

Mitteilung des Senats vom 1. April 2003**Europäische Dimension der Gesundheitspolitik – Chancen und Risiken für Bremen**

Die Fraktionen der SPD und der CDU haben unter Drucksache 15/1387 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die Große Anfrage wie folgt:

1. Wie bewertet der Senat Bestrebungen der EU-Kommission, die Weiterentwicklung europäischer Gesundheitspolitik voranzutreiben und auf Transparenz und die Vergleichbarkeit von europäischen Gesundheitssystemen hinzusteuern?

Die Bestrebungen der EU-Kommission und des Rates zur Weiterentwicklung einer europäischen Gesundheitspolitik in Richtung Transparenz und Vergleichbarkeit stellen aus Sicht des Senats eine in der Sache folgerichtige und angemessene Reaktion auf die Veränderungsprozesse in der Europäischen Gemeinschaft dar, die im Wesentlichen aus der Realisierung des Binnenmarktes und der Währungsunion, der zunehmenden Mobilität der Bürger und des wachsenden Einflusses der Sozial- und Beschäftigungspolitik auf die nationalen Gesundheitssysteme und auf die europäische Gesundheitspolitik resultieren. Auch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) der vergangenen Jahre zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen hat den gesundheitspolitischen Handlungsbedarf auf EU-Ebene deutlich gemacht. Bestimmte Aspekte des Gesundheits- und Verbraucherschutzes lassen sich nur auf europäischer Ebene lösen, wie die jüngste Vergangenheit wiederholt gezeigt hat.

Wegen der alleinigen Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die gesundheitlichen Versorgungssysteme sieht es der Senat dabei als Aufgabe der Europäischen Kommission an, die Zusammenarbeit und den Erfahrungsaustausch der Mitgliedstaaten zu unterstützen. Das neue Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003 bis 2008) kann hierzu einen wertvollen Beitrag leisten. Mit der Zusammenführung von bisher acht Einzelprogrammen zu einem sechsjährigen Aktionsprogramm wird die Entwicklung einer gesundheitspolitischen Gemeinschaftsstrategie in enger Kooperation mit den für die Gesundheitspolitik zuständigen Mitgliedstaaten fortgesetzt.

Der Senat begrüßt die aktuelle auf der europäischen Ebene unter Beteiligung der Mitgliedstaaten geführte Diskussion über die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege mit den Zielsetzungen, die Zugänglichkeit, die Qualität und die langfristige Finanzierbarkeit zu sichern. Aus Sicht des Senats stellen Erfahrungsaustausch, „best-practice-Vergleiche“ und die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten im Bereich des Gesundheitswesens für die Weiterentwicklung und die Konvergenz der nationalen Gesundheitssysteme wichtige und unverzichtbare Instrumente dar. Sie können dazu beitragen, dass für die Bürgerinnen und Bürger die europäische Idee auch durch eine europäische Gesundheitspolitik erfahrbarer wird. Diese muss auf dem Grundsatz der Subsidiarität und auch der Pluralität der historisch gewachsenen Systeme beruhen. Eine Harmonisierung der Gesundheitssysteme ist abzulehnen. Bei der Entwicklung und Verwendung von Vergleichskriterien im Rahmen des Erfahrungsaustausches ist darauf zu achten, dass

diese aussagekräftig und systemneutral sind und die Handlungsspielräume der Mitgliedstaaten für ihre Versorgungssysteme nicht einengen.

Die Freie Hansestadt Bremen hat in den Gremien des Bundesrats (vergl. Beschluss des Bundesrates zur Mitteilung der Europäischen Gemeinschaften an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern; 1. März 2002; BR-Drucksache 53/02) und der Gesundheitsministerkonferenz (Grundlinien einer europäischen Gesundheitspolitik; 75. GMK vom 20/21. Juni 2002) entsprechende Positionen gemeinsam mit der großen Mehrheit der Länder aktiv vertreten und tritt für eine „proaktive“ Begleitung des auf der europäischen Ebene geführten Diskurses ein.

2. In welcher Form beabsichtigt der Senat, die von der Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2002 für die Länder eingeforderte „aktive Rolle“ bei der Gestaltung europäischer Gesundheitspolitik zu spielen?

Die Gesundheitsministerkonferenz hat Initiativen bei der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, der Gesundheitsberichterstattung und der Entwicklung von Projekten zum grenzüberschreitenden Vergleich der Gesundheitssysteme als wichtige Ansatzpunkte für eine stärkere Teilhabe bei der Gestaltung der Gesundheitspolitik in Europa genannt. Dem neuen Aktionsprogramm der Gemeinschaften kommt hier eine zentrale Rolle zu.

Die Freie Hansestadt Bremen engagiert sich diesbezüglich gemeinsam mit den anderen Ländern bei der Identifizierung und Festlegung von Aktionsfeldern und der Planung und Koordinierung von entsprechenden Vorhaben aus den Ländern im Rahmen von Arbeitsgremien der Gesundheitsministerkonferenz und über die Vertretung des Landes Bremen in Brüssel, die in diese Gremienarbeit direkt eingebunden ist und vor Ort eine Schnittstellenfunktion zur Europäischen Kommission und anderen Gremien wahrnimmt. Über die allgemeine Bekanntmachung des Aktionsprogramms hinaus wurden z. B. potentielle hiesige Akteure über das Programm und über den „Arbeitsplan 2003“ gezielt informiert. Konkrete Aktivitäten unter der Federführung oder unter Beteiligung von Institutionen aus Bremen oder Bremerhaven zeichnen sich allerdings noch nicht ab bzw. sind dem Senat nicht bekannt.

Darüber hinaus ist die Freie Hansestadt Bremen im Rahmen von Bundesrat, Gesundheitsministerkonferenz und eines in Brüssel auf Initiative von Bremen gegründeten Arbeitskreises „Gesundheitspolitik“ der zuständigen Referentinnen und Referenten der deutschen Ländervertretungen aktiv an den aktuellen Diskussionen um die Weiterentwicklung der europäischen Gesundheitspolitik beteiligt. Mit dem unter bremischer Leitung stehenden Arbeitskreis „Gesundheitspolitik“ wurde ein Forum geschaffen, das den Kontakt zu europäischen Institutionen pflegt und intensiviert und ebenso wie das EU-Arbeitsgremium der Gesundheitsministerkonferenz den Dialog mit den relevanten Institutionen des Gesundheitswesens sucht und gestaltet.

Der Dialog über die Fragen der grenzüberschreitenden Versorgung, der Qualitätssicherung, der Patientenrechte, der Mobilität der Gesundheitsberufe und die Ausgestaltung der offenen Methode der Koordinierung soll in der nächsten Zeit gemeinsam mit dem Bund und den Beteiligten des Gesundheitswesens intensiviert werden.

Wegen der wachsenden Bedeutung der auf EU-Ebene forcierten Diskussion zu verschiedenen, für das Land Bremen und die hiesigen Gesundheitsdienstleister relevanten Themen, wie Referenzzentren der Spitzenmedizin, Wartelistenpatienten, grenzüberschreitende Gesundheitsfürsorge etc., sieht der Senat die Möglichkeit und Notwendigkeit, im Rahmen der o. g. Arbeitsgremien auf Bundesebene und in Brüssel diese Prozesse in Zukunft verstärkt mitzugestalten. Die im Frühjahr 2002 von dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und der Bevollmächtigten der Freien Hansestadt Bremen beim Bund, für Europa und Entwicklungszusammenarbeit initiierte Verzahnung der Aktivitäten der Brüsseler Vertretungen der Länder mit denen der Gesundheitsministerkonferenz liefert einen wichtigen strukturellen Beitrag für diese zukünftige Entwicklung.

3. Wie beabsichtigt der Senat, die Akteure des Gesundheitswesens gemäß des GMK-Beschlusses in diesen Prozess, insbesondere die Definition von Kriterien und Standards, einzubeziehen?

Was den Prozess und insbesondere die Definition von Kriterien und Standards (z. B. Qualitätsparameter) betrifft, bedarf es, wie an anderer Stelle erwähnt, in der Tat eines breit geführten Dialoges zwischen Bund, Ländern/Regionen und allen Beteiligten des Gesundheitswesens. Hierzu ist u. a. unter Beteiligung von Bund und Ländern im Laufe dieses Jahres eine Veranstaltung auf nationaler Ebene zur offenen Methode der Koordinierung für die Akteure des Gesundheitswesens geplant, die auch den bereits bestehenden Austausch intensivieren soll. Die Spitzenverbände des Gesundheitswesens haben sich schon seit längerem mit der Thematik auseinandergesetzt und ihre Positionen auf verschiedenen Ebenen eingebracht. Dabei haben sie sich auch mit der Frage der Definition von Kriterien und Standards auseinandergesetzt und ähnlich wie die Länder klare Anforderungen an Kriterien, Qualitätsparameter etc. (vergl. Antwort zu Frage 1) gestellt. Nach Einschätzung des Senats ist die Einbeziehung der Akteure des Gesundheitswesens zum gegenwärtigen Zeitpunkt dem Stand der Diskussion angemessen.

4. Für welche Felder der Gesundheitspolitik hält der Senat grenzübergreifende Kooperationen und Absprachen für besonders sinnvoll oder notwendig? Wie bewertet er eine mögliche Verstärkung des grenzübergreifenden Wettbewerbs der Gesundheitssysteme, Gesundheitseinrichtungen und Leistungserbringer in der EU? Welche Konsequenzen resultieren daraus im Land Bremen?

Ansatzpunkte für grenzübergreifende Kooperationen sieht der Senat bei der Qualitätssicherung, dem grenzüberschreitenden Vergleich von Leistungsanbietern („benchmarking“), der Weiterentwicklung der Patientenrechte, der qualitätsgesicherten Gesundheitsinformation und bei Gesundheitstelematikprojekten. Für das Land Bremen vorrangig und für die hiesigen stationären Einrichtungen attraktiv ist das Ziel, Wartelistenpatienten anderer EU-Länder oder auch EFTA-Länder (wie Norwegen) für die Behandlung vor Ort zu gewinnen.

Wie in der Beantwortung der Kleinen Anfrage der Fraktion der CDU vom 22. Oktober 2002 (Drucksache 15/1293) ausgeführt, gibt es aktuelle Initiativen hiesiger Krankenhäuser und der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen (HBKG), Potentiale zur Behandlung ausländischer Patienten zu erschließen. Diese Aktivitäten belegen auch den Einstieg in einen grenzüberschreitenden Wettbewerb der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und damit die Notwendigkeit, dass die hiesigen Anbieter durch Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistung und durch ein kundenfreundliches Ambiente die genehmigenden Stellen in den Entsende-Ländern und/oder die Patienten für eine Behandlung in Bremen gewinnen können. Dies unterstreicht die Notwendigkeit der Fortentwicklung des Qualitätsmanagements bzw. der Qualitätssicherung bei den hiesigen Einrichtungen. Deren Dienstleistungsangebote für Wartelisten-Patienten müssen laut Urteil des Europäischen Gerichtshofs zur grenzüberschreitenden stationären Versorgung hinreichend erprobt und anerkannt sein. Somit ist auch dieses Urteil als Einstieg in einen Qualitätssicherungsprozess auf europäischer Ebene zu betrachten. Für das Land Bremen bedeutet dies, dass sich die hiesigen Leistungsanbieter – und dies gilt vorrangig für die Krankenhäuser – für den Wettbewerb um europäische Patienten im Rahmen der sich entwickelnden Qualitätssicherungsdiskussion auf europäischer Ebene und im Kontext mit der Diskussion über Referenzzentren weiter entwickeln und positionieren müssen. Weniger betroffen im Lande Bremen sind der ambulante Bereich und die pflegerische Versorgung, denen bei der grenzüberschreitenden und regional ausgerichteten Versorgung und Organisation von gesundheitsrelevanten Fragen in grenznahen Bereichen (z. B. Euregios) eine ebenfalls große Bedeutung zukommt.

5. Welche Schritte gedenkt der Senat zu unternehmen, um die Beschränkung der Migrationsfreiheit, so wie sie im Entwurf für eine neue Anerkennungsrichtlinie der beruflichen Qualifikation vorgesehen ist, zu verhindern?

Der Senat teilt die Einschätzung, dass der genannte Richtlinienentwurf zu Erschwerungen bei der Migration der betroffenen Berufsangehörigen führen würde, wenn das funktionierende System der sektoralen Richtlinien abgeschafft würde. Die Freie Hansestadt Bremen ist deshalb im Zuge der Beratungen des genannten Richtlinienentwurfes im Bundesrat entsprechend initiativ geworden. Die Position

der Freien Hansestadt Bremen findet sich in der umfassenden und kritischen Stellungnahme des Bundesrates (Beschluss des Bundesrates vom 12. Juli 2002; BR-Drucksache 280/02, siehe Anlage 1) zum Richtlinienentwurf wider.

Die Einwände des Bundesrats werden von der Bundesregierung (BMGS), nationalen Verbänden und anderen Mitgliedstaaten geteilt. Der Richtlinienentwurf wird derzeit noch in den Gremien der Europäischen Kommission beraten.

6. Wie kann aus Sicht des Senats die Zusammenarbeit der Länder und Regionen in der Europäischen Union bei der Erkennung und Frühwarnung von Gesundheitsgefahren grenzüberschreitend verbessert werden?

Der Senat vertritt die Auffassung, dass der Aufbau bzw. die Weiterentwicklung eines gemeinschaftlichen Netzes für die epidemiologische Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten weiter vorangetrieben werden muss. Dem geplanten Aufbau eines spezialisierten europäischen Zentrums für die Kontrolle von Krankheiten kommt hierbei eine zentrale Rolle zu. Der Senat begrüßt, dass im Rahmen des Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit (Arbeitsplanung 2003) die Weiterentwicklung des gemeinschaftlichen Netzes, insbesondere eines Frühwarn- und Reaktionssystems, einen Aktionsschwerpunkt darstellt. Als vorrangig werden dabei folgende Maßnahmen erkannt:

- Verbesserung der europäischen Reaktionsfähigkeit durch gemeinsame Interventionsteams, abgestimmte Vorgehensweisen und Ausrüstungen.
- Verbesserung des Informatiksystems und die Verbindung mit anderen Schnellwarn- und Frühwarnsystemen.

Weiterhin sollen im Rahmen des Programms Methoden und Strategien entwickelt werden, mit deren Hilfe die Mitgliedstaaten und die Beitrittsländer sowie die Gemeinschaft insgesamt auf mögliche Gefährdungen durch terroristische Maßnahmen (biologische und chemische Stoffe) vorbereitet werden sollen. Der Senat begrüßt diese Intentionen ausdrücklich.

Für den Bereich des bereits etablierten europäischen elektronischen Schnellwarnsystems für Lebensmittel (RASf: Rapid Alert System Food), das im März 2002 um den Bereich der Futtermittel erweitert wurde, besteht aus Sicht des Senats derzeit kein Verbesserungsbedarf.

7. Hat der Senat Erkenntnisse darüber, dass im Zuge der Bestrebungen, die Gesundheitspolitik in der EU stärker abzustimmen und zu vernetzen, die Zuständigkeiten der Bundesländer verändert werden könnten? Wenn ja,

- a) welche Veränderungen zeichnen sich ab,
- b) welche Auswirkungen hätte dies für die das Land Bremen sowie die Städte Bremen und Bremerhaven?

Aus Sicht des Senats gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die skizzierten Entwicklungen auf EU-Ebene unmittelbar auf die Zuständigkeiten der Länder, wie sie im Grundgesetz in Abgrenzung zum Bund verankert sind, auswirken werden. Für den Erhalt des gesundheitspolitischen Handlungs- und Gestaltungsspielraums auf der Ebene der Länder/Regionen ist es – gerade im Sinne des Subsidiaritätsprinzips und der Bürger – erforderlich, dass sich die Länder auch weiterhin aktiv („proaktiv“) in die Diskussion auf EU-Ebene einbringen, wie dies gerade im Bereich der Gesundheitspolitik und der „Kompetenzfragen“ in den letzten Jahren zunehmend geschehen ist.

Dabei hat die Diskussion um die Neuordnung der EU-Kompetenzen (Post-Nizza-Prozess) gezeigt, dass aus Sicht der Länder im Grundsatz kein Änderungsbedarf hinsichtlich der EU-Kompetenzen im Bereich der Gesundheitspolitik besteht. Als wünschenswert wurde eine Bündelung aller gesundheitspolitisch relevanten Kompetenzen in einem Titel genannt (vergl. Beschluss der 75. Gesundheitsministerkonferenz vom 20./21. Juni 2002, siehe Anlage 2).

Im Europäischen Konvent gibt es Stimmen für eine Kompetenzerweiterung der Union beim Gesundheitsschutz in den Bereichen: grenzüberschreitende Gesundheitsbedrohungen, übertragbare Krankheiten, Bioterrorismus und die Übernahme

von WHO-Abkommen. Der Ausgang dieser Diskussion, die auch im Zusammenhang mit Artikel 35 (Gesundheitsschutz) der Charta der Grundrechte der EU zu sehen ist, ist zwar noch offen, doch zeichnet sich im Konvent eine grundsätzliche positive Haltung zu diesem Anliegen ab.

8. Welche Konsequenzen können sich nach Einschätzung des Senats aus einer zunehmenden Abstimmung und Interaktion der Gesundheitspolitik innerhalb der EU für

- a) das bremische Gesundheitswesen insgesamt,
- b) die Krankenkassen im Lande Bremen,
- c) die Gesundheitseinrichtungen und Leistungserbringer in Bremen und Bremerhaven sowie
- d) die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen

ergeben?

Eine Abstimmung und Interaktion der Gesundheitspolitik innerhalb der EU kann sich wegen der alleinigen Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Gesundheitssysteme und des Subsidiaritätsprinzips zum heutigen Zeitpunkt nur mittelbar auf das bremische Gesundheitswesen und die genannten Akteure/Felder auswirken. Der Bundesrat und auch die Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens haben sich deutlich dagegen ausgesprochen, dass Indikatoren, Leitlinien, Standards etc. auf der Ebene der EU festgesetzt und quasi zentralistisch in einem „top down“ Verfahren vorgegeben werden.

Dies würde geltendem EU-Recht und dem Subsidiaritätsprinzip zuwider laufen. Allerdings können Leitlinien mit empfehlendem Charakter (vergl. Mamma-screening) für die Meinungsbildung in Europa hilfreich sein.

Die angesprochene Abstimmung und Interaktion der Gesundheitspolitik auf EU-Ebene, an der sich der Senat im Rahmen seiner Kompetenzen weiterhin aktiv beteiligen wird, wird hier als Diskurs der Mitgliedstaaten gemeinsam mit den Europäischen Institutionen zur Stärkung der Konvergenz der Gesundheitssysteme auf einem hohen Qualitätsniveau betrachtet. Dieser Prozess ist, wie an anderer Stelle dargestellt, eine logische und zwingende Antwort auf die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs. Deren mittelbare und unmittelbare Auswirkungen auf die in den Unterpunkten angesprochenen Bereiche werden im Folgenden skizziert:

a) Die zunehmende Abstimmung und Interaktion der Gesundheitspolitik innerhalb der EU kann nicht losgelöst von der nationalen gesundheitspolitischen Diskussion betrachtet werden. Um im zunehmenden auch auf europäischer Ebene bestehenden Wettbewerb um Kunden und qualifizierte Arbeitskräfte zu bestehen, müssen sich das Bremische Gesundheitswesen und seine Akteure über Qualität und Effizienz der Leistungen, Dienstleistungsorientierung, Spezialisierung, Kooperationen und neue Angebote auch jenseits des Leistungskataloges der Krankenversicherungen so positionieren, dass sie auch mittel- und langfristig wettbewerbsfähig bleiben und von den Möglichkeiten eines stärker marktorientierten Gesundheitswesens profitieren können.

b) Im Rahmen der zunehmenden grenzüberschreitenden Versorgung ist vermutlich mit keinen oder nur geringen Auswirkungen auf die hiesigen Kassen zu rechnen, da vom Lande Bremen aus Leistungen ins Ausland (z. B. Niederlande, Polen, Großbritannien) exportiert werden (siehe Frage c) und die Verrechnung dieser Leistungen mit den jeweiligen Kostenträgern im Ausland erfolgt. Sollte es in Zukunft auch zu einem nennenswerten Import von Leistungen bzw. Export von bremischen Patienten kommen und zu einem Kauf von Leistungen im Ausland durch die hiesigen Kassen, dann könnte sich dies bei den relativ kleinen Kassen zu einem Wettbewerbsnachteil entwickeln. Eine eindeutige Prognose lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt aber nicht treffen.

c) Von den Gesundheitsdienstleistern haben die hiesigen Krankenhäuser in den letzten Jahren verschiedene Aktivitäten entwickelt, um Patienten aus den EU-Mitgliedstaaten und dem sonstigen Ausland für die Behandlung in bremischen

Häusern zu akquirieren. Aktuelle Initiativen insbesondere zur Vermittlung norwegischer Patienten gehen von der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen (HBKG) aus. Weitere Aktivitäten laufen über das Kuratorium zur Förderung deutscher Medizin im Ausland e. V. Wegen vertiefender Informationen wird auf die Beantwortung der Kleinen Anfrage der Fraktion der CDU vom 22. Oktober 2002 verwiesen. Die Entwicklung macht deutlich, dass die hiesigen Krankenhäuser grenzüberschreitende Aktivitäten als Chance begreifen, um sich zusätzliche Erlösmöglichkeiten zu erschließen. Dabei müssen sie sich nicht nur dem Wettbewerb um neue Kunden stellen, sondern wegen der sich abzeichnenden Personalengpässe in einzelnen Bereichen auch dem Wettbewerb um qualifizierte Arbeitskräfte. Dies dürfte künftig auch den Bereich der Langzeitpflege betreffen. Hinsichtlich der Finanzierung von Investitionen setzt das KHG – insbesondere Bundesmittel – den Rahmen.

d) Die Entwicklung, Erprobung und Vermarktung von innovativen Produkten und Dienstleistungen ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitswirtschaft im Lande Bremen zur Stärkung der Gesundheitswirtschaftsstandorte Bremen und Bremerhaven. Insofern kann die hiesige Gesundheitswirtschaft von den skizzierten Entwicklungen profitieren. So kann beispielsweise der Schwerpunkt Gesundheitstelematik durch die europäische „e-Health“-Strategie und deren Verzahnung mit dem gesundheitspolitischen Aktionsprogramm eine Stärkung erfahren.

Bundesrat

Drucksache **280/02** (Beschluss)

12.07.02

Beschluss
des Bundesrates

Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen

KOM(2002) 119 endg.; Ratsdok. 7239/02

Der Bundesrat hat in seiner 778. Sitzung am 12. Juli 2002 gemäß §§ 3 und 5 EUZBLG die folgende Stellungnahme beschlossen:

Allgemeines

1. Gegen den Richtlinienvorschlag bestehen erhebliche Bedenken. Der Bundesrat ist der Auffassung, dass dem Vorschlag für eine Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in der jetzigen Form nicht zugestimmt werden kann. Er akzeptiert den Entwurf als Grundlage für die Beratung im Binnenmarkirat.
2. Der Bundesrat erkennt die Bemühungen einer Konsolidierung der drei Allgemeinen Anerkennungsrichtlinien sowie der sektoralen Richtlinien an. Soweit der Richtlinienvorschlag das geltende Recht exakt wiedergibt und nur die verschiedenen Regelungen zusammenfasst und neu gliedert, hat der Bundesrat keine Bedenken.
3. Problematisch sind dagegen zahlreiche Änderungen des geltenden Rechts und vor allem die Neuregelungen der Tätigkeit im grenzüberschreitenden Dienstleistungsverkehr. Darüber hinaus entstehen durch die Zusammenfassung unterschiedlicher Regelungen Widersprüche zwischen einigen Artikeln der neuen Richtlinie. Einige Regelungsteile kollidieren mit der Durchführungshoheit der

Mitgliedstaaten gemäß EG-Vertrag sowie mit der föderalen Ordnung der Bundesrepublik Deutschland.

Der Vorschlag wird dem Ziel, die Transparenz gemeinschaftlicher Regelungen zu verbessern, auf Grund unklarer Rechtstexte und fehlender kompatibler Regelungen nicht gerecht. Ebenso wird dem Prinzip der Freizügigkeit, das für die Arbeitskräfte eine gegenseitige leistungsgerechte Anerkennung der Berufsqualifikation verlangt, nicht wirklich entsprochen.

Außerdem liegt eine angemessene Begründung für die materiell-rechtlichen Veränderungen nicht vor.

4. Der Vorschlag geht inhaltlich über das Ziel der Konsolidierung und Vereinfachung des geltenden Rechts weit hinaus. Er beinhaltet eine Reihe von völlig neuen Regelungen, die sowohl im Bereich der grenzüberschreitenden Dienstleistungen als auch im Niederlassungsbereich eine massive Herabsetzung der geltenden Anforderungen an die berufliche Qualifikation bedingen. Das gegenwärtige Verbraucherschutzniveau wird dadurch ernsthaft in Frage gestellt. Eine sachliche Rechtfertigung für die vorgesehenen Sonderregelungen im Dienstleistungsbereich und die Änderungen der Vorschriften über die Niederlassungsfreiheit ist weder dargelegt noch ersichtlich.
5. Der Richtlinienvorschlag ist darüber hinaus weder vollzugstauglich noch praxisgerecht. Er bringt überdies einen erheblichen Verwaltungsaufwand mit sich.
6. Der Bundesrat geht im Übrigen davon aus, dass die vorgeschlagene Richtlinie gemäß Erwägungsgrund 31 für den Beruf des Notars nicht zur Anwendung gelangt. Die notarielle Tätigkeit ist mit der Ausübung öffentlicher Gewalt verbunden und fällt deshalb unter Artikel 45 EGV.
7. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, sich bei den Beratungen des Richtlinienvorschlags für folgende Änderungen einzusetzen:

Grenzüberschreitender Dienstleistungsverkehr

8. Die bisher für grenzüberschreitende Dienstleistungen geltenden beruflichen Anforderungen sind beizubehalten. Es ist nicht sachgerecht, dass allein die

zweijährige Ausübung der fraglichen Tätigkeit im Herkunftsmitgliedstaat zur grenzüberschreitenden Dienstleistungserbringung ausreichend sein soll. Auch im Bereich der Dienstleistung müssen hinsichtlich der beruflichen Qualifikation annähernd vergleichbare Standards wie bei der Niederlassung gelten, da das Schutzbedürfnis des Leistungsempfängers ähnlich ist.

9. Die neuen Sonderbestimmungen für Dienstleistungsfreiheit stellen eine wesentliche Änderung der Gesetzeslage dar. Zur Einhaltung der Regularien fehlt es an geeigneten Testierungen und Kontrollmöglichkeiten sowohl beim Herkunftsmitgliedstaat als auch beim Aufnahmestaat (Artikel 5 bis 9).
10. Es ist unverzichtbar, dass der Dienstleister die zuständige Behörde des Aufnahmemitgliedstaates vor Aufnahme seiner Tätigkeit über seine berufliche Qualifikation und die in Artikel 9 genannten Informationen in Kenntnis setzt. Der zuständigen Behörde des Aufnahmemitgliedstaates muss das Recht eingeräumt werden, in einem – einfachen – Verwaltungsverfahren und vor erstmaliger Erbringung einer Dienstleistung das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Dienstleistungstätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat festzustellen.

Die im Richtlinienentwurf in Artikel 7 bis 9 vorgesehenen Benachrichtigungs-, Auskunfts- und Informationspflichten sind unzureichend und praxisfremd. Sie führen dazu, dass der Aufnahmemitgliedstaat künftig Berechtigung, Dauer und Häufigkeit grenzüberschreitender Tätigkeiten nicht mehr kontrollieren kann. Eine Information des Aufnahmemitgliedstaates ist überhaupt nicht mehr vorgesehen. Der Dienstleister muss lediglich die Kontaktstelle des Niederlassungsmitgliedstaates über die Aufnahme einer Tätigkeit benachrichtigen. In "dringenden Fällen" – es bleibt unklar, was hierunter zu verstehen ist – soll sogar die nachträgliche Information der Kontaktstelle des Niederlassungsmitgliedstaates ausreichen. Die Behörde des Niederlassungsmitgliedstaates hat weder Kontrollmöglichkeiten noch ein erkennbares Interesse, gegen eine unzulässige grenzüberschreitende Tätigkeit in einem anderen Aufnahmemitgliedstaat einzuschreiten. Damit gehen diese Pflichten ins Leere. Diese Behörde ist auch nicht verpflichtet und mangels entsprechender Regelung auch nicht in der Lage, den Aufnahmemitgliedstaat über die Dauer einer Dienstleistung zu informieren. Eine Verwaltungszusammenarbeit, wie in Artikel 8 vorgesehen, würde leer laufen, da sie ein Tätigwerden der Kontaktstelle des Aufnahmemitgliedstaates voraussetzt, diese aber in der Regel keinerlei Kenntnis hat.

11. Diverse Regelungen sind zu präzisieren. So sind der Begriff des Dienstleisters beziehungsweise der Anwendungsbereich der Richtlinie zweifelsfrei zu bezeichnen. Die Regelung des Artikels 5 Abs. 2 Satz 2 zur Einzelfallbewertung ist unklar. Bei Artikel 9 bestehen keinerlei Sanktionsmöglichkeiten.
12. Der Definition einer Dienstleistung ist eine kürzere Dauer als 16 Wochen während eines Jahre zu Grunde zu legen – gegebenenfalls die vom Bundesverwaltungsgericht entwickelte gewerberechtliche Bagatellgrenze. Umgehungsmöglichkeiten müssen ausgeschlossen werden, insbesondere durch Schwesterfirmen einer Firmengruppe, durch Unteraufträge oder Arbeitnehmerverleih. Eine Dauer von 16 Wochen würde unter Einrechnung von Urlaub, Feiertagen, Rüstzeiten und Schulungszeiten bedeuten, dass der Dienstleister den überwiegenden Teil eines Jahres im Aufnahmemitgliedstaat tätig ist und es sich damit eher um eine Niederlassung, denn um eine Dienstleistung handelt. Der Zeitraum sollte deshalb acht Wochen nicht überschreiten.

Berufsgruppe Architekten

13. Das Ziel des Richtlinienvorschlags, die Anerkennung von Berufsqualifikationen im Rahmen der Dienstleistungs- und Niederlassungsfreiheit durch Zusammenfassung der derzeitigen fünfzehn Einzelrichtlinien zu vereinfachen und zu beschleunigen, wird für den Bereich der Architektenrichtlinie nicht erreicht. Der Richtlinienvorschlag würde in diesem Bereich vielmehr - im Vergleich zu den bisherigen Regelungen der Architektenrichtlinie - zu Erschwernissen und Verzögerungen bei der Tätigkeit auswärtiger Architekten einerseits, zu einer Verschlechterung des Verbraucherschutzes andererseits führen. Dem Ziel, alle Richtlinien zur Anerkennung von Berufsqualifikationen in einer Richtlinie zusammenzufassen, fallen dabei auch Regelungen zum Opfer, die sich teilweise seit Jahrzehnten bewährt haben und von den Betroffenen anerkannt werden.
14. Der Bundesrat hält es für erforderlich, in Anlehnung an Artikel 22 der Architektenrichtlinie 85/384/EWG den Dienstleister weiterhin zu verpflichten, die erstmalige Erbringung seiner Dienstleistung den zuständigen Behörden des Aufnahmemitgliedstaates anzuzeigen. Mit Ausnahme einer gegebenenfalls geforderten Genehmigung oder der Eintragung oder Mitgliedschaft bei einem Berufsverband oder einer Berufskörperschaft sollten für den Dienstleister beim Erbringen der Dienstleistung die gleichen Rechte und Pflichten wie für die

Staatsangehörigen des Aufnahmemitgliedstaates gelten. Der Richtlinien-vorschlag sieht demgegenüber lediglich vor, dass der Dienstleistungserbringer die Kontaktstelle des Niederlassungsstaates über die grenzüberschreitende Erbringung der Dienstleistung informiert. Der Aufnahmemitgliedstaat kann so weder Berechtigung, Dauer und Häufigkeit der Dienstleistung kontrollieren, noch verfügt er über die in Artikel 9 genannten Informationen.

15. Die Anzeigepflicht verfolgt dabei nicht das Ziel, die Erbringung der Dienstleistung zu behindern, sondern dient der Überwachung der "auswärtigen" Dienstleistungserbringer. Die Anzeigepflicht hat einen rein präventiven Charakter. Dies zeigt sich schon darin, dass unmittelbar nach der Anzeige die Dienstleistung erbracht werden kann; eine behördliche Bestätigung oder gar Genehmigung vor Beginn der Dienstleistung ist nicht erforderlich. Ein wirksamer Schutz des Verbrauchers macht es aber erforderlich, dass die zuständigen Behörden des Aufnahmemitgliedstaates Kenntnis über die Erbringung der Dienstleistung und die Person des Dienstleisters erlangen. Die Kenntnis der Erbringung der Dienstleistung ist ferner erforderlich, um eine Abgrenzung zur Niederlassung (Artikel 5 Abs. 2) treffen zu können.

16. Der Wegfall der Anzeigepflicht führt darüber hinaus dazu, dass die grenzüberschreitende Tätigkeit auswärtiger Architekten deutlich erschwert und verzögert wird. Auf der Grundlage der Architektenrichtlinie hat der auswärtige Architekt für die Eintragung in das Register der "auswärtigen Architekten" durch den Eintragungsausschuss bei der Architektenkammer lediglich eine Bescheinigung seiner Heimatbehörde über die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung vorzulegen. Diese Eintragung, die nicht an eine Kammermitgliedschaft geknüpft ist, berechtigt zur Führung der Berufsbezeichnung. Sie ist auch ein Nachweis für die Bauvorlageberechtigung, die Einzelüberprüfungen durch die jeweilige Bauaufsichtsbehörde überflüssig macht. Mit dem Wegfall der Anzeigepflicht verfügt der auswärtige Architekt künftig nicht mehr über einen anerkannten Nachweis seiner Bauvorlageberechtigung. Er muss im Rahmen von Baugenehmigungsverfahren seine Bauvorlageberechtigung jeder einzelnen Bauaufsichtsbehörde gesondert nachweisen. Die Bauaufsichtsbehörde muss zur Überprüfung bei der (erst zu ermittelnden) zuständigen Behörde des Herkunftslandes den Nachweis der Staatsangehörigkeit sowie den Nachweis, dass die Architektentätigkeit im Herkunftsland rechtmäßig ausgeübt wird, einholen. Der damit verbundene Zeit- und Verwaltungsaufwand wird das ent-

sprechende Genehmigungsverfahren (und die Tätigkeit des auswärtigen Architekten) erheblich verzögern.

17. Der Bundesrat fordert, in der Richtlinie die Mitgliedstaaten zu ermächtigen, dass die Führung bestimmter Berufsbezeichnungen davon abhängig gemacht werden kann, dass der Antragsteller Berufserfahrung nachweist. Eine entsprechende Regelung in Artikel 23 Abs. 2 der Richtlinie 85/384/EWG hat sich bewährt. In Deutschland wird seit Jahrzehnten die Führung der Berufsbezeichnungen "Architekt", "Innenarchitekt", "Garten- und Landschaftsarchitekt" und "Stadtplaner" vom Erwerb praktischer Erfahrungen abhängig gemacht. Berufserfahrung ist eine unverzichtbare Ergänzung der Kenntnisse, die der Antragsteller während seiner Hochschulausbildung erworben hat.

Verwaltungsstrukturen

18. Neue Festlegungen im Rahmen der Durchführungsbefugnisse führen zu einem erheblichen Verwaltungsmehraufwand in den Mitgliedstaaten. Durch die Zusammenfassung unterschiedlicher Regelungen entstehen Widersprüche zwischen einigen Teilen der neuen Richtlinie.
19. Die vorgesehenen Verwaltungsstrukturen, die über die vorhandenen Behörden hinaus die Einrichtung einer zentralen Kontaktstelle (Artikel 53) sowie eines Koordinators (Artikel 52 Abs. 3) vorschreiben, bringen weiteren Verwaltungsaufwand ohne ersichtlichen Mehrwert mit sich. Für die Entscheidung über Verwaltungsstrukturen sollten allein die Mitgliedstaaten zuständig sein.
20. Die zentrale Kontaktstelle kann aus fachlichen und personellen Gründen nicht für alle Berufe fungieren und gleichzeitig mit der Zuständigkeit einer staatlichen Behörde ausgestattet werden. Die erheblichen Kosten für eine so genannte "Regulierungsbehörde" für Anerkennungsfragen sind aus Ländersicht nicht vertretbar (Artikel 53 in Verbindung mit Artikel 54).
21. Darüber hinaus ist der vorgesehene Verwaltungsmehraufwand nicht akzeptabel. Mehrere Vorschriften (z. B. Artikel 8, 9 und 47) weisen den Behörden die Wahrnehmung bestimmter Aufgaben zu. Es sollten aber keine neuen Behörden geschaffen werden. Im Architektenwesen ist z.B. die Wahrnehmung staatlicher Aufgaben auf eine reine Rechtsaufsicht über die Architektenkammer

beschränkt. Der Vollzug des Architektengesetzes erfolgt durch die Architektenkammer selbst. Daran sollte festgehalten werden. Gleiches gilt im Übrigen auch für den in Artikel 52 genannten "Koordinator" und die in Artikel 53 genannte "Kontaktstelle".

Unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Subsidiarität wird die Bundesregierung aufgefordert darauf hinzuwirken, dass die Befugnisse der Mitgliedstaaten zur Einrichtung dezentraler Kontaktstellen unberührt bleiben.

Damit könnte auch dem Ziel, dem Bürger Information und Beratung über seine Rechte in größtmöglicher Nähe anzubieten, besser Rechnung getragen werden. Als dezentrale Kontaktstellen könnten dann – im Bereich der Architektur – die Architektenkammern der Länder in Betracht kommen.

22. Der Bundesrat hält es für erforderlich darauf hinzuwirken, dass der Sachverstand der Berufsverbände und Kammern weiterhin in den zuständigen Ausschuss im Bereich der Berufsqualifikationen einfließt. Die Einsetzung eines allgemeinen Ausschusses für die Anerkennung von Berufsqualifikationen an Stelle der Beratenden Ausschüsse ohne Berücksichtigung des Sachverständes der Vertreter der Berufsverbände und Kammern hält er weder unter dem Gesichtspunkt der Verfahrensökonomie noch der Sachnähe für sinnvoll. Es steht zu befürchten, dass Entscheidungen eines Ausschusses, dem Vertreter der Berufsverbände und Kammern nicht mehr angehören, nur geringe Akzeptanz genießen.
23. Es ist ferner nicht ersichtlich, warum die Einführung von ständigen Berichtspflichten (Artikel 53 und Artikel 55) bei einem System, das sich grundsätzlich auch nach Auffassung der Kommission bewährt hat, erforderlich sein soll.

Qualifikationsniveaus

24. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung darauf hinzuwirken, dass die in Artikel 11 erstmalig in die Richtlinie aufgenommene Einteilung in fünf Qualifikationsniveaus ersatzlos gestrichen wird; denn diese Qualifikationsstufen sind nicht auf unser deutsches Bildungssystem anwendbar und wurden deshalb in der Vergangenheit von den Ländern immer als verbindliche Norm abgelehnt. Weiterhin würde die entsprechende Aufnahme in die Richtlinie weitere Aktivitäten der EU auf dem Gebiet der Akzeptanz und Übertragbarkeit von Berufs-

bildungsabschlüssen in nicht hinnehmbarer Weise präjudizieren. Unabhängig davon wäre eine Zuordnung der dualen und auch vollzeitschulischen Berufsbildung zur zweiten Niveaustufe nicht sachgerecht. Abschlüsse der beruflichen Erstausbildung müssen der Stufe 3 sowie weiterführende Abschlüsse auf der Ebene von Meistern, Fachwirten, Fachkaufleuten und Technikern der Stufe 4 zugeordnet werden. Im Übrigen weist der Bundesrat darauf hin, dass eine weitere Untergliederung der Hochschuldiplomausbildung in fünf Stufen zur Folge hätte, dass Absolventen mit einer dreijährigen Fachhochschulausbildung in anderen Mitgliedstaaten nur über Anpassungsmaßnahmen Zugang zu Berufen mit vierjähriger Hochschulausbildung erlangen könnten. Die mit der Richtlinie 89/48/EWG im Jahre 1989 erreichte Zuordnung deutscher Fachhochschuldiplome (3 Jahre) zu anderen Hochschuldiplomen würde entfallen.

Artikel 11 kann daher nicht zugestimmt werden.

Anerkennung von Berufserfahrung

25. Ein sachlicher Grund für die Verkürzung der Berufserfahrung um ein Jahr (Artikel 17 Abs. 1 Nr. 1 des Richtlinienentwurfs) ist nicht ersichtlich. Soweit Artikel 17 Abs. 1 Buchstaben e und f im Wesentlichen an eine Tätigkeit als abhängig Beschäftigter anknüpfen, bedeutet dies für das Handwerk eine Herabsetzung der bisherigen Anforderungen, die eine Tätigkeit in leitender Stellung voraussetzen.
26. Dem Aufnahmemitgliedstaat muss weiterhin die Möglichkeit eingeräumt werden, im Falle einer wesentlich kürzeren Ausbildungsdauer die Anerkennung der Ausbildung davon abhängig zu machen, dass der Antragsteller Berufserfahrung nachweist. Die Ausgleichsmaßnahme "Berufserfahrung" konnte in der Vergangenheit durch den Antragsteller einfach und kostengünstig nachgewiesen werden. Artikel 14 des Richtlinienentwurfs ist entsprechend zu ergänzen.

Wirkungen der Anerkennung

27. Entgegen bisheriger Regelungen soll ein Berufszugang auch zu Teilbereichen des Tätigkeitsbereichs eines Berufs gewährleistet werden, wenn die Qualifikation eines Antragstellers wesentlich von den nationalen Anforderungen ab-

weicht und die Defizite nicht durch Ausgleichmaßnahmen ausgeglichen werden können (Artikel 4 Abs. 3).

Ausgleichsmaßnahmen

28. Das in Artikel 14 Abs. 2 des Richtlinienentwurfs enthaltene Wahlrecht des Antragstellers zwischen Anpassungslehrgang und Eignungsprüfung führt zu der Verpflichtung des Aufnahmemitgliedstaates, eine Vielzahl von verschiedenen Maßnahmen anzubieten. Es muss den Mitgliedstaaten entsprechend den bisherigen Ausnahmen weiterhin überlassen bleiben, welche Ausgleichsmaßnahme im Zusammenhang mit bestimmten Berufsqualifikationen am zweckmäßigsten ist.

29. Die Schaffung einer "Plattform" durch Berufsverbände führt zu Verpflichtungen der Mitgliedstaaten hinsichtlich der Anerkennungskriterien (Artikel 15 in Verbindung mit Artikel 45). In Deutschland legen nicht die Berufsverbände die Qualifikationskriterien für die Ausübung eines bestimmten Berufes fest. Sie sind auch nicht dazu berufen, Ausbildungen oder Ausbildungseinrichtungen zu akkreditieren. Die Berufsausbildung ist in aller Regel staatlich geregelt (insbesondere Ausbildungsordnungen nach dem Berufsbildungsgesetz, Berufsgesetze des Bundes, schulrechtliche Regelungen der Länder) oder erfolgt nach Regelungen öffentlich-rechtlicher Institutionen, die unter der Aufsicht des Staates stehen (z. B. Kammern, Hochschulen). Auch die Kriterien, die eine Ausbildungseinrichtung erfüllen muss, werden in der Regel staatlicherseits festgelegt.

30. Artikel 15 ist nach Artikel 150 Abs. 1 EGV unzulässig, weil er in die ausschließliche Verantwortung der Mitgliedstaaten für Inhalte und Gestaltung der beruflichen Bildung eingreift (sog. Harmonisierungsverbot).

Die Bundesregierung wird gebeten darauf hinzuwirken, dass Artikel 15 gestrichen wird.

Anerkennung von Drittlandsdiplomen/Sprachkenntnisse

31. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, sich im weiteren Verfahren insbesondere dafür einzusetzen, dass eine automatische Anerkennung eines in einem

Drittländ ausgestellten Ausbildungsnachweises nach Artikel 3 Abs. 3 des Richtlinienvorschlags auch dann nicht erfolgen muss, wenn dem Inhaber des Ausbildungsnachweises von dem Mitgliedstaat, der diesen Ausbildungsnachweis nach Artikel 2 Abs. 2 des Richtlinienvorschlags anerkannt hat, eine dreijährige Berufserfahrung bescheinigt worden ist.

32. Die Anerkennung von Drittlandsdiplomen (Artikel 3 Abs. 3) liegt in der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten. Deren alleinige Zuständigkeit muss weiterhin erhalten bleiben.

33. Der Bundesrat begrüßt die in Artikel 49 des Richtlinienvorschlags enthaltene Regelung, wonach für die Berufsausübung im Aufnahmestaat die Kenntnis der Landessprache erforderlich ist.

Die Mitgliedstaaten können aber nicht verpflichtet werden, dafür Sorge zu tragen, dass die Personen, "gegebenenfalls die Sprachkenntnisse erwerben, die sie für die Ausübung ihrer Berufstätigkeit im Aufnahmemitgliedstaat brauchen". Artikel 49 Abs. 2 ist daher ersatzlos zu streichen.

Zumindest ist im Laufe der anstehenden Beratungen im Rat klarzustellen, dass aus Artikel 49 Abs. 2 keine Rechtsansprüche der begünstigten Personen hergeleitet werden können.

Heil- und Gesundheitsfachberufe

34. Der Bundesrat nimmt mit Sorge zur Kenntnis, dass die zur Erleichterung der Freizügigkeit und gegenseitigen Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise der Angehörigen verschiedener Heilberufe und Gesundheitsfachberufe geschaffenen sog. sektoralen Richtlinien aufgehoben und durch eine gemeinsame Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen ersetzt werden sollen. Die sektoralen Richtlinien stellen ein funktionierendes System dar, das die gegenseitige Anerkennung der Diplome ohne großen Verwaltungsaufwand in den einzelnen Mitgliedstaaten der EU ermöglicht und so zu einer weitgehend problemlosen Migration der Angehörigen der harmonisierten Berufe führt.

Der Bundesrat befürchtet, dass auf der Grundlage der beabsichtigten Allgemeinen Richtlinie in Zukunft eine zentrale, die Integration fördernde Weiterentwicklung der Freizügigkeit und der Anerkennung von Berufsqualifikationen

nicht mehr wie bisher erfolgen wird. Hierfür fehlen die auf die spezifischen Belange der einzelnen harmonisierten Berufe zugeschnittenen Instrumente, z. B. mit entsprechenden Berufsangehörigen besetzte Gremien.

Durch die Dezentralisierung einer Vielzahl von Aufgaben im Zusammenhang mit der Prüfung der Gleichwertigkeit auf die EU-Mitgliedstaaten wird es zu einem erheblich erhöhten Verwaltungsaufwand kommen, der in Deutschland von den Ländern zu tragen sein wird. Die sich entwickelnde unterschiedliche Verwaltungspraxis in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten wird zu Erschwerungen bei der Migration der betroffenen Berufsangehörigen führen. Gerade im Hinblick auf die geplante Erweiterung der EU wäre ein Fortbestand des Beratungsverfahrens wie nach den sektoralen Richtlinien zu begrüßen.

35. Artikel 10 des Richtlinienvorschlags darf nicht zu einem allgemeinen Einfallstor für alle diejenigen Angehörigen der Heilberufe und der Gesundheitsfachberufe aus anderen Mitgliedstaaten werden, die die in Titel III Kapitel III aufgeführten Voraussetzungen zur Anerkennung der dort geregelten und in den zugehörigen Anlagen genannten Diplome nicht besitzen.
36. In Anhang II Nr. 1 zu Artikel 11 Abs. 4 Unterabsatz 2 Buchstabe a sollten für Deutschland die Berufsbezeichnung "Ergotherapeut(in)" an Stelle von "Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut(in)" aufgenommen und die Berufsbezeichnung "Psychiatrische(r) Krankenschwester/Krankenpfleger" gestrichen werden.
37. Die Ausstellung eines Ausbildungsnachweises des Facharztes oder des praktischen Arztes sollte abweichend von Artikel 23 Abs. 5 bzw. Artikel 26 Abs. 5 des Richtlinienvorschlags auch unabhängig vom Besitz eines der in Anhang V Ziffer 5.1.2 aufgeführten Ausbildungsnachweise für die ärztliche Grundausbildung z.B. mit einem in einem Drittland ausgestellten Ausbildungsnachweis möglich sein.
38. Die bisherige Anerkennungsregelung von Facharzt- und Fachzahnarztausbildungen, die nicht allen Mitgliedstaaten gemeinsam sind, sollte entgegen Artikel 25 Abs. 4 und Artikel 34 Abs. 3 des Richtlinienvorschlags auch in Zukunft beibehalten werden.

39. Die Artikel 24 und 26 des Richtlinienvorschlags sollten die in Deutschland existierende Facharztweiterbildung im Gebiet der Allgemeinmedizin neben der (spezifischen) Ausbildung in der Allgemeinmedizin nicht ausschließen.

Schlussbemerkungen

40. Der Bundesrat behält sich vor, im weiteren Beratungsverfahren erneut Stellung zu nehmen. So ist im Laufe der Überarbeitung des Vorschlags eine Verständigung über weitere Details unbedingt erforderlich, wie z. B. zu folgenden Punkten:

- Terminologie zur Dienstleistungs- und Niederlassungsfreiheit (Titel II und III),
 - Prüfung der Praktikabilität der Durchführungsbefugnisse (Titel V),
 - Festlegungen für Drittlanddiplome in Artikel 3 Abs. 3 stehen den Aussagen in Artikel 13 entgegen,
 - Auswirkungen der Qualifikationssufen auf die Anerkennung der dreijährigen deutschen Fachhochschulausbildung (drei- und vierjährige Bachelorausbildung) sowie Sicherung bisheriger Durchstiegsmöglichkeiten (Artikel 11),
 - Präzisierung und Ergänzung von Definitionen, wie z. B. zur reglementierten Ausbildung (Artikel 11),
 - Verlängerung der Prüfungsfrist für Anträge auf Zulassung zu einem reglementierten Beruf auf 4 Monate (Artikel 47 Abs. 2),
 - Anforderungen an die Sprachkenntnisse und die damit verbundene nicht zu akzeptierende Forderung an die Mitgliedstaaten (Artikel 49 Abs. 2),
 - Einschränkung der Berichtspflicht (Artikel 55),
 - Ergänzungen zu den Anhängen II und III.
41. Gemäß § 5 Abs. 2 EUZBLG ist diese Stellungnahme maßgeblich zu berücksichtigen, da wesentliche Gesetzgebungsbefugnisse der Länder im Bildungsbereich betroffen sind und weil das Vorhaben im Schwerpunkt das Verwaltungsverfahren der Länder betrifft. Die in den Ziffern 31, 33, 35 bis 39 dieser Stellungnahme genannten Maßnahmen liegen im ureigensten Interesse der Länder, die insoweit zur Durchführung der sich aus den betreffenden Rege-

lungen des Richtlinienvorschlags ergebenden Verwaltungsverfahren zuständig sind. Dieses soll durch die Richtlinie nicht geändert werden.

42. Der Bundesrat benennt gemäß § 6 Abs. 1 EUZBLG für die Beratungen der Vorlage in den Gremien der Kommission und des Rates
eine Vertreterin des Freistaates Thüringen,
Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst
(Frau Regierungsdirektorin Dr. Karin Drechsler).

und einen Vertreter des Landes Hessen,
Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung
(Herrn Ministerialrat Dieter Faul).

**75. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen
Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder
am 20./21.06.2002 in Düsseldorf**

Ergebnisprotokoll

TOP: 7.3

**Grundlinien einer europäischen
Gesundheitspolitik – Die Positi-
on der Länder**

**Antrag:
Nordrhein-Westfalen, Bremen**

Beschluss:

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) nimmt den Bericht der AOLG gemäß dem Beschluss der 74. GMK zur Kenntnis.

Sie hält es für erforderlich, im weiteren Gestaltungsprozess europäischer Gesundheitspolitik eine aktive Rolle einzunehmen und zu einer systematischen und auf Kontinuität angelegten Weiterentwicklung europäischer Gesundheitspolitik beizutragen.

Die GMK sieht insbesondere Entwicklungs-/Handlungsbedarf in folgenden Zusammenhängen:

1. Die engen Wechselwirkungen zwischen den Auswirkungen der europäischen Grundfreiheiten (Freizügigkeit für Personen, Dienstleistungen, Waren und Kapital), des Wettbewerbsrechts und der Wirtschafts- und Währungsunion einerseits und den Entwicklungen im Bereich der europäischen Gesundheitspolitik andererseits und das sich daraus ergebende Spannungsverhältnis erfordern, im Bereich der Gesundheitspolitik bei zukünftigen Entwicklungen einen breiteren Blickwinkel anzulegen, der über den Titel Gesundheit im EG-Vertrag hinaus geht.
2. In diesem Zusammenhang weist die GMK ergänzend zu ihrem Beschluss vom 12. Februar 2002 darauf hin, dass die dem Gesundheitstitel unterfallenden Bereiche insbesondere des Gesundheitsschutzes und die dem Binnenmarkt zuzurechnenden Kompetenzen im Bereich Gesundheit gebündelt und im Gesundheitstitel des EG-Vertrages zusammengeführt werden sollen. Dies ist auch Voraussetzung dafür, dass die Bedeutung des Themenfeldes Gesundheit in der Konkurrenz der unterschiedlichen Politikfelder angemessen zur Geltung kommt und hieraus auch die notwendigen organisatorischen Konsequenzen gezogen werden.

3. Die GMK betont erneut, dass der Grundsatz der Subsidiarität auch bei den weiteren Entwicklungen im Bereich der europäischen Gesundheitspolitik hohe Priorität haben und eine Harmonisierung der Gesundheitssysteme auch in der Zukunft ausgeschlossen bleiben muss. Die historisch gewachsenen Systeme der Gesundheitsversorgung müssen hinsichtlich Organisation und Finanzierung auch zukünftig in der Kompetenz der Mitgliedstaaten verbleiben. Die GMK sieht allerdings, dass Subsidiarität mit Leben erfüllt werden muss und dass das deutsche Gesundheitswesen im Vergleich mit anderen Systemen seine Stärken verdeutlichen muss. Zusammenarbeit, Erfahrungsaustausch, die Ermöglichung von Vergleichbarkeit zwischen den Gesundheitssystemen in Europa ermöglichen mehr Konvergenz der europäischen Gesundheitssysteme und eröffnen Chancen für gegenseitiges Lernen und den Wettbewerb um die besten Lösungen anhand von best-practice-Modellen. Hierzu kann die Methode der offenen Koordinierung einen Beitrag leisten. Allerdings hält es die GMK für notwendig, die Werte, Ziele und Kriterien für einen entsprechenden Prozess durch die Mitgliedstaaten in der Zuständigkeit der Gesundheitspolitik unter Beteiligung der Länder/Regionen aktiv zu bestimmen. Dabei sind auch Verfahren zu entwickeln, die die Beteiligten des Gesundheitswesens einbeziehen. Die GMK hält in diesem Zusammenhang auch für erforderlich, sich weiter dafür einzusetzen, dass die für „nichtwirtschaftliche“ Tätigkeiten der Daseinsvorsorge nötigen Freiräume jenseits des Wettbewerbsrechts erhalten bleiben.
4. Die GMK erwartet, nicht zuletzt durch die Rechtsprechung des EuGH, dass die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen weiter zunehmen wird. In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, die jeweils erbrachte Qualität der Leistungen in den verschiedenen Gesundheitssystemen stärker als bisher transparent zu machen und Maßnahmen und Vereinbarungen zwischen den Mitgliedstaaten und Regionen zu grenzüberschreitender Qualitätssicherung und zur Entwicklung von europäischen Qualitätssicherungsprogrammen (Beispiel: Mamma-Screening) stärker voran zu bringen. In Fragen der grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme und der zunehmenden grenzüberschreitenden Mobilität von Angehörigen der Gesundheitsberufe müssen auch Fragen des zukünftigen Bedarfs und der gegenseitigen Anerkennung von Berufsabschlüssen einbezogen werden.
5. Besondere Bedeutung im Hinblick auf die Weiterentwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsversorgung kommt den Regionen entlang der Grenzen zu. Der Mehrwert des europäischen Integrationsprozesses wird für die Bürgerinnen und Bürger gerade hier erfahrbar. Die GMK hält es für notwendig, dass die hiervon betroffenen Länder Modelle in den grenznahen Regionen unterstützen, die Verfahren zur besseren grenzüberschreitenden Nutzung von Angeboten, Entwicklungen bei der grenzüberschreitenden Qualitätssicherung, Nachbarschaftsplanung von Einrichtungen, Gesundheitsberichterstattung und Informationsaustausch durch die Anwendung von Telematik fördern.
6. Die GMK sieht im Zusammenhang mit der anstehenden Erweiterung gerade im Hinblick auf die geografische Lage eine besondere Verantwortung Deutschlands und der deutschen Länder, die notwendigen Integrationsprozesse durch Informations- und Erfahrungsaustausch zu unterstützen. Die Beitrittsländer sollten so weit wie möglich bereits jetzt in EU-Programme einbezogen werden, um Mittel zur Weiterentwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitspolitik zur Verfügung zu stellen.

7. Die GMK begrüßt, dass mit dem Post-Nizza-Prozess und durch den Konvent grundsätzliche Fragen der EU-Verfassung und der Kompetenzneuordnung aufgegriffen werden. Die GMK unterstützt in diesem Zusammenhang auch die Bemühungen der Europa- und der Ministerpräsidentenkonferenz, zu neuen Verfahren der innerstaatlichen Willensbildung zu kommen, die die Länder frühzeitiger einbeziehen. Auch auf Ebene der EU hält die GMK für erforderlich, die Mitwirkungsmöglichkeiten der Länder und Regionen zu stärken. Sie begrüßt ferner die Bemühungen, den Ausschuss der Regionen als Organ der Regionen und kommunalen Gebietskörperschaften bei der EU zukünftig mit mehr Kompetenzen auszustatten.

8. Die GMK hält es außerdem für erforderlich, dass die Länder zukünftig stärker unmittelbar an der Gestaltung der Gesundheitspolitik in Europa durch eigene Aktivitäten mitwirken, z.B. durch Initiativen im Zusammenhang mit der Entwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, der Gesundheitsberichterstattung, der Entwicklung von Projekten zum grenzüberschreitenden Vergleich der Gesundheitssysteme. Dies gilt insbesondere auch für die Umsetzung des neuen Aktionsprogramms der Gemeinschaften im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie für einzuleitende Initiativen im Zusammenhang mit der Erweiterung.

9. Die GMK bittet die Bundesregierung, die Anliegen der GMK in diesem Sinne zu unterstützen und in die Diskussionen auf europäischer Ebene einzubringen und in diesem Zusammenhang insbesondere
 - Initiativen für eine gemeinsame Entwicklung von Maßnahmen und Standards durch die Mitgliedstaaten zur Qualitätssicherung voranzubringen. Dies gilt auch für das noch junge, aber dynamisch wachsende Feld der Gesundheitstelematik.

 - Fragen der Patienteninformation und Patientenrechte auf Ebene der EU zu thematisieren, die Transparenz über die derzeitige Situation in den Mitgliedstaaten und die Entwicklung gemeinsamer Kriterien zu fördern,

 - mit den Ländern und den Beteiligten des Gesundheitswesens, insbesondere Vertretern der Leistungserbringer und Leistungsträger unter Einbeziehung von Patientenvertretern, eine gemeinsame Diskussion über die weitere Ausgestaltung der Methode der offenen Koordinierung sowie über anstehende Fragen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, der Qualitätssicherung, der Patientenrechte, der grenzüberschreitenden Wanderungsbewegungen der Gesundheitsberufe etc. zu führen,

 - sich bei der Umsetzung des Aktionsprogramms gemeinsam mit den Ländern für ein geeignetes Verfahren einzusetzen, das dem gemeinsamen Interesse von Bund und Ländern bei der Gestaltung und Umsetzung Rechnung trägt.

10. Die GMK erkennt an, dass die Bundesregierung bisher im Bereich der EU-Gesundheitspolitik mit den Ländern eng zusammen gearbeitet hat. Sie geht davon aus, dass dies auch zukünftig – schon im Hinblick auf die Zuständigkeit der Länder im Bereich der Gesundheitspolitik – der Fall sein wird. Sie bittet die Bundesregierung darum, die Länder zukünftig bei der Identifizierung der relevanten gesundheitspolitischen Themen und der Festlegung gesundheitspolitischer Ziele zu beteiligen.

Protokollnotiz Bayern:

Bayern trägt die Methode der offenen Koordinierung nicht mit, weil sie nicht durch den Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft abgedeckt ist. Eine Begrenzung der EU-Aufgabenzuweisung im Bereich der gesundheitspolitischen Fördermaßnahmen (Art.152 Abs. 4 lit. cEGV) auf Informations- und Erfahrungsaustausch sowie ein ausdrücklicher Ausschluss von EU-Vorgaben oder Leitlinien insbesondere quantitativer Zielvorgaben (z.B. Vorgaben hinsichtlich der Mindestleistungen der Krankenversicherungen) sowie in Hinsicht auf Überwachungs- und Kontrollrechte im Bereich des Gesundheitsschutzes erscheint notwendig. Der Aufbau eines gemeinschaftsweiten Informationssystems über die Gesundheitssysteme, die gemeinsame Entwicklung von Maßnahmen und Standards zum Qualitätsmanagement sowie die Förderung der Koordination im Gesundheits- und Sozialbereich darf nicht entgegen der ausschließlichen Zuständigkeit der Mitgliedsstaaten erfolgen.

16:0:0