



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)
zu dem Vorschlag der Europäischen Kommission
für eine Richtlinie
„über die Ausübung der Patientenrechte
in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“
KOM 2008/414/EG

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) ist der Dachverband der Krankenhausträger in Deutschland. Sie vertritt die Interessen ihrer 28 Mitglieder – 16 Landesverbände und 12 nationale Spitzenverbände – in der Bundespolitik, in europäischen sowie internationalen Angelegenheiten und nimmt die ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben im Rahmen der deutschen Selbstverwaltung wahr. Die rund 2.100 Krankenhäuser versorgen mit ihren rund 1 Millionen Mitarbeitern jährlich über 16,8 Millionen Patienten. Bei rund 62 Milliarden Euro Jahresumsatz der deutschen Krankenhäuser handelt die DKG stellvertretend für einen maßgeblichen Bereich im Gesundheitswesen. In vielen Regionen ist das Krankenhaus der größte Arbeitgeber.

Krankenhäuser nehmen für die Versorgungssicherheit der Bevölkerung eine zentrale Rolle ein und stellen eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung flächendeckend und umfassend sicher. Dabei müssen sie, gerade um dem Versorgungsauftrag gerecht werden zu können, auch unternehmerisch denken und handeln. Die Sicherstellung des Versorgungsauftrags und damit die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung lassen sich dann am besten gewährleisten, wenn die sensible Struktur der Krankenhausversorgung und die besondere Versorgungslage der Patienten in den Mittelpunkt gestellt werden.

Der Grundsatz, dass die Mitgliedstaaten der EU über die Organisation ihrer Systeme der sozialen Sicherung und über die Organisation ihrer Gesundheitssysteme als Basis des sozialen Friedens und des Zusammenhalts der jeweiligen Gesellschaft auch weiterhin allein entscheiden können, muss bei allen Aktivitäten der Institutionen der Europäischen Union stets geachtet werden. Der Sensibilität der Gesundheitsversorgung ist auch bei Maßnahmen in anderen Politikbereichen, die Auswirkung auf die Systeme der sozialen Sicherheit zeitigen können, durch besondere Beachtung des Subsidiaritätsgedankens Rechnung zu tragen.

Das aus der Diskussion um die Dienstleistungsrichtlinie bekannt gewordene „Herkunftslandprinzip“ ist für den Gesundheitsbereich mit guten Gründen als nicht akzeptabel bewertet worden – die freien marktwirtschaftlichen Mechanismen wurden für den Bereich der Gesundheitsversorgung als inadäquat bewertet. Der Vorzug ist stets dem Grundsatz einzuräumen, wonach das Recht eines Mitgliedstaats zur Anwendung kommt, in dem eine Gesundheitsdienstleistung in Anspruch genommen wird („Empfängerland-Prinzip“).

Die Genese des vorliegenden Entwurfs zeigt deutlich, dass die Organisation der Gesundheitsversorgung ein Regelungsbereich ist, den viele Mitgliedstaaten und Bürger als unveräußerliche Kompetenz für sich reklamieren. Deutsche Krankenhäuser unterstützen Maßnahmen des Europäischen Gesetzgebers für mehr Rechtssicherheit bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung. Im Hinblick auf diese gesamtpolitische Lage sprechen wir uns für eine bedachte und maßvolle Herangehensweise aus.

Vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen Erwägungen nehmen deutsche Krankenhäuser wie folgt Stellung zu einzelnen Punkten des vorliegenden Entwurfs:

„Definition von Formen der Leistungserbringung“ Erwägungsgrund (10)

In diesem Erwägungsgrund werden Definitionen für die verschiedenen Arten der Leistungserbringung grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung vorgeschlagen. Eine Definition von Formen der Leistungserbringung ist im Hinblick auf die Zielrichtung des Richtlinienentwurfs mit ihrem ausschließlichen Fokus auf Patientenrechte sachfremd und nicht erforderlich. Da in den Artikeln des Entwurfs keine Legaldefinitionen für Formen der Leistungserbringung vorgeschlagen werden, ist dieser Erwägungsgrund ohne Bezug zu dem Rechtstext und sollte gestrichen werden.

„Zuständigkeit der Behörden des Behandlungsmitgliedstaats“ Erwägungsgründe (11), (14) und (15), Artikel 5

Ausweislich dieser Vorschriften sollen Regeln für Mitgliedstaaten erlassen werden, wonach diese die Einhaltung so genannter Arbeitsprinzipien für die verschiedenen Arten der Leistungserbringung sicherstellen sollen. Dazu gehören Qualität, Sicherheit, wissensbasierte und ethisch abgesicherte Versorgung, Patienten-Ausrichtung, Entschädigung, Achtung der Privatsphäre und Vertraulichkeit bei der Verarbeitung personenbezogener Daten.

Der verfolgte Ansatz der Sicherstellung dieser Prinzipien in den Mitgliedstaaten wird von uns begrüßt. Entscheidend hierbei ist aber, dass die deutschen Krankenhäuser im Rahmen der Leistungserbringung bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung weiterhin denselben Behörden, Aufsicht führenden Stellen oder Ähnlichen unterliegen, wie bereits bei der Versorgung deutscher Versicherter. Deutsche Krankenhäuser sprechen sich erneut und entschieden gegen die Geltung von Regeln des Versicherungsmitgliedstaats der Patienten im Empfängerland aus.

Nach Artikel 5 Abs. 3 des Entwurfs soll die Kommission das Recht erhalten, Leitlinien und Normen zu den in Art. 5 Abs. 1 aufgeführten Themenfeldern vorzugeben. Dieses Recht würde sich beispielsweise auf Fragen der Qualitätssicherung, der Sicherheitsstandards und der Patienteninformation erstrecken. In diesem Zusammenhang muss gewährleistet werden, dass die Vorgabe des Art. 152 EG gewahrt bleibt, wonach die Mitgliedstaaten weiterhin in vollem Umfang für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung zuständig sind. Deshalb sollte die Normsetzungskompetenz der Kommission auf jene Themen beschränkt werden, die nicht unmittelbar in die gesundheitspolitische Gestaltungsautonomie der Mitgliedstaaten eingreifen. Zudem existiert für gesundheitspolitische Fragestellungen mit der Offenen Methode der Koordinierung (OMK) bereits ein Verfahren auf EU-Ebene, das eine zwischenstaatliche Koordinierung zu Fragen der Qualitätssicherung, der Sicherheitsstandards und der Patienteninformation ermöglicht. Die OMK bietet bereits heute die Möglichkeit, hierzu Empfehlungen zu erarbeiten. Zusätzliche Regelungen sind deshalb in dem vorliegenden Richtlinienentwurf nicht erforderlich.

Vor diesem Hintergrund schlagen deutsche Krankenhäuser folgende Ergänzung dieser Vorschrift vor:

In Artikel 5 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt: „Das Recht der Kommission zur Vorgabe von Leitlinien oder Normen erstreckt sich nicht auf Aspekte, welche die Or-

ganisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung betreffen, insbesondere Fragen der Qualitätssicherung, der Sicherheitsstandards und der Patienteninformation.“

Das Verhältnis dieser Richtlinie zur Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen sowie zur Richtlinie über bestimmte rechtliche Aspekte der Dienste der Informationsgesellschaft (Kollisionsvorschrift des Artikels 5 Absatz 2 zur Kollisionsnorm Artikel 3 Absatz 3 a und b) sollte verdeutlicht werden, möglicherweise widersprüchliche Aspekte und Wiederholung sollten vermieden werden.

Hinsichtlich der in dem Richtlinienentwurf angesprochenen schadensersatzrechtlichen Fragestellungen muss sichergestellt werden, dass sich Haftungsansprüche bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ausschließlich nach den Regeln beurteilen, die im Land des Ersatzpflichtigen gelten. Haftungsrechtliche Fragestellungen werden im deutschen Rechtskreis nach den deliktsrechtlichen Regeln der §§ 823 ff. BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) abgehandelt. Sofern ein Sachverhalt mit Auslandsbezug, wie beispielsweise bei der Behandlung eines ausländischen Versicherten, vorliegt, wird durch Art. 40 Abs. 1 EGBGB (Einführungsgesetz zum BGB) die Anwendbarkeit des deutschen Rechts für die Durchsetzung eines etwaigen Schadensersatzanspruches geregelt (es gilt das Recht des Staates, in dem Ersatzpflichtige gehandelt hat). Damit ist sichergestellt, dass ausländische Versicherte gegenüber deutschen Krankenhäusern einen Haftungsanspruch geltend machen können.

Es wird jedoch auch ausgeführt, dass die Deckung hinsichtlich Schadenersatz und Entschädigung seitens der Systeme des Landes, in dem die Behandlung stattfindet (so derzeit gem. Art. 40 Abs. 1 EGBGB) nicht die Möglichkeit der Mitgliedsstaaten berühre, den Deckungsbereich ihres nationalen Systems auf Patienten ihres Landes auszuweiten, die Gesundheitsversorgung in einem anderen Land in Anspruch nehmen möchten, soweit diese geeigneter für den Patienten sind. Dies wird im Ergebnis dazu führen, dass sich – sofern sich der Patient dadurch besser stellen würde – ein etwaiger Haftungsfall nicht, wie derzeit geregelt, nach deutschem Recht beurteilt, sondern vielmehr nach den Regeln des Heimatlandes des Patienten. Dies führt gegebenenfalls zu einer Haftungsausweitung für deutsche Krankenhäuser und führt Rechtsunsicherheit. Deshalb kann dieser Punkt nicht mitgetragen werden.

„Gesundheitsdienstleistungen in einem anderen Mitgliedsstaat“ Erwägungsgründe (18) bis (26), Artikel 6

Hier ist insbesondere vorgesehen, dass den Patienten die Übernahme der Kosten für die Gesundheitsdienstleistungen im europäischen Ausland auf demselben Niveau garantiert werden sollte, wie es bei einer Versorgung im Heimatland des Patienten gewährt würde, sofern eine gleiche oder vergleichbare Leistung dort erstattungsfähig wäre. Deutsche Krankenhäuser weisen darauf hin, dass Parameter für die Vergleichbarkeit von Leistungen oder von Kosten auf europäischer Ebene nicht existieren. Eine praktische Handhabe für die essentielle Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit der Kosten gibt es daher nicht. Es ist deshalb unerlässlich die Vergleichbarkeit von Leistungen sowie der Preissysteme herzustellen und für Patienten und Leistungserbringer transparent zu gestalten.

Ohne ein verlässliches System zur Vergleichbarkeit besteht Rechtsunsicherheit, die nicht zu Lasten der Leistungserbringer gehen darf. Es muss sichergestellt werden, dass Krankenhäuser ihre Kosten liquidieren können. Darüber hinaus müssen Leistungserbringer Klarheit darüber haben, ob ein Patient aufgrund der Verordnung 1408/71 EG (zur sozialen Sicherheit von Wanderarbeitnehmern) oder auf Grundlage dieser Richtlinie behandelt werden. Die Beantwortung dieser Frage ist auch entscheidend für die Frage, welches Kostenerstattungssystem zur Anwendung kommen soll.

„Ambulante Behandlung“ und „Krankenhaus- und Spezialbehandlung“ Erwägungsgründe (28) bis (32), Artikel 7 und 8

Deutsche Krankenhäuser sprechen sich mit Nachdruck dafür aus, dass Patientenrechte und die damit verbundene Wahlfreiheit über den Behandler auch für den stationären Sektor hergestellt werden sollte. Der von der Europäischen Kommission gewählte Ansatz, wonach Mitgliedstaaten nur bei befürchteter planerischer oder finanzieller Schieflage ihres Krankenhauswesens einen Genehmigungsvorbehalt vorsehen können, wird daher unterstützt.

Mit dem Erfordernis einer Übernachtung beziehungsweise der Erfassung in einer Liste ist der Versuch einer Definition von stationären Leistungen im Richtlinienentwurf nicht hinreichend präzise. Die Bezugnahme auf das Übernachtungskriterium geht zwar konform mit der Rechtsprechung des BSG zur vollstationären Behandlung. Andere Formen der Krankenhausbehandlung (vor- und nachstationäre Behandlung, teilstationäre Behandlung und ambulante Krankenhausbehandlung) sollten aber von dieser Definition und dem Anwendungsbereich dieser Vorschrift ausgenommen bleiben. Das weitere Formen der Krankenhausbehandlung nicht vom Anwendungsbereich der Vorschrift erfasst werden muss verdeutlicht werden.

Es ist unklar ob sich die Definition der Krankenhausbehandlung hier physisch das Gebäude beziehen soll oder ob hier eine Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung beabsichtigt ist. Ambulante Behandlung kann grundsätzlich auch innerhalb eines Krankenhauses stattfinden und muss möglich sein. Ob die vorgesehene Definition der Krankenhausbehandlung als Abgrenzungskriterium für genehmigungsbedürftige Behandlungsformen erforderlich oder geeignet ist, erscheint fraglich. Zumindest dürfen davon keine Eingriffe in nationale Kompetenzen zur Ausgestaltung der verschiedenen Versorgungsbereiche ausgehen. Die in Artikel 8 Absatz 2 lit. (b) des Richtlinienentwurfs vorgesehene Liste zusätzlicher Behandlungen könnte unter anderem Leistungen nach §116 b SGB V betreffen. Wechselwirkungen einer festgelegten europäischen Liste auf deutsche Versorgungsmöglichkeiten sollten ausgeschlossen werden.

„Informationen für Patienten“ und „Nationale Kontaktstellen“ Artikel 10 und 12

Art. 10 und 12 sehen umfangreiche Informationsrechte der Patienten und entsprechende Verpflichtungen der Mitgliedsstaaten bezüglich der Bereitstellung dieser Informationen vor. Diese Informationen erstrecken sich insbesondere auch auf die Geltendmachung und Durchsetzung von Haftungsansprüchen aufgrund einer Schädigung.

gung im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung gegen den Leistungserbringer. Grundsätzlich begrüßen wir die Entscheidung, Patienten über ihre Regressansprüche generell zu informieren. Jedoch muss sichergestellt werden, dass sich die einzelnen Haftungsfälle ausschließlich nach den Regularien im Mitgliedstaat des Leistungserbringers beurteilen und gerade nicht anhand der Regelungen aus dem Heimatland des Patienten.

Es muss sichergestellt werden, dass nationale Kontaktstellen keine Leistungserbringer bezogenen Hinweise für Patienten erteilen dürfen (z.B. eine Empfehlung für bestimmte Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern). Mögliche Steuerungswirkungen durch Art und Weise der Informationsweitergabe über Behandlungsmöglichkeiten müssen strikt ausgeschlossen werden. Leistungserbringer sind bei der Gestaltung der Informationssysteme zu beteiligen.

„Europäische Referenznetze“ Erwägungsgrund (40), Artikel 15

Der Vorschlag sieht Mechanismen zur Gründung und Einrichtung von Referenznetzwerken vor. Hierbei handelt es sich um eine Angelegenheit der Ausgestaltung von Gesundheitssystemen, die eindeutig der Kompetenz der Mitgliedstaaten zugewiesen ist. Maßnahmen des europäischen Gesetzgebers sind in diesem Bereich nicht zulässig.

Eine Unterstützung bei dem Austausch von Erkenntnissen und Erfahrungen im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung (OMK) ist – soweit es auf den Bereich seltener Krankheiten beschränkt bleibt – eine Möglichkeit, Kompetenzen zusammen zu führen und damit Patienten eine bestmögliche Versorgung zu gewähren. Deutsche Krankenhäuser unterstützen diese Form der Zusammenarbeit.

„Gesundheitstechnologien“ Erwägungsgrund (43)

Hier wird ausgeführt, dass Zusammenarbeit bei der Bewertung neuer Gesundheitstechnologien den Mitgliedstaaten durch Skalenvorteile und Vermeidung von Doppelarbeit eine optimale Nutzung neuer Technologien erleichtern kann.

Die gemeinsame Aufbereitung mehrerer länderübergreifender Wissensquellen im Zusammenhang mit neuen Gesundheitstechnologien (Innovationen) kann sinnvoll sein. Ein Verfahren für den Eingang von Innovationen in die medizinische Versorgung wird an dieser Stelle nicht abgehandelt. Es sollte aber in der Entwicklung der Zusammenarbeiten im Bereich der Gesundheitstechnologien beachtet werden, dass keine einschränkenden Regelungen getroffen werden.

„Gesundheitstelematik“ Erwägungsgrund (41), Artikel 16

Hiernach soll die Interoperabilität von IKT-Systemen im Gesundheitsbereich hergestellt werden. Bei der Herstellung von Interoperabilität zwischen den IKT-Systemen

müssen die in verschiedenen Mitgliedstaaten bereits durchgeführten Maßnahmen zur Errichtung von IKT-Systemen im Gesundheitsbereich berücksichtigt werden. Bereits installierte Systeme dürfen nicht beeinträchtigt werden.

„Datensammlung für Statistik und Überwachung“ Erwägungsgrund (42), Artikel 18

Nach Artikel 18 Absatz 1 sollen Mitgliedstaaten für Überwachungszwecke statistische und andere ergänzende Daten über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, Behandlungen, Dienstleister und Patienten, Kosten und Ergebnisse sammeln. Kosten und Nutzen dieser Datenerhebung müssen in einem vernünftigen Verhältnis zueinander stehen: Es muss im Voraus eindeutig festgelegt werden, wer diese Daten in welcher Weise benutzen darf.

„Ausschuss“ Artikel 19

Grundsätzlich haben sich die in diesem Artikel genannten Beschlussverfahren der Verordnung 1999/468/EG für den Erlass von Durchführungsbestimmungen bewährt. Deutsche Krankenhäuser unterstützen die Anwendung dieser Verfahren auch auf Bestimmungen dieser Richtlinie, soweit die der Europäischen Kommission mit dieser Richtlinie konkret erteilten Ermächtigungen nicht ausgeweitet werden. Die mitgliedstaatlichen Kompetenzen zur Gestaltung ihrer Gesundheitssysteme dürfen mit der Anwendung dieser Vorschriften nicht beeinträchtigt werden.