwirkung der Gemeinschaft auf die nationalen Gesundheitssysteme dar. Insbesondere können sich mit den durch Leitlinien gestellten Anforderungen mittelbar Finanzierungsfragen verbinden. Leitlinien können langfristig zu einer Nivellierung der Gesundheitssysteme auf einem niedrigen Niveau beitragen. Der Bundesrat lehnt dies ab und fordert daher, die Regelung des Artikels 5 Abs. 3 zu streichen.
6. Der Bundesrat begrüßt die Intention der Kommission, mit der Einführung eines Mechanismus für die Kostenberechnung (Artikel 6 Abs. 4) die Transparenz für Patientinnen und Patienten bezüglich der im Ausland entstehenden Behandlungskosten erhöhen zu wollen. Es ist allerdings eine Klarstellung erforderlich, dass Artikel 6 Abs. 4 von den Mitgliedstaaten nur verlangt, einen Mechanismus für die Berechnung der Höhe der Kostenerstattung im eigenen System des jeweiligen Versicherungsmitgliedstaates festzulegen.

7. Die Länder sind in besonderer Weise für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und wohnortnahen Krankenhausversorgung auch finanziell verantwortlich. Eine unreglementierte Patientenmobilität könnte regional zur Abwanderung führen und die vorzuhaltenden Strukturen schwächen. Daher begrüßt der Bundesrat die Möglichkeit des Genehmigungsvorbehalts als Steuerungsinstrument und sieht diesen als unverzichtbar an. Soweit die sehr eng gesetzten Voraussetzungen für einen Genehmigungsvorbehalt über den vom EuGH gesteckten Rahmen hinausgehen, hält der Bundesrat sie nicht für sachgerecht. Er hat die Befürchtung, dass dieses Steuerungsinstrument nicht im notwendigen Maße greifen könnte. Ein Genehmigungsvorbehalt kann auch die Patientinnen und Patienten unterstützen, eine informierte Entscheidung unter Einbeziehung auch der finanziellen Aspekte zu treffen.
8. Der Bundesrat hält die in Artikel 8 des Richtlinienvorschlages vorgenommene Definition der Krankenhausbehandlung für zu eng. Er verweist darauf, dass teilstationäre und ambulante Krankenhausbehandlungen davon genauso wenig erfasst wären wie die Behandlung von psychisch kranken Patientinnen und Patienten in Tageskliniken. Die Definitionshoheit muss in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten fallen. Die vorgesehene Liste von hoch spezialisierten und kostenintensiven Behandlungen, die ebenfalls unter Genehmigungsvorbehalt gestellt werden können, muss von den Mitgliedstaaten in eigener Verantwortung erstellt werden. Eine Erstellung durch die Kommission wäre nach Auffassung des Bundesrates ein Verstoß gegen die in Artikel 152 Abs. 5 EGV normierte Verantwortung der Mitgliedstaaten für ihr nationales Gesundheitssystem.
9. Der Bundesrat ist der Auffassung, dass eine gesetzliche Regelung zu Europäischen Referenznetzen nicht von Artikel 95 EGV gedeckt ist. Zwar wird die Weiterentwicklung eines Netzwerks Europäischer Referenzzentren grundsätzlich begrüßt und verspricht einen europäischen Mehrwert durch den Austausch hochqualitativer Expertise, der sowohl dem Wissenschafts- und Gesundheitsstandort Europa im Sinne der Lissabon-Strategie als auch dem einzelnen Patienten mit seinen spezifischen Versorgungsbedürfnissen zugute kommt. Allerdings muss die Kommission dabei die Grenzen des Artikels 152 EGV beachten und darf lediglich unterstützend tätig werden sowie die Netzwerkbildung fördern.

10. Der Bundesrat hält die zahlreichen Informationspflichten der Gesundheitsdienstleister, Versicherungsmitgliedstaaten und Behandlungsmitgliedstaaten (Artikel 5 Abs. 1 Buchstabe c, Artikel 8 Abs. 5, Artikel 9 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 und 3, Artikel 10, Artikel 12 Abs. 2 Buchstabe a, b und c sowie Abs. 3 Buchstabe c in diesem Umfang für nicht erforderlich. Sachgerecht ist es, dass die Verantwortlichen den Versicherten ihres Landes Informationen bezüglich ihrer Rechte und Pflichten zur Verfügung stellen (Artikel 10). Der Bundesrat spricht sich dafür aus, dass insbesondere Artikel 10 Abs. 3 gestrichen wird, da die Ausgestaltung des Informationsanspruchs allein der Verantwortung der Mitgliedstaaten vorbehalten ist.
11. Der Bundesrat erkennt auch grundsätzlich die Notwendigkeit an, dass nationale Kontaktstellen (Artikel 12) benannt werden, die Grundinformationen über ihr eigenes nationales System und - soweit möglich - die voraussichtlich entstehenden Behandlungskosten (Artikel 6 Abs. 4) aufbereiten und als Ansprechpartner für Ratsuchende aus anderen Mitgliedstaaten zur Verfügung stehen. Inwieweit der Beratungsanspruch im Detail ausgestaltet wird, ist nationale Entscheidung. Der Bundesrat spricht sich insofern für die Änderung des Artikels 12 Abs. 2 und 3 aus.
12. Der Bundesrat lehnt die Sammlung von Daten in dem in Artikel 18 geforderten Umfang ab, da keine Spezifizierung und Konkretisierung der zu erhebenden Daten vorliegt. Informationssysteme für Aufgaben der Statistik müssen auf das notwendige Maß beschränkt bleiben und Routinedaten einbeziehen.
13. Der Bundesrat lehnt die Einführung eines neuen bürokratischen Verfahrens und die Schaffung eines neuen Ausschusses unter Leitung der Kommission (Artikel 19) ab, weil hier legislative Kompetenzen in ein Expertengremium verlagert werden.
14. Auf Grund der Komplexität des Regelungsinhalts des Richtlinienvorschlags hält der Bundesrat eine Umsetzungsfrist von drei Jahren für zwingend erforderlich.

15. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, seine Stellungnahme bei den Verhandlungen auf Ratsebene zu berücksichtigen, und behält sich eine ergänzende Stellungnahme im weiteren Verlauf der Beratungen vor.

16. Der Bundesrat übermittelt diese Stellungnahme direkt an die Kommission.