

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wortprotokoll
106. Sitzung

Berlin, den 01.06.2005, 11:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung

Vermerk des Generalsekretariats des Rates

Vermerk des Generalsekretariats des Rates für die Gruppe "Wettbewerbsfähigkeit und Wachstum"
Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im
Binnenmarkt

Ratsdok.-Nr: 5161/05

Anlage
Anwesenheitsliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

SPD

Dreßen, Peter
Hovermann, Eike
Kirschner, Klaus
Lewering, Eckhart
Lohmann, Götz-Peter
Lotz, Erika
Mattheis, Hilde
Ober, Erika, Dr.
Reimann, Carola, Dr.
Schmidbauer, Horst
Schmidt, Silvia
Schönfeld, Karsten
Schösser, Fritz
Spielmann, Margrit, Dr.
Stöckel, Rolf
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Elser, Marga
Friedrich, Lilo
Gradistanac, Renate
Haack, Karl-Hermann
Heß, Petra
Hoffmann, Walter
Jäger, Renate
Klingbeil, Lars
Kühn-Mengel, Helga
Lehn, Waltraud
Marks, Caren
Mützenich, Rolf, Dr.
Roth, Karin
Rupprecht, Marlene
Schaich-Walch, Gudrun
Zöllmer, Manfred Helmut

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
Brüning, Monika
Butalikakis, Verena
Faust, Hans Georg, Dr.
Hennrich, Michael
Hüppe, Hubert
Lanzinger, Barbara
Michalk, Maria
Müller, Hildegard
Seehofer, Horst
Sehling, Matthias
Spahn, Jens
Storm, Andreas
Straubinger, Max
Weiß, Gerald
Widmann-Mauz, Annette

Bietmann, Rolf, Dr.
Blumenthal, Antje
Falk, Ilse
Fischbach, Ingrid
Fuchs, Michael, Dr.
Grund, Manfred
Kaupa, Gerlinde
Laumann, Karl-Josef
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Philipp, Beatrix
Reiche, Katherina
Singhammer, Johannes
Strebl, Matthäus
Weiß, Peter
Zöllner, Wolfgang

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Deligöz, Ekin
Kurth, Markus
Selg, Petra

Hajduk, Anja
Höfken, Ulrike
Krüger-Jacob, Jutta
Vogel-Sperl, Antje, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
Kolb, Heinrich L., Dr.
Thomae, Dieter, Dr.

Addicks, Karl, Dr.
Kauch, Michael
Parr, Detlef

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzender Abg. Klaus Kirschner (SPD)	5,16,22	SV Bärbel Habermann (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge)	5,9
Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD)	5,25	SV Dr. Ursula Engelen-Kefer (Deutscher Gewerkschaftsbund)	5,7,10
Abg. Erika Lotz (SPD)	6,25	SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft)	6,7,24
Abg. Eckhart Lewering (SPD)	8	SV Dr. Frank Lorenz	6,7,10,17,26
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	9	SV Dr. Monika Kücking (VdAK/AEV)	6
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	9	SV Brigitte Gross (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte)	8
Abg. Andreas Storm (CDU/CSU)	11	SV Werner Hesse (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege)	9,24,25
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	16,18	SV Prof. Dr. Wolfgang Sprekels (Bundeszahnärztekammer)	10,12,20
Abg. Markus Kurth (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	17	SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände)	11,17,23
Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	18	SV Susanne Renzewitz (Deutsche Krankenhausgesellschaft)	12,19,28,29
Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP)	19	SV Prof. Dr. Klaus Dieter Kossow (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.)	13,19,29
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	21	SV Elisabeth Recker (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen)	14
Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD)	22	SV Thomas Isenberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)	15
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	27	SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)	16,28
Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU)	28,29,30	SV Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV)	16,17,18,27,30
Abg. Matthias Sehling (CDU/CSU)	29	SV Axel Schnell (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.)	18,21,25
Abg. Gerald Weiß (Groß-Gerau) (CDU/CSU)	30	SV Michael Schulz (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.)	19,30
		SV Martin H. Kramer (Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V.)	20
		SV Heinz Stapf-Finé (Deutscher Gewerkschaftsbund)	22,30
		SV Carsten Hansen (Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände)	26
		SV Heinz Christian Esser (Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände)	28
		SV Ralf Matthias Heyder (Deutsche Krankenhausgesellschaft)	30

Vermerk des Generalsekretariats des Rates

Vermerk des Generalsekretariats des Rates für die Gruppe "Wettbewerbsfähigkeit und Wachstum"
Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt

Ratsdok.-Nr: 5161/05

Beginn der Sitzung: 11.05 Uhr

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Meine Damen und Herren Sachverständige, ich begrüße Sie herzlich im Namen des Ausschusses und bedanke mich, dass Sie unserer Einladung zu dieser öffentlichen Anhörung Folge geleistet haben und uns mit Ihrem Sachverstand zur Verfügung stehen. Heute geht es um den Vermerk des Generalsekretärs des Rates „Wettbewerbsfähigkeit und Wachstum“ – Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt auf Bundestagsdrucksache 5161/05.

Wir führen als Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung eine eigene Anhörung durch, obwohl der Ausschuss für Wirtschaft und Arbeit federführend ist. Aber diese Richtlinie ist für unseren Bereich von großer Bedeutung, deshalb ist es angemessen, bereits in dieser Phase eine Anhörung durchzuführen.

Den Fraktionen SPD und CDU/CSU stehen jeweils zwei Fragerunden von je 30 Minuten zur Verfügung. Die Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP haben ein Zeitkontingent von jeweils 15 Minuten.

Beginnen wird die SPD-Fraktion.

Abg. **Dr. Wolfgang Wodarg** (SPD): Dies ist die dritte Anhörung zur Dienstleistungsrichtlinie, die der Bundestag durchführt. Heute fokussieren wir vor allem die Fragen, die den Grenzbereich zwischen den Dienstleistungen betreffen, die den Markt zugeteilt werden können und den Dienstleistungen, die besser in der Kommune, im Land oder von öffentlichen Trägern geregelt werden sollten. Deshalb meine Frage: Welche Dienstleistungen im Sozialbereich werden überhaupt von einer Umset-

zung der Europäischen Dienstleistungsrichtlinie in Deutschland betroffen? Diese Frage richtet sich an den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge, an die Gewerkschaften, den DGB und ver.di.

Meine zweite Frage richtet sich an den Sachverständigen Herrn Dr. Lorenz: An welchen Indikatoren kann man überhaupt erkennen, welche Dienstleistungen dem einen oder anderen Bereich zugeordnet sind? Wie würde der Europäische Gerichtshof im Zweifelsfall die Dienstleistungen im allgemeinen Interesse von den Dienstleistungen, die dem Markt jetzt schon angehören, abgrenzen? Welche Kriterien werden hierfür maßgeblich sein?

SV Bärbel Habermann (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge): Betroffen werden alle die Dienstleistungen, die ambulant erbracht werden können. Unserer Auffassung nach sollte der Gesundheits- und Sozialbereich unbedingt vom Anwendungsbereich der Richtlinie ausgenommen werden, weil anderenfalls erhebliche Probleme auf die Nutzer zukommen werden. Es besteht außerdem die Gefahr, dass nach den Vorgaben der Richtlinie die Qualität nicht mehr ausreichend beachtet werden kann.

SV Dr. Ursula Engelen-Kefer (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Auch wir sehen hier erhebliche Probleme, denn gemäß dem Wortlaut dieses Richtlinienentwurfs werden alle Gesundheitsdienstleistungen und damit zusammenhängende Dienste, wie die häusliche Pflege älterer Menschen, erfasst. Ausgenommen wären lediglich die Finanzierung und Verwaltung von Systemen der Sozialen Sicherung. Außerdem sieht der Entwurf eine Reihe von Einzelausnahmen vor. Dies halten wir für nicht praktikabel. Ich möchte hier nicht im Einzelnen die sechs oder sieben Ausnahmen vorlesen, aber wenn man sie sich im Einzelnen ansieht, sieht man, dass dies zu einer großen

Verwirrung führen würde. Deshalb sind auch wir der Meinung, dass Gesundheitsdienstleistungen vollkommen vom Anwendungsbereich der Richtlinie ausgenommen werden sollen. Außerdem gibt es in diesem Bereich noch viel zu unterschiedliche Bedingungen in den einzelnen Mitgliedsländern. Deshalb wäre die Anwendung des Herkunftslandsprinzips auf Gesundheitsdienstleistungen eine erhebliche Gefährdung für die Qualität dieser wesentlichen Dienstleistungen der öffentlichen Daseinsfürsorge und die Arbeit der in diesem Bereich Beschäftigten.

SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Ich kann mich weitestgehend Frau Engelen-Kefer anschließen. Insbesondere ist für uns die Trennung zwischen entgeltlichen und nichtentgeltlichen Leistungen in der Richtlinie überhaupt nicht nachvollziehbar. Dies gilt insbesondere für das Gesundheitswesen mit seinem komplizierten Finanzierungsgefüge. Bei uns würde dies bedeuten, dass die meisten Dienstleistungen unter dieser Richtlinie fielen. Wir können uns nicht vorstellen, unter den Bedingungen, die die Richtlinie vorschreibt – hier ist insbesondere das Herkunftslandsprinzip zu nennen – zu arbeiten. Dies würde zu enormen Problemen führen und die Bezahlung im Pflegebereich völlig auf den Kopf stellen.

SV Dr. Frank Lorenz: Zur Frage der Abgrenzung oder der Indikatoren für die Anwendung der Bestimmungen der Dienstleistungsfreiheit muss man zunächst berücksichtigen, dass nach dem EG-Vertrag die Dienstleistungsfreiheit unter den Voraussetzungen gewährt wird, die der Staat der Erbringung für seine eigenen Angehörigen vorschreibt. Dieser Grundsatz des EG-Vertrages ist vom EuGH weiterentwickelt worden im Hinblick auf Beschränkungsverbote. Entscheidend scheint für den Bereich Gesundheit zu sein, dass es hier eine Primärzuständigkeit der Mitgliedstaaten gibt, die auch in Artikel 152 Abs. 5 EG-Vertrag geregelt ist. Das schränkt insoweit auch die Möglichkeiten des europäischen Gesetzgebers, überhaupt Dienstleistungsfreiheit anzuordnen, doch ganz beträchtlich ein. Es ist bereits darauf hingewiesen worden, dass sich das Herkunftslandsprinzip nicht aus der Dienstleistungsfreiheit automatisch ergibt, sondern dass es primär darum geht, Beschränkungen abzubauen. Insoweit geht das Herkunftslandsprinzip weit darüber

hinaus. Die Abgrenzung zwischen Dienstleistungen von allgemeinem und Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse wird bereits seit langem diskutiert. In der Tat ist es so, dass im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen das Kriterium der Entgeltlichkeit, welches auch der Dienstleistungsrichtlinie zugrunde liegt, ein sehr schwieriges Kriterium ist, weil nicht klar ist, inwieweit z.B. Erstattungsleistungen von Dritten dort wieder eine Entgeltlichkeit in diesem Sinne bewirken und dadurch der Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie eröffnet wird. Für die Dienstleistungen im allgemeinen Interesse gibt es gewisse Indikatoren, etwa den Zugang für alle, Erschwinglichkeit, Versorgungssicherheit, Zuverlässigkeit, Kontinuität, hohe Qualität, Transparenz oder den Zugang zu Informationen. Dies wären meines Erachtens auch die Kriterien, die für die Definition einer Bereichsausnahme aus dem Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie, wenn sie denn so kommen sollte, zugrunde gelegt werden sollten.

Abg. Erika Lotz (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände, an den DGB, an ver.di und an Dr. Lorenz:

Die Kommission stützt ja ihren Richtlinienvorschlag auf die Befugnis zur Koordinierung des Dienstleistungsverkehrs. Stimmen Sie der Auffassung zu, dass die vorgeschlagenen Regelungen zur Verfahrensvereinfachung und Harmonisierung hiervon weitgehend nicht gedeckt sind? Darüber hinaus interessiert mich, wie Sie die Regelungen bezüglich des Herkunftslandsprinzips bewerten. Ergeben sich Ihrer Meinung nach aus diesem Prinzip Probleme im Hinblick auf die Steuerbarkeit des deutschen Gesundheitssystems? Sehen Sie außerdem eine Gefährdung der Qualitäts- und Sicherheitsstandards unserer Gesundheits- und Sozialdienstleistungen?

SV Dr. Monika Kücking (VdAK/AEV): Ich spreche für die Spitzenverbände der Krankenversicherung. Die Frage war, ob durch die Dienstleistungsrichtlinie die Harmonisierung gedeckt ist. Ich glaube, dies ist nicht der Fall. Das, was in der Dienstleistungsrichtlinie steht, geht für den Gesundheitsbereich weit über das Erforderliche hinaus. Probleme mit dem Herkunftslandsprinzip gibt es im Gesundheitsbereich dann, wenn Patienten Ärzte in Anspruch

nehmen und sie nicht wissen, welche von 25 möglichen Rechtsgrundlagen tatsächlich gilt. Das ist ein Zustand, den man nicht so lassen kann. Da besteht dringender Änderungsbedarf. Wir haben einen Vorschlag zur Abgrenzung gemacht. Eine solche Regelung sollte sich auf den Artikel 152 Abs. 5 EG-Vertrag beziehen, der die nationale Gestaltungskompetenz für den Gesundheitsbereich regelt. Damit würde der Nationalstaat weiterhin die Hoheit über die Regelung im Gesundheitsbereich behalten, so wie es der EG-Vertrag vorsieht.

SV Dr. Ursula Engelen-Kefer (DGB): Auch wir sind der Auffassung, dass eine Aufnahme des Gesundheitsbereichs in diese Regelung des Entwurfs der Dienstleistungsrichtlinie in Bezug auf das Herkunftslandsprinzip sowohl den römischen Verträgen widerspricht, als auch nicht praktikabel ist. Die Praktikabilität des Herkunftslandsprinzips kann man sich nur für Dienstleistungsbereiche vorstellen, in denen es schon eine weitestgehende Harmonisierung der gesamten Rahmenbedingungen auf europäischer Ebene gibt. Das gilt ja nun für den Gesundheitsbereich überhaupt nicht. Deshalb kann man ihn auch nicht in das Herkunftslandsprinzip einbeziehen. Man kann sich nicht vorstellen, was das bedeuten würde. Wie sollte denn in Übereinstimmung gebracht werden, was wir verbinden an quantitativen und qualitativen Anforderungen an die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen mit dem, was im Herkunftsland gilt? Außerdem, wie wäre es denn, wenn bestimmte Gesundheitsdienstleistungen von 25 verschiedenen Herkunftsländern erbracht werden? Soll das dann alles unter unterschiedlichen Genehmigungsverfahren oder unterschiedlichen Qualitätsbedingungen stehen? Wer soll das kontrollieren? Das ist ja ein weiteres Problem im Entwurf der Dienstleistungsrichtlinie, das ja nicht nur das Herkunftsland gilt oder gelten soll, was die einzelnen Bedingungen der Dienstleistungen angeht, sondern auch ihrer Kontrollen. Wer soll denn hier kontrollieren und sicherstellen, dass eben auch bestimmte Rahmenbedingungen für die Erbringung einzelner Dienstleistungen aufrechterhalten werden? Das Herkunftsland weiß doch oft überhaupt nicht, in welchen anderen Bestimmungsländern Dienstleistungen erbracht werden. Wie soll denn dann sichergestellt werden, dass zwischen dem Bestimmungsland und dem Herkunftsland, wenn es auch dann noch viele Herkunftsländer sind, dann immer die entsprechenden ausreichenden

Kontakte und Informationsflüsse hergestellt werden, so dass sichergestellt werden kann, dass vor allem die qualitativen Bedingungen der Dienstleistungserbringung auch tatsächlich gewahrt werden? Bei Gesundheitsdienstleistungen handelt es sich ja nicht um Seifenmittel, bei denen vom Verbraucher erwartet werden kann, dass er ziemlich schnell die Spreu vom Weizen trennt, sondern es handelt sich um ganz wesentliche Dienstleistungen, die über Leben und Gesundheit von Menschen entscheiden. Das kann ich nicht einfach dem freien Markt und kurzfristigen Betrachtungen überlassen. Deshalb halte ich es nicht für praktikabel, vertretbar und verantwortbar, dass Gesundheitsdienstleistungen in den Anwendungsbereich des Herkunftslandsprinzips aufgenommen werden.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di): Wir meinen, dass das Herkunftslandsprinzip nur auf der Basis von harmonisierten sektoralen Bedingungen angewandt werden kann. Diese sind aber nicht vorhanden. Gerade im Gesundheitswesen fehlen diese Bedingungen. Von daher würden auch dann Qualitäts- und Sicherheitsstandards, nach denen eben gefragt worden ist, völlig unterschiedlich erbracht werden. Das würde unsere Bemühungen zur Erreichung von Qualität und Effizienz völlig auf den Kopf stellen. Deswegen muss man eigentlich den umgekehrten Weg gehen, also zuerst zu einer Harmonisierung kommen und erst dann weitere Schritte in Richtung Herkunftslandsprinzip gehen.

SV Dr. Frank Lorenz: Gefragt worden war ja auch nach der Rechtsgrundlage des Richtlinienentwurfs, der sich auf die Koordinierung der Dienstleistungsfreiheit richtet. Es sind aber darüber hinaus – und das geht weiter über diese Rechtsgrundlage hinaus und ist davon nicht gedeckt – auch Bestimmungen zur Niederlassungsfreiheit enthalten. Ich hatte bereits die primäre mitgliedstaatliche Kompetenz bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen erwähnt. Gerade die Bestimmungen zur Niederlassungsfreiheit sind hier das wesentliche Problem. Sie sind teilweise in den Bestimmungen zur Verfahrensvereinfachung oder Harmonisierung enthalten. Problematisch ist hier einerseits, dass der Mitgliedstaat, in dem die Dienstleistung erbracht werden soll, deren Rechtsform nicht mehr vorschreiben kann. Es stellt sich außerdem das Problem der mengen-

mäßigen und der territorialen Beschränkungen, die so nicht mehr möglich sein sollen. Wir haben hier, um es konkret zu machen, erhebliche Probleme bei den Zulassungsverfahren, die wir im deutschen Gesundheitsrecht bei den Versorgungsverträgen in der Pflegeversicherung haben, zu erwarten. Das gilt auch dann, wenn dort Teile der entsprechenden gesetzlichen Regelungen noch zu retten wären. In Deutschland stellt sich natürlich ganz massiv die Frage der Kontrolle, die eben auch schon angesprochen worden ist. Das heißt, inwieweit hat der Herkunftsstaat überhaupt ein Interesse daran zu kontrollieren, ob die Dienstleistungserbringung im Erbringungsstaat in das dortige System passt?

Abg. Eckhart Lewering (SPD): Da mich das Thema Rehabilitation sehr interessiert, habe ich eine Frage an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte: Verfügen Sie über belastbare Informationen über die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilnahme am Arbeitsleben in Europäischen Mitgliedstaaten? Können Sie am Beispiel dieser Dienstleistungen die möglichen Auswirkungen des durch Verwaltungsvereinfachungen und Harmonisierung flankierten Herkunftslandsprinzips in Deutschland darstellen? Könnten die hohen deutschen nationalen Qualitätsstandards auch im Fall einer grenzüberschreitenden Dienstleistungsrichtlinie gewahrt werden?

SV Brigitte Gross (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)): Uns liegen Erkenntnisse über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben in den Mitgliedstaaten vor. Wir haben uns auf Ebene der EU-Vertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel über die Strukturen und Qualität der Leistungen von Rehabilitationsleistungen in Europa befasst. Im Laufe der Jahre sind neun unterschiedliche Reha-Systeme in Europa untersucht worden. Hierzu haben wir einen Fragebogen entwickelt, der an die einzelnen Mitgliedstaaten versandt wurde. Die eingegangenen Antworten sind ausgewertet worden. Hierzu haben wir dann Länderberichte verfasst, die in der Zeitschrift „Die Angestelltenversicherung“ veröffentlicht wurden. Es liegen Länderberichte über die Länder Frankreich, Niederlande, Belgien, Schweiz, Schweden, Finnland, Spanien, Österreich und Tschechien vor. Jetzt

ist zu wenig Zeit, um die ganzen Ergebnisse darzustellen, aber zusammenfassend kann man sagen, dass wir festgestellt haben, dass es Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in den Mitgliedstaaten zwar gibt, aber nicht in dem Maße, wie dies in Deutschland der Fall ist. Vergleichbar sind die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in den Mitgliedstaaten eher mit Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen. Bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die in allen untersuchten Ländern angeboten werden, ist festzustellen, dass diese meistens im Anschluss an eine schwere Erkrankung oder einen Unfall durchgeführt werden. Das ist in etwa vergleichbar mit unserer Anschlussrehabilitation. Die Leistungen, die nicht in Abhängigkeit von einer schweren Erkrankung oder einem Unfall durchgeführt werden, sind meistens Einzelleistungen im Sinne von Physiotherapie. Das ist nicht in unserem Sinne der ganzheitlichen Rehabilitation.

Außerdem haben wir festgestellt, dass in den untersuchten Ländern die Verknüpfung mit der beruflichen Rehabilitation überhaupt nicht stattfindet. Die beruflichen Aspekte werden ausgeblendet. Das heißt, Bewältigungsstrategien wie z. B. Ernährungsberatung, Gesundheitstraining oder Verhaltensempfehlungen werden nicht angeboten. Ist eine berufliche Neuorientierung erforderlich, wird diese meist mit erheblicher zeitlicher Verzögerung angeboten. Dafür ist dann ein anderer Träger zuständig, so dass sich auch dort noch Kommunikationsprobleme ergeben. Wir in der Rentenversicherung legen auf Grund unseres gesetzlichen Auftrages besonderen Wert auf die Berücksichtigung von beruflichen Problemlagen und haben in unserer medizinischen Rehabilitation eine berufliche Orientierung. Das Ziel der berufsorientierten Rehabilitation besteht darin, die spezielle berufliche Problematik des Rehabilitanden zu erfassen, angemessen zu beschreiben und auf dieser Basis Entscheidungen zu treffen. Die Erwerbsfähigkeit ist vorrangig an einem bestehen Arbeitsplatz durch ergonomische Arbeitsplatzgestaltung oder Ergotherapie wieder herzustellen bzw. zu erhalten. Generell werden diagnostische und therapeutische Maßnahmen auf die Feststellung der Differenz zwischen beruflichen Anforderungen und Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden ausgerichtet.

Viertens haben wir festgestellt, dass es in den untersuchten Ländern nicht die Qualitätssicherung gibt, wie wir sie in Deutschland kennen.

Wenn man das alles in Summe betrachtet, müssen sich die deutschen Patienten an diesen in Europa vorhandenen Standards orientieren. Unserer Auffassung nach wäre damit eine Absenkung der Qualitätsstandards in Deutschland unvermeidlich.

Wenn die Richtlinie so bleibt wie bisher vorgesehen, werden wir als Leistungsträger nicht mehr die Anforderungen definieren und bestimmen können, sondern der Leistungserbringer wird dies tun. Damit wird die Qualität sinken. Zur Ihrer Frage: Die hohen nationalen Qualitätsstandards könnten im Falle einer grenzüberschreitenden Dienstleistung nicht gewahrt werden.

Abschließend möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass diese Leistungen alle aus Beitragsmitteln von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert werden. Wir als Rentenversicherung tragen die Verantwortung dafür, dass sie sinnvoll eingesetzt und qualitätsgesichert verwendet werden. Dies sehen wir aber bei dem europäischen Reha-Markt, den wir vorgefunden haben, nicht gewährleistet.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Meine Fragen richten sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und an den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge. Wir wissen, dass die Europäische Kommission überwiegend monetär geregelte Strukturen und Prozesse bewertet und behandelt. Reichen die Angleichungsinstrumente wie z. B. die offene Methode der Koordinierung aus, um eine Harmonisierung unterschiedlicher rechtlicher Standards im Sozialschutz vorbereiten zu können?

SV Bärbel Habermann (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge): Das Instrument der offenen Methode der Koordinierung ist sicher eine gute Möglichkeit, reicht aber unseres Erachtens nicht aus, um hier zu einheitlichen Anwendungen zu kommen. Dazu sind die Verfahren in den einzelnen Ländern – wie gerade für einen Spezialbereich dargestellt – grundsätzlich viel zu unterschiedlich.

SV Werner Hesse (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)): Es ist ja schon in den vorherigen Aussagen und in den Stellungnahmen deutlich

geworden, dass es jetzt zu früh ist, die Bereiche Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen der Richtlinie zu unterwerfen. Es gibt in Deutschland – und vermutlich auch in den anderen Mitgliedstaaten – ein hohes Interesse daran, Quantität und Qualität der sozialen und gesundheitlichen Leistungen zu steuern. Dieser Instrumente würde man sich begeben, wenn man das Herkunftslandsprinzip gelten lassen würde, ich denke das ist völlig klar. Ich erinnere daran, dass wir kürzlich über das Heimbewohnerschutzgesetz und das Pflegequalitätssicherungsgesetz debattiert haben. Hier ging es darum, bestimmte Standards sicherzustellen. Diese würden mit dem Herkunftslandsprinzip aufgegeben.

Sicherlich bleibt Europa im Fluss, und man muss sich auch überlegen, ob und wie weit im Bereich der sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen ein stärkerer internationaler Wettbewerb gewünscht ist. Dies aber über die Richtlinie herzustellen, wäre ein verfrühter Schnellschuss. Die Methode der offenen Koordinierung könnte ein Instrument sein, sich überhaupt einmal vertieft mit den Steuerungsinstrumenten und mit den Steuerungsinteressen in den einzelnen Staaten auseinanderzusetzen, qualitative und quantitative Zielstellungen auszutauschen und möglicherweise zu einer Angleichung zu kommen. Die Frage ist, will man überhaupt zu einer Angleichung kommen? Das kann man, denke ich, erst dann bewerten, wenn man die Systeme vergleicht. So ein weiches Instrument wie die offene Methode der Koordinierung könnte ein Ansatz dazu sein. Aber es ist zu verfrüht, über eine derartige Richtlinie zu einer Angleichung zu kommen. Hier muss der Gesundheits- und Sozialbereich ausgeschlossen sein.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage geht an die Bundeszahnärztekammer, an den DGB und an Herrn Dr. Lorenz: Man hört ja gelegentlich, dass die Auswirkung der Dienstleistungsrichtlinie im gesundheitlichen Bereich gar nicht so schlimm wären, weil alles das, was im Rahmen einer Niederlassung erbracht wird, davon nicht betroffen ist. Meine Frage ist: ist der Begriff der Niederlassung nach europäischem Recht hinreichend geklärt? Wann wird eine Dienstleistung im Rahmen einer Niederlassung erbracht? Wann wird eine Dienstleistung grenzüberschreitend erbracht und muss der Dienstleistungsrichtlinie folgen?

SV Prof. Dr. Wolfgang Sprekels (Bundeszahnärztekammer (BZÄK)): Das wäre primär eine juristische Frage. Ich würde sie gerne anders beantworten. Wir haben die Richtlinie zur Anerkennung der Berufsqualifikation in Brüssel gerade durch die zweite Lesung bekommen. In dieser Richtlinie ist alles das geregelt, was hier an Bedenken geäußert worden ist. Alle Mitgliedstaaten müssen die in anderen EU-Staaten erworbenen Berufsqualifikationen anerkennen, wenn diese gleichwertig oder vergleichbar sind. Es gelten für die so genannten sensiblen Berufe, das sind Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Krankenschwestern, europaweite Mindeststandards. Wer sich als Angehöriger eines Heilberufs in einem anderen Mitgliedstaat niederlassen möchte, muss eine Eignungsprüfung nachweisen oder bei Defiziten eine Anpassungsfortbildung absolvieren. Es erfolgt sogar ggf. eine Sprachbefähigungsüberprüfung. Damit unterliegt der Heilberufler sämtlichen berufsständischen, berufsrechtlichen, verwaltungsrechtlichen Verhaltensregeln des Aufnahmelandes, von der Melde- bis zur Registrierpflicht. Das ist das Entscheidende. Damit gilt in dieser Richtlinie eindeutig das Bestimmungslandsprinzip bei einer dauerhaften Niederlassung. Der Knackpunkt ist, dass für die vorübergehende Berufsausübung in einem Gastland mit der Dienstleistungsrichtlinie ein vollkommen anderes Prinzip gelten soll. Das ist nach unserer Meinung nach nicht akzeptabel. Wir können der Dienstleistungsrichtlinie in diesen Entwurfszustand nicht zustimmen. Wenn aber die Rechtsgrundlage aus der Qualifikationsrichtlinie 1 :1 in den Punkten übertragen wird, was Sicherheit für die Patienten und Verbraucherschutz angeht, könnten wir 70 bis 80 % der bis jetzt geäußerten Bedenken ausräumen. Nach unserer Meinung würde die Übernahme dieser Kriterien keinen Wettlauf nach unten bei der Qualität ergeben, weil die Eingangsvoraussetzungen adäquat an inländische Voraussetzungen gekoppelt sind.

SV Dr. Ursula Engelen-Kefer (DGB): Wir haben mit der Niederlassungsdefinition, wie er im Entwurf der Richtlinie enthalten ist, sehr große Probleme. Wir sehen dadurch schon Tür und Tor für Missbräuche eröffnet, denn es wird ja nur verlangt, dass eine dauerhafte Infrastruktur betrieben werden soll. Da kann man sehr viel Phantasie walten lassen, wie man so etwas manipuliert. Und dann haben wir genau das, was ja unterbunden werden sollte, nämlich, dass über Briefkastenfirmen oder manipulierte

Niederlassungen wesentliche Bedingungen in einem bestimmten Bestimmungsland ausgehebelt werden. Diese Gefahr ist unserer Meinung nach mit dem jetzigen Entwurf gegeben. Deshalb halten wir es für dringend erforderlich, dass die Definition der Niederlassung anders ausgestaltet werden muss. Da gibt es auch schon Beispiele auf europäischer Ebene. Zum Beispiel gibt es eine Fernsehrichtlinie, die einen sehr genauen Kriterienkatalog enthält, was von Niederlassungen zu verlangen ist, damit sie als eine Niederlassung im Sinne der Dienstleistungsfreiheit und des grenzüberschreitenden Dienstleistungsverkehrs akzeptiert werden können. Das ist aber im vorliegenden Fall überhaupt nicht geschehen. Deshalb müsste, gerade wenn es um Gesundheitsdienstleistungen geht, ein sehr genauer quantitativer und qualitativer Katalog erarbeitet werden, um die Bedingungen, unter denen überhaupt Niederlassungen akzeptabel sind, sicherzustellen und zu garantieren, dass hier nicht nur Lohn- und Sozialdumping betrieben wird bzw. dass qualitative Vorschriften zu Lasten aller Beteiligten unterwandert werden. Solange das nicht der Fall ist, können wir dies so nicht akzeptieren.

SV Dr. Frank Lorenz: Es gibt in der Tat eine gemeinschaftsrechtliche Definition der Niederlassung durch die Rechtsprechung des EuGH. Danach ist unter „Niederlassung“ die tatsächliche Ausübung einer wirtschaftlichen Tätigkeit mittels einer festen Einrichtung in einem anderen Mitgliedsstaat auf unbestimmte Zeit zu verstehen. Diese Definition ist in dieser Kürze in Artikel 4 der Begriffsbestimmung der Dienstleistungsrichtlinie übernommen worden. Die Problematik ergibt sich aber im Wesentlichen daraus, dass die Dienstleistungsrichtlinie noch weitergehende Bestimmungen im Sinne einer Liberalisierung der Niederlassungsfreiheit enthält, die weit über das hinausgehen, was wir bisher geregelt haben. Das fängt beim Absehen von einer finanziellen Sicherheit an. Ferner gestattet die Richtlinie weitgehend die Errichtung von Zweitniederlassungen. Außerdem darf der betreffende Mitgliedsstaat nicht mehr bestimmte Rechtsformen vorschreiben. Hier ist es in der Tat notwendig, Eingrenzungen vorzunehmen, weil wir ansonsten durch die Dienstleistungsrichtlinie eine von den Kompetenzen her nicht gedeckte Ausweitung der Niederlassungsfreiheit haben. Es wird dann auch sehr schwer sein, einen Missbrauch der Niederlassungsfreiheit durch die Wahrneh-

mung der Dienstleistungsfreiheit letztlich zu verhindern, weil uns die Kontrollmöglichkeiten hierzu fehlen. Entsprechende Kontrollen könnten wieder eine Behinderung der Dienstleistungsfreiheit darstellen. Insoweit ist der Begriff, wie er hier verwendet wird, in der Tat über das hinausgehend, was bisher im Bereich Niederlassungsfreiheit europarechtlich geregelt worden ist.

Abg. Andreas Storm (CDU/CSU): Herr Vorsitzender, lassen Sie mich zunächst feststellen, dass aus Sicht der CDU/CSU-Fraktion die Anhörung zur einem zu frühen Zeitpunkt stattfindet, da klar ist, dass von europäischer Seite der Entwurf für die Dienstleistungsrichtlinie verändert werden wird. Es ist nur noch völlig offen, in welcher Form dies geschieht. Von daher diskutieren wir zu einem Zeitpunkt, an dem wir eigentlich noch nicht genau wissen, wie es für unseren Bereich aussehen wird. Deshalb zunächst zwei grundsätzliche Fragen.

Die erste an die Arbeitgeberverbände, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Gesellschaft für Versicherte und Patienten: Wie beurteilen Sie grundsätzlich das Bestreben nach Schaffung eines allgemeinen rechtlichen Rahmens für die Dienstleistungserbringung innerhalb der europäischen Union, um insbesondere die Dienstleistungsfreiheit und die grenzüberschreitende Dienstleistungserbringung zu stärken?

Die zweite Frage geht an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an die Arbeitgeberverbände, die Bundeszahnärztekammer und an den Bundesverband Verbraucherzentrale: Worin unterscheiden sich die Gesundheitsdienstleistungen von Dienstleistungen herkömmlicher Art? Rechtfertigt die von Ihnen dann vorgetragene Unterscheidung die Herausnahme des Gesundheitsbereichs aus dem Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie oder – mit anderen Worten – was würde passieren, wenn der Gesundheitsbereich in den Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie fiel?

SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Ich versuche, die beiden Fragen zusammen zu beantworten. Alle haben sich in ihren Stellungnahmen grundsätzlich für Wettbewerb ausgesprochen. Nur wenn der Wettbewerb die eigene Branche betrifft, gibt es tausend Grün-

de, warum Wettbewerb nicht gut ist. Es ist immer so, dass vom Wettbewerb betroffene Unternehmen dagegen sind, weil Wettbewerb heißt, dass man auch verlieren kann. Und wenn Wettbewerb, dann muss er natürlich fair sein. Und das, Verzeihung, ist ökonomischer Quatsch. Wettbewerb hat immer Gewinner und Verlierer. Wettbewerb hat zum Ziel, dass Unternehmen – egal welcher Art – aus dem Markt ausscheiden, wenn sie nicht mithalten können. Es gibt keinen fairen Wettbewerb. Es ist eine Erfindung von sozialpolitischem Begriffssuchland, sage ich immer wieder.

Zweiter Punkt: Alle schieben hier Qualität, Verbraucherschutz und Patientenschutz in den Vordergrund nach dem Motto, an den deutschen Strukturenniveaus darf sich nichts verändern. Auch das sehen wir als Arbeitgebervereinigung nicht gerade als förderlich für Veränderung in offene Richtungen an. Deutschland ist Teil einer europäischen Gemeinschaft. Also müssen wir natürlich auch hinnehmen, dass sich unser System verändert und an andere Systeme anpasst, denn nur am deutschen Wesen kann nicht alles genesen.

Ich habe auch den Verdacht, dass, wenn man Qualitätssicherung und Patientenschutz in den Vordergrund stellt, man damit zumindest auch immer den eigenen Anbieterschutz sieht nach dem Motto, wenn ich Wettbewerb habe, dann kann es ja auch bedeuten, dass ich als Anbieter verliere, und dann wird eben vordergründig gesagt, ich möchte den Patienten schützen, aber natürlich möchte man auch seine eigene Region abgrenzen und sein eigenes Aufgabengebiet auf Dauer sichern.

Dritter Punkt: Die BDA ist natürlich für Dienstleistungsfreiheit innerhalb der europäischen Union. Keine Frage. Im Grunde muss es so sein, dass wir nicht nur unterscheiden, ist es nun Bayern im Vergleich mit Rheinland-Pfalz oder ist es Polen im Vergleich mit Portugal. Wir sind im Grunde dann als Europa wie Deutschland zu sehen, als ein einheitlicher Raum, in dem überall verschiedene Angebotsbedingungen bestehen und sich letztendlich am Markt durchsetzen, der das beste Angebot erbringt. Und hier sehen wir eine ganze große Gefahr zu sagen, wir nehmen komplette Bereiche, wie das Gesundheitswesen, heraus aus dieser Richtlinie. Meine Damen und Herren, wir fragen uns auch, was ist das Gesundheitswesen, was soll es umfassen? Es ist ja im Grunde gar nicht definierbar, weder in einer

weiten noch in einer engen Abgrenzung. Es ändert sich auch ständig. Man kann sich auch die Frage stellen: Kann nicht generell jede Dienstleistung sowohl privat als auch öffentlich-rechtlich in Angeboten erstellt werden? Es gibt Länder, in denen viel mehr privat angeboten wird. Es gibt Länder, in denen viel mehr staatlich angeboten wird. Die Systeme sind ja gerade nicht identisch, auch nicht in Europa. Von daher wäre uns eine Herausnahme eines gesamten nicht abgrenzbaren Sektors wie des Gesundheitswesens viel zu viel des Guten. Hier müsste man sich überlegen, wenn man vernünftige Gründe findet für Sonderregelungen und Herausnahmen, wie man das dezidiert begründen kann, ohne ein Gesamtsystem heraus zu nehmen, denn nach meiner festen Überzeugung sind viele Dienstleistungen im Gesundheitswesen mit ganz andern normalen Dienstleistungen vergleichbar.

Kurz zusammengefasst: Dienstleistungsfreiheit in Europa – ja, genau wie Freiheit im normalen Warenverkehr. Bei der Unterscheidung von Gesundheitsdienstleistungen und anderen Dienstleistungen sollte man wirklich nur die Bereiche herausnehmen, die sich gravierend nachprüfbar und auch im Konsens als besondere Bereiche definieren lassen und nicht einen Gesamtbereich mit einem Schlag dem Wettbewerb entziehen.

SV Prof. Dr. Wolfgang Sprekels (BZÄK): Die erste Frage ist ziemlich einfach zu beantworten. Es ist eine philosophische Frage. Wettbewerb – ja. Wir haben überhaupt keine Angst vor Wettbewerb. Ich hatte im März in Dresden ein Treffen mit den Deutschen Anrainernstaaten Ungarn, Tschechien, Slowakei, Polen. Ich habe gefragt, wie viele Zahnärzte weggegangen sind. Es waren 300 innerhalb von drei Monaten. Jung dynamisch, energisch. Und wohin sind sie gegangen? Nach England, Irland, Schweden, Finnland. Keiner geht nach Deutschland. Deutschland ist für Zahnärzte im Osten unattraktiv geworden. Es ist kein Wettbewerb für uns. Ich habe da keine Angst. Darum geht es wirklich nicht. Aber es geht um etwas anderes. Es geht um diesen Entwurf. Ein Zahnarzt, ich sage mal jetzt aus dem ganz ganz tiefen Osten, emigriert nach Polen. In Polen erreicht er die Anerkennung als Zahnarzt, aus welchen Gründen auch immer ohne Sachverständigenüberprüfung. Dann bewegt er sich weiter nach Westen und kommt nach Deutschland. Ist privat tätig in einer Privatklinik und

setzt Patienten Nadelimplantate mit einem Tacker. Können Sie sich das vorstellen? Ich übertreibe es jetzt ein bisschen, ich habe keinerlei Möglichkeit zu überprüfen, a), dass er tätig ist, denn er ist nicht registriert, b), ob er qualifiziert ist diese Tätigkeit auszuüben, und ein Implantat zu setzen ist schon ein gewisser gesundheitlicher Eingriff. Ich habe keine Möglichkeit, dem Patienten behilflich zu sein, wenn haftungsrechtliche Probleme auftreten, denn es gilt das Herkunftslandsprinzip, d.h. der Gerichtsstandort ist Prag oder Posen in tschechischer oder polnischer Sprache mit entsprechenden Anwälten. Essen und trinken und auch schlafen ist notwendig. Aber Gesundheitsdienstleistungen sind nicht dasselbe wie ein Rad auswuchten. Das kann man zehnmal machen, aber wenn ich den falschen Schneidezahn gezogen habe, dann ist das eine einmalige Sache. Und da haben wir schon, meine ich, bei aller Bescheidenheit, die unseren Berufsstand nun mal eigen ist, das Recht zu sagen, Gesundheit ist etwas Besonderes. Ich möchte den Wettbewerb. Überhaupt kein Problem. Ich möchte ihn aber unter gleichen Voraussetzungen und mit Sicherheit haben. Ich möchte ihn verbunden haben mit der Sicherheit, dass sich derjenige, der seine Tätigkeit in Deutschland ausübt, den gleichen Kriterien unterwerfen muss wie ein Deutscher. Ob er genauso gut oder besser ist, das ist mir letztendlich egal. Das muss der Konsument, der Patient, entscheiden. Aber ich möchte die Sicherheit haben. Und das hat nichts mit Qualitätsstandards oder sonst was zu tun, es ist tatsächlich Patientenschutz. So einfach sehe ich das.

SV Susanne Renzewitz (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt die Stärkung einer grenzüberschreitenden Dienstleistungserbringung. Die Frage ist nur, ob mit dem vorliegenden Entwurf einer Dienstleistungsrichtlinie einer solchen Dienstleistungserbringung im Gesundheitsbereich ausreichend Rechnung getragen wird. Da haben wir unsere erheblichen Zweifel. Denn wenn man sich den Anwendungsbereich dieser Richtlinie und auch die Zielsetzung ansieht, muss man feststellen, dass hier nahezu alle Dienstleistungsbereiche unter dieser Richtlinie subsumiert werden sollen. Dann muss man sich schon die Frage stellen, ob es sinnvoll ist, derart unterschiedliche Bereiche mit einem allgemeinen Regelungsansatz über einen Kamm scheren zu wollen. Gerade für den Gesundheitsbereich und für Ge-

sundheitsdienstleistungen ist in den Wortbeiträgen, die jetzt in der letzten halben Stunde schon gefallen sind, ja sehr deutlich zum Ausdruck gekommen, dass dies ein besonderer Bereich ist, der dadurch geprägt ist, dass hohe Qualitätskriterien im Vordergrund stehen, dass es ein Bereich ist, der sich durch Zuverlässigkeit in Bezug auf Patienteninanspruchnahme auszeichnet und auch durch Zugangskriterien – sprich gleicher Zugang für alle unter gleichen Bedingungen – gekennzeichnet ist. Unter diesen Aspekten sehen wir es nicht für gut an, dass mit dieser Dienstleistungsrichtlinie der Gesundheitsbereich in diesen Punkten geregelt wird, jedenfalls nicht so, wie der Entwurf der Dienstleistungsrichtlinie gegenwärtig ausgestaltet ist.

Wir sehen hier sowohl im Bereich der Niederlassungsfreiheit als auch im Bereich der Dienstleistungsfreiheit, wie explizit durch das Herkunftslandsprinzip erhebliche Zielkonflikte mit den nationalen Regelungssystemen aufkommen. So, wie der Niederlassungsbereich, die Krankenhausplanung, die Vergütung von Krankenhausleistungen und die Regelungen im Entwurf vorgesehen sind, würden genau diese nationalen Steuerungselemente auf den Prüfstand gestellt und liefern Gefahr, dass sie letztendlich nicht mehr in der Form in Deutschland zur Anwendung kommen können. In Bezug auf die Dienstleistungsfreiheit bringt das Herkunftslandsprinzip für Gesundheitsdienstleistungen auch im Krankenhausbereich erhebliche Probleme mit sich, gerade was Dienstleistungen anbelangt, die jetzt nicht unbedingt ärztliche Dienstleistungen sind, aber unmittelbar mit dem Patienten im Zusammenhang stehen, wie z. B. die Aufbereitung von medizinischen Geräten. Hier gelten zum Beispiel besondere Verordnungsregelungen hinsichtlich der Qualitätsstandards. Wir befürchten, dass es zu einer Schraube nach unten hinsichtlich der Qualität kommen könnte wenn die deutschen Qualitätsstandards nicht eingehalten werden, sondern hier schlimmstenfalls 25 unterschiedliche Standards Anwendungen finden.

SV Prof. Dr. Klaus Dieter Kossow (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (DGVP)): Zunächst zu der Frage von Herrn Storm, welche Auswirkungen die Richtlinie auf Gesundheits- und Sozialdienstleistungen unter Nützlichkeitsgesichtspunkten hat. Gesundheitsdienste und Dienstleistungen im Sinne des EG-Vertrages sollten vom Binnen-

markt profitieren. Bisher wird das dadurch geregelt, dass man die Berufe mit Mindeststandards ausstattet. Auf diese Weise werden den Bürgern im Binnenmarkt die Leistungen aus diesen Mindeststandards heraus garantiert. Waren im Gesundheitswesen, etwa Arzneimittel oder Medizingeräte, werden zunehmend auf europäischer Ebene standardisiert bis hin zu Anwendungsregelungen, die Bestandteil der Zulassung sind, so dass wir bisher für den wesentlichen Bereich der Diagnostik durch ärztliche Berufe schon Standardisierungs- und Dienstleistungsregelungen in einem Vorgang haben. Was leistet die Dienstleistungsrichtlinie jetzt darüber hinaus? Sie würde keine neuen Rechte für Patienten schaffen, sie würde Klarstellungen der Erstattungs Voraussetzungen an Versicherungen auf der Grundlage der Rechtsprechung des europäischen Gerichtshofes bringen. Sie würde die Verordnung 1408/71 insoweit ergänzen. Sie würde für die ambulante Behandlung die vorherige Genehmigung der Behandlung im Ausland innerhalb des Binnenmarktes abschaffen, würde Patienten die Finanzierung, ohne bürokratische Vorgaben sicherstellen, allerdings zu dem Standard im Heimatland. Für die Krankenhausbehandlungen können Genehmigungsvorbehalte beibehalten werden. Da sehe ich einen erheblichen Problembereich, weil wir ja in Deutschland Krankenhäuser nach 116 b SGB V für die ambulante Versorgung im breiten Umfang geöffnet haben. Ich würde bei Inkrafttreten dieses Dienstleistungsrichtlinienentwurfes zweierlei Recht schaffen für den gleichen Dienstleistungsvorgang, je nachdem, ob er vom Krankenhaus ambulant oder durch Nichtkrankenhausedienstleister – etwa Praxisgemeinschaften – erbracht würde. Hier müsste auf jeden Fall eine Klärung herbeigeführt werden. Mein Eindruck ist, dass Herr Storm zu Recht darauf hinweist, dass insoweit dieser Richtlinienentwurf jetzt zu früh kommt, als ja auch auf europäischer Ebene die Beratungen darüber, wie man diese Schnittstellenprobleme beseitigen kann, noch andauern. Schließlich wird durch die Dienstleistungsrichtlinie das Kostenniveau auf das Niveau des Mitgliedstaats der Versicherungszugehörigkeit begrenzt. Das wäre aber auch ohne die Richtlinie so. Wir haben insoweit überhaupt keine neuen Konsequenzen, denn die Dienstleistungsrichtlinie verlangt von den Mitgliedstaaten nicht, Gesundheits- oder Sozialdienstleistungen zu privatisieren, die gegenwärtig auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene vom Staat oder anderen öffentlichen Einrichtungen erbracht werden. Deswe-

gen bedarf es auch keiner Diskussion, ob jetzt Leistungen freiwirtschaftlich oder durch staatsnahe Einrichtungen oder Körperschaften erbracht werden. Die Richtlinie bezweckt ferner nicht, die Regelungen der Mitgliedstaaten über die Erbringung von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen zu harmonisieren. Wir haben einen Harmonisierungsprozess, der sehr langsam abläuft, der sich im Grunde genommen nur auf die Standardisierung von Berufen und Waren erstreckt. Ansonsten wird durch die Verträge der Versicherungen und durch die Verträge der Patienten eine Harmonisierung Schritt für Schritt in einem wahrscheinlich Jahrzehnte währenden Prozess erreicht, weil wir ja ein soziales Europa nicht haben. Wir haben ja noch nicht mal die Appelle für ein soziales Europa, weil die Europäische Verfassung gerade gescheitert ist.

Ferner hat die Richtlinie keine Auswirkungen auf die Art und Weise, nach der die Mitgliedstaaten ihre Gesundheits- und Sozialdienstleistungen organisieren und finanzieren. Deswegen zunächst mal ein Zwischenfazit: Im Wesentlichen könnte man diese Richtlinie so lassen. Nur zwei Problembereiche sollten für die Zukunft unter Nützlichkeitsgesichtspunkten geregelt werden. Das eine sind die so genannten kollektiven Güter im Gesundheitswesen, etwa die Abwehr von Infektionskrankheiten. Wenn Sie sich niemals impfen lassen und niemals eine Impfung bezahlen, haben Sie trotzdem einen Vorteil davon, wenn alle anderen dies tun. Das heißt, es gibt im Gesundheitswesen Bereiche, die nicht marktfähig sind. Und das sind sehr wichtige Bereiche, unabhängig davon, ob man eine sozialistische oder kapitalistische Einstellung hat. Das ist einfach die Natur der Dienstleistungen im Gesundheitswesen zur Abwehr von Infektionskrankheiten, die kollektives Handeln erzwingt. Für diese Bereiche, wo kollektives Handeln erzwungen ist, wenn ich erfolgreiche Gesundheitspflege betreiben möchte, dort müsste ich im Sinne einer Dienstleistungsrichtlinie europaweit etwas regeln.

Außerdem gibt es aus Patienteninteresse einen erheblichen Bedarf für die Zukunft, z. B. Pflegekräften das Wandern über die Grenzen zu erleichtern. Wir sind hier in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten nach der letzten Bevölkerungshochrechnung ein Land, das Pflegekräfte importieren müssen. Von daher wird es natürlich auch in unserem Interesse sein, dass wir Mindeststandards für diese Beru-

fe etablieren, die es dann ermöglichen, auch tatsächlich das von uns gewünschte Qualitätsniveau zu halten. Aber dies könnte man über die Normung von Berufen und über die bisher im europäischen Wirtschaftsrecht grundlegenden vorhandenen Diskriminierungsverbote genauso regeln. Man bräuchte hierzu kein neues Rechtsgebiet, sondern kann sich der bisherigen Systematik bedienen.

SV Elisabeth Recker (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK BV)): Meine Vorredner, vor allen Prof. Sprekels und Frau Renzewitz, sind schon darauf eingegangen was das Besondere an den Gesundheitsdienstleistungen ist, vor allen im Hinblick auf den Patientenschutz. Ich möchte nochmals darauf hinweisen, dass es ein besonderer Bereich ist, weil im EG-Vertrag und jetzt auch im europäischen Verfassungsvertrag eindeutig gesagt worden ist, dass die Organisationsgestaltung des Gesundheitswesens oder der medizinischen Versorgung in die alleinige und ausschließliche Kompetenz der Mitgliedstaaten fällt. Alle diese nationalen Regelungen, die vom Gesetzgeber vorgesehen werden, um seinen Bürgern eine allgemein zugängliche und qualitativ hochwertige und langfristig finanzierbare effektive Versorgung sicherzustellen, werden im Rahmen der Richtlinie als Hindernisse des freien Dienstleistungsverkehrs angesehen. Das kann es nicht sein. Vor allen Dingen vor dem Hintergrund, dass es in Deutschland oder in anderen Staaten viele nationale Bestimmungen gibt, die auch Genehmigungsvorbehalte vorsehen. Im Rahmen der EU-Richtlinie ist jetzt vorgesehen, dass alle diese Genehmigungserfordernisse, z. B. unsere Bedarfsplanungen, im ambulanten und im stationären Bereich sowie alle Kostensteuerungs- und Qualitätssicherungsinstrumente auf dem Prüfstand stehen und daraufhin untersucht werden sollen, ob sie wirklich zwingend erforderlich und verhältnismäßig sind. Im derzeitigen Richtlinienentwurf ist daraus überhaupt nicht zu ersehen, ob die Sicherung der finanziellen Stabilität des Gesundheitswesens einen Ausnahmetatbestand darstellt und ob ein objektiver zwingender Grund besteht, dies zu haben. Selbst wenn dies so drin stehen würde, wie das manche Entwürfe – etwa der der luxemburgischen Präsidentschaft – jetzt vorsehen, müssten wir trotzdem immer noch gegenüber der Kommission nachweisen, dass alle unsere Regelungen verhältnismäßig sind. Und da muss man wirklich sagen, das ist unverhält-

nismäßig und ungerechtfertigt, weil allein schon in Deutschland die obersten deutschen Gerichte sich damit beschäftigen, inwieweit denn Bedarfsplanungsregelungen mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit vereinbar sind. Und das ist kein Mehrwert, warum auf europäischer Ebene die Kommission das noch einmal überprüfen sollte.

Was wir ebenfalls als großes Problem sehen: Wenn das Herkunftslandsprinzip so gelten würde, würden 25 verschiedene Rechtssysteme hier in Deutschland gelten, d. h. ein Versicherter, der eine akute schwere Erkrankung hat, muss sich erst mal direkt beim Arzt informieren, woher er kommt, welche Qualitätsregelungen für ihn gelten was passiert, wenn etwas schief geht. Was ist denn mit den Haftungsregelungen? Damit wird nicht die Rechtssicherheit geschaffen, die die Kommission damit verbinden will, sondern eher ein sinkendes Vertrauen der Versicherten in die Versorgungsleistungen, die sie in Deutschland im Gesundheitswesen erhalten.

Wir sehen ein weiteres großes Problem: Wir versuchen, in Deutschland im Leistungserbringerbereich mehr Wettbewerb einzuführen, um Qualität und Wirtschaftlichkeit zu fördern. Und da kann es nicht sein, dass wir Vereinbarungen haben und auch darauf hinwirken, dass es zu mehr Qualität im medizinischen Bereich kommt – das sind ja auch kostenrelevante Standards, die wir mit den Leistungserbringern vereinbaren – und dass diese für ausländische Leistungserbringer, die vorübergehend hier tätig werden, nicht gelten. Das würde wirklich alle Qualitätsbemühungen, die wir anstrengen, unterlaufen. Vor diesem Hintergrund sprechen wir uns eindeutig dafür aus, den Gesundheitsbereich aus der Dienstleistungsrichtlinie heraus zu nehmen, und zwar wirklich mit dem Hinweis darauf, dass explizit Dienstleistungen im Gesundheitswesen entsprechend Artikel 152 Abs.5 EG-Vertrag betroffen sind.

SV Thomas Isenberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Aus Sicht des Verbraucherzentralen-Bundesverbandes ist diese Richtlinie als extrem problematisch im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes zu bewerten. Auf der einen Seite ist es natürlich positiv, wenn vorgesehen wird, dass in gefährdeten Berufen obligatorische Haftpflichtversicherungen einzuführen sind. Das ist et-

was, was aus unserer Sicht auch noch klarzustellen wäre, dass hier die Gesundheitsdienstleister auch darunter zu definieren wären. Es ist natürlich auch positiv, die Patientenmobilität zu stärken und in diesem Sinne beispielsweise klarzustellen, dass jeder europäische Verbraucher einen Anspruch auf eine Krankenhausbehandlung im Ausland hat, sofern diese im nationalen System nicht vorgehalten werden kann. Letzteres begrüßen wir. Deswegen sehen wir auch Nachbesserungsbedarf bei dieser Richtlinie. Aus Sicht des Verbraucherschutzes ist es ein Gut, dass eine wohnortnahe Versorgung im ambulanten und stationären Bereich gewährleistet ist. Und wir befürchten, dass die Instrumente, beispielsweise der Krankenhausbedarfsplanung oder andere Instrumente der Sicherung einer öffentlichen Infrastruktur mit Gesundheitsdienstleistungen hier eben zerschlagen würde, wenn diese Richtlinie greift.

Zweiter Punkt: Es besteht ja weitgehend Konsens, dass die Maßnahmen, die dem Schutz der öffentlichen Gesundheit und öffentlichen Ordnung dienen, Ausnahmetatbestände beinhalten. Aber selbst in diesem Handlungsfeld, ich benenne das, um Ihnen zu zeigen, wie problematisch das erst bei den personenbezogenen Gesundheitsdienstleistungen wird, die ja leider von diesen Abweichungsmöglichkeiten ausgenommen werden. Beim Pflanzenschutz beispielsweise haben wir ein Gut öffentlicher Ordnung, wo die Anzeigepflicht vor Beginn der Tätigkeit besteht, wo ein TÜV-Verfahren notwendig ist, damit auch die Ausbringung von giftigen Substanzen in die Umwelt minimiert wird. All diese Instrumente sind bei dieser Dienstleistungsrichtlinie nicht mehr anwendbar. Gleiches gilt im Gesundheitsdienstleistungsbereich. Wir haben zum Beispiel im Bereich der Pflegedienstleistung ein gutes Instrument des Verbraucherschutzes. Es ist durchaus sinnvoll, dass nur zugelassene Pflegedienste im ambulanten Bereich ihre Kosten nach dem SGB XI abrechnen können. Wenn dies nicht mehr möglich wäre und jetzt jeder sagen kann, ich erfülle die Voraussetzung, stellt sich die Frage, ob hier nicht nur im Sinne einer Qualitätssteuerung, sondern auch im Sinne einer Kostensteuerung dieses gute Instrument der Qualitätssicherung aufgegeben würde. Die Verbraucher wären dann tatsächlich mit Pflege- und Gesundheitsdienstleistern aus 25 Staaten konfrontiert. Im gesundheitlichen Verbraucherschutz besteht die besondere Situation, dass die Kunden in ihrer besonderen

Lebenslage nicht mehr die Möglichkeit haben, die wachsenden Chancen des Marktes nutzen zu können. Ich denke, man muss sehen, dass sich in vielen Bereichen pflegebedürftige Patientinnen und Patienten in einer asymmetrischen Rolle befinden und adäquate Verbraucherschutz Elemente fehlen. Theoretisch könnte man natürlich sagen, dass das durch ein europaweites Verfahren der Akkreditierung kompensierbar ist. Wenn man sich jetzt aber anschaut, wie sich die etablierten Akkreditierungssysteme in den Nationalstaaten unterscheiden, wie sie auch überhaupt mit Defiziten häufig behaftet sind, halten wir dies insbesondere, da so etwas noch nicht entwickelt ist, nicht eben für adäquat, hier eine völlige Deregulierung vorzuschlagen, ohne parallel vernünftige Instrumente des Verbraucherschutzes zu haben. Beispielsweise darf ich darauf hinweisen, dass Öko-Richtlinie im Bereich der Akkreditierung es nicht mehr ermöglicht, dass die Ökokontrollstellen auch in Deutschland ihren Sitz haben, um tätig zu werden. Wenn wir im Gesundheitswesen als Alternativmodell ein nationales oder europaweites Akkreditierungsmodell hätten, müsste zumindest vorher geklärt sein, nach welchen Kriterien diese Akkreditierungen erfolgen. Das hat noch niemand diskutiert. Solche Modelle gibt es noch nicht. Vor diesem Hintergrund ist auch der Kompromissentwurf des Gebardt-Berichts überhaupt nicht zielführend im Sinne der Verbraucherinnen und Verbraucher.

SV Dieter Lang (vzbv): Wir müssen uns an dieser Stelle immer wieder fragen, was aus den Verbraucherverträgen wird. Werden sie durch die Richtlinie so geregelt, dass der Verbraucherschutz noch garantiert werden kann? Ich meine, dass das nicht der Fall ist. In unserem Gesundheits- und Pflegesystem kann nicht durchgängig mit Verbraucherverträgen gearbeitet werden, da dieses Institut nicht auf jeden Fall anwendbar ist. In diesen Fällen besteht die Gefahr, dass eine ausreichende Sicherung nicht stattfindet.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an die KBV und die Spitzenverbände: Gefordert wird vielfach, die Gesundheitsdienstleistungen – soweit sie über ein öffentliches oder über Pflichtbeiträge finanziertes Krankenversicherungssystem finanziert werden – aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie herauszunehmen. Ist Ihrer

Ansicht nach das Kriterium der Kostenträgerschaft ausreichend, oder halten Sie weitere Kriterien für erforderlich?

SV Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Nach unseren Einschätzungen reicht dieses Abgrenzungskriterium nicht aus, weil das Problem besteht, dass die Kriterien europaweit nicht einheitlich definierbar sind. Wenn eine Abgrenzung der Dienstleistungen von allgemeinem Interesse auf die europäische Ebene geht, gerät das nationale Sozialmodell damit in Gefahr. Wir haben sehr unterschiedliche Systeme in den Mitgliedstaaten, und wir fürchten, dass hier die Abgrenzung dazu führt, dass wir bei den Steuerungsinstrumenten Schwierigkeiten bekommen. Unser Vorschlag, den wir auch gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eingebracht haben, ist auf Artikel 152 Abs. 5 EG-Vertrag zurückzuführen, der aus bereits bekannten Gründen den Gesundheitsbereich komplett ausnimmt, um genau in diese Abgrenzungsschwierigkeiten nicht zu kommen.

Vorsitzender **Abg. Klaus Kirschner** (SPD): Frau Kollegin Bender, die KBV hat abgesagt.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann habe ich weiterhin eine Frage an die Spitzenverbände: Werden durch das von Ihnen vorgeschlagene Abgrenzungskriterium auch solche Bereiche der sozialen Sicherung erfasst, die von den Leistungsempfängern zu einem erheblichen Teil selbst finanziert werden, etwa Pflegeleistungen oder Zahnersatz?

SV Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Auch aus diesem Grunde schlagen wir vor, diesen gesamten Bereich herauszunehmen. Eine Begrenzung auf die Kostenträgerschaft führt zu diesen Abgrenzungsproblemen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Dr. Hansen, Sie haben vorhin den Kauf eines Bieres mit dem Kauf einer Gesundheitsdienstleistung verglichen. Sind Sie bereit anzuerkennen, dass zwischen dem privaten Kauf eines Gutes, das nicht dem Überleben dient, und dem Kauf einer Gesundheitsdienstleistung, die von der Solidargemeinschaft ge-

tragen wird, ein Unterschied besteht, der einen unterschiedlichen Bedarf an Qualitätssicherung nach sich zieht?

SV Dr. Volker Hansen (BDA): Ihre Frage kann man so undifferenziert gar nicht beantworten. Was ist eine Gesundheitsdienstleistung? Wenn mir ein kleiner Splitter in den Finger gerät, und ich gehe damit zum Arzt, ist das sicherlich keine lebensnotwendige Leistung. Das wird wahrscheinlich auch so heilen. Wenn ich schwer krank bin oder einen schweren Unfall hatte, ist ein Bier etwas anderes als die Gesundheitsbehandlung. Mir ging es auch darum zu erklären, dass wir, wenn wir von Gesundheit sprechen, nicht alles über ein Kamm scheren dürfen und sagen können, wir nehmen deswegen den kompletten Bereich heraus. Aus meiner Sicht kann man gar nicht definieren, was eine Gesundheitsdienstleistung ist. Diese Definition ist auch für Sie als Gesetzgeber problematisch. In den Änderungs- oder Reformgesetzen zum SGB V definieren Sie ständig neu, welche Gesundheitsdienstleistungen von der Solidargemeinschaft finanziert werden sollen. Hier lassen Sie ja auch den Einzelnen entscheiden, ob er ein Angebot wahrnehmen will und wenn ja, welches.

Abg. Markus Kurth (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der GKV und an den Herrn Dr. Lorenz: Es geht darum, welche Alternativen denkbar sind. Das Stichwort der kollektiven Güter ist ja bereits gefallen. Die letzte Frage der Kollegin Bender zielte ja genau auf die Besonderheiten dieses Sektors ab. Nicht alle Dienstleistungen dieses Sektors können ohne Weiteres dem Markt unterworfen werden. Wir haben im Gebhardt-Bericht vorläufig das Prinzip der gegenseitigen Anerkennung vorgeschlagen.

Der zweite Punkt, der diskutiert wurde, war die Herausnahme der Öffentlichen Daseinsvorsorge.

Ein dritter Vorschlag wäre, nicht kommerzielle Dienstleistungen herauszunehmen.

Ein vierter Vorschlag betrifft die so genannten Dienstleistungen von allgemeinem Interesse. Welche dieser Definitionen wäre für den Gesundheitsbereich aus Ihrer Sicht die gangbarste

Lösung, wenn man zu anderen Regelungsverfahren kommen will?

SV Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Wir haben schon mehrfach darauf hingewiesen, dass die unterschiedlichen Alternativregelungen Probleme aufwerfen. Insbesondere die Frage der Abgrenzung der Dienstleistungen von allgemeinem Interesse hat auf EU-Ebene dazu geführt, dass man sagt, man kann diese Dienstleistungen nicht europaweit abgrenzen. Bei allen anderen Alternativlösungen haben wir immer das Problem, dass diese für Teile wirkungsvoll sein können, aber andere eben nicht einbezogen sind. Und das ist der entscheidende Punkt: Dadurch, dass man sich in Art. 152 bewusst wegen des Subsidiaritätsprinzips und der Besonderheit der Gesundheitssysteme in den verschiedenen Mitgliedstaaten entschieden hat, den Bereich komplett herauszunehmen, ist klar, dass das die einzig sichere Variante ist, nach der die Steuerungsmöglichkeiten in der nationalen Versorgung erhalten bleiben. Von daher sind alle anderen Varianten ungünstiger.

SV Dr. Frank Lorenz: Die Problematik der Dienstleistungsrichtlinie und der Modifikationen, die der Gebhardt-Bericht enthält, ist zunächst der horizontale Ansatz. Wir haben bisher im Dienstleistungsbereich immer einen sektorspezifischen Ansatz gehabt. Das ist bereits das Grundproblem. Beim Prinzip der gegenseitigen Anerkennung sehe ich das Problem zu definieren, was anerkannt werden sollte. Die gegenseitige Anerkennung funktioniert nur, wenn ich einen gewissen Harmonisierungsstandard erreicht habe. Sonst ergeben sich die gleichen Probleme, die auch das Herkunftslandsprinzip auslöst. Insoweit ist das Prinzip der gegenseitigen Anerkennung in seiner puren Form aus meiner Sicht keine Alternative. Es gibt bei den Herausnahmen aus den Geltungsbereichen natürlich mehrere Möglichkeiten, die ja hier auch schon angesprochen worden sind. Sicherlich wäre der einfachste und kleinste Schnitt, den man machen kann, dass man bei den Kompetenzen ansetzt und sagt, die Gesundheitsdienstleistungen liegen in der Kompetenz der Mitgliedstaaten. Das ist im EG-Vertrag so geregelt. Bei den Dienstleistungen von allgemeinem und allgemeinem Wirtschaftsinteresse tut man sich in der Abgrenzung in der Tat immer ein bisschen schwerer, wobei die Dienstleistungen von allgemeinem

Interesse, soweit sie nicht wirtschaftlicher Natur sind, ohnehin nicht von der Dienstleistungsfreiheit erfasst werden. Dort stellt sich allenfalls das Problem der Entgeltlichkeit, so dass wir hier hauptsächlich über die Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse reden. Im Verfassungsentwurf war vorgesehen, dass es dazu möglicherweise ein europäisches Gesetz gibt. Wenn man so eine Bereichsausnahme formuliert, wäre es auch notwendig, dass man dort eine Abgrenzungsdefinition vornimmt. Wenn man das nicht tun würde, macht das irgendwann der Europäische Gerichtshof. Und wenn der kein Sekundärrecht hat, dann geht er nach dem Primärrecht, also vorrangig nach den Regeln der Dienstleistungsfreiheit.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an die Spitzenverbände: Wenn es nicht gelingt, die gesundheitsbezogenen Dienstleistungen ganz aus der Richtlinie herauszunehmen, welche Änderungen halten Sie dann für erforderlich?

SV **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Das bedeutet, dass es eine Vielzahl von Einzelregelungen geben muss, in welchen die Punkte, die ja schon mehrfach genannt worden sind, berücksichtigt werden, u. a. die Möglichkeit, Qualitätsstandards durchzusetzen und Vereinbarungen, die vorgesehenen Steuerungsinstrumente durchzusetzen. Da werden wir aber sicherlich eine sehr differenzierte Auflistung machen müssen, um dies zu erreichen, weil das eine Vielzahl von Teilbereichen und Einzelregelungen betrifft, die sicherlich äußerst problematisch sein wird. Es besteht die Gefahr, dass es Grauzonen gibt, in denen keine Klarheit besteht. Außerdem besteht das eben schon angesprochene Problem, dass der EuGH dann an verschiedenen Stellen die Interpretationshoheit hat, so dass dann doch wiederum die Dienstleistungsfreiheit hier zum Tragen kommt.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste und an den Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe: Welche Auswirkungen hätte diese Dienstleistungsrichtlinie auf die Qualität in der Pflege?

SV **Axel Schnell** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)): Wir befürchten massive Standardabsenkungen in der Qualität der Pflege. Die Auswirkungen sind schon in den anderen Gesundheitsbereichen beschrieben worden. Wenn das Herkunftslandsprinzip unverändert in Kraft treten wird, wird es so sein, dass z. B. ein polnischer Pflegedienst nach polnischen Pflegestandards nach polnischem Recht, aber auch nach polnischer Kontrolle in Deutschland tätig werden könnte. Dann könnte zum Beispiel ein polnischer MDK einen in Deutschland tätigen Pflegedienst überprüfen. Das bedeutet eine massive Verschlechterung für die Pflegebedürftigen in Deutschland. Ein weiteres Problem ist die Frage der Haftung. An wen kann man sich bei Schwierigkeiten wenden? Im Herkunftslandsprinzip ist ja festgelegt, dass der Dienstleister, der grenzüberschreitend tätig wird, in Deutschland noch nicht einmal eine Adresse haben muss. Diese Anforderung ist als zu hoch angesehen worden, um die Entbürokratisierung zu gewährleisten. Wir befürchten also hier massive Verschlechterungen und setzen uns vehement dafür ein, dass Pflege und Gesundheitsdienstleistungen vom Herkunftslandsprinzip rigoros ausgenommen werden.

Ich möchte auf einen weiteren wichtigen Aspekt hinweisen, und zwar auf die damit einhergehende Wettbewerbsverzerrung. Es wird so sein, dass die Anbieter, die grenzüberschreitende Pflegedienstleistungen erbringen werden, zu günstigeren Konditionen tätig werden können. Das heißt, dass die inländischen Pflegeanbieter damit nicht konkurrieren werden. Und das ist eine Situation, die wir in der Pflege bereits jetzt schon haben im Bereich der illegalen Pflege. Hier gibt es ca. 70 000 illegale Kräfte, die in Deutschland in Haushalten mit Pflegebedürftigen tätig werden, die hier Leistungen erbringen, ohne deutsche Pflegestandards einzuhalten oder Steuern und Sozialversicherungsabgaben zu bezahlen. Das bedeutet eine massive Gefährdung für die Qualität der Pflege, weil überhaupt nicht gesichert ist, an wen man sich wenden kann, weil die Anbieter in eine erhebliche Konkurrenzsituation gebracht werden, in der sie nicht mehr mithalten können. Die inländischen Pflegedienste zahlen Steuern, sie erbringen Sozialversicherungsabgaben, sie investieren in die Fortbildung ihrer Mitarbeiter, sie sichern das Qualitätsmanagementsystem. Dies alles müsste dann bei der Umsetzung des Herkunftslandsprinzips nicht

mehr erbracht werden. Das wäre für die Pflegebedürftigen hier in Deutschland nicht mehr gewährleistet. Deswegen sagen wir klipp und klar, um die Qualität der Pflege nicht zu gefährden, muss das Herkunftslandsprinzip für die Gesundheits- und Pflegeleistungen herausgenommen werden.

SV Michael Schulz (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB): Für uns ist der Qualitätsabbau schlichtweg ein Mythos, der immer wieder betitelt wird.

Kapitel 2 des Richtlinienentwurfs behandelt die Niederlassungsfreiheit der Dienstleistungserbringer. Kapitel 3 behandelt das Herkunftslandsprinzip. Das Herkunftslandsprinzip gilt nur in diesen Fällen bei grenzüberschreitenden Dienstleistungen. Jemand, ich nenne bewusst jetzt nicht den polnischen oder den slowenischen Anbieter, sondern den belgischen Anbieter, der in Aachen seine Dienstleistungen erbringt. In diesem Fall gilt Artikel 17 Nr. 17. Darum besteht für uns kein Grund, wegen des Schutzes der öffentlichen Gesundheit in Besorgnis zu geraten. Wenn ein belgisches Pflegeunternehmen in Aachen eine Niederlassung unterhält, gelten nach der bisher vorliegenden Richtlinie die deutschen Standards.

Die illegale Beschäftigung sollte hiermit nicht in einen Topf geworfen werden. Dieses Problem ist mit der Dienstleistungsrichtlinie nicht zu lösen.

Hinzu kommt, dass wir über Gesundheitsdienstleistungen reden. Aus Sicht unseres Verbandes bedürfen Gesundheitsdienstleistungen in der Regel einer Niederlassung in Deutschland, weil auch nur so sichergestellt werden kann, dass die Dienstleistung auf lange Sicht auch erbracht werden kann.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich frage Prof. Dr. Sprekels, Prof. Dr. Kossow, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Bundesverband der Privaten Krankenhäuser: Wie beurteilen Sie die Risiken, aber auch die Chancen, wenn wir diese Richtlinie in einigen Punkten verändern und dann eben auch wettbewerbliche Strukturen aufbauen können?

SV Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow (DGVP): Ich hatte ja schon gesagt, wo ich die Chancen

sehe: Dort, wo grenzüberschreitend Gesundheit gesichert werden muss, z. B. bei der Impfprophylaxe von gefährlichen Infektionskrankheiten, beispielsweise Influenza. Da brauche nicht nur am Grünen Tisch einen Handlungsplan, wie ich solche Gesundheitsrisiken abwehre, sondern ich muss auch regeln, mit welcher Leistungsqualität solche Pläne umgesetzt werden. Das ist zunächst mal der Sektor der öffentlichen Gesundheitspflege. Der muss geregelt werden, und zwar viel stringenter, als das bisher geschehen ist. Da besteht ein Missverhältnis zwischen den Gefahren und der Regelungsbereitschaft der Öffentlichen Hände in Europa.

Zweitens: Wir brauchen einen geregelten Wettbewerb im Gesundheitswesen dort, wo wir ihn noch nicht haben. Das ist nicht so sehr bei den klassischen Heilberufen der Fall, sondern gerade bei den neu entstehenden Gesundheitsfachberufen sowie im Pflegebereich, Laborbereich usw. Selbstverständlich muss hier der Markt noch organisiert werden. Dabei kann man sich aber Zeit lassen. Ich halte persönlich sehr viel davon, dass sich aus der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes die Dinge von unten nach oben organisieren, denn der Europäische Gerichtshof schützt den Wettbewerb und verhindert Diskriminierung. Und das ist eigentlich das Einzige, was geregelt werden muss. Ich brauche die Standards dort, wo sehr differenzierte Berufe erforderlich sind. Aber ich brauche nicht zusätzlich dafür ein neues Rechtsgebiet, sondern wir können das mit dem bisherigen auf die Heilberufe anwendbaren Regelungen bewenden lassen.

SV Susanne Renzewitz (DKG): Eine Chance für einheitlichere und klarstellende Regelungen besteht sicherlich in dem Bereich, in dem man bemüht ist, gemeinsame Standards zu entwickeln. Nur sehe ich das Problem bei dieser Dienstleistungsrichtlinie, dass der Ansatz der verkehrte ist. Mit der Dienstleistungsrichtlinie würde es im Gesundheitsbereich letztlich, was Qualitätsaspekte betrifft, so laufen, dass man den Markt öffnet, man lässt die Anbieter jeder nach seinem Recht agieren und würde sich auf EU-Qualitätsstandards verständigen, die sich durch die Kräfte des freien Marktes ergeben. Dass muss aber nicht zwingend damit übereinstimmen, was eigentlich auf EU-Ebene als der richtige Qualitätsstandard gemeint ist. Insofern halte ich den Ansatz dieser Dienstleistungsrichtlinie für den verkehrten.

Hinzu kommt, was ich vorhin schon erwähnt habe, dass die Richtlinie ja in erster Linie darauf abzielt, Hürden im Binnenmarkt abzubauen. Diese Zielsetzung führt aber mittelbar dazu, dass genau dieser Zielkonflikt aufgeworfen wird, was aus der nationalen Regelungskompetenz hinsichtlich des Gesundheitsbereiches wird. Hier werden über die Zielsetzung des Abbaus von Hürden im Binnenmarkt letztendlich auch Steuerungselemente für die nationalen Gesundheitssysteme in Frage gestellt. Und ich denke, dieser Zielkonflikt muss zunächst gelöst werden. Was möchte man letztendlich erreichen? Und wo sind die Grenzen, in denen EU-Maßnahmen, die eben nicht den Gesundheitsbereich unmittelbar betreffen, auch Eingriffe auf andere Bereiche möglich sind? Diese Grenzen müssen gezogen werden, und ich sehe genau diese Frage bei dem vorliegenden Entwurf der Dienstleistungsrichtlinie nicht geklärt.

SV Martin H. Kramer (Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten e.V. (BDPK)): Es wäre sicherlich komisch, wenn der Verband der Privatkanneanstalten in Deutschland gegen Wettbewerb wäre. Wir sehen in der Dienstleistungsrichtlinie in einer entsprechenden Ausgestaltung auch eine große Chance, grenzüberschreitenden Wettbewerb insgesamt zu fördern. Nur – und das müssen wir hier einschränkend sagen – die Dienstleistungsrichtlinie in dem jetzt vorgelegten Entwurf erfüllt unserer Auffassung nach diese Ziele nicht, sondern führt entweder zu einer Inländerdiskriminierung oder zum Zwang zur Deregulierung bundesdeutscher Regelungen. Es fängt an bei der Krankenhausplanung, geht über die Bedarfssteuerung im Rehabilitationsbereich bis hin zu der gesetzlichen Verpflichtung bundesdeutscher, z. B. Rehabilitationsleistungsanbieter zur externen Qualitätssicherung und zum internen Qualitätsmanagement. Und ich denke, das ist fast einmalig, dass das im Gesundheitswesen verpflichtend gesetzlich vorgegeben ist. Ich kann sagen, unsere bayerischen Reha-Kliniken stellen sich dem Wettbewerb. Dann müssen aber zumindest vergleichbare Standards da sein, nach denen dieser Wettbewerb dann auch nachvollziehbar durchgeführt werden kann.

Und meine Damen und Herren, ich gebe noch etwas zu bedenken, das bisher noch gar nicht so zur Sprache gekommen ist: Einige Punkte

dieser Dienstleistungsrichtlinie sind längst bundesdeutsches Gesetz. Wenn Sie sich § 13 Abs. 4 und Abs. 5 SGB V ansehen, werden Sie feststellen, dass nicht nur ambulante Leistungen niedergelassener Ärzte, sondern auch stationäre Rehabilitationsleistungen nach dem Kostenerstattungsprinzip problemlos möglich sind. Das bedeutet, dass Leistungen im europäischen Ausland angeboten und abgefragt werden können. Da besteht die Besonderheit, dass § 18 SGB IX dem für die medizinische Rehabilitation kostenträgerübergreifend entgegen spricht. Insofern noch einmal unser Statement, eine Dienstleistungsrichtlinie, die bestimmte Dinge berücksichtigt, die ich gerade beschrieben habe ist sicherlich wünschenswert aus unserer Sicht, aber nicht so, wie sie jetzt ausgeführt wird. Insbesondere beim Herkunftslandsprinzip sehen wir die Notwendigkeit klarer Regelungen, und uns ist sicherlich bekannt, dass auf europäischer Ebene jeweils ein lang dauernder Prozess erforderlich ist, um bestimmte Standards zu entwickeln. Aber eine Möglichkeit wäre, in Artikel 31 die Qualitätssicherung nicht freiwillig einzuführen, sondern verpflichtend. Ich bin gespannt, wie in den anderen Mitgliedstaaten die entsprechenden Reaktionen sind.

SV Prof. Dr. Wolfgang Sprekels (BZÄK): Dass Patienten Zugang zu ärztlichen Leistungen in allen EU-Staaten haben, ist eine Chance. Ich verdeutliche das mal an einem Beispiel, und die Allgemeinmediziner mögen bitte nicht beleidigt sein. Wenn in meiner Familie eine Person weiblichen Geschlechtes ein Mamma-CA haben sollte, so wäre ich nicht unbedingt sicher, dass ich dieses Familienmitglied in Deutschland behandeln lassen würde. Ich könnte mir auch vorstellen, dass ich in eine Klinik nach Amsterdam ginge. Dass dieser Leistungszugang möglich ist, hat der EuGH auch entsprechend geregelt. Das ist etwas Positives. In anderen Mitgliedstaaten ist der Abbau von Wartelisten positiv. Patienten aus Großbritannien, die dem National Health Service (NHS) unterliegen und auf der so genannten Todesliste stehen, kommen inzwischen auch nach Deutschland. Der NHS sucht z. B. dringend 1000 Zahnärzte. Die Botschafterin war bei uns. Es werden 600 Zahnärzte aus Deutschland gesucht, 200 aus Polen, die kontingentieren das. Das ist toll für meine jungen Kollegen. Es ist toll für die mitteleuropäischen Staaten, für die Patienten, also auch gut für uns. Es ist aber auch für die Kostenträger gut. Kuren und

Reha-Behandlungen werden bereits in Tschechien durchgeführt. Hier erhalten die Patientinnen und Patienten nicht nur normale Qualität, sondern Spitzenqualität, absolut sensationell.

Wir wollen keine komplette Ablehnung einer Dienstleistungsrichtlinie, weil wir sie grundsätzlich für sinnvoll halten. Aber die vorliegende Dienstleistungsrichtlinie hat die bereits aufgezeigten Schwächen. Wir brauchen die Implementierung von Sicherheitsstrukturen bzw. die Verhinderung von nachweisbarem Unsinn. Und hier spreche ich wirklich nicht allein für die Bundeszahnärztekammer, sondern für 24 europäische nationale Zahnärzterverbände, die genau dies vor 14 Tagen in Amsterdam beschlossen haben. Wir sind nicht gegen eine Richtlinie, aber gegen diesen Richtlinienentwurf, sofern er nicht so gemacht wird, dass er allen nutzt und den Leistungserbringern nicht nur Nachteile bringt. Das ist auch klar. Aber man muss sich beim übrig bleibenden Teil überlegen, wie man es gern hätte. Das ist auch vorgedacht worden. In den Qualifikationsrichtlinien ist das alles definiert worden, das ist in der zweiten Lesung durch. Daran wird nichts mehr geändert. Man kann das 1:1 übertragen, und dann wird man über den Restposten reden müssen, z. B. das Prinzip der zuständigen Stellen. Ob das dann 16 Bundesländer machen müssen oder ob das eine zentrale Stelle machen muss. Darüber müssen wir diskutieren. Aber das ist ja machbar und, Herr Storm, soviel Zeit haben wir nicht. Die Dienstleistungsrichtlinie soll im September durch die erste Lesung. Wenn die erste Lesung erfolgt ist, bekommen wir fast nichts mehr durch. Mit Parlamentsferien, mit den leichten Verwerfungen einer Neuwahl in Deutschland, meine ich, dass wir gar nicht mehr so viel Zeit haben. Und deswegen glaube ich schon, dass es gut ist, dass es heute diese Anhörung gibt.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Frau Selg hatte ja schon in ihrer Frage den Bereich der Pflege angesprochen. VDAB und bpa hatten allgemein dazu geantwortet und die Ausnahmeregelung in Artikel 17 Nr. 17 bereits angesprochen. Ich möchte beide Verbände noch einmal fragen, bpa und VDAB: Welche Einschränkungen könnte diese Ausnahmeregelung für die Gültigkeit des Herkunftslandsprinzips für die ambulante Pflege bedeuten? Und könnten Sie auch konkret benennen, welche unerlässlichen Regelungen des Inlandes dann die

ausländischen Anbieter ambulanter Pflege berücksichtigen müssen, wenn sie hier tätig werden? Vielleicht könnten Sie in Ihrem Statement dann auch noch, weil eben eher die Risiken gesehen wurden, berücksichtigen, ob sich aus Ihrer Sicht aus einer Dienstleistungsrichtlinie auch noch Chance für den Bereich der Pflege ergeben könnten.

SV **Axel Schnell** (bpa): Zunächst möchte ich auf den Artikel 17 Nr. 17 verweisen. Hier ist nach unserer Auffassung eben nicht hinreichend geklärt, dass wirklich die Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen ausgenommen werden. Es werden daher zwei Positionen benannt, wo man sich darauf stützen könnte, nämlich die besonderen Merkmale des Ortes der Dienstleistungserbringung oder das besondere Risiko, das durch die Dienstleistung an dem Ort der Dienstleistungserbringung entsteht. Das sind so allgemein gehaltene Formulierungen, in denen überhaupt nicht geklärt ist, ob Gesundheitsdienstleistungen und Pflegeleistungen darunter fallen. Was ist denn z. B. das besondere Risiko des Ortes? Das kann man sich für den Gesundheitsbereich und für den Bereich der OPs sicherlich vorstellen, aber auch da ist ja nicht bestimmt, dass das so sein wird. Also sagen wir, die jetzt vorgesehenen Ausnahmeregelungen sind für den Gesundheits- und Pflegebereich überhaupt nicht ausreichend. Deswegen muss dieser Bereich vom Herkunftslandsprinzip grundsätzlich ausgenommen werden.

Die zweite Frage ist, welche Regelungen dann befolgt werden müssen, wenn die ausländischen Anbieter hier bei uns tätig werden wollen. Die Frage verstehe ich so, welche Rechte gelten denn eigentlich für beispielsweise einen polnischen Pflegedienst, der hier tätig werden will? Es ist vollkommen klar, dass das, was jetzt an allgemeinen Vorschriften für die inländischen Pflegeeinrichtungen gilt, auch für diese EU-Dienste Geltung haben muss. Das heißt, wir haben eine Geltungsvorschrift des SGB V und des SGB XI zur Regelung der entsprechenden Verträge mit den Kostenträgern. In dem Zusammenhang kann ich auch gut eine Verbindung zu den Chancen dieser Richtlinie ziehen. Herr Bahr, Sie haben gefragt, was es Positives daran gibt. Was wir da sehr nachdrücklich begrüßen ist, dass eine Diskussion über die Rahmenbedingungen von Dienstleistern und von kleinen und mittleren Unternehmen in Deutschland in Gang getreten

wird. Das begrüßen wir nachdrücklich, weil wir auch sehen, gerade dieser Dienstleistungsbereich wird der Wachstumsmotor sein, wir sprechen auch vom „Job-Motor Pflege“. Hier wird es Wachstum geben, hier werden auch Arbeitsplätze entstehen. Hier gibt es aber viele Restriktionen, die abgebaut werden müssen. Aber das, was aus unserer Sicht auf gar keinen Fall geht, aber durch die Richtlinie vorgenommen werden soll, ist, dass für grenzüberschreitende Dienstleistungserbringung diese Hemmnisse abgebaut werden. Es gibt diesen einheitlichen Ansprechpartner. Es gibt das Recht auf Information usw. Das heißt, alle, die grenzüberschreitend tätig werden, können davon profitieren, während aber die inländischen Leistungserbringer das nicht in Anspruch nehmen können. Wir sind der Ansicht, der Gedanke, der dahinter steht, ist vollkommen richtig, Entbürokratisierung, vereinfachte Zugänge, Abbau bei der Genehmigungspraxis. Das sind auch alles Punkte, bei denen wir sagen, das würden wir gerne als Impuls aufnehmen, um das auch entsprechend auch hier in Deutschland zu regeln. Aber es darf nicht so sein, dass es zuerst für alle anderen EU-Länder gilt, nicht aber gleichzeitig für die inländischen Leistungserbringer.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Herr Kollege Bahr, die Antwort auf die zweite Frage kann ich aus Zeitgründen nicht zulassen.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Meine Frage richtet sich an den DGB, an die Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und ver.di: Ich möchte vorab sagen, nicht, dass dann ein falscher Eindruck entsteht, dass wir vielleicht durch unsere Fragestellung ein Signal geben wollen, sondern das soll mehr der Analyse dienen und Klarheit schaffen. Die Frage lautet: Welche Dienstleistungen im Bereich Gesundheit und Soziales beinhalten Wachstums- und Beschäftigungspotenziale bei einer Umsetzung, wenn es dazu kommen würde? Und zum anderen, wie würde sich diese Liberalisierung auf den Bereich der Dienstleistungssektoren auswirken? Uns interessiert, was das für einen Arbeitsplatzeffekt hat, der derzeit nicht primärrechtlich dem Regulierungsbereich des Binnenmarktes unterliegt.

Des Weiteren wäre uns wichtig, dass wir so etwas wie einen gesamtwirtschaftlichen Saldo von Ihnen erfahren könnten aus deutscher wie auch aus europäischer Sicht, wieder darauf bezogen, was Arbeitsplätze angeht.

SV **Heinz Stapf-Finé** (DGB): Ich möchte mit dem Ende meiner Analyse beginnen. Aus unserer Sicht ist es notwendig, aus dem Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie Dienstleistungen von allgemeinem Interesse und Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse herauszunehmen, damit insbesondere die Bereiche Gesundheit und soziale Sicherung in ihrer Gänze aus dem Bereich der Dienstleistungsrichtlinie herausgenommen werden. Ich begründe das wie folgt: Gemäß dem Wortlaut der vorliegenden Richtlinie sind Gesundheitsdienstleistungen und damit zusammenhängende Dienste und häusliche Dienste wie die Pflege älterer Menschen explizit in die Begriffsbestimmung aufgenommen worden. Lediglich die Bereiche Finanzierung und Verwaltung von Systemen der sozialen Sicherheit sind explizit ausgenommen. Schließlich gibt es aber im weiteren Text des Richtlinienentwurfs eine ganze Reihe von Ausnahmen von einzelnen Regelungen. Im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik ist eine Ausnahme vom generellen Verbot von Genehmigungsregelungen vorgesehen. Auf die Überprüfung von Anforderungen im Hinblick auf mengenmäßige und territoriale Beschränkungen kann im Bereich Gesundheit und soziale Sicherung verzichtet werden. Es darf im Bereich von Dienstleistungen auch weiterhin vorgeschrieben werden, dass diese im Rahmen einer bestimmten Rechtsform, z.B. Gesellschaft ohne Erwerbzweck, erbracht werden müssen. Schließlich werden die EWG-Verordnungen 1408/71 und 883/2004 generell vom Herkunftslandsprinzip ausgenommen, und die Ausübung einer Tätigkeit im Gesundheitswesen kann ausnahmsweise vom Herkunftslandsprinzip ausgenommen werden. Sie müssen das im Einzelnen nicht verstanden haben. Ich wollte damit nur ausdrücken, dass wir es haben hier mit keiner klaren Lösung zu tun haben, die die nötige europäische Rechtssicherheit schaffen wird. Nach unserer Auffassung wäre die rechtlich klare und saubere Lösung, die Bereiche soziale Sicherung, Gesundheit und öffentliche Daseinsfürsorge generell vom Anwendungsbereich der Richtlinie auszunehmen, die, wie Ihre Frage ja impliziert, auch eine ganz starke volkswirtschaftliche Bedeu-

tung haben. Soziale Dienste und Gesundheitsdienste sind nämlich ein sehr sensibler Bereich. Darauf haben viele Vorredner auch schon Bezug genommen. Im Hinblick auf Mengensteuerung und Qualität sind überwiegend und hauptsächlich nationale Regelungen erforderlich. Zudem sind, und darauf wurde auch hingewiesen, nach Artikel 142 Abs. 5 EG-Vertrag ohnehin vorrangig die Mitgliedstaaten zuständig. Es gibt dann durchaus sinnvollere Regelungen, die sind aber unnötig. Dort, wo etwas Positives bewirkt werden könnte, braucht man diese Richtlinie gar nicht, denn in Artikel 23 geht es beispielsweise um die Kostenübernahme bei grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen. Danach soll es weiterhin bei dem Genehmigungsvorbehalt bei stationärer Behandlung im EU-Ausland bleiben, bei außerhalb von Krankenhäusern erfolgten Behandlungen gilt hingegen dieser Vorbehalt nicht. Hierzu ist aus unserer Sicht zu sagen, dass das vollkommen unproblematisch ist. Es entspricht der bisherigen Rechtsprechung des EuGH, ist ohnehin in anderen Verordnungen einschlägig geregelt und ist in der Bundesrepublik im Übrigen bereits vom Gesetzgeber im Rahmen des GMG in nationales Recht umgesetzt worden. Insofern ist eine Regelung der Übernahme von Behandlungskosten im Rahmen dieser Dienstleistungsrichtlinie überflüssig und sollte unterbleiben.

Ein anderer Bereich ist auch betroffen, nämlich der Arbeits- und Gesundheitsschutz. Regelungen sind nur vom Herkunftslandsprinzip ausgenommen, nicht aber von der Richtlinie insgesamt. In der Konsequenz bedeutet das, dass die Handlungsspielräume der Unfallversicherungsträger bei ausländischen Dienstleistungsnehmern sehr stark eingeschränkt sind. Wir müssen uns auch mal ansehen, das bedeutet praktisch, dass es zu einer vollkommenen Unübersichtlichkeit der Kontrolle vor Ort kommt. Was soll denn die Berufsgenossenschaft kontrollieren? Die Einhaltung des Arbeitsschutzes von Irland und von Polen, ich glaube, das kann in der Praxis so nicht erfolgen und führt zu einer Überforderung aller Beteiligten.

SV Dr. Volker Hansen (BDA): Ich glaube, dass man Ihre drei zentralen Fragen gar nicht so klar beantworten kann, dann wäre man prophetisch veranlagt, aber lassen Sie mich folgende Antwort geben. Einmal der Hinweis, der von anderen schon angeklungen ist. Wir haben eine demografische Entwicklung in der Zu-

kunft mit einem sinkenden Potenzial an Erwerbsbevölkerung. Das heißt, das Potenzial der Personen, die Dienstleistungen in der Pflege erbringen können, wird kleiner werden. Und zum ändern, um diese gesunkene Zahl an Erwerbspotenzial werden künftig Gesundheitsdienstleistungen konkurrieren müssen mit anderen Arbeitgeberunternehmen aus der Industrie, aus anderen Dienstleistungsbereichen. Von daher sind wir nach meiner festen Überzeugung alleine schon deswegen darauf angewiesen, dass wir Wettbewerb haben werden, Freizügigkeit auf den europäischen Dienstleistungsmärkten, um das Potenzial an Dienstleistern und Dienstleistungen, das wir künftig brauchen werden, überhaupt zu erzielen.

Zweite Anmerkung: Dienstleistungen als solche sind ein Wachstumssektor. Wir leben ja schon seit längerer Zeit in einer Dienstleistungsgesellschaft. Dieser Sektor wird weiter zunehmen, wenn man auch in andere Länder sieht, die hier schon weiter sind als wir.

Jetzt zu den Fragen, welche einzelnen Dienstleistungen Wachstumsmotor und Beschäftigungsmotor schlechthin sein werden: Darauf kann man, glaube ich, keine großen Antworten geben. Ich würde sagen, der Pflegebereich ist auf jeden Fall einer der großen Wachstumsbereiche. Allein auf Grund der Demografie. Zum Zweiten wird die Politik mitbestimmen, wo Wachstumsbereiche liegen werden. Hier stellen sich die Fragen, die bei jeder Gesundheitsreform zu beantworten sind: Wie hoch sind die Zwangsabgaben, wie viel Mittel werde ich Personen zur eigenen Entscheidung freistellen, was wird gesetzlich definiert was wird im Einzelnen zur Selbstentscheidung freigegeben?

Fazit meiner Überlegung auf Ihre dreigeteilte Frage: Dienstleistungen auch im Bereich der Gesundheit sind ein Beschäftigungs- und Wachstumsmotor, den wir nicht stoppen dürfen, sondern dem wir Benzin zuführen müssen. Aber nicht in Form von Zwangsabgaben und Steuerbeiträgen, sondern in Form von Liberalisierung und der Freiheit des Wettbewerbs.

Sie fragten auch nach dem Saldo der Gesamtwirtschaft. Wir werden nur dann, auch vor dem Hintergrund der Demografie, einen positiven Saldo haben, ein Wachstum insgesamt, wenn wir diese Freiheiten einräumen. Also noch einmal: Wettbewerb und freier Marktzugang sind die Voraussetzungen für Wachstum, sind

die Voraussetzung zur Bereitstellung der notwendigen Produktionsfaktoren.

SV Werner Hesse (BAGFW): Ich teile die Auffassung, dass der Pflegesektor und der Gesundheitssektor einschließlich des Bereiches der hauswirtschaftlichen Dienstleistungen ein Wachstumssektor ist bzw. sein kann. Alles hängt natürlich davon ab, welche Kaufkraft und Regularien damit verbunden sind. Weil das so ist, hat die Politik sich entschieden, Verknappungen oder Beschränkungen durch Angebotssteuerungen im Bereich des Gesundheitswesens einzuführen, um zumindest die öffentlichen zwangsweise finanzierten Teile nicht überborden zu lassen. Dieser Steuerungselemente begeben Sie sich, sobald das Herkunftslandsprinzip gilt, weswegen wir ja dafür plädieren, zumindest zum jetzigen Zeitpunkt nicht unbesehen den gesamten Bereich der Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen diesem Prinzip zu unterwerfen. Dann gibt es den anderen Bereich der Dienstleistungsfreiheit, der Teil der Richtlinie ist, der sicherlich ganz vernünftig ist, wenn es um die Frage geht, wie viel Bürokratie das System braucht. Sicherlich ergeben sich da erhebliche Impulse für den Bürokratieabbau. Das Problem ist nur, dass nach der jetzigen Ausgestaltung im Grunde eine Inländerdiskriminierung stattfindet, d.h. derjenige, der sich aus dem Ausland in Deutschland niederlassen will, findet günstigere Bedingungen für die Etablierung seiner Niederlassung vor als der deutsche Anbieter, und das wird dann auch dadurch noch verkompliziert und unübersichtlich, dass in bestimmten Bereichen nicht so richtig klar ist, welche Bereiche der Niederlassungsfreiheit und welche dem Herkunftslandsprinzip unterliegen. Sie können ohne weiteres unter dem Herkunftslandgesichtspunkt aus einer polnischen Grenzregion in Berlin ambulante Pflegedienste leisten. Sie können da jeden Morgen anfahren und können den ganzen Tag durch Berlin touren und diese Leistungen temporär erbringen. Hier gälte das Herkunftslandsprinzip, nicht die Kriterien des Niederlassungsprinzips. Und weil das so ist und die Steuerbarkeit im Moment noch nicht gegeben ist, muss eine genau differenzierte Sortierung dieser Sektoren vorgenommen werden. Das heißt im ersten Schritt, den Anwendungsbereich zu begrenzen und dann zu differenzieren, wo welche Regelung gelten kann, um diesen Wachstums- und Beschäftigungspotenzialen genüge zu tun, weil die Beschäftigungspotenziale da sind, aber

damit ist ja noch nicht gesagt, wie sie entwickelt werden sollen. Sollen sie im Inland Platz greifen, sollen sie durch Dienstleistungen aus dem Ausland nach dem Herkunftslandsprinzip Platz greifen, sollen sie im Rahmen der Arbeitnehmerfreizügigkeit vom Ausland in das Inland Platz greifen, oder sollen sie im Rahmen der Niederlassungsfreiheit vom Ausland in das Inland Platz greifen? Diese Fragen sind ja mit der Feststellung, im Gesundheits- und Sozialen Sektor sind Wachstumspotenziale enthalten, noch nicht beantwortet.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di): Die Situation ist ja die, dass wir nicht erst durch die Dienstleistungsrichtlinie einen Aufbruch zur Freizügigkeit und zur Mobilität auch im Gesundheitswesen innerhalb der EG-Staaten haben. Dies bedeutet, dass es in diesen Bereichen nicht unbedingt nötig ist, diese Dienstleistungsrichtlinie umzusetzen, sondern ich halte es für wesentlich wichtiger, daran weiter zu arbeiten, was mit der Diskussion um das Weißbuch zu Dienstleistungen im allgemeinen Interesse begonnen worden ist. Da haben wir nämlich tatsächlich auch Regelungen, die dort umgesetzt werden und die zur Modernisierung des Sozialschutzes und zur Harmonisierung der sozialen Sicherungssysteme in der EU beitragen. Patientenmobilität, Entwicklung von gesundheitlicher Versorgung, Anerkennung von Berufsqualifikationen sind ja in diesen Bereichen auch schon mit geschehen. Wir fangen ja nicht bei Null an. Ich erinnere auch daran, dass eine der Ärztlichrichtlinien die Mindeststandards der Pflegeberufe aufstellt, die wir seit 1972 haben. Es ist doch schon etwas passiert und es ist auch so, dass wir einen Austausch im Gesundheitswesen bereits haben. Aber bitte schön, wir wollen dies nicht nur unregelt haben, sondern wir wollen da auch Mindeststandards haben. Ansonsten wäre es so, als ob man die Verkehrsvorschriften von England z. B. in Deutschland einführen würde. Ich glaube, das würde zu einigen Schwierigkeiten führen, wenn man links oder rechts fahren könnte, je nachdem, was einem gerade so gefällt.

Zu der Frage, was es da an Wachstums- und Beschäftigungspotenzial in diesem Bereich gibt, meine ich, wenn wir konsequent diese Arbeit, die mit dem Weißbuch begonnen ist, fortsetzen, dass wir keine Angst haben müssen, dass neue Beschäftigungspotenziale geschaffen werden. Ich bin sehr zuversichtlich, dass das

auch in Europa gelingt. Wir haben hier in der Bundesrepublik Deutschland immerhin 4,2 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen als einen riesigen Beschäftigungsbereich. 12 % der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Bundesrepublik arbeiten ja in dieser Branche. Allein in den Krankenhäusern gibt es rund eine Million Beschäftigte. Wir können vielleicht erahnen, dass sich Beschäftigungspotenziale entwickeln lassen.

Es wäre schön, jetzt einen Saldo vorstellen zu können, aber ich glaube, diese Zahl hat niemand hier im Saal, so dass man heute schon sagen könnte, dass ein Beschäftigungssaldo in einer bestimmten Höhe entsteht. Ich bin mir allerdings sehr sicher, dass er für die Bundesrepublik sehr positiv sein wird.

Abg. Erika Lotz (SPD): Meine Frage geht nochmals an die Bundesvereinigung privater Anbieter sozialer Dienste, an Herrn Schnell: Herr Schnell, mich würde Ihre Einschätzung interessieren, wie sich die Umsetzung der europäischen Dienstleistungsrichtlinie für die Berechtigten, aber auch für die Erbringer und die Träger von Sozialdienstleistungen auswirken wird.

Außerdem verfolgt die Kommission einen binnenmarkt- und anbieterorientierten Ansatz. Inwieweit trägt dieser Ansatz den besonderen Bedürfnissen der Behinderten Rechnung?

SV Axel Schnell (bpa): Ich möchte die Frage gerne aufgreifen, um noch einmal darauf hinzuweisen, dass das Herkunftslandsprinzip für die Pflege greift. Es war ja vorhin die Äußerung zu hören, dass der Qualitätsabbau in der Pflege ein Mythos sei. Das möchte ich ganz klar zurückweisen. Es ist richtig, dass zwischen der Niederlassungsfreiheit und der grenzüberschreitenden Dienstleistungserbringung zu unterscheiden ist. Aber es ist nicht nur so, dass für den Bereich der Pflege die Niederlassungsfreiheit greift, sondern dass auch die ambulanten Dienste für grenzüberschreitende Dienstleistungen relevant sind. Das heißt, dass der von mir auch schon beschriebene Qualitätsabbau leider kein Mythos ist, sondern dass wir die dessen Auswirkungen zu spüren bekommen werden, wenn das Herkunftslandsprinzip so umgesetzt werden wird. Wir befürchten, dass hier unterschiedliche Standards zur Anwendung kommen und dass das, was in

Deutschland an Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern vereinbart und mühsam erarbeitet worden ist, zu Makulatur wird. In diesem Punkt sind wir uns einig mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und mit der Verbraucherzentrale Bundesverband, dass wir sagen, das, was wir hier an Standard haben, soll erhalten bleiben. Wir wollen das auch als Schutz für die Pflegebedürftigen, die keine mündigen Marktteilnehmer sind.

Abg. Dr. Wolfgang Wordarg (SPD): Ich habe eine Frage an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände und an die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände: Es geht nicht darum, dass das Gesundheitswesen nicht vielleicht abgrenzbar wäre, sondern darum, dass die sozialen Dienstleistungen noch schwieriger abgrenzbar sind. Dienstleistungen im allgemeinen Interesse, Dienstleistungen im allgemeinen wirtschaftlichen Interesse und Dinge, die nicht in Geld messbar sind, bilden ja einen Mix bei der Versorgung der Bevölkerung. Der Bereich der Pflege, Fürsorge und Betreuung in Kommunen und räumlichen Einheiten lebt davon, dass sich die Bürger engagieren und langfristig die Verantwortung für ihre Gemeinde übernehmen. Wenn man das, was der Markt gerne haben will, hiervon ausnimmt, zu welchen Folgen könnte das kommen? Ist es überhaupt denkbar, dass man die Dinge, die der Markt verwertbar findet, herausnimmt, oder würde der Rest zusammenbrechen? Gibt es da nicht einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Bereichen?

An Herrn Dr. Lorenz habe ich die Frage: Inwieweit ist es in diesem Zusammenhang praktikabel, überhaupt eine öffentlich-rechtliche Grundlage von Dienstleistung als Abgrenzungskriterium zu nehmen?

SV Werner Hesse (BAGFW): Die Frage ist ja vorhin auch schon aufgeworfen worden. Wenn man eine Ausnahme formuliert, was sollte man formulieren? Das Gesundheitswesen, das Sozialwesen, die Dienste von allgemeinem Interesse, die Dienste von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse? Das Problem ist in der Tat, dass diese Begriffe alle nicht eindeutig und nicht trennscharf sind. Außerdem bin ich mir sicher, dass in Frankreich, Tschechien oder Dänemark jeweils auch wieder etwas anderes

unter diesen Begriffen verstanden wird als bei uns, weil ja jeweils die bisherige Infrastruktur im Hintergrund steht. Das macht es ja so schwierig, eine bestimmte Regelung vorzuschlagen. Deswegen denken wir, dass es notwendig wäre, die gleichzeitig und schon über längerer Zeit laufenden Diskussion um die Daseinsvorsorge weiterzuführen, um hier zu mehr Trennschärfe zu kommen. Interessant ist ja, dass die Kommission sagt, was ein Dienst von allgemeinem Interesse bzw. von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse ist, richtet sich letztendlich nach den Vorstellungen der einzelnen Mitgliedstaaten. Das heißt, die Kommission sagt im Moment, die Begriffe können je nach gesellschaftspolitischen Hintergrund und historischen Infrastrukturentwicklungen von Staat zu Staat ganz anders gefüllt sein. Da wird es ja im Grunde zugestanden, dass es hier eine gewisse Nationalautonomie geben soll, um diese gewachsene Infrastruktur auch weiterhin stützen und schützen zu können. Dieses Gebäude wird nun völlig über den Haufen geworfen, wenn man im Rahmen der Dienstleistungsrichtlinie und einer nahen unbeschränkten Geltung des Herkunftslandsprinzips das alles in Frage stellt. Sie haben in Ihrer Frage etwas angedeutet, was ich mal mit Mischfinanzierung bezeichnen würde. Ich nehme an, Sie haben das auch so gemeint. Hier gibt es viele Beispiele, etwa den Bereich der ambulanten hauswirtschaftlichen Versorgung, der ambulanten pflegerischen Versorgung oder der ambulanten Hospizdienste, die sich durch einem Mix finanzieren, der aus ehrenamtlichen Engagement, aus Entgelten, die vom Versicherungs- und Fürsorgesystem und aus Privatentgelten besteht. Davon können sie tatsächlich wirtschaftlich leben. Manches Mal kann nur durch ehrenamtliches Engagement aufgefangen oder ergänzt werden, was sich aus den über SGB XI oder über andere Systeme finanzierten Mitteln nicht oder nicht ausreichend verwirklichen lässt. Wenn man das nun vor-schnell auseinandernimmt und in die Kostenstellen Dienste von allgemeinem Interesse und Dienste von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse aufteilt, stört man dieses Gefüge. Außerdem wird auch die Bereitschaft der Bevölkerung gestört, sich bürgerschaftlich zu engagieren und hier auch etwas ohne unmittelbare Gegenleistung zu erbringen. Deswegen ist es auch ein sehr sensibles Feld. Die Diskussion muss weiter geführt werden, was wo hin gehört, wo soll wie viel Liberalisierung und Wettbewerb tatsächlich erreicht werden, wo ist es positiv, zu mehr Liberalisierung und Wett-

bewerb zu kommen. Aber das sollte jetzt nicht einfach von vorne herein über eine Leiste geschlagen werden, da damit vielfach Strukturen zerstört würden.

SV Carsten Hansen (Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände): Die Frage war ja, wie die Auswirkungen der Richtlinie auf den Gesundheits- und Sozialbereich sind. Das kann ich nicht ermessen, da wäre prophetische Gabe erforderlich. Aber wir sprechen uns als Bundesvereinigung dafür aus, den Gesundheits- und Sozialbereich, das heißt den Bereich der Daseinsvorsorgeleistung, aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie heraus zu nehmen, aus genau den Überlegungen, die mein Vordrucker bereits dargestellt hat. Wir sind in diesem Bereich in der Situation, dass der Mitgliedstaat nach eigenem Ermessen bestimmte Qualitätsniveaus festlegt. Das ist mit gutem Grund im EG-Vertrag so geregelt. Mit dieser Dienstleistungsrichtlinie würde genau dies ausgehöhlt werden. Daher sind wir der Auffassung, dass erstens das herausgenommen werden sollte und zweitens, wenn hier Änderungen stattfinden sollen, dann nicht über das Instrument der EU-Dienstleistungsrichtlinie, sondern durch die Entscheidung des nationalen Gesetzgebers.

SV Dr. Frank Lorenz: In der Tat besteht folgendes Problem: wenn wir eine Richtlinie haben, dann besteht auch eine Umsetzungsverpflichtung der Mitgliedstaaten, d. h. auf irgend eine Art und Weise muss das, was sich aus der Richtlinie inhaltlich ergibt, in nationales Recht, sprich in Gesetze, umgesetzt werden. Das wäre hier nicht anders. Es ist eben gesagt worden, dass die Definitionsmacht dessen, was Dienste in allgemeinem oder allgemeinem wirtschaftlichem Interesse sind, nicht nur nach Auffassung der Kommission, sondern auch der Rechtsprechung bei den Mitgliedstaaten liegt. Wir haben allerdings in dem Entwurf der europäischen Verfassung – man weiß natürlich nicht, wie das weitere Schicksal dieses Entwurfes ist – den Ansatz, dass dort eine Regelung durch europäisches Gesetz vorgenommen werden kann. Dies geht auf die Initiative Frankreichs und Belgiens zurück. Wenn man eine Ausnahme dieser Dienste in der Dienstleistungsrichtlinie vornimmt, halte ich es aus rechtlichen Gründen für geboten, dass man das mit bestimmten Kriterien oder Modellen verknüpft. Wie man das machen könnte, wird

durch den Vorschlag von Frau Gebhardt zu Artikel 2 – Bereichsausnahmen – deutlich. Allerdings muss man sich dann als deutscher Gesetzgeber überlegen, welche Bereiche davon erfasst sind. Diese Aufgabe verbleibt beim deutschen Gesetzgeber. In der Tat könnte man sagen, dass es einfacher wäre, den Schnitt zu machen, indem nur die Gesundheitsdienstleistungen nach Artikel 152 Abs. 5 EG-Vertrag erfasst werden. Es besteht immer das Problem des horizontalen Ansatzes der Richtlinie, egal, welche Ausnahmen definiert werden. Das gab es bisher aus gutem Grunde nicht. Wir haben bisher immer mit sektorspezifischen Ansätzen gearbeitet. Wenn wir solche Richtlinien hatten, denken Sie an die Post, denken Sie an die Telekommunikation, also in Bereichen, wo man sagen konnte, das ist ein abgrenzbarer Bereich, den wir zunächst mal anpacken. Wenn wir mit Bereichsausnahmen herangehen, laufen wir immer Gefahr, dass wir Schwierigkeiten bekommen, das negativ voneinander abzugrenzen. Das wäre aber eine Aufgabe des deutschen Gesetzgebers, die ich auch für schwierig halte. Aber wenn, wäre nur denkbar, dass man Kriterien zu Grunde legt, wie sie teilweise z.B. im Gebhardt-Bericht schon erwähnt worden sind.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an den BVMed, den Bundesverband der Freien Berufe, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände und die DKG mit der Bitte, zu beachten, dass wir bisher nur eine Frage gestellt und eine ganze Fragerunde dafür gebraucht haben. Kurze und prägnante Antworten wären uns also sehr lieb.

Die erste Frage betrifft den Bereich des Herkunftslandsprinzips. Ist es aus Ihrer Sicht ausreichend, den Gesundheitsbereich nur vom Herkunftslandsprinzip nach Artikel 16 der Richtlinie auszunehmen, oder ist für den gesamten Bereich eine Ausnahme von der Richtlinie angezeigt?

Zweite Frage: wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund die Änderungsvorschläge der EU-Abgeordneten Gebhardt zum Geltungsbereich der Richtlinie, das Herkunftslandsprinzip durch das Prinzip der gegenseitigen Anerkennung und zur Kontrolle der Dienstleistung durch das Bestimmungsland zu ersetzen?

Dritte Frage: wie verträgt sich aus Ihrer Sicht die Notwendigkeit, bestimmte Anforderungen auf europäischen Ebene prüfen zu lassen, mit der alleinigen Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für ihre nationalen Gesundheitssysteme? Ist nicht damit die Gefahr einer „Harmonisierung durch die Hintertür“ gegeben?

SV Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Zunächst ist es wichtig, noch einmal klar zu stellen, dass es nicht um eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme geht. Das hatten meine Vorredner bereits dargestellt. Das hat der EuGH geregelt. Es geht auch nicht um die Niederlassungsfreiheit, es geht auch nicht darum, dass Anbieter dauerhaft nach Deutschland oder in andere Länder kommen, sondern es geht darum, eine vorübergehende Tätigkeit im anderen Land auszuüben. Daher müssen wir ganz besonders darauf achten, dass die Anforderungen erfüllt sind. Das Herkunftslandsprinzip ist eines der großen Probleme, die in der Dienstleistungsrichtlinie enthalten sind. Das alleine auszunehmen, würde allerdings nicht ausreichen. Unsere Vorschläge, die wir ja schon angeführt haben, gehen dahin, das Gesundheitswesen analog der Formulierungen des EG-Vertrages komplett aus der Dienstleistungsrichtlinie herauszunehmen. Natürlich führt die gegenseitige Anerkennung und Kontrolle zur einer Abschwächung der Probleme, aber sie löst sie nicht, weil wir nach wie vor die Frage haben, ob es gemeinsame Standards gibt, wie man diese festlegen kann und wie die Kontrolle gewährleistet werden kann, so dass wir auch hier die Generallösung der Ausnahme aus dem Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie weiterhin favorisieren.

Zur Frage der Abstimmung zwischen den nationalen Steuerungsmöglichkeiten und den Anforderungen auf der europäischen Ebene: Das Problem ist, dass es da natürlich zu Konflikten kommt und sich die Frage stellt, wie weitgehend die Kompetenzen der europäischen Ebene sind und ob nicht dadurch eine Bevormundung der Kommission für die nationalen Systeme entsteht, so dass es letztlich zu einer Harmonisierung der Sozialsysteme kommt. Das passt dann nicht mehr mit den Anforderungen zusammen, die ja ansonsten gestellt werden, dass es gerade im Gesundheitsbereich keine Harmonisierung geben soll.

SV Heinz Christian Esser (Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände (BHV)): Wir stimmen der Stellungnahme von Frau Dr. Pfeiffer voll inhaltlich zu. Wenn die komplizierten und inzwischen ja über Jahrzehnte erprobten Sicherheitsregeln, die wir hier für die ambulante Behandlung eingeführt haben, in der Vergangenheit auch nur einen Funken von Sinn hatten, müssen sie auch jetzt im grenzüberschreitenden Verkehr weiter gelten. Das kann man nicht garantieren, eine Lösung kann man eigentlich nur dadurch finden, dass man das Gesundheitssystem komplett aus dem Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie herausnimmt.

SV Susanne Renzewitz (DKG): Zur ersten Frage: Es würde unserer Auffassung nach nicht ausreichen, den Gesundheitsbereich lediglich vom Herkunftslandsprinzip auszunehmen, weil die meines Erachtens noch wichtigere Frage oder Problemlage bei der Niederlassungsfreiheit dann nicht gelöst wäre. Wie gesagt, bei der Niederlassungsfreiheit besteht das Problem im Rahmen des vorgesehenen Evaluierungsverfahrens, dass die Mitgliedstaaten ihre Genehmigungsverfahren und Beschränkungen zum Gegenstand einer Diskussion unter den Mitgliedstaaten stellen müssen, wobei aus den Erwägungsgründen nicht ganz klar ist, mit welchen Ergebnissen das für den Gesundheitsbereich erfolgen könnte. Hier bedürfte es auch einer dringenden Klarstellung, was mit dem Evaluierungsverfahren in Bezug auf den Gesundheitsbereich gemeint ist und ob der Gesundheitsbereich auch in diesem Fall tangiert wäre.

Zur zweiten Frage: Der nun vorliegende Bericht von Frau Gebhardt sieht sicherlich einen ordnungspolitisch sinnvolleren Ansatz vor. Dieser ist auch realisierbarer, was die gegenseitige Anerkennung und die Kontrolle im Hinblick auf das Bestimmungslandprinzip angeht. Die Frage ist nur, und das müsste durch eine eingehende Prüfung geklärt werden, ob bei der Anerkennung und der Kontrolle auch die Standards – insbesondere die Qualitätsstandards – mit umfasst sind.

Die Beantwortung der letzten Frage deckt sich zum Teil mit meiner Antwort auf die erste Frage: Wir sehen gerade bei der Problematik des Evaluierungsverfahrens bei der Niederlassungsfreiheit die Schwierigkeit, dass nationale Regelungssysteme mit ihren Steuerungsin-

strumenten auf den Prüfstand stehen und somit die Gefahr einer Harmonisierung des nationalen Gesundheitsbereiches „durch die Hintertür“ besteht.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Bundesverband Verbraucherzentrale: Im Richtlinienentwurf in Artikel 17 Nr. 21 ist vorgesehen, Verbraucherträge auszunehmen. Können Sie uns ganz kurz darstellen, wie sich das auf Gesundheitsdienstleistungen und Pflegeleistungen auswirkt? Gibt es dabei einen Unterschied zwischen privat Versicherten und gesetzlich Versicherten?

SV Dieter Lang (vzbv): Zunächst müssen wir uns fragen, ob es sich bei dem geschlossenen Vertrag um einen Verbrauchervertrag handelt. Wir müssen zunächst wissen, was zwischen den Parteien – dem Dienstleister, der seine Dienste erbringt und dem Verbraucher – im Einzelnen vereinbart worden ist. Kommen wir dann zum dem Ergebnis, dass es sich um einen Verbrauchervertrag handelt, können wir, wenn bestimmte Voraussetzungen nach dem Gesetz gegeben sind, davon ausgehen, dass dann deutsches Recht Anwendung findet, weil das Wohnortprinzip gilt. Nun sind wir aber in einem Gebiet, das ja nicht nur bestimmt ist von dem „Do ut des“ des Verbrauchers und Dienstleistungserbringers, sondern es spielen noch andere Faktoren in dieses Verhältnis hinein, nämlich die Art und Weise, wie wir auf Grund unserer Selbstverwaltung Gesundheitsdienstleistungen und Pflegedienstleistungen geregelt haben. Das wird durch die Regelungen im Rahmen der Frage, welches Recht bei Verbraucherverträgen gilt, nicht mehr geregelt, sondern fällt dann vollständig raus.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe noch mal die Nachfrage: Besteht ein Unterschied zwischen gesetzlich Versicherten und privat Versicherten?

SV Dieter Lang (vzbv): Diese Fragen stellen sich natürlich nur dann, wenn der Verbraucher, der einen Verbrauchervertrag geschlossen hat, gleichzeitig auch Leistungen aus den sozialen Versicherungssystemen erhält. Schließt er als Selbstzahler diesen Vertrag, spielen diese Fragen keine Rolle mehr. Wenn Sie jetzt die

Selbstverwaltung, die gesetzliche Sozialversicherung und die gesetzliche Pflegeversicherung abschaffen und an dieser Stelle ausschließlich ein privates System installieren, kämen wir über die Frage der Anwendbarkeit des Rechts auch zu einer einheitlichen Behandlung dieser Angelegenheiten.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich möchte bei Prof. Kossow nachfragen, wie er die Lage beurteilt.

SV Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow (DGVP): Es stellt sich die Frage, wer Vertragspartner. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung sind das Leistungserbringer und gesetzliche Krankenversicherung, wobei die gesetzliche Krankenversicherung aus dem Vertrag, den sie abgeschlossen hat, an ihre Mitglieder die Verbrauchersachleistungen liefert. Es wäre im Prinzip denkbar, und das ist auch schon einmal bei dem dreiseitigen Vertrag mit der AIDS-Hilfe passiert, dass die gesetzliche Krankenversicherung eine Art Verbrauchervertrag mit Patientengruppen schließt, in welchem z.B. Fragen der Selbsthilfe und der Prävention geregelt werden. Gleichzeitig könnten Verträge mit Dienstleistern – beispielsweise Krankenhäusern oder Ärzten – abgeschlossen werden, die dann das zweite Paket einer Integrationsversorgung darstellen, in die die Patienten einbezogen werden. Aber all dies ist nach bisherigem Recht schon möglich und wird grenzüberschreitend praktiziert. Beispielsweise gibt es einen Vertrag zwischen der AOK Brandenburg und den Gesundheitsverwaltungen einiger polnischer Wojewodschaften. Dieser Vertrag funktioniert im Grunde ganz gut. Es ist mit Sicherheit nicht erforderlich, jetzt solche bereits in Europa existierenden Vertragssysteme unter Einbeziehung von Verbrauchern noch dadurch zu komplizieren, dass man ein weiteres Rechtsgebiet eröffnet, das dann wieder zu beachten ist.

Abg. **Matthias Sehling** (CDU/CSU): Meine beiden Fragen richten sich an die Bundeszahnärztekammer und die DKG: Artikel 9 des Richtlinienvorschlags stellt die Aufnahme der Ausübung einer Tätigkeit unter einen Genehmigungsvorbehalt. Können Sie darlegen, möglicherweise unter Einschluss der Rechtsprechung des EuGH, warum aus Ihrer Sicht dieser

Genehmigungsvorbehalt im Moment noch zu unbestimmt ist?

Zweite Frage: Wie müssten Ihrer Meinung nach die in Artikel 14 und 15 aufgeführten unzulässigen oder zu prüfenden Anforderungen zur Aufnahme der Ausübung einer Dienstleistungstätigkeit letztlich ausgestaltet werden, damit sie keinen diskriminierenden oder unverhältnismäßigen Regelungsinhalt hätten?

SV Susanne Renzewitz (DKG): Mit den von Ihnen aufgeworfenen Fragen ist der Bereich der Krankenhausplanung durch die Niederlassungsfreiheit betroffen, d. h. wenn ein Dienstleister aus einem anderen EU-Mitgliedstaat sich mit einem Krankenhaus in Deutschland niederlassen wollte, dann bedarf es, wenn er Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln will, der Aufnahme in den Krankenhausplan. Das unterliegt den krankhausplanerischen Verfahren. Das heißt, dass hier bestimmte Genehmigungen und Aufnahmeverfahren erforderlich sind. Vor diesem Hintergrund muss man aber bedenken, dass über 80 % der Bevölkerung in Deutschland gesetzlich versichert sind, so dass sich eine Niederlassung mit einem Krankenhaus für einen Anbieter aus einem anderen EU-Mitgliedstaat nur rentieren würde, wenn er auch gesetzlich Versicherte mit behandeln könnte. Dazu müsste er die ganzen Regularien der Krankenhausplanung durchlaufen. Hier ist ein Genehmigungsverfahren vorgesehen. Diesbezüglich ist in der Richtlinie nicht klargestellt, inwieweit das bei einer Evaluierung, wie es in der Richtlinie vorgesehen ist, nicht dazu führt, dass im Rahmen des Evaluierungsprozesses dieses Instrument der Krankenhausplanung und der Vergütung der Leistungen abgeschafft oder zumindest in Frage gestellt wird. Damit werden dann letztendlich die Strukturen der Sicherstellung und der Regulierung des Krankenhausmarktes in Deutschland in Frage gestellt.

Abg. **Matthias Sehling** (CDU/CSU): Die zweite Frage bezog sich noch auf die in Artikel 14 und 15 vorgesehenen unzulässigen oder zu prüfenden Anforderungen. Wie müssten diese gestaltet werden, damit sie nicht diskriminierend wirken oder nicht unverhältnismäßig eingreifen?

SV Ralf Matthias Heyder (DKG): Dies ist eine juristische Frage, die wir jetzt aus dem Stegreif nicht beantworten können, nämlich die Frage, wie man diese Anforderungen umformulieren müsste oder welche Anforderungen gestrichen werden müssten. Ich denke, dass der entscheidende Faktor ist, dass einige dieser Anforderungen Fragen im Hinblick auf die Vereinbarkeit mit bestehenden Planungsverfahren aufwerfen. Nicht klar ist, inwieweit diese Anforderungen in diesen Planungsverfahren auch zukünftig realisierbar sind oder ob sie zu Änderungen führen würden. Deshalb plädieren wir dafür, dies bei einer eventuellen Neuformulierung der Richtlinie zu berücksichtigen. Wie das dann im gemeinschaftsrechtlichen Sinn technisch korrekt ausgestaltet werden müsste, können wir von unserer Warte aus nicht beantworten.

Abg. Gerald Weiß (Groß-Gerau) (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den DGB und an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Sollte die Regelung zur Erstattung von Krankheitskosten in Artikel 23 der Richtlinie nicht besser in der Verordnung 1408/71 – Stichwort Wanderarbeitnehmer – erfolgen, gerade wenn der Gesundheitsbereich komplett aus der Dienstleistungsrichtlinie herausgenommen würde?

SV Heinz Stapf-Finé (DGB): Ich kann diese Frage mit einem eindeutigen ja beantworten. Die Sachverhalte sind ohnehin schon geregelt. Zum einen durch einschlägige EuGH-Rechtsprechung, zum andern sind die Verordnungen 1408/71 und 883/04 der richtige Ort. Drittens sind in § 13 SGB V mit dem GMG bereits entsprechende Regelungen umgesetzt worden, die die Übernahme von Behandlungskosten im EU-Ausland regeln.

SV Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Ich kann meinem Vorredner voll inhaltlich beipflichten.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage an den Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.: Sie haben sich in der Tendenz eher positiv ausgesprochen, was die Dienstleistungsrichtlinie angeht. Vielleicht können Sie uns noch ganz kurz aus Ihrer Sicht die Vorteile der Dienstleis-

tungsrichtlinie darstellen. Daran schließt sich die Frage an, wie Sie die Risiken beurteilen, die uns vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste vorgetragen wurden.

SV Michael Schulz (VDAB): Zum einen haben wir ja gesagt, dass wir mit Artikel 17 Nr. 17 die Ausnahmeregelung beim Herkunftslandsprinzip bereits geregelt haben. Zum anderen besteht die klare Unterscheidung zwischen Niederlassung und keiner Niederlassung. Das Herkunftslandsprinzip gilt nur, wenn keine Niederlassung da ist. Wenn eine Niederlassung da ist, müssen auch die deutschen Standards eingehalten werden. Interessant ist, dass die unerlässlichen Vorschriften eingehalten werden müssen. Es darf zu keiner Diskriminierung ausländischer Mitbewerber kommen. Das ist ein sehr interessanter Ansatz, weil hierdurch gerade in Deutschland, wo es mit der Entbürokratisierung stockt, ein ganz großer Hebel angesetzt werden kann. Zu der Frage, welche Vorschriften unerlässlich sind: Ich glaube, wir brauchen keine 190 Seiten Begutachtungsrichtlinie, die wir im Moment in Deutschland haben, es könnten sehr viele gestrichen werden. Was die tatsächliche Preisverhandlung und die Kontrollen angeht, könnte auch sehr viel gestrichen werden. Sinnvolle Kontrollen, die sich auf die Ergebnisqualität in Einrichtungen richten, statt wie bisher zu 80 bis 90 % auf die Strukturqualität. Das sind Hebelpunkte, wo wir gesagt hätten, mit der Dienstleistungsrichtlinie, so wie sie jetzt kommt und wie sie jetzt im Moment im Herkunftslandsprinzip steht, hätten wir einen sehr großen Hebel gehabt, was auch vorher Herr Hansen gesagt hat, zu mehr Freiheit, zu mehr Wettbewerb für Dienstleistungsunternehmen in der Pflegebranche. Ich denke, dass unsere deutschen Pflegeeinrichtungsunternehmen sich mit ihrer Qualität gegenüber ausländischen Unternehmen sehr wohl behaupten können.

Der letzte Punkt: Der Verbraucher weiß sehr wohl, wie die Qualität von Dienstleistungen beurteilt werden kann. Wird eine schlechte Qualität der Dienstleistung geliefert, dann wird er eben nicht mehr zu dem belgischen oder polnischen Dienstleister gehen, sondern wird zurückkehren zum deutschen Unternehmen.

Ende der Sitzung 13.32 Uhr.