

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](mailto:dsv@esip.org)

[www.deutsche-sozialversicherung.de](http://www.deutsche-sozialversicherung.de)



***Mitteilung der Europäischen Kommission  
„Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich  
der Gesundheitsdienstleistungen“  
vom 26. September 2006***

**Gemeinsame Stellungnahme  
der Spitzenorganisationen  
der Deutschen Sozialversicherung**

**vorgelegt am 20. Dezember 2006**

## **Vorbemerkung**

**Im Februar 2006 hat das Europäische Parlament festgestellt, dass Gesundheitsdienstleistungen nicht unter den Anwendungsbereich der EU-Dienstleistungsrichtlinie fallen<sup>1</sup>. Damit hat es zu Recht der Tatsache Rechnung getragen, dass Gesundheitsleistungen besondere Dienstleistungen sind, die nicht ungeschützt den Regeln des freien Marktes unterworfen werden können. Zudem unterliegt der Gesundheitsbereich nach Artikel 152 Absatz 5 EGV dem Subsidiaritätsprinzip und fällt damit in die Gestaltungshoheit der Mitgliedstaaten.**

**Die von der Kommission daraufhin angekündigte und am 26. September 2006 vorgelegte Mitteilung zur Einleitung der öffentlichen „Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“<sup>2</sup> wirft erneut die Frage auf, inwieweit es für den Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen unterstützender Maßnahmen auf der Gemeinschaftsebene bedarf.**

**Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung sehen keine Notwendigkeit, neben dem nationalen Recht und der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71<sup>3</sup> bzw. (voraussichtlich ab 01.01.2009) der Verordnung (EG) Nr. 883/04<sup>4</sup> weitere Rechtsquellen zu schaffen. Offene Fragen zur Patientenmobilität können innerhalb dieser Möglichkeiten geregelt werden. Dieses negiert nicht die Rechte der EU-Bürger, wie sie ihnen im Sinne der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zustehen. Vielmehr unterstützen die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung nachdrücklich die Forderung der Kommission nach der Übernahme dieser Rechte in denjenigen Mitgliedstaaten, die dies bislang noch nicht umgesetzt haben.**

Die EU-Kommission führt in ihrer Mitteilung vor allem die mangelnde bzw. die als mangelhaft wahrgenommene Rechtssicherheit im Bereich der Patientenmobilität als Argument für die Notwendigkeit von Gemeinschaftsmaßnahmen an. In Vorbereitung auf diese Mitteilung hat die Kommission bereits eine Vielzahl von Studien zur Patientenmobilität durchführen lassen. Einer ausgewogenen Gesamtbetrachtung halten die Ergebnisse aber nicht stand. Die Kommission erweckt dadurch den Eindruck, dass die meisten Fälle im Bereich Patientenmobilität – deren Umfang sie auf rund 1% der gesamten Leistungsausgaben in der EU schätzt – ohne die notwendige rechtliche Sicherheit insbesondere hinsichtlich der späteren Kostenerstattung erfolgt. Diese Darstellung ist falsch. Die weit überwiegende Behandlung von Patienten im EU-Ausland wird seit Jahrzehnten erfolgreich auf Basis der Verord-

---

<sup>1</sup> Standpunkt des Europäischen Parlaments festgelegt in erster Lesung am 16.02.2006 im Hinblick auf den Erlass der Richtlinie 2006/.../EG des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt (EP-PE\_TC1-COD(2004)0001)

<sup>2</sup> Mitteilung der Kommission „Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“ vom 26.09.2006

<sup>3</sup> Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.06.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern

<sup>4</sup> Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.04.2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

nung (EWG) Nr. 1408/71 sowie der Durchführungsverordnung (EWG) Nr. 574/72<sup>5</sup> vorgenommen. Die EWG-Verordnungen bieten in der Regel selbst dann die Basis, wenn im grenznahen Raum im Rahmen von Euregio-Projekten oder bilateralen Verträgen gesonderte Vereinbarungen zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung geschlossen werden.

In Deutschland ist die Rechtsprechung des EuGH zur Patientenmobilität<sup>6</sup> bereits im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2004 in deutsches Recht umgesetzt worden<sup>7</sup>. Demnach können gesetzlich Krankenversicherte auch auf Basis der Kostenerstattung ambulante Leistungen und – bei vorheriger Genehmigung auch – Krankenhausbehandlung im EWR-Ausland in Anspruch nehmen. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber für die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit geschaffen, Verträge mit Leistungserbringern im EWR-Ausland direkt zu schließen.<sup>8</sup>

Deshalb unterstützen die unterzeichnenden Organisationen die Forderung nach der Übernahme dieser Rechte in den Mitgliedstaaten, wo es bisher noch nicht geschehen ist. Das von der Kommission gewählte Verfahren einer breit angelegten, ergebnisoffenen Konsultation ist sinnvoll, um die anstehenden Fragen und Problemstellungen in den Mitgliedstaaten zu konkretisieren, zu systematisieren und schließlich - wenn erforderlich - in angemessener und verhältnismäßiger Weise einer Lösung, d.h. möglichst im Rahmen des existierenden Regelungswerkes (z.B. Verordnung (EWG) Nr. 1408/71), zuzuführen.

### Methodik zur Beantwortung der Fragen

Der Fragebogen unterscheidet drei Kategorien von grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung. Dieser Unterscheidung wird bei der Beantwortung des Fragebogens weitestgehend Rechnung getragen. Weiterhin wird der Punkt „Patientenmobilität“ in drei Subkategorien unterteilt, um den verschiedenen Motivationsgründen und daraus resultierenden Lösungsansätzen besser gerecht zu werden. Die Fragen werden daher in der Reihenfolge beantwortet:

#### 1. Patientenmobilität

- 1.a Innerhalb der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71
- 1.b Bei grenznaher Versorgung
- 1.c Sonstige Versorgung - insbesondere durch Anwendung der EuGH-Rechtsprechung

---

<sup>5</sup> Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21.03.1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern

<sup>6</sup> insbesondere die Urteile des EuGH in den Rechtssachen C-158/96 u. C-120/95 (*Kohl/Decker*) vom 26.04.1998; C-157/99 („*Smits/Peerbooms*“) vom 12.07.2001; C-385/99 („*Müller-Fauré/van Riet*“) vom 13.05.2003; C-372/04 („*Watts*“) vom 16.05.2006

<sup>7</sup> Vgl. § 13 Abs. 4 – 6 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

<sup>8</sup> Vgl. § 140e SGB V

2. Anbietermobilität
3. Waren- und Dienstleistungsmobilität (Telemedizin, Labor, etc.)

**Frage 1: Welche Auswirkungen (lokaler, regionaler, nationaler Art) hat die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung derzeit auf Zugänglichkeit, Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit der Systeme der gesundheitlichen Versorgung, und wie könnten dies sich weiterentwickeln?**

## **1. Patientenmobilität**

### **1.a Innerhalb der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71**

Die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit regelt seit über 30 Jahren erfolgreich die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im gesamten Gebiet des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz. Die Versicherten werden bei einem vorübergehenden Aufenthalt im anderen EWR-Staat oder in der Schweiz so gestellt, als ob sie dort versichert wären. Eine Gefährdung des finanziellen Gleichgewichtes des Aufnahmestaates wird dabei durch die Erstattung der jeweiligen Kosten zu dessen Preisen vermieden. Auch eine Gefährdung der finanziellen Stabilität der abgebenden Staaten konnte noch nicht beobachtet werden, da die Patientenströme mit +/- 1% der Gesamtausgaben keine signifikanten Größen erreicht haben.

Auswirkungen auf das Leistungsangebot und die Nachfrage nach medizinischer Versorgung hat Patientenmobilität insbesondere dort, wo es touristische Ballungsräume gibt. Hier kann es saisonal zu einer deutlich erhöhten Nachfrage nach medizinischen Leistungen kommen, welche nicht mehr durch das normale, für die Wohnbevölkerung ausreichende Angebot gedeckt werden kann. Qualitäts- und Zugänglichkeitseinbußen können die Folge sein. Diese Probleme lassen sich aber nicht durch europäische Regelungen beheben, da die individuellen Gegebenheiten bei der Problemlösung im Vordergrund stehen und sich jeweils von Ort zu Ort unterscheiden.

### **1.b Bei grenznaher Versorgung**

Bei der grenznahen Versorgung konnte durch die Zusammenarbeit der betroffenen Regionen in den sog. Euregios eine Verbesserung der Zugänglichkeit zur Versorgung für die Versicherten erreicht werden. Die Zusammenarbeit in den Euregios hat keine negativen Auswirkungen auf die finanzielle Stabilität der beteiligten Gesundheitssysteme, da die Zusammenarbeit individuelle Absprachen zwischen den Beteiligten beinhaltet und ggf. höhere Kosten bei der Versorgung im Nachbarland durch Einsparungen bei Vorhaltekosten aufgewogen werden.

Großer Vorteil dieser Form der Zusammenarbeit ist der dezentrale und damit auf die regional unterschiedlichen Bedürfnisse individuell angepasste Zuschnitt des Versorgungsansatzes, der den Patienten sowohl im Hinblick auf den Zugang als auch auf die Qualität Vorteile verschafft. Derartige Ansätze, die erfreulicherweise durch die Vergabe von Interreg-III-Mitteln durch die Kommission gefördert werden, sollten nach Ansicht der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung weiterhin unterstützt werden. Eine europaweite Standardisierung eines solchen regionalen Versorgungsansatzes ist jedoch nicht ratsam, da dies über das notwendige Maß hinausgehen würde und zudem die notwendige Flexibilität der Beteiligten eingrenzt. Die Unterstützung beim Austausch von Informationen zum Aufbau und der Einrichtung grenzüberschreitender Kooperationen könnte jedoch durch die EU-Kommission gefördert werden, da hierin ein europäischer Mehrwert läge.

### **1.c Sonstige Versorgung – insbesondere durch Anwendung der EuGH-Rechtsprechung**

Die Urteile des EuGH zur Patientenmobilität haben den Bürgern neue Möglichkeiten eröffnet, medizinische Leistungen im Ausland nachzufragen<sup>9</sup>. Während im Bereich der stationären Behandlung im Wesentlichen nur die Frage der Kostenregulierung neu gestaltet wurde, hat der Patient im ambulanten Bereich nunmehr grundsätzlich das Recht, jegliche medizinische Leistung ohne vorherige Genehmigung zu erwerben. Hiervon macht er jedoch bisher wenig Gebrauch. Legt man den von der Kommission geschätzten 1% Kostenanteil der Patientenmobilität an den Leistungsausgaben zu Grunde, so entfällt der Großteil hiervon auf die Zahlungsströme innerhalb der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und nur ein geringer Anteil auf Ausgaben auf Basis der EuGH-Rechtsprechung.

Mit den EuGH-Urteilen wurde die Zugänglichkeit zu medizinischen Leistungen formal für alle Bürger der EU erhöht. Das Verfahren der Kostenerstattung könnte jedoch sozial schwache Bürger aus Gesundheitssystemen ausschließen, da diese meist nicht in der Lage sind, die entstehenden Kosten vorzufinanzieren; insbesondere ist dies dann problematisch, wenn deren Gesundheitssysteme keine Maßnahmen zur Abfederung der hiermit verbundenen Belastungen vorsehen. Dies könnte dazu führen, dass sozial schwache Menschen von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen werden.

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung sehen daher in der Patientenmobilität, die auf Basis des vom EuGH beschriebenen Kostenerstattungsverfahrens basiert, in der Praxis nur eine Ergänzung zum bestehenden Verfahren der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 - nicht aber eine gleichwertige Alternative. Grundsätzlich ist dem vom jeweiligen Mitgliedstaat gewählten Verfahren der Leistungsabrechnung in Verbindung mit der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 der Vorzug zu geben. Dies um so mehr, als in einigen Mitgliedstaaten Gesundheitsdienstleistungen nicht nur durch die Krankenversicherungen er-

---

<sup>9</sup> insbesondere Urteile des EuGH in den Rs. C-158/96 u. C-120/95 („Kohll u. Decker“) vom 26.04.1998; C-157/99 („Geraets-Smits/Peerbooms“) vom 12.07.2001; C-385/99 („Müller-Fauré/van Riet“) vom 13.05.2003

bracht bzw. finanziert werden, sondern auch durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung. Die unterzeichnenden Organisationen sehen daher bei der Patientenmobilität das primäre Ziel in der Durchsetzung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 sowie in der Analyse und Behebung der dabei auftretenden Schwierigkeiten in der Praxis.

## **2. Anbietermobilität**

Die am 30. September 2005 in Kraft getretene Richtlinie 2005/36/EG über die gegenseitige „Anerkennung von Berufsqualifikationen“ erleichtert – wie auch schon ihre Vorläufer – für die Leistungserbringer die formale Anerkennung ihrer Ausbildung im jeweiligen Mitgliedstaat, stellt aber auch sicher, dass im Erbringungsland die dort vorherrschenden Qualitätsniveaus nicht unterschritten werden. Denn die vorübergehende und dauerhafte Erbringung von Dienstleistungen erfolgt grundsätzlich nach den Regeln des jeweiligen Staates, in dem die Dienstleistung erbracht wird.

Eine negative Auswirkung der temporären oder dauerhaften Anbietermobilität auf die Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit der jeweiligen Mitgliedstaaten ist solange nicht zu erwarten, wie es den Mitgliedstaaten nach dem Erbringungslandprinzip erlaubt wird, diskriminierungsfrei Qualität zu definieren und Mengensteuerungsinstrumente anzuwenden, um die Belastung der solidarisch finanzierten Gesundheitssysteme durch angebotsinduzierte Nachfrage zu begrenzen.

## **3. Waren- und Dienstleistungsmobilität (Telemedizin, Labor, etc.)**

Die Mobilität von Waren- und Dienstleistungen, und zwar ohne dass der Patient oder der Leistungserbringer dabei selbst mobil sein müssen, ist einer der Wachstumsmärkte im Bereich grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung. Hierbei handelt es sich insbesondere um telemedizinische Leistungen, Laborleistungen sowie die Lieferung von Heil- und Hilfsmitteln und Medikamenten. So werden z.B. in Deutschland bereits 1 % der Arzneimittelteleinkäufe<sup>10</sup> über das Internet im Ausland getätigt. Dabei sichert die nationale Rechtssetzung - die mehr Freizügigkeit erlaubt als nach der EuGH-Rechtsprechung notwendig - die Qualität und finanzielle Stabilität der Versorgung.

Dies ist jedoch nicht in allen Bereichen so einfach wie im Bereich Arzneimittel. Zwar sichert die Waren- und Dienstleistungsmobilität insbesondere dort den Zugang zu diesen Leistungen, wo diese vorher entweder aus Fachkräftemangel oder aufgrund einer zu geringen Nachfrage nicht angeboten wurden. Jedoch erzeugt dies weitere, noch offene Fragen z.B. hinsichtlich der Datensicherheit und anzuwendender Qualitätsmaßstäbe. Die Verhältnismäßigkeit von Qualitätsanforderungen zur Sicherstellung der öffentlichen Gesundheit und im Sinne von Marktzugangsbeschränkungen ist im Einzelfall zu prüfen. Eine hohe und gesicherte Qualität muss aufgrund der existentiellen Bedeutung von Gesundheit aber obers-

---

<sup>10</sup> Eigene Erhebung

te Priorität haben, weshalb die nationale Kompetenz zur Ergreifung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Gesundheitssektor ein zentraler Punkt im derzeitigen europäischen Rechtsrahmen ist.

**Frage 2: Welche speziellen rechtlichen Klarstellungen und welche praktischen Informationen werden von wem benötigt (z. B. Behörden, Dienstleistungserbringer und -erwerber, Patienten), um eine sichere, qualitativ hochwertige und effiziente grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen?**

## **1. Patientenmobilität:**

### **1.a Innerhalb der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71**

Patientenmobilität findet derzeit überwiegend auf der Basis der Europäischen Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card - EHIC) und des Formulars E 112 für geplante medizinische Behandlung im Ausland statt. Dabei darf der Patient nur solche Ärzte aufsuchen, die im Sozialversicherungssystem des Aufenthaltslandes zugelassen sind. Welche Ärzte dies sind, ist dem Patienten jedoch in der Regel nicht bekannt. Die Listung und Veröffentlichung dieser Information im Internet wäre zwar möglich, ist aber aufwendig zu pflegen und erzeugt zusätzliche, hohe Verwaltungskosten z.B. für die Übersetzung in alle Sprachen. Des Weiteren würde dies Personen ohne Internet-Zugang ausgrenzen. Einfacher wäre die Anbringung eines Symbols z.B. der EHIC im Eingangsbereich des Leistungserbringers (ähnlich wie bei Kreditkarten in Handel und Gaststätten), die dem Patienten zeigt, dass seine EHIC hier im Sinne der Verordnung akzeptiert wird. Dadurch würden auch die Ärzte stärker in die Pflicht genommen, die EHIC zu akzeptieren und nicht privat zu liquidieren, wie dies offenbar in vielen Ländern häufig praktiziert wird. Eine entsprechende Grundlage könnte in der Durchführungsverordnung (EG) Nr. 574/72 geschaffen werden.

Die Mitgliedstaaten selbst müssen die notwendigen Schritte ergreifen und exekutieren, die sicherstellen, dass die EHIC, das Formular E 112 etc. von den Leistungserbringern akzeptiert wird und die Verordnung rechtskonform zu Anwendung gelangt. Die Kommission hat die Möglichkeit, die Durchsetzung zu prüfen und ggf. auch Vertragsverletzungsverfahren gemäß Artikel 226 EG-Vertrag einzuleiten.

### **1.b Bei grenznaher Versorgung**

Im Allgemeinen sind die zusätzlichen Versorgungsangebote im grenznahen Raum den dort ansässigen Verbrauchern und Dienstleistern bekannt. Ein ggf. zu verbessernder regionaler oder lokaler Bedarf lässt sich nur im Einzelfall prüfen und bedarf keiner Maßnahmen auf europäischer Ebene.

### **1.c Sonstige Versorgung – insbesondere durch Anwendung der EuGH-Rechtsprechung**

Die Kommission hatte bereits in ihrem Vorschlag für eine Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt versucht, die Rechtsprechung des EuGH zur Patientenmobilität in Artikel 23 der EU-Dienstleistungsrichtlinie zu kodifizieren. Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung halten dies für nicht notwendig.

Der EuGH hat in seiner Rechtsprechung ausführlich die Frage der Kostenerstattung geklärt. Er hat sich dazu geäußert, wann eine Behandlung der vorherigen Genehmigung bedarf (z.B. grundsätzlich bei Krankenhausleistungen), wann eine Leistung zwingend zu genehmigen ist (wenn sie nicht in einem den medizinischen Gesamtzustand des Patienten berücksichtigenden Zeitraum im Inland angeboten werden kann), wie hoch der Erstattungsbetrag der Leistung ist und auf welche Leistungen ein Anspruch besteht. Der EuGH hat weiterhin ausgeführt, dass nationale Zugangsvoraussetzungen wie z.B. die verpflichtende Konsultation eines Hausarztes vor einem Facharztbesuch oder die obligatorische Einreichung eines Heilkostenplanes bei Zahnersatz auch bei Kostenerstattungsverfahren aufrecht erhalten werden dürfen. Der EuGH hat dabei immer wieder die originäre Kompetenz der Mitgliedstaaten bei der Gestaltung und Organisation des Gesundheitssystems gemäß Artikel 152 EG-Vertrag betont.

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung nehmen aber den Hinweis der EU-Kommission ernst, dass in einigen Mitgliedstaaten diese, sich aus dem EG-Vertrag ergebenden Ansprüche noch nicht in nationales Recht umgesetzt wurden und dass die EU-Bürger häufig nicht ausreichend über ihre Rechte informiert sind. Die Kommission könnte daher mit einer Mitteilung die Rechtsprechung des EuGH systematisierend zusammenfassen und damit eine eventuelle nationale Gesetzgebung unterstützen.

Die Gestaltung des Antrags- und Widerspruchsverfahren für die Wahrnehmung dieser Rechte bedarf jedoch keiner europäischen Regelung, da dies für vergleichbare Rechtslagen bereits in den jeweiligen Sozialrechtsordnungen geregelt ist. Die Einführung zusätzlicher Verfahren könnte eher zu einer größeren Rechtsunsicherheit führen.

## **2. Anbietermobilität**

Im Bereich der Anbietermobilität besteht zurzeit kein weiterer rechtlicher Klärungsbedarf. Festzuhalten bleibt lediglich, dass insbesondere bei Leistungen, die direkt gegenüber den Patienten erbracht werden, die Rechts- und Qualitätsnormen des Landes gelten, in dem sich der Patient bei Erhalt der Leistung befindet. Dies hindert Leistungserbringer nicht daran, untereinander sowie im direkten Verhältnis zum Patienten höhere Qualitätsniveaus zu vereinbaren.

### **3. Waren- und Dienstleistungsmobilität (Telemedizin, Labor, etc.)**

Insbesondere im Bereich der Telemedizin besteht ein rechtlicher Klärungsbedarf, inwieweit patientenbezogene Daten über das Internet verschickt werden dürfen und welche Voraussetzungen bezüglich des Datenschutzes sowie der Kompatibilität der Daten herrschen müssen. Offen ist auch, ob der Patient explizit zustimmen muss, wenn z.B. zur Begutachtung und Auswertung von Röntgenbildern ein Arzt hinzugezogen wird, der einer anderen Rechtsordnung unterliegt. Ungeklärt sind auch die Haftungs- und Regressansprüche eines Patienten in einer solchen Situation.

Außerdem stellt sich die Frage, welche Ansprüche der Patient gegenüber dem Leistungserbringer hat, wenn dieser sich für eine Teilleistung an einen im EU-Ausland niedergelassenen Dritten wendet. In der Mehrheit der EU-Mitgliedstaaten wird der Patient zwar ausschließlich einen Anspruch gegenüber dem Leistungserbringer haben, der wiederum den Teilleistungserbringer im anderen Staat in Regress nehmen kann. Eine Überprüfung dieses Sachverhaltes ist jedoch angezeigt, da ggf. eine Abweichung von diesem Grundsatz die Notwendigkeit einer Anzeigepflicht gegenüber dem Patienten begründen könnte.

Eine Erläuterung der Kommission könnte hier Klarheit schaffen. Grundsätzlich gelten - wie in allen Fällen der grenzüberschreitenden Dienstleistungserbringung - die Regelungen des Internationalen Privatrechtes (IPR; Rom I+II). Die Notwendigkeit hiervon abweichender Rechtsetzung wird von den Trägern der deutschen Sozialversicherung nicht gesehen.

**Frage 3: Welche Bereiche (z. B. klinische Aufsicht, finanzielle Verantwortung) sollten in die Zuständigkeit der Behörden welchen Landes fallen? Unterscheiden sich diese Zuständigkeiten bei den verschiedenen in Abschnitt 2.2 oben genannten Arten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung?**

#### **1. Patientenmobilität**

Grundsätzlich muss die medizinische Fachaufsicht sowie die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitätsgesicherten medizinischen Versorgung nach nationalen Vorschriften durch die zuständigen Behörden und Einrichtungen des Landes erfolgen, in dem die Leistung erbracht wird. Insbesondere die Verfolgung möglichen fehlerhaften Verhaltens von Leistungserbringern des einen Mitgliedstaates durch Behörden oder Einrichtungen eines anderen Mitgliedstaates ist realitätsfern und nicht durchführbar. Die entsprechenden Einrichtungen eines jeden Mitgliedstaates sind ebenfalls dafür zuständig, dass Patienten aus dem EU-Ausland diskriminierungsfrei behandelt werden.

Wie der EuGH bestätigt (vgl. Frage 2 Nr. 1c), sind nationale Leistungsvoraussetzungen (z.B. fachärztliche Behandlung nur gegen vorherige Überweisung durch einen Allgemeinmediziner) von den Versicherten zu beachten bzw. einzuhalten sind, wenn sie Gesundheitsleistungen im EWR-Ausland im Wege der Kostenerstattung auf Basis des Grundsatzes des

freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs in Anspruch nehmen wollen. Dieser Grundsatz hat insbesondere dort zu gelten, wo es in den nationalen sozialen Sicherungssystemen rechtliche Vorgaben und praktische Möglichkeiten zur Steuerung der medizinischen Versorgung der Versicherten gibt, um im Interesse der Patienten eine hohe Versorgungsqualität sicherzustellen (z.B. durch Verträge mit ausländischen Leistungserbringern).

Dies betrifft neben den Versicherungsträgern der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Versicherungsträger der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung, da diese ihre Gesundheitsdienstleistungen unter anderem zur Vermeidung von Erwerbsminderungs- oder Erwerbsunfähigkeitsrenten erbringen.

In diesem Fall muss der Leistungsträger, der das finanzielle Risiko des Scheiterns einer medizinischen Maßnahme trägt, auch die Möglichkeit erhalten, durch das Setzen hoher qualitativer Standards und durch effektive Steuerung des Versorgungsgeschehens auf den Erfolg seiner Leistungen Einfluss zu nehmen. Um eine hohe Versorgungsqualität im Interesse der Patienten zu gewährleisten, hat hier der Grundsatz zu gelten, dass Finanzierungsverantwortung und Steuerungsverantwortung in eine Hand gehören.

Die Steuerung des Heilverfahrens ist auch unter dem Aspekt sozialen Interessenausgleichs von besonderer Bedeutung und bewahrenswert. Insbesondere in selbst verwalteten sozialen Sicherungssystemen hat sich der Grundsatz bewährt, dass die maßgeblichen Entscheidungen über die Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität von den Selbstverwaltungspartnern selbst getroffen werden. Die Steuerung und Optimierung medizinischer Leistungen durch die das System finanzierenden Arbeitgeber einerseits und die Versicherten als potenzielle Leistungsempfänger andererseits hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass ein gerechter Ausgleich zwischen den qualitativen und wirtschaftlichen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung hergestellt werden konnte und die notwendigen Leistungen bedarfsgerecht und auf einem hohen Versorgungsniveau erbracht werden konnten.

## **2. Anbietermobilität**

Der Grundsatz, dass sich das anwendbare Recht, die Kontrolle und Überwachung der Dienstleister nach dem Erbringungsland richtet, gilt auch bei der vorübergehenden Dienstleistungserbringung sowie der Niederlassung. Das Herkunftslandprinzip ist für mobile Anbieter im Gesundheitswesen abzulehnen. Es würde für die Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme in einer vulnerablen Position befinden, zusätzliche Rechtsunsicherheiten schaffen. Außerdem würden dadurch die Qualitäts- und Mengensteuerungsinstrumente der Sozialversicherungssysteme unterminiert und deren finanzielle Stabilität gefährdet.

## **3. Waren- und Dienstleistungsmobilität (Telemedizin, Labor, etc.)**

Siehe hierzu die Antwort in Frage 2 Nummer 3.

**Frage 4: Wer sollte dafür zuständig sein, die Sicherheit bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten? Wie sollten Rechtsmittel für Patienten sichergestellt werden, die Schaden erleiden?**

Grundsätzlich sind für die Sicherheit und die Kontrolle von Dienstleistungserbringern die jeweils zuständigen Behörden und Einrichtungen des Landes zuständig, in der die Leistung erbracht wird. Die Rechtsmittel für den Patienten ergeben sich aus dem jeweiligen nationalen Verwaltungs- und Sozialrecht sowie dem IPR. (Vgl. hierzu auch Antwort zu Frage 3)

**Frage 5: Welche Maßnahme ist notwendig, um sicherzustellen, dass die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten mit der Bereitstellung ausgewogener ambulanter und stationärer Versorgung für alle vereinbar ist (beispielsweise durch Kostenerstattung für deren Behandlung in den „Aufnahmeländern“)?**

Eventuell entstehende Probleme dieser Art können sehr verschiedene Ursachen haben und müssen daher unterschiedlich und auf regionaler Ebene gelöst werden.

## **1. Patientenmobilität**

### **1.a Innerhalb der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71**

Die saisonal bedingte besondere Belastung von Urlaubsregionen kann in der Tat eine logistische Herausforderung für die jeweiligen Regionen darstellen. Sie beschränkt sich in der Regel aber auf die notwendige Erstversorgung der Patienten und - in Abhängigkeit vom Urlaubsort - auf bestimmte ausgewählte Fachgebiete wie z.B. Chirurgie in Skigebieten oder Innere und Chirurgie in Regionen des Mittelmeeres.

Die Kosten für die Behandlung sind über die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 gedeckt. Die Verteilung der Zahlungen aus dem Ausgleichssystem der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 an die Region muss der jeweilige Mitgliedstaat selbst sicherstellen. Die zusätzlichen Kosten für das Vorhalten von Personal und Infrastruktur müssen vom jeweiligen Mitgliedstaat bzw. der Region selbst getragen werden. Dies ist angemessen, da die jeweilige Region entsprechende Mehreinnahmen aus dem Tourismus hat. Sollte dies nach Ansicht der regionalen Behörden nicht ausreichen, steht es ihnen offen, eine Kurtaxe zu erheben und entsprechend einzusetzen. Die Notwendigkeit einer europäischen Maßnahme ist nicht gegeben.

Ähnlich verhält es sich mit Rentnern, die nur Teile des Jahres im EU-Ausland - meist in südlichen Regionen - verbringen. Auch hier obliegt es den Mitgliedstaaten, sicherzustellen, dass diese sich gemäß der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 in dem jeweiligen System ein-

schreiben und die damit verbundenen Mittelzuflüsse an die entsprechenden Regionen verteilt werden.

### **1.b Bei grenznaher Versorgung**

Bei der grenznahen Versorgung, soweit sie auf Kooperationsvereinbarungen beruht, stellt sich das Problem des unzureichenden Zuganges der inländischen Bevölkerung nicht. Ziel solcher Kooperationen ist gerade die gemeinsame Nutzung vorgehaltener Ressourcen, um unnötige Überkapazitäten auf beiden Seiten der Grenze zu reduzieren.

### **1.c Sonstige Versorgung – insbesondere durch Anwendung der EuGH Rechtsprechung**

Etwas anders als in Nr. 1a und Nr. 1b stellt sich die Situation bei medizinischer Versorgung im Rahmen der Kostenerstattung dar (vgl. hier das in der Mitteilung genannte Beispiel der zahnmedizinischen Versorgung. Diese muss in der Regel im Rahmen der Kostenerstattung wahrgenommen bzw. direkt vom Patienten geleistet werden, da Zahnersatzleistungen in vielen Sozialversicherungssystemen oder Nationalen Gesundheitssystemen kaum oder gar nicht abgedeckt sind.) Hier können gerade die Möglichkeiten zur Kostenerstattung sowie die Möglichkeit höherer Einnahmen im Zuge der Behandlung von Ausländern Anreize für die Leistungserbringer setzen, Ausländer bevorzugt zu behandeln.

Da das System der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 in solchen Fällen nicht anwendbar ist, obliegt es dem jeweiligen Mitgliedstaat sicherzustellen, dass Aus- und Inländer die gleichen Preise zahlen und somit der Anreiz für eine bevorzugte Behandlung von Ausländern sinkt. Grundsätzlich gilt, dass eine Diskriminierung von Ausländern durch das Erheben höherer Preise nicht zulässig ist.

**Frage 6: Sind noch weitere Themen im spezifischen Zusammenhang mit den Gesundheitsdienstleistungen zu berücksichtigen, was die Freizügigkeit von Beschäftigten des Gesundheitswesens oder die Niederlassung von Dienstleistungserbringern anbelangt, die noch nicht vom Gemeinschaftsrecht erfasst sind?**

## **1. Patientenmobilität**

Die Mitgliedstaaten haben das Recht, gemäß ihrer nationalen Werte und Normen Leistungen aus dem Leistungskatalog der Sozialversicherung auszuschließen oder die Erbringung auf ihrem Hoheitsgebiet ganz zu untersagen. Die Leistungsträger können nicht verpflichtet werden, solche Leistungen im Rahmen der Kostenerstattung im Sinne der EuGH Rechtsprechung zu genehmigen.

## **2. Anbietermobilität**

Weitere Regelungen hinsichtlich der Freizügigkeit der Dienstleistungserbringer bedarf es derzeit nicht.

**Frage 7: Gibt es weitere Fragen, bei denen die Rechtssicherheit im Zusammenhang mit einzelnen spezifischen Gesundheits- oder Sozialversicherungssystemen verbessert werden sollte? Insbesondere welche Verbesserungen zur Erleichterung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung schlagen die Akteure vor, die unmittelbar an der Versorgung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten beteiligt sind – beispielsweise Dienstleistungserbringer und Einrichtungen der sozialen Sicherheit?**

Siehe Frage 6.

**Frage 8: In welcher Weise sollten europäische Maßnahmen dazu beitragen, die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten und die verschiedenen Akteure innerhalb dieser Systeme zu fördern? Gibt es Bereiche, die oben nicht genannt sind?**

## **1. Europäische Netze von Referenzzentren (ENCR)**

Gerade auch in einer erweiterten Europäischen Union mit zunehmenden Unterschieden unter den Mitgliedstaaten in Größe, wirtschaftlichen Ressourcen und daraus resultierenden Finanzierungsmöglichkeiten ist die Gewährleistung einer hoch spezialisierten medizinischen Versorgung in der EU ein wichtiges Anliegen. Unter Wahrung der Zuständigkeiten könnte eine europäische Initiative dazu beitragen, dieses Anliegen umzusetzen. Die Freizügigkeit gem. Art. 42 EGV und die passive Dienstleistungsfreiheit gem. Art. 49-55 EGV sowie die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bieten rechtliche Grundlagen für die grenzüberschreitende Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen.

Nach wie vor bedarf die Initiative zur Etablierung europäischer Netze von Referenzzentren aber der Klärung einiger offener Fragestellungen, insbesondere:

- Definition der Aufgabenbereiche und Ziele,
- Festlegung von Qualitätskriterien,
- Klärung der Zuständigkeiten
- der Beitrag zur Regelversorgung,
- der Zugang des Patienten zum Zentrum,

- die Finanzierung des Netzwerkes,
- Finanzierung der Behandlungskosten von Patienten,
- Umgang mit Leistungen, die nicht im Leistungskatalog aller Mitgliedstaaten enthalten sind,
- Sicherstellung der Unabhängigkeit von politischen Überlegungen bei der Auswahl der Zentren,
- Sicherstellung, dass durch die Einrichtung von Referenzzentren keine Überkapazitäten geschaffen werden,
- Sicherstellung der Autonomie der Mitgliedstaaten bei der Kapazitätsplanung und Mengensteuerung.

Für im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung bestehende nationale Kompetenznetzwerke (z.B. zu schweren Unfällen und unfallbezogenen Erkrankungen), ist eine Integration in das Konzept zu prüfen.

Grundsätzlich gilt, dass jeder Mitgliedstaat zunächst die Regelversorgung seiner Bevölkerung sicherstellen muss. Darüber hinaus ist nach Auffassung der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung das Konzept der bilateralen Kooperation gegenüber dem von europäischen Netzwerken zu bevorzugen, da dieses punktgenau an die Bedürfnisse und Gegebenheiten der Vertragsparteien angepasst werden kann. Dies gilt insbesondere für das mit der Patientenmobilität eng zusammenhängende kulturelle und sprachliche Umfeld des Patienten sowie für die räumliche Nähe und Erreichbarkeit.

## **2. Verwirklichung des Potenzials von Innovationen (Health Technology Assessment - HTA)**

Grundsätzlich ist das Vorhaben der Kommission, die Zusammenarbeit beim HTA zwischen den Mitgliedstaaten zu verbessern und den Zugang zu HTA-Berichten nationaler Einrichtungen zu erleichtern, zu begrüßen. Die Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme in der EU sind jedoch sehr unterschiedlich. Daher sind HTA-Berichte auch immer vor dem Hintergrund des jeweiligen Systems zu verstehen. Dies heißt auch, dass die Übertragbarkeit von HTA-Ergebnissen in der Regel nur im Bereich der medizinischen Wirksamkeit gegeben ist. Im Bereich der Kostenwirksamkeit sowie der sozialen und ethischen Aspekte sind HTA-Ergebnisse aufgrund der Unterschiedlichkeit der Systeme in der Regel nicht übertragbar. Die Kommission sollte dies bei der weiteren Förderung des Informationsaustausches im Bereich HTA berücksichtigen.

## **3. Gemeinsame Erkenntnisgrundlage für Politikgestaltung**

Die Ausweitung der Datenerhebung auf europäischer Ebene sollte im Gesundheitssektor vorübergehend zu Gunsten der Verbesserung der Verfügbarkeit der Daten und insbesondere

ihrer Validität zunächst zurückgestellt werden. Kooperationen wie die vorgeschlagene Beobachtungsstelle generieren nur dort einen Mehrwert, wo unterschiedliche Gesundheitssysteme auf einem annähernd gleichen Niveau sind, auf eine ähnliche Versorgungsstruktur setzen und somit auch die Erhebungsvoraussetzungen auf einer vergleichbaren Basis stehen. Die Versorgungsrealitäten in der Union erfüllen diese Voraussetzungen aber nicht. Insbesondere mit dem Beitritt der neuen Mitgliedstaaten „10+2“ wird das Spektrum noch sehr viel variantenreicher. Primäres Ziel einer „EU-Gesundheitspolitik“ könnte stattdessen sein, die Mitgliedstaaten bei der Verbesserung der Versorgungsrealität zu unterstützen. Die weitere Erzeugung von nicht vergleich- und nutzbaren „Datenbergen“ wäre hingegen teuer und kontraproduktiv.

#### **4. Folgenabschätzung im Gesundheitswesen (Health System Impact Assessment - HSIA)**

Die Idee des HSIA im Rahmen der integrierten Kommissionsleitlinien für Folgenabschätzung ist zu unterstützen. In der Praxis muss sich jedoch noch erweisen, wie die durch die Folgenabschätzung gewonnenen Erkenntnisse in den politischen Prozess einfließen können und sollten.

**Frage 9: Welche Instrumente wären geeignet, um die verschiedenen Fragen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen auf EU-Ebene anzugehen? Welche Fragen sollten durch gemeinschaftliche Rechtsvorschriften und welche durch nichtlegislative Mittel geregelt werden?**

Wie aus der vorliegenden Stellungnahme zu entnehmen ist, sehen die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung derzeit keine Notwendigkeit für legislative Maßnahmen der Kommission. Sollte die Kommission es dennoch für notwendig halten, in einem zweiten Versuch die Rechtsprechung des EuGH zu kodifizieren, so wären hierfür die Instrumente der Mitteilung oder der Leitlinie denen der Richtlinie oder der Verordnung vorzuziehen. Dies ermöglicht es den Mitgliedstaaten, entsprechende Angleichungen in ihrem Gesundheitssystem vorzunehmen – sofern eine Umsetzung überhaupt noch notwendig ist – ohne dass die Kommission in die nach Artikel 152 Absatz 5 EGV garantierten Freiheiten der Mitgliedstaaten eingreift. Darüber hinaus wird auch die Ausweitung der offenen Methode der Koordinierung auf die in diesem Fragebogen angesprochenen Themen von den Spitzenorganisationen der deutschen Sozialversicherung für nicht notwendig erachtet.

### **Zusammenfassung**

- **Die Träger der Sozialen Sicherheit in Europa sehen keine Notwendigkeit, neben dem nationalen Recht und der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (bzw. deren Nachfolger, der Verordnung (EG) Nr. 883/04) weitere Rechtsquellen zu schaffen. Die Patientenmobilität sollte innerhalb dieser bestehenden Möglichkeiten geregelt werden.**
- **Die Umsetzung der Rechtsprechung des EuGH in nationales Recht liegt in der alleinigen Verantwortung der Mitgliedstaaten.**
- **Leistungsanbieter sollten durch ein „label“ anzeigen, dass sie die EHIC akzeptieren und damit Leistungen gemäß der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 erbringen.**
- **Leistungsanbietermobilität ist durch die Richtlinie 2005/36/EG über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen bzw. ihre Vorläufer geregelt. Ein darüber hinausgehender Regelungsbedarf besteht nicht.**

**Diese Stellungnahme hat die Unterstützung aller Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung:**

- AOK-Bundesverband, Bonn**
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen**
- Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bergisch-Gladbach**
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel**
- Verband der Angestellten-Krankenkassen, Siegburg**
- Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Siegburg**
- Knappschaft, Bochum**
- See-Krankenkasse, Hamburg**
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Sankt Augustin**
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, Kassel**
- Bundesverband der Unfallkassen, München**
- Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen, Kassel**
- Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin**