

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 17/3792 –**

Positionierung der Bundesregierung bei den Verhandlungen des Europäischen Rates über eine Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Vorbemerkung der Fragesteller

Derzeit wird auf europäischer Ebene der Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung diskutiert, den die Europäische Kommission am 2. Juli 2008 vorgelegt hatte. Mit der Richtlinie soll der Erstattungsanspruch gesetzlich Krankenversicherter für planbare stationäre und ambulante Behandlungen im EU-Ausland einheitlich geregelt werden.

Der Europäische Rat hat am 13. September 2010 einem modifizierten Richtlinienentwurf zugestimmt, auch mit Unterstützung der Bundesregierung. Die nun anstehende Einigung mit dem Europäischen Parlament lässt einige Konflikte erwarten. Das Europäische Parlament hat in seiner Stellungnahme anlässlich der ersten Lesung der Richtlinie zahlreiche Änderungswünsche angemahnt, die den Vorstellungen des Rates, auch der Bundesregierung, teilweise entgegenstehen. Auch die EU-Kommission hat sich mit einigen Teilen der Ratspositionierung nicht einverstanden erklärt, die auch auf Drängen Deutschlands gefasst wurden.

In dem von der Bundesregierung unterstützten Richtlinienentwurf ist vorgesehen, dass für planbare Behandlungen im Ausland ausschließlich das sogenannte Kostenerstattungsprinzip gilt, nach dem Patientinnen und Patienten zunächst für die Kosten der Behandlung in Vorleistung gehen müssen, ohne vorab einschätzen zu können, in welcher Höhe ihnen diese Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden. Das bisher eingespielte europäische Verfahren bei akuten Erkrankungen sieht hingegen grundsätzlich das Sachleistungsprinzip vor, nach dem direkt zwischen den Krankenversicherungen des Versicherungs- und des Behandlungslandes abgerechnet wird. Das Kostenrisiko der Versicherten ist dabei geringer und es greifen Sicherungsmechanismen der nationalen Gesundheitssysteme.

Zudem hält die EU-Kommission bislang daran fest, anlässlich der Richtlinie auch im Bereich e-health verbindliche Vorgaben für die Mitgliedstaaten machen zu wollen, was unter anderem Auswirkungen auf die Ausgestaltung der elektronischen Gesundheitskarte haben könnte.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Ziel der amtierenden belgischen Ratspräsidentschaft ist es, zum Richtlinienentwurf über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung eine Einigung in zweiter Lesung zwischen Rat und Europäischem Parlament zu erreichen. Zu diesem Zweck werden von der Präsidentschaft auf der Grundlage des Standpunktes des Rates vom 13. September 2010 einerseits und des Votums des Fachausschusses ENVI des Europäischen Parlaments vom 27. Oktober 2010 andererseits Kompromissmöglichkeiten ausgelotet. Die Beantwortung der Kleinen Anfrage legt die genannten Dokumente unter Berücksichtigung des aktuellen Verhandlungsstandes zu Grunde, der jedoch, bedingt durch die Dynamik des noch offenen Verhandlungsprozesses, nur einen Zwischenstand darstellt.

1. Wo sieht die Bundesregierung die zentralen Dissenspunkte zwischen der Fassung der Richtlinie, wie sie am 8. Juni 2010 vom Rat für Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz (EPSCO-Rat) angenommen wurde, und den Änderungsanträgen des Europäischen Parlaments für die zweite Lesung, so wie sie vom Ausschuss für Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebensmittelsicherheit (ENVI-Ausschuss) des Europäischen Parlaments am 8. September 2010 in seiner Beschlussempfehlung vorgelegt wurden, und wie positioniert sie sich zu diesen?

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung der belgischen Ratspräsidentschaft, dass die zentralen Dissenspunkte zwischen Rat und Europäischem Parlament bei den Vorschriften zur Qualität und Sicherheit, beim Regelungsregime über die Vorabgenehmigung und Kostenerstattung, bei den vom Europäischen Parlament befürworteten Spezialregelungen für Patientinnen und Patienten mit so genannten seltenen Erkrankungen und bei den Regelungen zu elektronischen Gesundheitsdiensten liegen. Die Bundesregierung legt ihrer Positionierung zu diesen Punkten weiterhin den Beschluss des Deutschen Bundestages vom 12. November 2008 (Bundestagsdrucksache 16/10911) zu Grunde, wonach es zu Qualitäts- und Sicherheitsstandards keine Leitlinienkompetenz der Kommission geben soll, die Nutzung von Genehmigungsvorbehalten durch die Mitgliedstaaten nicht an Bedingungen geknüpft werden darf, die über die ständige Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) hinausgehen, und die inhaltliche Ausgestaltung der Regelungen zu elektronischen Gesundheitsdiensten nicht im Komitologieverfahren erfolgen darf. Bezüglich der seltenen Erkrankungen befürwortet die Bundesregierung die von der Präsidentschaft vorgeschlagene verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten.

2. a) Aus welchem Grund wurde in dem vom EPSCO-Rat verabschiedeten Richtlinienentwurf nur das Prinzip der Kostenerstattung bei Behandlungen im EU-Ausland vereinbart und nicht auch das Sachleistungsprinzip wie in den Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 und (EG) Nr. 883/04 des Rates vom 29. April 2004?
b) Aus welchen Gründen unterstützt die Bundesregierung diesen Vorschlag?

Dem Richtlinienentwurf liegt der Gedanke zu Grunde, die Rechte der Patientinnen und Patienten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, insbe-

sondere auf Kostenerstattung von Auslandsbehandlungen, die der Gerichtshof der Europäischen Union aus den Grundfreiheiten des AEUV (Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union) selbst hergeleitet hatte, zu kodifizieren und in einem rechtssicheren Rahmen legislativ auszugestalten. Das Prinzip der Kostenerstattung ist dem Richtlinienentwurf deshalb immanent. Die Bundesregierung hat dies von Beginn an mitgetragen. Die Richtlinie tritt neben das Regelungsregime der Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherung, die in bestimmten Fällen grenzüberschreitender Inanspruchnahme den finanziellen Ausgleich zwischen den verschiedenen Leistungssystemen der Mitgliedstaaten regeln.

- c) Wie steht die Bundesregierung zu dem Vorschlag des ENVI-Ausschusses des Europäischen Parlaments, in der Richtlinie alternativ auch die Möglichkeit des Sachleistungsprinzips vorzusehen (Änderungsanträge Nummer 48, 53 und 62, Draft recommendation for second reading on the Council position at first reading with a view to the adoption of a directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare vom 8. September 2010, 2008/0142 (COD)), und welche Gründe sprechen aus Sicht der Bundesregierung für die Abrechnung via Sachleistungsprinzip?

Die genannten Änderungsanträge des Berichtsentwurfs zielen auf den so genannten Voucher. Dazu wird auf die Antwort zu Frage 5 verwiesen.

3. a) Ist es nach Ansicht der Bundesregierung möglich, gesetzlich Versicherten – wie nach Artikel 6 Absatz 2 des Richtlinienentwurfs vorgesehen – vorab mitzuteilen, bis zu welchem Betrag die Kosten für eine Behandlung im EU-Ausland durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet werden, und wenn ja, wie?
- b) Falls dies nicht möglich ist, auf welcher Grundlage kann ein gesetzlich versicherter Patient bei einer Behandlung im EU-Ausland im Voraus abschätzen, ob und in welcher Höhe er einen Anteil der Behandlungskosten privat zu tragen hat?

Bei der folgenden Beantwortung geht die Bundesregierung davon aus, dass Artikel 5b des Richtlinienentwurfs in der Fassung des Standpunktes des Rates vom 13. September 2010 gemeint ist. Nach Artikel 5b „stellt der Versicherungsmitgliedstaat sicher, dass Mechanismen bestehen, um Patientinnen und Patienten auf Anfrage Informationen über ihre Rechte und Ansprüche in diesem Mitgliedstaat im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen, insbesondere bezüglich der Verfahren zur Geltendmachung und Festsetzung dieser Ansprüche, der Voraussetzungen für eine Kostenerstattung sowie der Möglichkeiten der Anfechtung und des Rechtsbehelfs, falls die Patientinnen und Patienten die Auffassung vertreten, dass ihre Rechte nicht geachtet worden sind.“

Im Rahmen der Richtlinienumsetzung wird dafür Sorge getragen, dass die genannten Verfahrensgarantien den Patientinnen und Patienten uneingeschränkt zu Gebote stehen. Dementsprechend können Patientinnen und Patienten auf Anfrage (bei ihrer Krankenkasse) Informationen über ihre Ansprüche erhalten.

- c) Welchen Vorteil sieht die Bundesregierung darin, wenn gesetzlich Versicherte durch das Prinzip der Kostenerstattung möglicherweise mit Privatrechnungen konfrontiert werden, die ein Vielfaches dessen betragen, was bei einer Anwendung des Sachleistungsprinzips abgerechnet worden wäre?

Die Rechte aus der Richtlinie treten neben die Möglichkeiten, die die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (VO 883/2004) den Patientinnen und Patienten bietet, und ergänzen diese. Die Bundesregierung tritt in den laufenden Verhandlungen nachdrücklich dafür ein, dass ein Wahlrecht besteht, wenn die Voraussetzungen sowohl der Richtlinie als auch der Verordnung erfüllt sind, so dass in diesen Fällen Patientinnen und Patienten die Möglichkeit haben, anstatt des Weges der Kostenerstattung die Sachleistungsaushilfe nach der VO 883/2004 zu wählen.

4. Warum setzt sich die Bundesregierung nicht für eine Weiterentwicklung der europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) ein, so dass diese auch für planbare medizinische Behandlungen im Ausland zur Anwendung kommen kann?

Eine Erweiterung des Anwendungsbereiches der europäischen Krankenversicherungskarte wird im Zusammenhang mit der Einführung einer elektronischen, also smartcard-basierten, europäischen Krankenversicherungskarte („eEHIC“) untersucht.

Hierzu hat die Task Force für den elektronischen Datenaustausch der für die EHIC zuständigen Verwaltungskommission für Wanderarbeitnehmer – in der die Bundesregierung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales vertreten wird – Ende 2007 eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe eingesetzt, die den Auftrag hat, die politischen, rechtlichen und technischen Grundlagen für die Einführung der eEHIC auszuarbeiten. Die Ad-hoc-Gruppe hat im Mai 2009 einen vorläufigen Abschlussbericht vorgelegt, in dem die rechtlichen, funktionalen und technischen Anforderungen für die Einführung einer eEHIC dargelegt wurden. Eine Entscheidung der Verwaltungskommission über das weitere Vorgehen steht aus. Die Bundesregierung wird auch weiterhin die konzeptionellen Arbeiten zur Einführung einer eEHIC unterstützen, wobei auch die Frage der Kompatibilität und Interoperabilität zur deutschen elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen eine wesentliche Rolle spielt und dabei insbesondere dem Datenschutz oberste Priorität einräumen.

5. Wie begründet die Bundesregierung ihre Ablehnung des Vorschlags, neben dem Prinzip der Kostenerstattung auch die Möglichkeit eines Vouchers für planbare Leistungen einzuführen, über den Krankenkassen direkt mit den ausländischen Leistungsanbietern abrechnen können (vgl. Vorschlag des CDU-Abgeordneten im Europäischen Parlament Dr. Peter Liese, DAZ vom 10. Juni 2010)?

Im Standpunkt des Rates ist diese Option nicht enthalten. Die Bundesregierung tritt für eine Umsetzung der EuGH-Rechtsprechung ein, wonach Patientinnen und Patienten Anspruch auf Erstattung der Kosten haben, die ihnen im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung entstanden sind bis zu der Höhe, die im Inland für dieselbe Behandlung übernommen worden wäre. Die freiwillige Einführung eines „Vouchers“ würde in der praktischen Umsetzung so unverhältnismäßige Probleme bereiten, dass Patientinnen und Patienten davon kaum einen Nutzen hätten.

Gleichwohl wird die Bundesregierung im weiteren Verlauf der Verhandlungen darauf achten, dass Patientinnen und Patienten bei der Kostenerstattung von vorab genehmigten Behandlungen im Ausland keine unangemessenen Belastungen entstehen.

6. a) Umfasst die Erstattungspflicht für alle „im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung“ entstandenen Kosten nach Artikel 8 Absatz 1 des Richtlinienentwurfs – wie von einigen Mitgliedstaaten befürwortet – auch Kosten für die An- und Abreise zum und die Unterbringung am Behandlungsort, bzw. von wem wären diese Kosten nach Ansicht der Bundesregierung zu tragen?

Die Bundesregierung tritt auch bei der Frage nach der Erstattung von anlässlich der grenzüberschreitenden Behandlung angefallenen Nebenkosten (z. B. Reisekosten und Unterbringung) für eine Umsetzung der EuGH-Rechtsprechung ein. Demnach sind im Rahmen des Freizügigkeitsrechts auch Nebenkosten, die bei einer vergleichbaren Inlandsbehandlung übernommen worden wären, bei einer EU-Auslandsbehandlung zu ersetzen (Urteil vom 16. Mai 2006, Rechtssache C-372/04 – Watts, Rn. 139).

- b) Falls die Reise- und Unterbringungskosten auch von der Erstattungspflicht umfasst sind, welche zusätzlichen Belastungen kämen nach Schätzung der Bundesregierung dann jährlich auf die gesetzliche Krankenversicherung zu?

Der Bundesregierung liegen dazu keine Erkenntnisse vor.

7. a) Wie verhält sich die Bundesregierung zu der Forderung des ENVI-Ausschusses des Europäischen Parlaments, nach der nicht nur für gleichartige Behandlungsmethoden, sondern auch für alle Behandlungsmethoden, die vergleichbar effektiv sind, ein Erstattungsanspruch besteht (Änderungsantrag Nummer 47, a. a. O.)?
- b) Wer hätte Entscheidungen über eine vergleichbare Effektivität zu treffen, und auf welcher Basis?
- c) Welche Probleme könnten bei einer solchen Regelung hinsichtlich der Ausweitung des Leistungskataloges entstehen?

Die Fragen 7a bis 7c werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung trägt den Vorschlag der belgischen Ratspräsidentschaft mit, in einem neuen Erwägungsgrund (31a) die Fallkonstellation zu behandeln, dass in einem Mitgliedstaat eine bestimmte Behandlungsmethode nicht zur Verfügung steht.

Danach darf eine Vorabgenehmigung bzw. Kostenerstattung nicht allein aus dem Grund abgelehnt werden, dass die im Ausland nachgesuchte konkrete Behandlungsmethode nicht zum Leistungsspektrum im Versicherungsmitgliedstaat gehört. Vielmehr muss geprüft werden, ob diese Behandlungsmethode eine Entsprechung in den Leistungen findet, die nach innerstaatlichem Recht zu gewähren sind. Die Entscheidung darüber wird – wie auch rein innerstaatliche Entscheidungen über die Kostenübernahme – zunächst durch die Krankenkasse selbst getroffen mit den entsprechenden Rechtsbehelfen. Insoweit sind grundsätzlich Probleme hinsichtlich einer Ausweitung des Leistungskatalogs nicht zu befürchten.

8. a) Hält die Bundesregierung die im Richtlinienentwurf vorgesehene Möglichkeit für Mitgliedstaaten, bei bestimmten planbaren Behandlungen eine Vorabgenehmigung zu verlangen, für sinnvoll, und wird sie bei entsprechendem Beschluss der Richtlinie ein solches Genehmigungssystem einführen?

Falls nicht, warum nicht?

- b) Falls sie die Einführung einer solchen Regelung auf nationaler Ebene plant, welche Gründe sollten nach Ansicht der Bundesregierung in Deutschland zu einer Versagung der Vorabgenehmigung führen?

Die Fragen 8a und 8b werden gemeinsam beantwortet.

In Umsetzung der Rechtsprechung des EuGH zur Kostenübernahme in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003 die Regelung des § 13 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeführt, die ein Vorabgenehmigungserfordernis für Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V vorsieht. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

In den laufenden Verhandlungen tritt die Bundesregierung dafür ein, dass die vom EuGH in seiner Rechtsprechung anerkannten möglichen Gründe für die Versagung einer Vorabgenehmigung Aufnahme in die Richtlinie finden; insbesondere der Grund, dass die betreffende Gesundheitsversorgung auf dem Gebiet des Versicherungsmitgliedstaats innerhalb eines – unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Krankheitsverlaufs der Patientinnen und Patienten – medizinisch vertretbaren Zeitraums geleistet werden kann.

9. Welche positiven und negativen Auswirkungen wird die Richtlinie auf die stationäre Versorgung in strukturschwachen Regionen und Grenzregionen haben, und wie groß schätzt die Bundesregierung die Gefahr der Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus diesen Regionen ein?

Die Bundesregierung tritt dafür ein, dass stationäre Behandlungen im Ausland einem Genehmigungsvorbehalt unterworfen werden, wie auch in ständiger Rechtsprechung durch den EuGH bestätigt. Aufgrund des hochspezialisierten und qualitativ hochwertigen Angebots stationärer Einrichtungen in Deutschland ist davon auszugehen, dass inländische Versicherte nicht in großem Umfang Auslandsbehandlungen nachfragen werden, sondern im Gegenzug vermehrt ausländische Versicherte nach Deutschland kommen werden, um hier stationäre Leistungen zu erhalten.

10. a) Wie schätzt die Bundesregierung die vom Europäischen Parlament aufgeworfenen Frage ein, dass Krankenkassen durch Anreize Patientinnen und Patienten zu einer für die Kassen kostengünstigeren Behandlung im Ausland drängen könnten?
- b) Wie beurteilt die Bundesregierung vor diesem Hintergrund die Tatsache, dass bereits heute viele Krankenkassen Kooperationsverträge mit Leistungserbringern insbesondere im osteuropäischen Ausland haben, um Kosten zu senken (WELT am SONNTAG, 12. September 2010)?
- c) Unterstützt die Bundesregierung den Vorschlag des ENVI-Ausschusses des Europäischen Parlaments, in den Richtlinienentwurf eine Regelung einzufügen, dass Mitgliedstaaten sicherstellen sollen, dass Patientinnen und Patienten nicht gegen ihren Willen zu einer Behandlung im EU-Ausland gedrängt werden (Änderungsantrag Nummer 9, a. a. O.)?

Die Fragen 10a bis 10c werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung setzt sich dafür ein, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen des Freizügigkeitsrechts grundsätzlich berechtigt sein sollen, grenzüberschreitende Gesundheitsbehandlungen in Anspruch zu nehmen. Anreize zur Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen sollen hingegen nicht gesetzt werden.

Daher hat die belgische Präsidentschaft vorgeschlagen, einen entsprechenden Hinweis in dem vom Europäischen Parlament vorgeschlagenen neuen Erwägungsgrund 3a zur Sicherstellungspflicht der Mitgliedstaaten für eine sichere, qualitativ hochwertige und effiziente sowie bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zu ergänzen. Umsetzung und Anwendung der Richtlinie dürften im Ergebnis nicht darauf hinauslaufen, Patientinnen und Patienten zur Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung zu ermutigen. Die Bundesregierung unterstützt diesen Ergänzungsvorschlag.

Die Möglichkeit für Krankenkassen, mit Leistungserbringern im räumlichen Anwendungsbereich der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 Verträge direkt zu schließen, wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (§ 140e SGB V) eingeführt. Der Bundesregierung liegen keine belastbaren Daten über die Anzahl bereits geschlossener Kooperationsverträge vor. Der zitierte Artikel in der „WELT am SONNTAG“ vom 12. September 2010 bezieht sich offensichtlich auf eine von der Techniker Krankenkasse 2007 unter ihren Mitgliedern durchgeführte nicht repräsentative Befragung. Insoweit wird auf die Antwort zu Frage 11 verwiesen.

11. a) Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung aus der Tatsache, dass laut einer Umfrage der Techniker Krankenkasse mittlerweile 40 Prozent der im EU-Ausland behandelten Versicherten sich bewusst dafür entschieden haben (TK-Europabefragung 2009)?
- b) Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung aus diesen Umfrageergebnissen, nach denen in erster Linie Heilmittel und Kuren in Anspruch genommen werden, gefolgt von (zahn-)ärztlichen ambulanten Behandlungen?
- c) Wie beurteilt die Bundesregierung die Tatsache, dass es sich dabei laut dieser Umfrage in erster Linie um Rentnerinnen und Rentner und Personen mit geringerem Einkommen handelt, und dass diese Personen als Grund für die Auslandsbehandlung vorwiegend angeben, auf diese Weise Zuzahlungen oder anderweitig privat zu tragende Kosten vermeiden wollen?

Die Fragen 11a bis 11c werden gemeinsam beantwortet.

Die TK hat in dieser Umfrage nur ihre eigenen Versicherten befragt und von denen nur diejenigen, die sich 2008 einer Auslandsbehandlung unterzogen haben (ca. 47 000 Versicherte mit einer Rücklaufquote von 35 Prozent). Deshalb handelt es sich nicht um eine repräsentative Studie, die Rückschlüsse auf das Verhalten aller gesetzlich Versicherten zulassen würde.

12. Wie beurteilt die Bundesregierung die Tatsache, dass bereits heute viele Krankenkassen durch Kooperationsverträge mit Leistungserbringern im europäischen Ausland bestimmte Qualitätsstandards festschreiben, und hält sie eine Fortentwicklung solcher Vereinbarung für sinnvoll?

Gemäß § 140e SGB V dürfen die Krankenkassen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Absatz 4 Satz 1 SGB V in Staaten abschließen, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 anzuwen-

den ist. Die Krankenkassen sollen in diesem Zusammenhang dafür Sorge tragen, dass die Leistungserbringer im europäischen Ausland eine qualitätsgesicherte Versorgung der Versicherten gewährleisten können.

13. Welche positiven und negativen Konsequenzen können sich nach Ansicht der Bundesregierung daraus ergeben, dass inländische Leistungserbringer nach Artikel 5 Absatz 4 des Richtlinienentwurfs Anreize für die Anwerbung ausländischer Patientinnen und Patienten haben, da sie diese nach den Gebührensätzen für Privatpatienten abrechnen können?

Bei der folgenden Beantwortung geht die Bundesregierung davon aus, dass Artikel 4 Absatz 4 des Richtlinienentwurfs in der Fassung des Standpunktes des Rates vom 13. September 2010 gemeint ist.

Bei Artikel 4 Absatz 4 des Richtlinienentwurfs handelt es sich um eine Vorschrift für solche Mitgliedstaaten, die wegen ihres nationalen Gesundheitssystems (in der Regel steuerfinanzierte Systeme wie in Großbritannien) im Inland keine Kosten für Behandlungen beziffern können. Um deren Patientinnen und Patienten eine Kostenerstattung für Auslandbehandlungen auf inländischem Niveau zu ermöglichen, müssen solche Staaten einen Mechanismus für die Berechnung der Kosten (im Inland) erschaffen.

14. Wie soll nach Ansicht der Bundesregierung zukünftig die Beratung und Information von inländischen und ausländischen Patientinnen und Patienten bei den im Richtlinienentwurf vorgesehenen Nationalen Kontaktstellen organisiert werden?

Es wird verwiesen auf die Antwort zu Frage 15.

15. a) Wo sollen diese Nationalen Kontaktstellen angesiedelt sein, und ist dafür die Schaffung einer neuen Struktur nötig?
- b) Wie beurteilt die Bundesregierung in diesem Zusammenhang den Wunsch des Europäischen Parlaments, nach dem Patientenorganisationen, Krankenkassen und Leistungserbringer an diesen Stellen beteiligt werden sollen?
- c) In welcher Form könnte die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) beim GKV-Spitzenverband als bereits vorhandene Struktur genutzt werden, und wäre es u. U. sinnvoll, Außenstellen der DVKA einzurichten?
- d) Welche zusätzlichen Kosten werden schätzungsweise durch diese Nationalen Kontaktstellen entstehen, und von wem werden diese zu tragen sein?

Die Fragen 15a bis 15d werden gemeinsam beantwortet.

Im Standpunkt des Rates ist vorgesehen, dass die Mitgliedstaaten über die Form und die Anzahl ihrer nationalen Kontaktstellen entscheiden sollen. Diese Kontaktstellen können auch in bestehende Informationszentren integriert werden oder auf deren Tätigkeit aufbauen, sofern deutlich erkennbar ist, dass diese auch als nationale Kontaktstellen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung fungieren.

Die Bundesregierung setzt sich insoweit dafür ein, dass die nationalen Kontaktstellen so organisiert werden, dass sie über die entsprechende Aufstellung verfügen, um Patientinnen und Patienten interessengerecht Informationen über die

wichtigsten Aspekte der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bieten zu können.

Die genaue Ausgestaltung der Regelungen zu den nationalen Kontaktstellen wird derzeit noch verhandelt. Die Bundesregierung achtet dabei darauf, dass keine erheblichen Mehrkosten entstehen werden. Eine Übertragung der Aufgaben auf die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland wird daher im Rahmen der Richtlinienumsetzung als eine mögliche Option geprüft werden.

16. Inwieweit hält die Bundesregierung es für sinnvoll und praktikabel, wenn die Beratung von Patientinnen und Patienten über Sicherheits- und Qualitätsstandards nur im jeweiligen Behandlerstaat erfolgen soll, und wie kann sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten auch bereits im Heimatstaat umfassend informiert werden?

Die Bundesregierung unterstützt weiterhin den Ansatz des Standpunktes des Rates, dass jeder Mitgliedstaat grundsätzlich nur über das auf seinem Hoheitsgebiet geltende Rechtsregime informieren soll, da sich seine Kontrollverantwortung auf diese Regelungen beschränkt. Auf grenzüberschreitende Behandlungen soll vor diesem Hintergrund das Recht des Behandlungsstaates Anwendung finden. Dementsprechend hat auch der Behandlungsstaat über die in seinem Hoheitsgebiet geltenden Qualitäts- und Sicherheitsstandards zu informieren. Den Patientinnen und Patienten bleibt es unbenommen, sich z. B. bei den nationalen Kontaktstellen und Leistungserbringern in ihrem Heimatland über den nationalen Umfang ihrer Rechte und Ansprüche – insbesondere den nationalen Leistungskatalog und die Kostenerstattungsmodalitäten – zu informieren. Die nationale Kontaktstelle im Versicherungsstaat soll darüber hinaus auf Anfrage den Patientinnen und Patienten die Kontaktdaten der nationalen Kontaktstelle im jeweiligen Behandlungsmitgliedstaat zur Verfügung stellen, um eine schnelle und kompetente Information der Betroffenen über das Recht des Behandlungsstaates zu ermöglichen.

17. Aus welchem Grund lehnt die Bundesregierung es ab, dass Nationale Kontaktstellen bei Bedarf auch Informationen zu straf- oder disziplinarrechtlichen Maßnahmen gegen einzelne Leistungserbringer herausgeben dürfen?

Es ist nicht zutreffend, dass die Bundesregierung es ablehnt, dass nationale Kontaktstellen bei Bedarf auch Informationen zu straf- oder disziplinarrechtlichen Maßnahmen gegen einzelne Leistungserbringer herausgeben dürfen.

Im Standpunkt des Rates, den Deutschland unterstützt hat und weiterhin unterstützt, ist in Artikel 6 Absatz 3 festgelegt, dass die nationalen Kontaktstellen den Patientinnen und Patienten Informationen über die Gesundheitsdienstleister, einschließlich – auf Anfrage – der Informationen über die Berechtigung eines konkreten Dienstleisters zur Erbringung von Leistungen oder über Beschränkungen seiner Tätigkeit zur Verfügung stellen. Dabei ist das geltende EU- und nationale Datenschutzrecht einzuhalten, das es untersagt, Informationen aus nicht abgeschlossenen Verfahren oder aus Verfahren, die mit einem Freispruch enden, weiterzugeben. Darüber hinaus ist aufgrund der Richtlinie 2005/36/EG ein Datenaustausch zwischen den zuständigen Landesbehörden und den zuständigen Behörden des Herkunftsmitgliedstaats vorgesehen.

Im Übrigen fällt das Recht der Berufsausübung in den Heilberufen in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder, so dass Befugnisse zur Datenübermittlung entsprechender Rechtsgrundlagen im dortigen Recht bedürften.

18. Inwieweit sieht die Bundesregierung durch die in Artikel 5 Absatz 2d des Richtlinienentwurfs vorgeschlagene Regelung die Verpflichtung, in Deutschland eine gesetzliche Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für Ärzte einzuführen, und inwieweit wäre eine solche Regelung zu begrüßen?

Bei der folgenden Beantwortung geht die Bundesregierung davon aus, dass Artikel 4 Absatz 2d des Richtlinienentwurfs in der Fassung des Standpunktes des Rates vom 13. September 2010 gemeint ist. Wie bereits zu Frage 17 ausgeführt wurde, unterliegen Regelungen der ärztlichen Berufsausübung nach dem Grundgesetz der ausschließlichen Zuständigkeit der Länder, die auch die Einhaltung des ärztlichen Berufsrechts überwachen. Diese haben es in ihren Heilberufs- und Kammergesetzen weitgehend den Ärztekammern überlassen, entsprechende Berufsordnungen aufzustellen, die wiederum von den obersten Landesgesundheitsbehörden genehmigt werden müssen. Bisher ist die Verpflichtung zum Abschluss einer hinreichenden Haftpflichtversicherung für die berufliche Tätigkeit bundesweit in den Berufsordnungen geregelt (vgl. § 21 der (Muster-)Berufsordnung). In der Mehrzahl der Heilberufs- und Kammergesetze der Länder ist ebenfalls eine entsprechende Verpflichtung vorgesehen.

19. a) Welche Konflikte bestehen zwischen der Bundesregierung und der Europäischen Kommission in Fragen der Gesundheitstelematik (e-health), insbesondere im Hinblick auf den Datenschutz?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass die Kommission die Mitgliedstaaten im Bereich eHealth lediglich unterstützen soll. Dies entspricht auch dem Standpunkt des Rates. Die Kommission fordert hingegen maßgebliche Kompetenzen zur Herstellung der Interoperabilität elektronischer Gesundheitsdienste durch die Festlegung entsprechender Maßnahmen im Komitologieverfahren. Derartige Zuständigkeiten der Kommission im Bereich eHealth können dazu führen, dass Deutschland, insbesondere im Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und einer sicheren Telematikinfrastruktur, zu Maßnahmen gezwungen wird, die den hohen nationalen Datenschutzregelungen entgegenstehen.

Es gibt zwar einen europäischen Grundkonsens zum Datenschutz auf der Grundlage der Datenschutzrichtlinie. Die datenschutzrechtlichen Anforderungen in Deutschland gehen jedoch im Einzelnen über diesen Grundkonsens hinaus.

- b) Welche Haltung hat die Bundesregierung zu der Aussage der EU-Kommission, dass sich diese gegebenenfalls der Position des Europäischen Parlaments anschließen würde, nach der der EU-Kommission im Bereich e-health für eine EU-weite Harmonisierung eine weitreichende Regelungskompetenz zugestanden werden soll (Erklärung der Europäischen Kommission vom 7. September 2010 zum Standpunkt des Rates, 12979/10 ADD 1)?

Die Bundesregierung hält an ihrer Forderung fest, dass der Kommission im Bereich eHealth keine inhaltlichen Kompetenzen zur Festlegung von Maßnahmen im Bereich eHealth erteilt werden, auch wenn die Einigung in zweiter Lesung an dieser Position scheitern sollte. Sie wird diese Haltung im Verfahren zum Erlass der Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung auch weiterhin vertreten.

20. Welche Folgen hätte es für die Einführung und Ausgestaltung der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland, wenn sich die EU-Kommission in den Verhandlungen mit ihrer Haltung durchsetzen würde?

Der Schutz der Daten vor unberechtigtem Zugriff hat bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte einen zentralen Stellenwert. Angesichts des hohen Schutzbedarfs von Gesundheitsdaten kommen in Deutschland daher nur technische Lösungen zum Einsatz, die den hohen Anforderungen von Datenschutz und Datensicherheit entsprechen. Zudem ist gesetzlich geregelt, dass die Erhebung und Speicherung von Gesundheitsdaten in Deutschland für die Patientinnen und Patienten freiwillig ist. Sie entscheiden, ob und in welchem Umfang sie diese freiwilligen Anwendungen nutzen möchte. Deshalb gilt hier, dass national unterschiedliche Vorgaben am besten auf nationaler Ebene entwickelt und umgesetzt werden. Ansonsten ist zu befürchten, dass Standards und Anforderungen an den Datenschutz und die Qualität nur auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner zustande kommen.

Darüber hinaus können technische Interoperabilitätsmaßnahmen nicht festgelegt werden, ohne in den Bereich der nationalen Gesundheitsversorgung einzugreifen, der in der Verantwortung der Mitgliedstaaten liegt.

21. Welche Gefahren sieht die Bundesregierung, wenn – wie vom ENVI-Ausschuss des Europäischen Parlaments vorgeschlagen – auch Krankenkassen und pharmazeutische Industrie in ein E-health-Netzwerk mit einbezogen werden und gegebenenfalls Zugriff auf Patientendaten erhalten (Änderungsanträge Nummer 87 ff., a. a. O.)?

Die genannten Änderungsanträge zielen nicht auf eine Einbeziehung von Krankenkassen und pharmazeutischer Industrie in das eHealth-Netzwerk, sondern in das Netzwerk der für die Bewertung von Gesundheitstechnologien zuständigen nationalen Behörden. Gefahren im Hinblick auf die Sicherheit von Patientendaten sind nicht gegeben.

22. Inwieweit unterstützt die Bundesregierung die Änderungsvorschläge des ENVI-Ausschusses des Europäischen Parlaments zur Beachtung nationaler ethischer Standards, insbesondere im Bereich der Fortpflanzungsmedizin (Änderungsanträge Nummer 1 und 5, a. a. O.)?

Die Bundesregierung setzt sich dafür ein, dass ethische Wertentscheidungen im Rahmen nationaler Verantwortlichkeiten getroffen und diese Entscheidungen uneingeschränkt beachtet werden müssen. Im Standpunkt des Rates ist in diesem Sinne vorgesehen, dass Mitgliedstaaten gehalten sind, nur die Kosten für solche Behandlungen zu übernehmen, die im inländischen Leistungskatalog vorgesehen sind.

23. a) Wie beurteilt die Bundesregierung die Haltung der Europäischen Kommission, nach der gemäß Artikel 1 Absatz 3b des Richtlinienentwurfs auch Bereiche der Organspende grundsätzlich in den Anwendungsbereich der Richtlinie fallen sollten (Mitteilung der EU-Kommission an das Europäische Parlament vom 20. September 2010 gemäß Artikel 294 Absatz 6 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union – AEUV – zum Standpunkt des Rates in erster Lesung im Hinblick auf den Erlass einer Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, KOM(2010) 503)?

- b) Sieht die Bundesregierung bei einer solchen Einbeziehung die Gefahr, dass nationale Regelungen beispielsweise zur Organentnahme dadurch umgangen werden, und inwieweit unterstützt sie den Änderungsantrag des Europäischen Parlaments, nach dem die Organspende ausdrücklich aus dem Geltungsbereich der Richtlinie herausgenommen werden soll (Artikel 2 der legislativen Entschließung des Europäischen Parlaments vom 23. April 2009 zu dem Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vom 23. April 2009, P6_TA(2009)0286)?

In den Mitgliedstaaten der Europäischen Union gelten für den Zugang zu den Transplantationsprogrammen und die Zuteilung von Spenderorganen spezifische Kriterien. Vor diesem Hintergrund unterstützt die Bundesregierung den Standpunkt des Rates, dass der Zugang zu den Transplantationsprogrammen und die Zuteilung von Spenderorganen vom Anwendungsbereich der Richtlinie ausgenommen sein sollen.