



Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, KOM(2008) 414 endg. vom 2. Juli 2008¹

1. Vorbemerkungen

Die Stellungnahme des Deutschen Vereins legt die Positionen der Träger sozialer Arbeit zum von der Europäischen Kommission vorgelegten Richtlinienentwurf dar. Die Bundesregierung wird aufgefordert, diese Positionen im Zuge der Beratung und Beschlussfassung im Rat der EU zu vertreten.

Bereits in ihren Richtlinienvorschlägen² über die Dienstleistungen im Binnenmarkt hat die Europäische Kommission Anstrengungen unternommen, einen grenzüberschreitenden Markt für Gesundheitsdienstleistungen mittels der Realisierung der Grundfreiheiten zu schaffen. Die Absicht, Gesundheitsleistungen im Rahmen der sogenannten Dienstleistungsrichtlinie zu regeln, wurde vom Rat und dem Europäischen Parlament abgelehnt. Der Deutsche Verein hat diesen Prozess mit zwei Stellungnahmen³ kritisch

¹ Verantwortlicher Referent im Deutschen Verein: Johannes Eisenbarth. Die Stellungnahme wurde im Fachausschuss „Internationale Zusammenarbeit und europäische Integration“ beraten und am 1. Oktober 2008 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.

² KOM(2004) 2 endg. sowie KOM(2006) 160 endg.

³ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt („Dienstleistungsrichtlinie“) KOM(2004) 2 endg., NDV 2005, 33 ff. sowie Stellungnahme des Deutschen Vereins zum geänderten

begleitet, auf die Besonderheiten personenbezogener Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich hingewiesen und daher die Herausnahme der Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie über die Dienstleistungen im Binnenmarkt⁴ begrüßt.

Der nun vorliegende Richtlinienvorschlag fasst eine Reihe von Einzelentscheidungen des Europäischen Gerichtshofs zusammen, in denen er die Dienstleistungsfreiheit (Art. 49 EGV) auf die grenzüberschreitende Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen anwendet. Die Kommission erachtet es als erforderlich, die EuGH-Rechtsprechung in einem eigenen Rechtsinstrument zu behandeln, um so Rechtssicherheit für die betroffenen Akteure zu schaffen und verweist diesbezüglich auf den *Reflexionsprozess auf hoher Ebene*⁵. Auch der Rat⁶ hat eine Initiative zur Schaffung von Rechtssicherheit unter der Berücksichtigung der Verwirklichung der gemeinsamen Gesundheitsziele in Bezug auf grenzüberschreitende Inanspruchnahme angeregt, die die Kommission zunächst mit einem Konsultationsprozess⁷ und nun mit dem aktuellen Papier ergriffen hat. Der Richtlinienvorschlag geht dabei über den artikulierten Anspruch deutlich hinaus und umfasst insbesondere auch Regelungen im Bereich der Öffentlichen Gesundheit.

2. Einschätzung des Deutschen Vereins zum Richtlinienvorschlag

Der Deutsche Verein begrüßt die Bemühungen der Kommission, Rechtssicherheit für die beteiligten Akteure, einen einheitlichen Rahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu schaffen sowie die Zusammenarbeit über die nationalstaatlichen Gesundheitssysteme hinaus zu erleichtern. Der Deutsche Verein fordert nachdrücklich die Stärkung der sozialen Dimension des europäischen Integrationsprojekts und die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten bei der Bewältigung gemeinsamer Problemlagen im Gesundheits- und Sozialbereich. Dabei müssen in Bezug

Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt vom 4. April 2006 (KOM(2006) 160 endgültig), NDV 2006, 317 f.

⁴ RL 2006/123/EG.

⁵ KOM(2004) 301 endg. vom 20. April 2004.

⁶ Schlussfolgerungen des Rates vom Juni 2006 „Gemeinsame Werte und Prinzipien in den EU-Gesundheitssystemen“.

⁷ SEK(2006) 1195/4 vom 26. September 2006.

auf die Gestaltung der Gesundheitssysteme die universelle Zugänglichkeit, ein hohes Qualitätsniveau und flächendeckende Versorgungsstrukturen absolute Priorität besitzen, um ihren sozial förderlichen Charakter insbesondere mit Blick auf vulnerable Mitglieder der Gesellschaft zu erhalten. Gemeinschaftsmaßnahmen, die die tradierten Gesundheits- und Sozialsysteme in den Mitgliedstaaten in Bezug auf die genannten Prinzipien schützen und fördern, finden die grundsätzliche Zustimmung des Deutschen Vereins.

Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass dabei Subsidiarität und Angemessenheit der Maßnahmen gewährleistet und die Kompetenzen der Mitgliedstaaten bei der Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme beachtet werden. Der Deutsche Verein betont, dass die Verantwortung für die Gestaltung des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in der Hoheit der Mitgliedstaaten liegt. Ein ergänzendes Tätigwerden der EU ist nur in den begrenzten Fällen des Art. 152 Abs. 1 des EG-Vertrags zulässig.

2.1 Die soziale Dimension einer funktionierenden Gesundheitsversorgung beachten

Eingedenk der Feststellung, dass Fragen der Gestaltung des Gesundheitssystems eine ausgeprägte sozialpolitische Dimension besitzen, ist der Deutsche Verein der Auffassung, dass eine rein mikroökonomische Betrachtung des Gesundheitswesens als Markt der Komplexität dieses Systems nicht gerecht wird und ferner nicht politisch handlungswirksam werden kann. Denn Gesundheit und Gesundheitsdienstleistungen sind nicht allein als Güter, Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer eingeschränkten Konsumentensouveränität und des komplexen Anbieterverhältnisses nicht ausschließlich als Nachfragerinnen und Nachfrager sowie Transaktionsverhältnisse aufgrund ihrer typischen Informationsasymmetrien, ausgeprägter externer Effekte und dem Risiko des Marktversagens nicht als vollkommene Märkte zu verstehen. Gesundheits- wie Sozialdienstleistungen unterscheiden sich darüber hinaus von anderen Dienstleistungen durch ihre häufig existenzielle Bedeutung für die Nutzerinnen und Nutzer und deren besondere Schutzbedürfnisse sowie ihre Einbettung als Vertrauensgüter in einen

andauernden, kontinuierlichen Versorgungsprozess. Der vorliegende Richtlinienentwurf ist demnach nicht primär als Initiative für die Ausübung von Patientenrechten zu interpretieren, sondern vielmehr als Versuch eines weiteren Schrittes zur Vertiefung der Binnenmarktintegration mit besonderer Betonung der passiven Dienstleistungsfreiheit. Mit der Herausnahme aus der Dienstleistungsrichtlinie hat das Europäische Parlament nicht nur die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Gesundheitssysteme betont, sondern auch die Besonderheiten von Gesundheitsdienstleistungen herausgestellt, die den Regeln des freien Marktes nicht ungeschützt unterworfen werden können. Insofern ist nicht nur das verkürzte Verständnis von Gesundheitsdienstleistungen als auf entgrenzten Märkten handelbare Güter als bedenklich einzustufen, sondern insbesondere auch die Stoßrichtung der Integration der Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene, die eben nicht einem genuin gesundheits- und sozialpolitischen Gestaltungswillen folgt, sondern auf die Vollendung des Binnenmarktes durch extensive Anwendung der Grundfreiheiten⁸ abzielt. Die vollständige Unterordnung des Gesundheitswesens unter das europäische Wettbewerbsrecht würde funktionierende nationale Strukturen bedrohen, die Erfüllung des Auftrags von allgemeinem Interesse gefährden und die mitgliedstaatliche Souveränität bei der Gesundheitssystemgestaltung in Frage stellen.

Der Deutsche Verein weist abschließend darauf hin, dass Gesundheits- und Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse eine Reihe von Gemeinsamkeiten aufweisen sowie in wechselseitiger Beziehung stehen und daher einem gemeinsamen Rahmen unterliegen sollten, um eine kohärente politische und gesetzliche Behandlung sicherzustellen. In vieler Hinsicht sind Gesundheitsdienstleistungen im Zusammenhang mit Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse zu sehen. Die Kommission erkennt bereits in ihrem Weißbuch zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse⁹ die integrale Rolle von Gesundheits-, Pflege- und anderen Sozialdienstleistungen für die Menschen in Europa an und verweist auf ihre Rolle bei der Realisierung fundamentaler

⁸ Erwägungsgrund 2 verweist auf Art. 95 EGV, der das Funktionieren des Binnenmarktes zum Gegenstand hat. Diese Norm legitimiert überhaupt erst das Tätigwerden. Das in Erwägungsgrund 1 vorangestellte hohe Gesundheitsschutzniveau (Art. 152 EGV) legitimiert nicht das Tätigwerden der Gemeinschaft, ist eine Querschnittsklausel für die Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und zielt auf Aspekte *öffentlicher Gesundheit* ab. Regelungen bezüglich der Gesundheitssysteme sind hierdurch nicht abgedeckt. Die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung insgesamt werden in Abs. 5 ausdrücklich aus dem Anwendungsbereich des Art. 152 ausgenommen und verbleiben in der Verantwortung der Mitgliedstaaten.

⁹ KOM(2004) 374 vom 12. Mai 2004.

Rechte, des sozialen Zusammenhalts und eines hohen Sozialschutzniveaus. Das Verhältnis der Gesundheitsleistungen zum Bereich der Langzeitpflege ist daher ebenso zu klären wie der Status von Leistungen, die sowohl als Gesundheitsleistungen als auch als Sozialdienstleistungen verstanden werden können. Hierzu gehören etwa Leistungen zur beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe, zur Eingliederung besonders gefährdeter Personengruppen, z.B. von suchtkranken oder psychisch kranken Menschen.

2.2 Das Subsidiaritätsprinzip wahren

Die dem Richtlinienvorschlag zugrunde liegende Einzelrechtsprechung des EuGH ist als Reaktion auf partielles Systemversagen in den Gesundheitssystemen einzelner Mitgliedstaaten zu verstehen. Die Systemgestaltung ist ausschließliche Kompetenz der Mitgliedstaaten. Art. 152 Abs. 5 EGV lässt nur einen genau festgelegten, eingeschränkten Bereich für gemeinschaftliche Maßnahmen zu. Außerhalb der beschränkten Einzelermächtigung bestehen keine Möglichkeiten, weitere Rechtsquellen auf supranationaler Ebene zu schaffen. Der Rat der Europäischen Union hat ferner betont, „dass die Entwicklungen in diesem Bereich aus einem politischen Konsens und nicht nur aus Rechtsprechung erwachsen sollten“¹⁰. Systemimmanenten Problemen kann angemessen auf nationalstaatlicher Ebene begegnet werden.

Die Verordnungen über die Koordinierung der Sozialversicherungssysteme¹¹ gewähren bereits eine zugängliche, qualitätsgesicherte und im EWG-Raum flächendeckende Gesundheitsversorgung für solche Personen, für die eine Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen während eines Auslandsaufenthalts notwendig ist. Diese Art der Zusammenarbeit auf europäischer Ebene stellt einen Mehrwert für die grenzüberschreitende Versorgung mobiler Bürgerinnen und Bürger dar und entspricht gleichzeitig dem Subsidiaritätsprinzip. Wird darüber hinaus in grenznahen Regionen ein Nutzen in grenzüberschreitenden Versorgungsarrangements gesehen, so sollte deren optimale Ausgestaltung in der Verantwortung der untersten geeigneten Ebene liegen. Vor dem Hintergrund der oben entfaltenen Prioritäten des Deutschen Vereins –

¹⁰ „Gemeinsame Werte und Prinzipien in den Gesundheitssystemen“ – Schlussfolgerungen des Rates vom 1. und 2. Juni 2006.

¹¹ VO 1408/71 EWG, VO 883/2004 EG.

Zugänglichkeit, Qualität und flächendeckende Strukturen – bleibt festzustellen, dass eine potenzielle Gefährdung dieser Prinzipien bzw. von Systemen, die verpflichtet sind gleichberechtigten Zugang zu Behandlungen zu garantieren, durch die nahezu uneingeschränkte Realisierung der Konsumentenpräferenzen mobiler Einzelpersonen angemessenerweise nicht gerechtfertigt ist. Gesundheitsleistungen sind nach Ansicht des Deutschen Vereins überhaupt nur sinnvollerweise grenzüberschreitend handelbar und von einer wohnortnahen, kontinuierlichen Versorgung (Vor- und Nachsorge, Prävention) zu trennen, falls es sich um planbare Einzel- oder hoch spezialisierte Leistungen handelt.

Der deutsche Gesetzgeber hat im Jahr 2004 die Inhalte der europäischen Rechtsprechung im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes¹² umgesetzt. In Anbetracht der hier bereits bestehenden Rechtssicherheit, des insgesamt geringen Umfangs und der regionalen Begrenztheit der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme sind vor dem Hintergrund des Art. 152 Abs. 5 EGV keine über die bisherigen Regelungen hinausgehenden Maßnahmen durch die EU geboten.

Im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung ist es sinnvoll, auch weiterhin das Voneinander-Lernen mit Blick auf die unterschiedlichen, historisch gewachsenen Gesundheitssysteme zu fördern. Dabei ist unbedingt auf die begrenzte Aussagekraft von Indikatoren und die Kontextgebundenheit von Beispielen guter Praktiken vor dem Hintergrund der besonderen Komplexität der Gesundheits- und Pflegesysteme hinzuweisen. Nur äußerst zurückhaltend sollten bewertende Aussagen und politische Empfehlungen auf Grundlage dieser Methode getroffen werden. Es bleibt die Aufgabe jedes Mitgliedstaates, jeweils eigene politische Maßnahmen zu treffen, die spezifisch auf das entsprechende Gesundheitssystem zugeschnitten sind.

¹² § 13 Abs. 4 und 5 sowie § 140 e SGB V.

2.3 Steuerung von Qualität und Kosten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Wie bereits in einer früheren Stellungnahme gefordert, hat über die Qualität der Versorgung der Mitgliedstaat zu wachen, in dem die Leistung erbracht wird.¹³ Dabei sollen gemeinsame Werte und Prinzipien, wie Definition, Transparenz und Umsetzung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards, beachtet werden.¹⁴ Die Kommission rückt vom Herkunftslandprinzip ab und wendet für Gesundheitsdienstleistungen das Bestimmungslandprinzip an.¹⁵

Der Richtlinienvorschlag fordert zwar, die Behandlung von EU-Ausländern diskriminierungsfrei und ohne verzerrende Anreize zu organisieren,¹⁶ doch wird weder auf wirksame Mechanismen zur Sicherstellung dieses Ziels verwiesen, noch die mögliche Diskriminierung von Inländern, insbesondere bei Kapazitätsengpässen, hinreichend thematisiert. Nicht hinzunehmen wären in diesem Zusammenhang Strukturen, die eine bevorzugte Behandlung von in- oder ausländischen Patientinnen oder Patienten nach dem Kostenerstattungsprinzip zu Lasten finanzschwacher Personen anreizen würde.

Die Festlegung detaillierter Versorgungsstandards für die Leistungserbringung ist Gegenstand kollektiver Steuerung im deutschen Gesundheitssystem. Diese dienen vor allem dem Patientenschutz und der hohen Qualität der Dienstleistungen. Es ist daher erforderlich, dass diese Vorgaben nach dem Gleichheitsgrundsatz auch bei regelmäßigem Leistungseinkauf im grenzüberschreitenden Kontext Anwendung finden. Für ein hohes Qualitätsniveau der Gesundheitsversorgung ist eine möglichst bruchlose Leistungserbringung von großer Bedeutung. Die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung stellt die beteiligten Akteure vor die zusätzliche Herausforderung, die Schnittstellen zwischen verschiedenen Gesundheitssystemen und Versorgerkulturen über Sprachgrenzen hinaus möglichst friktionsarm zu gestalten. Hier

¹³ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt („Dienstleistungsrichtlinie“) KOM(2004) 2 endg., NDV 2005, 33 ff. sowie Stellungnahme des Deutschen Vereins zum geänderten Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt vom 4. April 2006 (KOM(2006) 160 endgültig), NDV 2006, 317 f.

¹⁴ KOM(2008) 414 endg. S. 13.

¹⁵ Artikel 5 und 11 des Richtlinienvorschlags.

spielt die sichere Übertragung von Patienteninformationen, eine passgenaue Vor- und Nachbehandlung sowie die Berücksichtigung von Externalitäten beim Erwerb von aus dem Versorgungskontext gelösten, isolierten Gesundheitsleistungen eine Rolle. So können sich Unter-, Über- und Fehlversorgung einzeln erworbener Leistungen finanziell auf das Gesundheitssystem des Versicherungsstaates auswirken.

Des Weiteren können die aus der Kostenerstattung für Behandlungen im Ausland erwachsenen Mehrkosten der Leistungsträger, die über die kollektivvertragliche Budgetplanung hinaus gehen, zu weiteren finanziellen Belastungen des Gesundheitswesens führen, die zwar nicht notwendigerweise geeignet sind, das finanzielle Gleichgewicht zu gefährden, aber zusätzlichen Druck auf das System ausüben. Hohe Qualität, universeller Zugang und flächendeckende Versorgung dürfen dadurch in der Konsequenz nicht eingeschränkt werden.

Zum Vorhalten flächendeckender Versorgungsstrukturen setzen die Mitgliedstaaten erhebliche Steuermittel ein, die von der jeweiligen Wohnbevölkerung getragen werden. Im System der dualen Finanzierung des Krankenhaussektors tragen die Krankenkassen lediglich die laufenden Behandlungskosten, während die Bundesländer weitgehend die Investitionskosten decken. Regelmäßige Inanspruchnahme insbesondere grenznaher Einrichtungen bedarf daher besonderer Planungs- und ggf. Finanzierungsarrangements. Diese können, wie bereits angedeutet, am besten regional getroffen werden.

Nach dem Kostenerstattungsprinzip entstehende Ausgaben entziehen sich der Planbarkeit der Akteure im Gesundheitswesen, die den Auftrag haben, mittels der korporatistischen Steuerung hohe Qualität, universellen Zugang und flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Die Gesundheitsministerinnen und -minister der EU haben darauf hingewiesen,¹⁷ dass Entscheidungen bezüglich des Leistungsumfangs, der Finanzierung sowie der Einführung von Markt und Wettbewerbsmechanismen im nationalen Kontext zu treffen sind. Dies schließt offensichtlich auch Regelungen über das Kostenerstattungsprinzip ein.

¹⁶ Art. 5 des Richtlinienvorschlags.

¹⁷ „Gemeinsame Werte und Prinzipien in den Gesundheitssystemen“ – Schlussfolgerungen des Rates vom 1. und 2. Juni 2006.

2.4 Inanspruchnahme und Kostenerstattung

Grundsätzlich sind für ambulante und Krankenhausbehandlung die Kosten zu erstatten, sofern sie Teil des mitgliedstaatlich gestalteten Leistungskatalogs sind.¹⁸ Der Deutsche Verein begrüßt die Feststellung der Kommission, dass die Gestaltung des Leistungskatalogs ausschließliche Kompetenz der Mitgliedstaaten ist. Gemeinschaftsmaßnahmen und EuGH-Rechtsprechung dürfen diesen Grundsatz nicht unterminieren.

Nach Art. 8 des Richtlinienvorschlags ist ein Genehmigungsvorbehalt für Krankenhausbehandlungen zulässig, wenn das finanzielle Gleichgewicht eines Sozialversicherungssystems oder Mechanismen der Planung und Rationalisierung im Krankenhaussektor gefährdet sind, die der Vermeidung von Überkapazitäten, einem Ungleichgewicht bei der Bereitstellung von Krankenhausdienstleistungen, logistischer sowie finanzieller Vergeudung oder der Aufrechterhaltung einer ausgewogenen ärztlichen und Krankenhausversorgung für alle bzw. der Bewahrung der Behandlungskapazität und ärztlicher Kompetenz im Hoheitsgebiet des betreffenden Mitgliedstaats dienen. Der Deutsche Verein begrüßt diesen Schutzmechanismus nachdrücklich und fordert daher, den Mitgliedstaaten einen ausreichenden Spielraum zur Aufrechterhaltung eines Genehmigungsvorbehalts einzuräumen. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass ein solcher Mechanismus auch für den ambulanten Bereich eine angemessene und notwendige Maßnahme darstellt. Dieser Sektor bedarf umfassender Regulierung und ist im deutschen System Gegenstand kollektiver Planung. Vor diesem Hintergrund ist nicht einleuchtend, warum sich die Zulässigkeit der Einrichtung eines begründeten und angemessenen Genehmigungsvorbehalts ausschließlich auf den stationären Sektor beziehen sollte.

Die Ausarbeitung einer Liste von hochspezialisierten oder besonders kosten- und infrastrukturintensiven Behandlungen, die wie Krankenhausbehandlungen im Sinne des Richtlinienentwurfs einzustufen sind, ist, wie hier dargelegt, als grundsätzlich sinnvoll, aber nicht hinreichend zu qualifizieren.

¹⁸ Art. 6 des Richtlinienvorschlags.

Die Europäische Kommission ist in einer Reihe von Artikeln gehalten, spezifischere Regelungen zur Durchführung von vorgeschlagenen Maßnahmen zu erlassen.¹⁹ Die Anwendung des Regelungsverfahrens sowie des Regelungsverfahrens mit Kontrolle (Komitologie) beachtet nicht in ausreichendem Maße die alleinige Gestaltungskompetenz der Mitgliedstaaten und stellt nicht sicher, dass in entscheidenden Fragen die Einhaltung der Durchführungsbefugnisse sowie der Grundsätze der Subsidiarität und Verhältnismäßigkeit beachtet werden. Der Deutsche Verein empfiehlt daher, bei der Festlegung detaillierter Regelungsinhalte im Gesundheitsbereich grundsätzlich vom Komitologieverfahren abzusehen. Die Festlegung einer Liste von Leistungen (Art. 8 Abs. 2 des Richtlinienvorschlags), die den Krankenhausleistungen im Sinne eines Genehmigungsvorbehalts gleichgestellt sind, wird vom Deutschen Verein als nicht erforderlich angesehen, sofern auch alle ambulanten Leistungen generell einem Genehmigungsvorbehalt unterliegen werden.

Art. 6 Abs. 2 des Richtlinienvorschlags sieht vor, dass Kosten für Behandlungen im Ausland bis zu der Höhe erstattet werden, die bei der gleichen oder ähnlichen Behandlung im Inland entstanden wären, wobei jedoch die tatsächlich entstandenen Kosten nicht überschritten werden dürfen. Diese Formulierung ist nicht präzise und lässt einige Fragen offen. Im deutschen Recht sieht das SGB V „ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ vor (§ 13 Abs. 4), sofern eine Gesundheitsleistung im Ausland in Anspruch genommen wird. Es ist zu klären, ob die Formulierung des Richtlinienentwurfs („bis zu einer Höhe von“) vorzunehmende Abschläge einschließt.

Ferner dient es der Herstellung von Rechtssicherheit zu überprüfen, ob die im Richtlinienvorschlag vorgesehene Kostenerstattungshöhe mit der Rechtsprechung des EuGH (Rechtssache C-368/98 – Vanbraekel) konform geht. Hiernach steht den Versicherten ein Differenzbetrag zu, sofern sie bei Leistungseinkauf im Ausland eine weniger günstige Erstattung erhalten als im Versicherungsstaat, was nach Auffassung des EuGH geeignet wäre, Versicherte von der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme abzuschrecken und somit den freien Dienstleistungsverkehr zu behindern. Es dürfen

¹⁹ Artikel 8 Abs. 2, Art. 10 Abs. 3, Art. 12 Abs. 3, Art. 14 Abs. 3, Art. 15 Abs. 4, Art. 16, Art. 17 Abs. 4 des Richtlinienvorschlags.

keine Anreize geschaffen werden, die grenzüberschreitende Inanspruchnahme gegenüber der Versorgung im eigenen System vorzuziehen. Solche Anreizstrukturen würden mobilitätsbeeinträchtigte Personengruppen benachteiligen, positive Externalitäten wohnortnaher Versorgung vernachlässigen und dem sozial förderlichen Anspruch des Gesundheitssystems zuwiderlaufen. Daher ist es notwendig, auch gleiche administrative Verfahren und Bedingungen für die Inanspruchnahme im Ausland zu schaffen, wie in Art. 6 Abs. 3 des Richtlinienvorschlags gefordert.

Die Verordnungen über die Koordinierung der Sozialversicherungssysteme weiten die zugängliche, qualitativ hochwertige und flächendeckende Gesundheitsversorgung auf den gesamten EWG-Raum aus. Eine Inanspruchnahme im Ausland ist bei gegebener Notwendigkeit rechtlich hinreichend gesichert. Nach dem Prinzip der Leistungsaushilfe ist in vielen europäischen Ländern die bargeldlose Inanspruchnahme von Sachleistungen möglich. Das Sachleistungsprinzip ist Ausdruck einer gesellschaftlichen Werteorientierung, die die Gesundheitsversorgung von Menschen nicht von ihren individuellen finanziellen Möglichkeiten abhängig macht. Aufgrund des sozial förderlichen Charakters dieses Versorgungsprinzips insbesondere für sozial schwache Personengruppen und jene Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem, die nicht ihr „volles Marktpotenzial“ im Sinne eines optimierenden Nachfragers entwickeln können, ist es auch bei grenzüberschreitenden Vorgängen schützenswert. Der Deutsche Verein fordert daher sicherzustellen, dass die Inanspruchnahme über die europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) flächendeckend zur Verfügung steht und weiterentwickelt wird. Eine vollständige Verdrängung durch das Kostenerstattungsprinzip etwa durch die faktische Ablehnung einer Abrechnung über die EHIC durch Leistungserbringer steht einer Verwirklichung der Patientenrechte diametral entgegen.

2.5 Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitssystemen bei hochspezialisierten Gesundheitsdienstleistungen

Nach Auffassung des Deutschen Vereins kann hier durch gemeinschaftliche Politik ein echter Mehrwert realisiert werden, indem Größenvorteile nutzbar gemacht und Informationsasymmetrien abgebaut werden. Ein Netz von europäischen Referenzzentren soll die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen sicherstellen, die einer verstärkten

Konzentration von Ressourcen und Fachwissen bedürfen (seltene Krankheiten). Forschung, Fortbildung und Informationsverbreitung sollen so optimiert werden. Ein weiteres Netzwerk zur Technologiefolgenabschätzung soll Mehrfacharbeit bei der Analyse der Wirksamkeit vermeiden. Die Kompatibilität der Systeme der Gesundheitstelematik (e-Health) soll durch Harmonisierungsbemühungen auf Gemeinschaftsebene verbessert werden. Dabei ist strikt darauf zu achten, dass durch Konzentrationsprozesse keine Nachteile für Patienten und insbesondere mobilitätseingeschränkte Personengruppen entstehen. Der Ausbau von Zentren darf nicht zu Lasten einer flächendeckenden Versorgung an der „Peripherie“ gehen. Folglich ist genauer zu definieren, welche Gesundheitsprobleme Gegenstand dieses Konzentrationsprozesses sein sollen und was unter „angemessener“ Konzentration zu verstehen ist (Art. 15 Abs. 2 des Richtlinienentwurfs).

3. Fazit

Der Deutsche Verein begrüßt die Bemühung der Kommission, die umfangreiche Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zusammenzufassen. Die dadurch erneut angestoßene, umfassende Diskussion in den Mitgliedstaaten kann dazu beitragen, unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitssystemen in jenen Bereichen zu intensivieren und zu modernisieren, in denen sich ein zusätzlicher Nutzen für mobile Patientinnen und Patienten sowie für die Sicherung der qualitativ hochwertigen, universell zugänglichen und flächendeckenden Versorgung ergibt.

Die soziale Dimension der europäischen Integration bedarf in Zukunft größerer Aufmerksamkeit und Anstrengung. Im Gesundheitsbereich geben die Verordnungen über die Koordinierung der Sozialversicherungssysteme bereits eine gemeinsame Linie vor, nach der die Mitgliedstaaten die sozial abgesicherte Mobilität ihrer Bürgerinnen und Bürger gewährleisten. Bei der weiteren Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitssystemen ist das Prinzip der Subsidiarität sorgfältig zu beachten. In Bezug auf die einzelnen hier angesprochenen Regelungen des Richtlinienvorschlags dürfen deren Auswirkung insbesondere auf sozial schwache und mobilitätsbeeinträchtigte Personen nicht vernachlässigt werden. In diesem Sinne muss auf Basis des bereits

bestehenden koordinierenden Sozialrechts ein tragfähiger Rahmen geschaffen werden, in dem die Mitgliedstaaten ihre Gesundheitssysteme gestalten und die grenzüberschreitende Kooperation weiter ausbauen können.