

## **80. Gesundheitsministerkonferenz 2007**

**Sonderkonferenz am 8. März 2007 in Stuttgart**

### **TOP 3**

#### **Gesundheit in Europa**

Antragsteller:

Baden-Württemberg, Bayern,  
Bremen, Hamburg, Hessen,  
Niedersachsen, Nordrhein-  
Westfalen, Rheinland-Pfalz,  
Sachsen-Anhalt, Sachsen

#### **Beschluss:**

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die dynamische Entwicklung in der europäischen Gesundheitspolitik, die deutsche Ratspräsidentschaft sowie die anstehenden Beratungen auf dem Informellen Gesundheitsministerrat am 19./20. April 2007 und auf dem Rat für Beschäftigung, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz am 30./31. Mai 2007 sind für die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder Anlass, sich zu aktuellen gesundheitspolitischen Planungen der EU-Kommission zu äußern. Die Länder dokumentieren damit ihr starkes Interesse an der Mitgestaltung der europäischen Gesundheitspolitik.

#### **I. Zentrale Forderungen der Länder zum Thema Gesundheitsdienstleistungen**

Die Absichten der EU-Kommission zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen stellen das wichtigste legislative Projekt der europäischen Gesundheitspolitik in den nächsten Jahren dar. Die Länder haben den Konsultationsprozess frühzeitig über einen Bundesratsbeschluss (BR-Drs. 820/06) und eine mit dem Bund abgestimmte Stellungnahme mitgestaltet. Sie bekräftigen ihre Aussage, dass der Bereich der Gesundheitsdienstleistungen

ein fester Bestandteil des „Europäischen Sozialmodells“ und daher mit besonderer Umsicht zu gestalten ist.

Die Entwicklung hin zu grenzüberschreitenden Dienstleistungen und Wettbewerb folgt der zunehmenden Mobilität der Menschen, die durch leistungsfähige Gesundheitssysteme begleitet sein will. Alle Maßnahmen in diesem Bereich sind aber zwingend auf Notwendigkeit und Folgen zu prüfen. Die EU-Kommission hat in ihrer Stellungnahme zu dem Beschluss des Bundesrates zum Bericht der EU-Kommission „Bessere Rechtsetzung 2005“ (BR-Drs. 434/06) anerkannt, dass die regionalen Gebietskörperschaften über eine einzigartige Erfahrung verfügen, was die Folgen und Umsetzungskosten von EU-Rechtsetzung auf regionaler und häufig auch lokaler Ebene anbelangt. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder bieten der EU-Kommission an, diese Erfahrung zu nutzen und mit ihnen den beständigen Dialog zu führen. Vor allem ausufernde, ressourcenbindende Berichtspflichten schwächen die Wettbewerbsfähigkeit Europas und müssen vermieden werden.

Die Länder verkennen nicht den Bedarf an Transparenz im Gesundheitswesen – beispielsweise bei der finanziellen Förderung – und begleiten die verantwortlichen Stellen fachlich bei der Aufgabe, die sich aus Art. 87 Abs. 1 EG-Vertrag und dem „Montipaket“ ergebenden Anforderungen zu prüfen und zu erfüllen.

Folgende Positionen sind aus Sicht der Länder bei der Gestaltung eines Gemeinschaftsrahmens für Gesundheitsdienstleistungen zu berücksichtigen:

1. Soziale Dienstleistungen und Gesundheitsdienstleistungen weisen zum Beispiel bei den Pflegedienstleistungen Überschneidungen auf. Beide Dienstleistungsbereiche dürfen daher nicht getrennt voneinander betrachtet werden.
2. Die alleinige Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung und Finanzierung ihres nationalen Gesundheitssystems muss – ungeachtet der Form der geplanten Regelung – vollumfänglich respektiert und darf keinesfalls ausgehöhlt werden. Grundprinzipien des deutschen Gesundheitssystems wie das Sachleistungsprinzip, die Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen, die Steuerung der Volumina veranlasster Leistungen und die Qualitätskontrolle durch deutsche Instanzen müssen

weiter uneingeschränkt möglich sein. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder betonen, dass insbesondere auch die Krankenhausplanung und -finanzierung in Deutschland im europäischen Vergleich Besonderheiten aufweist. In diesem Zusammenhang erinnern sie daran, dass die Gestaltung der EU-Arbeitszeitrichtlinie auf die Auftragserfüllung der Krankenhäuser Rücksicht nehmen muss.

3. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder sehen auf europäischer Ebene in Bezug auf Gesundheitsdienstleistungen einen Bedarf für die Schaffung von Rechtssicherheit. Dies sind folgende:

Definition der Gesundheitsdienstleistungen:

Es ist darauf zu achten, dass der Autonomie der Mitgliedstaaten bezüglich der Ausgestaltung ihrer Systeme Rechnung getragen wird. Dabei müssen folgende Bedingungen sichergestellt werden: Hohe Qualitätsstandards, die Transparenz des Leistungsangebots für die Dienstleistungsempfänger, ein flächendeckendes Angebot und die allgemeine Zugänglichkeit von Leistungen der gesundheitlichen Daseinsvorsorge unter Beachtung des Gleichbehandlungsgebots. Die Gesundheitsdienstleistungen sollten auch Dienstleistungen der Rehabilitation und der Pflege umfassen.

Kostenerstattung:

Dabei muss sichergestellt werden, dass die Regelungen sowohl mit der Rechtsprechung des EuGH als auch mit der Verordnung (EG) Nr. 1408/71 i.V.m. Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vereinbar sind.

4. Darüber hinaus besteht aus Sicht der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder kein aktueller Bedarf für weitergehende gemeinschaftliche Regelungen zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Allerdings ist die Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung zwischen den Mitgliedsstaaten weiter zu verbessern, etwa durch bilaterale Verträge zwischen den Mitgliedstaaten, die durch regionale Kooperationsabkommen ausgefüllt werden und durch verbesserte Transparenz des Leistungsgeschehens. Ein Beispiel hierfür

ist das Rahmenabkommen zwischen Deutschland und Frankreich über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich vom 22. Juli 2005.

5. Die als Unterstützung für die Mitgliedstaaten gedachten Regelungs- und Koordinierungsansätze der EU, z.B. hinsichtlich der Netzwerke von Referenzzentren, sollten nach Ansicht der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder keinesfalls auf Richtlinienebene ausgestaltet werden. Der Aufbau von Netzwerken Europäischer Referenzzentren verspricht einen europäischen Mehrwert durch den Austausch hochwertigen Sachverständigen, der sowohl dem Wissenschafts- und Gesundheitsstandort Europa im Sinne der Lissabon-Strategie zugute kommt als auch dem einzelnen Patienten mit seinen spezifischen Versorgungsbedürfnissen. Je weiter sich das Konzept von seltenen Krankheiten und hoch spezialisierten Behandlungen jedoch entfernt, desto fraglicher wird der europäische Mehrwert.

## **II. Bewertung des Diskussionspapiers für eine gesundheitspolitische Strategie der EU-Kommission**

Im Anschluss an die Initiative „Gesundheit für alle ermöglichen – ein Reflexionsprozess mit Blick auf eine neue gesundheitspolitische Strategie der EU“ hat die EU-Kommission ein Diskussionspapier für eine gesundheitspolitische Strategie veröffentlicht und um Äußerung hierzu gebeten. Die Länder unterstützen den darin enthaltenen Grundgedanken, auf eine stärkere Berücksichtigung der Gesundheit in allen Politikbereichen der EU zu achten (Health in all policies). Die in der Strategie genannten Kernthemen wie Prävention, Altern in Gesundheit und psychische Gesundheit, aber auch die Befassung mit Gesundheitsdeterminanten wie Ernährung und körperliche Aktivität, Alkohol- und Tabakmissbrauch werden auch in den Ländern als wesentliche gesundheitspolitische Themen angesehen.

Allerdings besitzt die Gemeinschaft nur eine ergänzende Zuständigkeit nach Artikel 152 EG-Vertrag. Insofern ist der Ansatz der EU-Kommission, nach Bereichen zu gewichten und legislative Maßnahmen zu empfehlen, nicht zielführend. Die Länder vertreten gemeinsam mit dem Bund die Auffassung, die gesundheitspolitischen Aktivitäten der EU in einer Prioritätenliste zusammenzuführen

ren. Zusätzlich müssen im Rahmen einer verstärkten Vernetzung bei der Prävention und Kontrolle von Krankheiten nach dem Grundsatz der Subsidiarität vorrangig die bestehenden Einrichtungen der Mitgliedstaaten genutzt und nicht unnötig neue Strukturen aufgebaut werden.

Insofern bekräftigen die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder noch einmal den Beschluss des Bundesrates vom 24. November 2006 (BR-Drs. 820/06), in dem ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, dass die als Unterstützung für die Mitgliedstaaten gedachten Regelungs- und Koordinierungsansätze der EU nicht auf Richtlinienenebene ausgestaltet werden sollten.

### **III. Beachtung der Kompetenz der Mitgliedstaaten und des Subsidiaritätsprinzips**

Die Mitgliedstaaten tragen die Verantwortung für die Gesundheitspolitik in Europa. Es ist ihre ureigenste Aufgabe, eine Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten, die auf den Prinzipien von Universalität, Zugang zu qualitativ guter Versorgung, Gleichheit und Solidarität beruht. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder weisen daher nochmals im Hinblick auf die Zuständigkeiten und das Subsidiaritätsprinzip darauf hin, dass es nicht zu einer Vereinheitlichung der Gesundheitspolitiken der einzelnen Mitgliedstaaten kommen darf und die Entscheidung über konkrete gesundheitspolitische Einzelmaßnahmen den Mitgliedstaaten vorbehalten bleiben muss.

### **IV. Verfahren**

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder bitten die Bundesgesundheitsministerin, diese Länderpositionen zu berücksichtigen und bei den politischen Diskussionen mit der EU-Kommission auf dem Informellen Gesundheitsministerrat am 19./20. April 2007 und auf dem Rat für Beschäftigung, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz am 30./31. Mai 2007 einzubringen.