

DEUTSCHE SOZIALVERSICHERUNG
EUROPAVERTRETUNG

MAISON EUROPÉENNE DE LA PROTECTION SOCIALE

Rue d'Arlon 50 B-1000 Bruxelles

Telefon: +32 2 230.75.22

Telefax: +32 2 230.77.73

E-Mail: dsv@esip.org

www.deutsche-sozialversicherung.de



***Richtlinienvorschlag der Europäischen Kommission
„über Dienstleistungen im Binnenmarkt“
vom 13. Januar 2004***

***Gemeinsame Stellungnahme
der Spitzenorganisationen
der Deutschen Sozialversicherung***

vorgelegt im April 2004

**Richtlinienvorschlag der Europäischen Kommission
„über Dienstleistungen im Binnenmarkt“
vom 13. Januar 2004**

Gemeinsame Stellungnahme

*der Spitzenorganisationen
der Deutschen Sozialversicherung*

vorgelegt im April 2004

Vorbemerkung

Mit der Vorlage eines Richtlinienentwurfes „über Dienstleistungen im Binnenmarkt“ [KOM/2004/2 endg.] hat die Kommission einen weiteren Schritt zur Vollendung des Binnenmarktes eingeleitet. Die Richtlinie zielt dabei vorrangig auf Dienstleistungen und Tätigkeiten von wirtschaftlichem Interesse. Diese Hauptausrichtung verhindert aber nicht, dass auch Dienste von „allgemeinem nichtwirtschaftlichen Interesse“ – und hier insbesondere die Systeme der Sozialen Sicherheit – direkt und indirekt von der Richtlinie betroffen werden.

Nach Auffassung der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung muss der Richtlinienvorschlag kritisch überprüft werden, damit er

- besser mit den nationalen Sozialsystemen im Einklang steht, deren Ausgestaltung allein in die Kompetenz der Mitgliedstaaten fällt, und
- sich in das Gefüge bestehender EG-Richtlinien und Verordnungen, insbesondere der Koordinierungsverordnung (EWG) Nr. 1408/71, besser einpasst.

Anmerkungen im Einzelnen:

Artikel 4 Nr. 10 - Begriffsbestimmung „Krankenhausversorgung“

Die in Artikel 4 Nr. 10 erfolgte Definition von Krankenhausbehandlung versucht, Kriterien zur Unterscheidung zwischen „intramural care“ und „extramural care“ einzuführen, was von der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EGH) bisher unterlassen wurde. Die gewählte Formulierung lässt jedoch *offen, nach wessen Recht diese Art der Behandlung zu beurteilen ist*. So sind z.B. Geburten in den Niederlanden grundsätzlich als ambulante, nicht krankenhausbegleitete Leistung eingestuft, während sie in Belgien und Deutschland grundsätzlich eher eine Krankenhausleistung sind. Es ist daher notwendig zu klären, welches Land maßgebend für die Entscheidung ist.

Dem Gedanken der Richtlinie folgend wäre auch hier das Herkunftsland (konkret: das Versicherungsland) des Patienten zu wählen. Dieses hätte den Vorteil, dass sowohl für den Patienten als auch für den Kostenträger der zugrunde zu legende Leistungsrahmen vertraut ist und dass die vom EGH den nationalen Systemen ausdrücklich zugesprochene Planungssicherheit - insbesondere von Krankenhausleistungen - aufrechterhalten werden kann.

Der Artikel sollte wie folgt ergänzt werden:

„Krankenhausversorgung“ die medizinischen Behandlungen, die nur innerhalb einer medizinischen Einrichtung erbracht werden können und für die grundsätzlich eine stationäre Aufnahme der Person, die diese Behandlung erhält, erforderlich ist. **Maßgeblich für die Bewertung, ob eine solche Behandlung vorliegt, ist die Einstufung im Herkunftsland (hier: Versicherungsland) des Patienten.** Die Zielsetzung, die Organisation und die Art der Finanzierung der medizinischen Einrichtung sind für die Einordnung der betreffenden Behandlung unerheblich.

Artikel 9, 10, 14 Nr. 5, 15 Nr. 2 a) – Verhältnis der Niederlassungsfreiheit zu den mengenbezogenen Steuerungselementen der Sozialversicherung

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung gehen davon aus, dass die mengenbezogenen Steuerungselemente bei der Zulassung von medizinischen Dienstleistungserbringern zur Behandlung von Patienten auf Kosten der Sozialversicherungsträger von den vorgesehenen Erweiterungen der Dienstleistungsfreiheit unberührt bleiben und weiterhin zulässig sind. Sollten hieran allerdings Zweifel bestehen, wäre eine entsprechende Klarstellung aus Sicht der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung dringend erforderlich. Ziel sollte sein, die Ausgabenseite steuerbar zu halten, um eine zusätzliche Beitragsbelastung von Versicherten und Wirtschaft zu vermeiden.

Artikel 17 Nr. 9 – Vorrang der Regeln zur Koordinierung der gesetzlichen Systeme der Sozialen Sicherheit

Gerade für Entsendefällen (s. Art. 24 und 25 des Richtlinienentwurfs) sind einige relevante Regelungen nicht in der VO (EWG) Nr. 1408/71 selbst, sondern in der Durchführungsverordnung (EWG) Nr. 574/72 enthalten. Dort ist z.B. in Art. 11 ff. die Mitnahmepflicht von Vordrucken für den Entsendearbeitgeber und seine Arbeitnehmer festgelegt.

Daher sollte Art. 17 Nr. 9 des Richtlinienentwurfs wie folgt ergänzt werden:

die Bestimmungen der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71, Nr. **574/72** sowie **weitere auf europäischer Ebene in diesem Zusammenhang getroffene Bestimmungen zur Entsendung von Arbeitskräften.**

Artikel 23 Absatz 1 - Zulässigkeit von Steuerungselementen

Nicht nur auf dem Gebiet der Krankenversicherung, sondern auch in anderen Zweigen der Sozialen Sicherheit kann sich aus verschiedenen Gründen die Notwendigkeit einer *Einschränkung der ärztlichen Wahlfreiheit* ergeben. So muss z.B. im Zuständigkeitsbereich der deutschen Unfallversicherung unter dem Gesichtspunkt der Prüfung einer frühzeitigen Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation in ambulanten Fällen zunächst ein Spezialist aufgesucht werden, der so genannte „Durchgangsarzt“, der den weiteren Behandlungsverlauf steuert. Die damit verbundene schnellstmögliche optimale Versorgung hat sich als wichtiges Kostendämpfungselement bewährt und dazu beigetragen, die Beitragsbelastung der deutschen

Unternehmen zu begrenzen. Gleiches gilt für andere Verfahren, die jedoch allesamt die Zulässigkeit von Steuerungselementen und die Einschränkung der freien Arztwahl voraussetzen.

Daher schlagen die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung folgende Änderung in Artikel 23 Abs. 1 Satz 2 vor:

Auf Patienten, die in einem anderen Mitgliedstaat Anspruch auf Behandlung außerhalb des Krankenhauses erhalten haben, können die Bedingungen und Verfahren angewendet werden, denen die Mitgliedstaaten in ihrem Hoheitsgebiet die Gewährung von außerhalb eines Krankenhauses erfolgenden Behandlungen unterwerfen, wie **zum Beispiel die Anforderung, zunächst einen Unfallfacharzt zu konsultieren, der über den weiteren Behandlungsverlauf entscheidet**, vor der Behandlung durch einen Spezialarzt einen Arzt für Allgemeinmedizin zu konsultieren oder die Modalitäten der Kostenübernahme für bestimmte Zahnbehandlungen.

Artikel 23 Absatz 3 – Erstattung von Behandlungskosten

Im Artikel 23 greift die Richtlinie die Rechtsprechung des EGH zu grenzüberschreitender Dienstleistungsinanspruchnahme im Gesundheitswesen außerhalb des Geltungsbereichs der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 auf. Im Detail muss jedoch sichergestellt werden, dass die Ermittlung des Erstattungsbetrages nicht missverständlich geregelt ist.

Die in Artikel 23 Abs. 3 gewählte Formulierung, „...dass der...gewährte Erstattungsbetrag ... **nicht niedriger** ist als der ... für ähnliche Behandlungen .. auf ihrem Hoheitsgebiet...“; ermöglicht es Patienten, welche zur Behandlung aus einem hochpreisigen in ein niedrigpreisiges Land gehen, Gewinne aus der Behandlung zu erzielen. Dieses widerspricht dem solidarischen Prinzip einer Sozialversicherung und war zu keiner Zeit in der Rechtsprechung des EGH intendiert, auch nicht in der Entscheidung Vanbraekel (C-368/98), die zu dem Sonderfall einer gescheiterten Sachleistungsaushilfe ergangen ist.

Deshalb regen die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung an, den Artikel 23 Abs. 3 wie folgt zu ergänzen:

Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass der von ihrem System der sozialen Sicherheit gewährte Erstattungsbetrag für Behandlungen in einem anderen Mitgliedstaat nicht niedriger ist als der, den ihre Sozialversicherung für ähnliche Behandlungen vorsieht, die auf ihrem Hoheitsgebiet durchgeführt werden. **Die Sozialversicherungen erstatten maximal die tatsächlichen Kosten der Behandlung.**

Artikel 24 Buchst. 1 c) – Pflicht zur Bestellung eines Vertreters

Das in der Vorschrift festgelegte Verbot, den entsendenden Dienstleistungserbringer zu verpflichten, im Aufnahmestaat einen Vertreter zu bestellen, kollidiert mit bestimmten Vorschriften des SGB VII, so mit § 130 Abs. 2. Die Vorschrift ist für die Unfallversicherungsträger praxisrelevant, z.B. im Hinblick auf Durchsetzungsmaßnahmen bei der Prävention einschließlich der Bußgelder, ferner hinsichtlich der Beitragsbeitreibung, wenn z.B. der ausländische Entsendearbeitgeber in Deutschland Ortskräfte bestellt, die deutschem Sozialversicherungsrecht unterliegen und für die deshalb deutsche Beiträge abgeführt werden müssen.

Aus diesem Grund schlagen die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung vor, das in Artikel 24 Buchs. 1 c) vorgesehene

Verbot, dem entsendenden Dienstleistungserbringer die Pflicht aufzuerlegen, einen Vertreter auf dem Hoheitsgebiet des Entsendemitgliedstaats zu bestellen, ersatzlos zu streichen.

Artikel 24 Buchst. 1 d) – Vorhaltung von Sozialversicherungsunterlagen

Die Entbindung des entsandten Arbeitnehmers von der Pflicht, Sozialversicherungsunterlagen mit sich zu führen (z.B. Formular E 101), wirft die Frage auf, wie dann die anzuwendenden Rechtsvorschriften bzw. die Sozialversicherungspflicht durch den Entsendemitgliedstaat zweifelsfrei festgestellt werden sollen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass im Beschluss Nr. 181 der Verwaltungskommission auch Kontrollen zur Überprüfung der Entsendevoraussetzungen erlaubt sind, erscheint die Bestimmung in der Richtlinie aus praktischen Gründen fragwürdig.

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung halten es daher für erforderlich, das vorgesehene

Verbot, entsandten Arbeitnehmern die Pflicht zur Mitführung von Sozialversicherungsunterlagen (Artikel 24 Abs. 1 Buchstabe d) aufzuerlegen, ersatzlos zu streichen.

Artikel 31 – Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Mit den in der Richtlinie vorgeschlagenen Erleichterungen bei der Niederlassung und beim freien Dienstleistungsverkehr gehen für den Verbraucher nicht nur zusätzliche Möglichkeiten bei der Auswahl der Anbieter einher, sondern auch zusätzliche Risiken hinsichtlich der Qualität der Versorgung. In diesem Zusammenhang ist der von der Kommission verfolgte Gedanke, Qualitätsrisiken durch Zertifikate und Leitlinien zu verringern, zu begrüßen.

Die vorgeschlagenen freiwilligen Verfahren sind für den Bereich der Gesundheitsdienstleistungen jedoch nicht ausreichend. Im Gegensatz zu „normalen“ Waren und Dienstleistungen führt mangelnde Qualität bei Dienstleistungen und Waren im Gesundheitssektor unmittelbar zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen bis hin zum Tod. Ferner ist die Konsumentenfreiheit aufgrund der Dringlichkeit der Behandlung und der mangelnden Vergleichbarkeit stark eingeschränkt.

Es muss daher den Mitgliedstaaten möglich sein, unabhängig von Initiativen auf Gemeinschaftsebene nicht nur freiwillige, sondern auch – unter der Wahrung von Transparenz und Diskriminierungsfreiheit – verpflichtende Qualitätskriterien für die Erbringung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen zu erlassen.

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung regen daher an, den Artikel 31 wie folgt zu ergänzen:

6. Die Mitgliedstaaten können eigenständig zur Aufrechterhaltung und zum Schutz der öffentlichen Gesundheit verpflichtende hohe Qualitätskriterien und Behandlungsleitlinien im Zusammenhang mit den auf ihrem Hoheitsgebiet erbrachten gesundheitsbezogenen Dienstleistungen erlassen. Die Kommission unterstützt die Mitgliedstaaten bei der Anwendung derartiger hoher Qualitätskriterien auch im Binnenmarkt gesundheitsrelevanter Dienstleistungen.

Diese Stellungnahme hat die Unterstützung der Gesamtheit der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung:

- AOK-Bundesverband**
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen**
- Bundesverband der Innungskrankenkassen**
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen**
- Verband der Angestellten-Krankenkassen**
- Arbeiter-Ersatzkassen-Verband**
- Bundesknappschaft**
- See-Krankenkasse**
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften**
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften**
- Bundesverband der Unfallkassen**
- Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen**
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger**