

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

Bundesknappschaft, Bochum

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

Europa für die Versicherten gestalten

**- aktuelle europäische Entwicklungen
im Bereich der Gesundheitspolitik**

September 2004

**Europa für die Versicherten gestalten
- aktuelle europäische Entwicklungen im Bereich der
Gesundheitspolitik**

Erweiterte Arbeitsgruppe Europa
der Spitzenverbände der Krankenkassen:

Dr. Monika Kücking, VdAK/AEV
Anouchka Jann, VdAK/AEV
Elisabeth Reker, AOK-BV
Dr. Stephan Burger, BKK BV
Dr. Beate Männel, BKK BV
Dirk Ruiss, IKK-BV
Karl-Gerd Henze, BLK
Hans-Jürgen Faust, See-KK
Malte Erbrich, DSVEV
Ulrich Lauf, Bkn

September 2004

Gliederung

	Seite
1. Ausgangspunkt	5
2. Patientenmobilität gewährleistet und rechtssicher ausgestaltet	8
2.1 Grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme für die Versicherten - zusätzliche Möglichkeiten wurden geschaffen.....	8
2.2 Bewertung.....	14
3. Gestaltung der Dienstleistungsmärkte im Gesundheitswesen wirft neue Fragen auf.....	17
3.1 Aktuelle Entwicklungen	17
3.2 Hochrangiger Relexionsprozess.....	17
3.3 Dienstleistungen im Binnenmarkt.....	18
3.4 Dienstleistungen von allgemeinem Interesse	20
3.5 EuGH: Krankenkassen sind keine Unternehmen	21
3.6 Vergaberecht	23
3.7 Öffentlich-private Partnerschaften	26
3.8 Bewertung.....	28
4. Offene Methode der Koordinierung und "Straffung"	31
4.1 Sachstand und Aktivitäten auf europäischer Ebene	31
4.2 Straffung oder Streamlining der OMK	32
4.3 Umsetzung der OMK im Gesundheitsbereich.....	34
4.4 Bewertung.....	36
5. Zusammenfassung.....	39
Anhang	42

1. Ausgangspunkt

Gemäß dem EG-Vertrag liegt es in der alleinigen Kompetenz der Mitgliedstaaten, ihr jeweiliges Gesundheitssystem auszugestalten und zu organisieren. Dies liegt auch nahe, denn unabhängig voneinander historisch gewachsen, weisen die Gesundheitssysteme in Europa erhebliche Unterschiede hinsichtlich wichtiger Prinzipien auf, wie z. B. Finanzierung, Leistungsumfang und -arten sowie der Organisation. Eine Harmonisierung ist weder politisch gewünscht noch wäre sie ökonomisch sinnvoll. Deshalb sieht auch der Vertrag über eine Verfassung für Europa (europäischer Verfassungsvertrag)¹ folgerichtig hier keine Änderung der nationalen Zuständigkeiten vor. Betrachtet man allerdings die Aktivitäten der EU-Kommission in den letzten Monaten und Jahren im Zusammenhang, so lässt sich die Tendenz feststellen, dass eine schleichende Kompetenzerweiterung der EU-Kommission stattfindet.

Mit dem Fortschreiten des europäischen Integrationsprozesses, insbesondere durch die Urteile des Europäischen Gerichtshofes (EuGH), ergeben sich verschiedene Folgewirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland. Diese haben auch bereits zu Änderungen des nationalen Rechts geführt: So wurde mit dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) beispielsweise die Möglichkeit für Versicherte geschaffen, Kostenerstattung für im europäischen Ausland erbrachte Leistungen zu wählen. Neuerungen ergeben sich auch durch die überarbeitete EWG-Verordnung Nr. 1408/71 über soziale Sicherheit, zum Beispiel mit der Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte. Hinzu kommt seit Kurzem eine neue Art EU-Integrationspolitik in Richtung eines Benchmarking der nationalen Sozialsysteme der Europäischen Union (EU): die so genannte Offene Methode der Koordinierung (OMK). Und schließlich: Am 1. Mai 2004 sind 10 weitere Staaten der Europäischen Union beigetreten – die Auswirkungen der EU-Osterweiterung bleiben abzuwarten.

¹ Vertrag über eine Verfassung für Europa vom 06.08.2004 – CIG 87/04. Eine politische Einigung der Staats- und Regierungschefs erfolgte am 18.06.2004. Die Unterzeichnung soll am 29.10.2004 in Rom stattfinden, anschließend beginnt das Ratifizierungsverfahren. Der Vertrag tritt am 01.11.2006 in Kraft, wenn er bis dahin von allen Mitgliedstaaten ratifiziert wurde.

Insgesamt zeigt sich, dass die europäische Ebene zunehmend mittelbaren und unmittelbaren Einfluss auf die gesetzliche Krankenversicherung nimmt. Diese Auswirkungen müssen analysiert und in ihren Rückwirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem bewertet werden. Dabei sind immer auch die Interessen der Versicherten zu berücksichtigen, die erforderliche Leistungen auch im Ausland erhalten wollen, ohne die Finanzierbarkeit der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu gefährden. Außerdem ist das Subsidiaritätsprinzip zu beachten und die auch im neuen europäischen Verfassungsvertrag in Artikel III – 278, Absatz 7, weiterhin fixierte nationale Zuständigkeit für die Gesundheitssysteme. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich in Stellungnahmen und Positionspapieren immer wieder und detailliert zu vielfältigen europäischen Fragen geäußert (siehe dazu auch Anhang oder www.g-k-v.de).

2004

August Stellungnahme zu den EU-Kommissionsmitteilungen
 „...Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität [...]“ und
 *„Modernisierung des Sozialschutzes [...]: Unterstützung der einzelstaatlichen
Strategien durch die offene Methode der Koordinierung“* vom 20. April 2004

2004

April Stellungnahme zum Richtlinienvorschlag der Europäischen EU-Kommission
 "über Dienstleistungen im Binnenmarkt" vom 13. Januar 2004

2004

März Stellungnahme des Euroforums Soziale Krankenversicherung
 - zur Reform der europäischen Arzneimittelgesetzgebung und
 - zur "Straffung der Offenen Methode der Koordinierung"

2003

Sept. Stellungnahme zum Grünbuch der Europäischen EU-Kommission *"zu Dienstlei-
stungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse"* vom 21. Mai 2003.

2003

August Stellungnahme zum europäischen Verfassungsentwurf vom 18. Juli 2003

2002

Juli Stellungnahme zum Verfassungsentwurf (auch in englischer Sprache)

2002

Februar Stellungnahme *"Die offene Methode der Koordinierung im Bereich des Gesund-
heitswesens"*.

1999

März detaillierte Ausarbeitung der *"Auswirkungen der Kohll/Decker-Urteile des EuGH
auf die GKV"*

Ziel der vorliegenden Stellungnahme ist es,

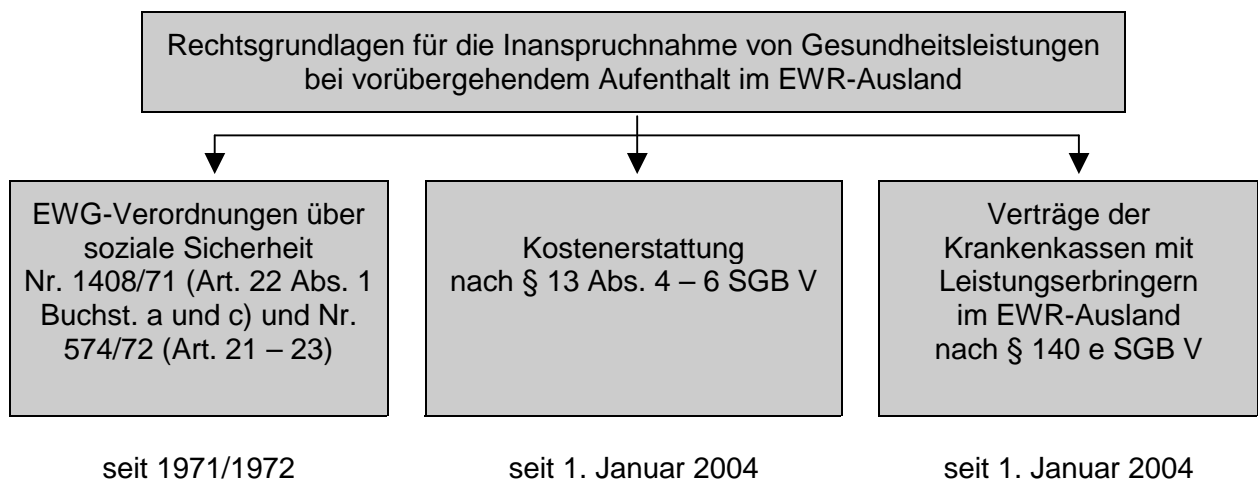
- die vielfältigen Entwicklungen auf europäischer Ebene im Gesamtzusammenhang darzustellen,
- deren Relevanz für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu prüfen,
- eine Bewertung vorzunehmen und
- Forderungen für die weiteren Entwicklungen zu erheben,

um damit den Prozess der europäischen Einigung weiter konstruktiv für die Versicherten und Patienten durch die GKV zu begleiten.

2. Patientenmobilität gewährleistet und rechtssicher ausgestaltet

2.1 Grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme für die Versicherten - zusätzliche Möglichkeiten wurden geschaffen

Seit Inkrafttreten des GMG zum 1. Januar 2004 können gesetzlich Krankenversicherte (GKV-Versicherte) bei vorübergehendem Aufenthalt Gesundheitsleistungen in einem anderen Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)² nunmehr wahlweise auf Basis von drei verschiedenen Rechtsgrundlagen in Anspruch nehmen:



Auf Grund der bereits seit über drei Jahrzehnten existierenden EWG-Verordnungen über soziale Sicherheit Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 genießen GKV-Versicherte Krankenversicherungsschutz im gesamten Gebiet des EWR und in der Schweiz (Mitgliedstaaten). Zwar schaffen diese Verordnungen kein einheitliches europäisches Gesundheitssystem. Sie koordinieren aber die nationalen Gesundheitssysteme mit dem Ziel, Hindernisse für die Freizügigkeit zu beseitigen. Die GKV-Versicherten werden bei Aufenthalt im anderen EWR-Staat oder in der Schweiz so gestellt, als ob sie dort versichert wären - mit allen Vorteilen (z. B. andere/bessere Leistungen) und Nachteilen (z. B. ggf. höhere Selbstbeteiligung).

² Zum EWR zählen alle (derzeit 25) EU-Staaten sowie Island, Liechtenstein und Norwegen.

So erhält ein Versicherter bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat, z. B. als Tourist, im Falle seiner Erkrankung alle medizinisch notwendigen Leistungen, die nicht bis zur beabsichtigten Rückkehr nach Deutschland zurückgestellt werden können. Will er sich gezielt zur Behandlung in einen anderen Staat begeben, benötigt er hierzu die vorherige Genehmigung seiner Krankenkasse.

Im Interesse ihrer Versicherten nutzen die Krankenkassen bereits seit Jahren den weiten Ermessensspielraum, den sie bei der Erteilung dieser Genehmigung zur grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme haben. So wird den Versicherten zum Beispiel für die Behandlung besonderer Krankheitsbilder pauschal vorab eine Genehmigung zur Inanspruchnahme bestimmter Vertrags-Leistungserbringer jenseits der Grenze erteilt, wenn auf deutscher Seite ein Engpass in entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten besteht oder wohnortnah keine Behandlung möglich ist. Dies geschieht derzeit bereits im Rahmen mehrerer Modellprojekte in den Grenzregionen ("Euregios"), vor allem an den Grenzen zu den Niederlanden und Belgien. Der große Vorteil dieser Modellprojekte für die Versicherten ist, dass sie grenzüberschreitend Gesundheitsleistungen im Rahmen von Sachleistungen in Anspruch nehmen können. Dies verbessert die Handlungsmöglichkeiten der Versicherten entscheidend, ohne sie materiell einseitig zu belasten. Die Modellprojekte in den Euregios können als eine Art "Praxislabor" wertvolle Erkenntnisse über rechtliche Hindernisse liefern, die insbesondere für aufwändige und umständliche Verfahren verantwortlich sind, aber auch über Versorgungsmöglichkeiten, Leistungsangebote, Leistungserbringer, Kosten, Finanzierung und Qualität, die bei der Weiterentwicklung europatauglicher Gesundheitssysteme einfließen können.

Mit der Novellierung der EWG-Verordnungen Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 werden für die Versicherten weitere Vereinfachungen eingeführt. Seit dem 1. Juni 2004 werden die Papierdrucke, die für den Zugang zu medizinischen Leistungen bei vorübergehendem Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten bestimmt sind, schrittweise bis Ende 2005 durch die europäische Krankenversicherungskarte (EU-KVK) ersetzt. Der Versicherte muss dann nicht mehr für jeden Auslandsaufenthalt einen neuen Papierdruck ("Auslandskrankenschein") beantragen. Dieses bürokratische Verfahren entfällt mit der EU-KVK. Dann gilt das auf der EU-KVK aufgedruckte Gültigkeitsdatum.

Seit dem 1. Juli 2004 können sich GKV-Versicherte bei vorübergehendem Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten gegen Vorlage ihrer EU-KVK (oder einer entsprechenden Antragsbescheinigung) direkt durch einen Arzt, Zahnarzt oder im Krankenhaus behandeln lassen, ohne zuvor mit der ausländischen Krankenkasse Kontakt aufgenommen haben zu müssen.³ Die Novellierung der gesamten EWG-Verordnungen wird wahrscheinlich im Jahr 2007 abgeschlossen sein.

Darüber hinaus hat der Europäische Gerichtshof durch seine Rechtsprechung⁴ nunmehr eine weitere Rechtsgrundlage für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für die Versicherten auf Basis der Waren- und Dienstleistungsfreiheit geschaffen. Demnach können GKV-Versicherte medizinische Waren und Dienstleistungen (z. B. Arzneimittel, ambulante Behandlung) im EWR-Ausland in Anspruch nehmen und bei ihrer Krankenkasse eine Erstattung der entstandenen Kosten beantragen. Der deutsche Gesetzgeber hat diese Rechtsprechung im Rahmen des GMG zum 1. Januar 2004 in deutsches Recht umgesetzt (§ 13 Abs. 4-6 SGB V).

Ferner hat der deutsche Gesetzgeber im Rahmen des GMG den gesetzlichen Krankenkassen ab dem 1. Januar 2004 die Möglichkeit eingeräumt, Verträge mit Leistungserbringern aus dem EWR-Ausland zu schließen (§ 140 e SGB V).

Jede dieser drei Rechtsgrundlagen ist mit unterschiedlichen Auswirkungen sowohl für die Versicherten als auch die gesetzlichen Krankenkassen verbunden, die in der folgenden Übersicht dargestellt sind:

³ Die EU-KVK gilt nicht für den Fall, dass sich ein GKV-Versicherter gezielt zur Behandlung in einen anderen Mitgliedstaat begibt. Eine solche Behandlung kann nur nach vorheriger Genehmigung der Krankenkasse des Versicherten erfolgen.

⁴ Zuletzt mit Urteil in der Rechtssache "Müller-Fauré/van Riet" (C-385/99) vom 13.05.2003, vorher: Urteil "Smits/Peerbooms" (C-157/99) vom 12.07.2001, "Kohl/Decker" (C-158/96/C-120/95) vom 28.04.1998.

	EWG-Verordnungen⁵ über soziale Sicherheit Nr. 1408/71 (Art. 22) und Nr. 574/72 (Art. 21 - 23)	Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 – 6 SGB V	Verträge der Krankenkassen mit Leistungserbringern im EWR-Ausland nach § 140 e SGB V
Status des Patienten	wie GKV-Versicherter des Aufenthaltsstaates	wie Privatpatient	wie deutscher GKV-Versicherter
Anspruchsbescheinigung	Vordruck E 111 ⁶ oder Europäische Krankenversicherungskarte oder provisorische Ersatzbescheinigung im "Normalfall" bzw. Vordruck E 112 im "Genehmigungsfall"	Keine	Bilaterale Regelung, z.B. deutsche Krankenversicherungskarte
Betroffener Personenkreis	alle GKV-Versicherten	alle GKV-Versicherten, außer solche, für deren Behandlungskosten im anderen EWR-Staat gilt: ⁷ <ul style="list-style-type: none"> • eine Erstattung nach Pauschbeträgen oder • ein Erstattungsverzicht 	Grds. alle vom jeweiligen Vertrag erfassten GKV-Versicherten
Leistungsumfang – ohne Genehmigungsvorbehalt	<i>medizinisch notwendige Sachleistungen</i> unter Berücksichtigung <ul style="list-style-type: none"> • der <i>Art der Leistungen</i> und • der <i>voraussichtlichen Aufenthaltsdauer</i> (d. h. nicht bis zur Rückkehr in den Versicherungsstaat auf-schiebbar) 	<i>alle außerhalb des Krankenhauses erbrachten Leistungen</i> , die auch in Deutschland erstattungsfähig sind	alle zwischen der Krankenkasse und dem ausländischen Leistungserbringer vereinbarten Sachleistungen nach Maßgabe des 3. Kapitels des SGB V

⁵ Unmittelbar anzuwendendes Recht

⁶ Der Vordruck E 111, der vor dem 31.05.2004 ausgestellt wurde, ist längstens bis 31. Dezember 2004 gültig. Ab dem 01.06.2004 erhalten die GKV-Versicherten entweder die EU-Krankenversicherungskarte oder die provisorische Ersatzbescheinigung.

⁷ Eine Erstattung nach Pauschbeträgen ist grundsätzlich für Familienangehörige vorgesehen, die ohne den GKV-Versicherten im EWR-Ausland wohnen sowie die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse versicherten Rentenantragsteller und Rentner und deren jeweilige Familienangehörige, die im EWR-Ausland wohnen. Ein Erstattungsverzicht besteht mit Norwegen und Irland.

	EWG-Verordnungen über soziale Sicherheit Nr. 1408/71 (Art. 22) und Nr. 574/72 (Art. 21 - 23)	Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 – 6 SGB V	Verträge der Krankenkassen mit Leistungserbringern im EWR-Ausland nach § 140 e SGB V
Leistungs- umfang – mit Genehmigungs- vorbehalt: Genehmigung ist zu erteilen,	<i>gezielt gesuchte Behandlung/ gezielter Einkauf</i> im EWR-Ausland: <ul style="list-style-type: none"> • alle im Aufenthaltsstaat erstattungsfähigen Sachleistungen; • auch auf bestimmte Sachleistungen begrenzt • auch (pauschale) Vorabgenehmigung für bestimmte Sachleistungen, Indikationen oder bestimmte Leistungserbringer in Grenzregionen (Euregio-Projekte) <p>... wenn Behandlung nicht rechtzeitig durch Vertragspartner im Inland möglich</p>	<i>alle Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V</i> , die in Deutschland erstattungsfähig sind	alle zwischen der Krankenkasse und dem ausländischen Leistungserbringer vereinbarten Sachleistungen nach Maßgabe des 3. Kapitels des SGB V
Art und Weise der Inanspruchnahme:	Nach dem Recht des Aufenthaltsstaates, d. h. <ul style="list-style-type: none"> • dortige Vertrags-Leistungserbringer • dortige Regelungen der Leistungsgewährung (z.B. Erstzugang über Hausarzt). 	<ul style="list-style-type: none"> • Freie Wahl der Leistungserbringer, wenn <ul style="list-style-type: none"> - EG-Richtlinie zur gegenseitigen Anerkennung der Diplome (z. B. Ärzte, Zahnärzte, Apotheker) oder <ul style="list-style-type: none"> - Versorgungsberechtigung im anderen Staat (z. B. Kliniken) • deutsche Regelungen der Leistungsgewährung maßgebend (z. B. Antrag, Heil- und Kostenplan bei Zahnersatz). 	deutsche Regelungen der Leistungsgewährung maßgebend (z. B. Antrag, Heil- und Kostenplan bei Zahnersatz) wie bei Vertrags-Leistungserbringer in Deutschland

	EWG-Verordnungen über soziale Sicherheit Nr. 1408/71 (Art. 22) und Nr. 574/72 (Art. 21 - 23)	Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 – 6 SGB V	Verträge der Krankenkassen mit Leistungserbringern im EWR-Ausland nach § 140 e SGB V
Erstattungsverfahren	<p>Abrechnung zwischen den Krankenversicherungsträgern</p> <ul style="list-style-type: none"> • je nach Mitgliedstaat Sachleistungsprinzip oder Kostenerstattungsprinzip • zuständiger Krankenversicherungsträger erstattet (über die jeweiligen Verbindungsstellen) dem aushelfenden ausländischen Krankenversicherungsträger die entstandenen Kosten • evtl. landesübliche Zuzahlungen zulasten des Versicherten 	<p>Abrechnung zwischen Versichertem und zuständigem Krankenversicherungsträger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Versicherter bezahlt spezifizierte (Privat-)Rechnung des ausländischen Leistungserbringers • zuständiger Krankenversicherungsträger erstattet seinem Versicherten dessen verauslagte Kosten 	<p>Abrechnung zwischen Vertragspartnern</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausländischer Vertrags-Leistungserbringer rechnet direkt mit der Krankenkasse ab • evtl. nach deutschem Recht vorgesehene Zuzahlungen/Eigenanteile etc. zulasten des Versicherten
Höhe der Erstattung	<p>Vertragssätze des ausländischen aushelfenden Krankenversicherungsträgers</p>	<p>tatsächlich entstandene Kosten, jedoch maximal die deutschen Vertragsätze, abzüglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuzahlungen, Eigenanteile, Apothekenrabatte etc. • Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung <p>d. h. evtl. Mehrkosten gehen zulasten des Versicherten</p>	<p>zwischen Krankenkasse und ausländischem Vertrags-Leistungserbringer vereinbarte Vertragsätze</p>

2.2 Bewertung

- Grundsätzlich wurden wesentliche Fragen zur Patientenmobilität geklärt. Dies schafft Rechts- und Planungssicherheit für alle Beteiligten.
- Die Möglichkeiten für eine grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen EWR-Staat wurden erheblich durch die Optionen erweitert, dass die Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern im EWR-Ausland schließen und Versicherte Kostenerstattung wählen können. Mit der Novellierung der EWG-Verordnung Nr. 1408/71 werden für die Versicherten ebenfalls Vereinfachungen eingeführt. Damit wurden Forderungen der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen aus dem Jahr 2000 umgesetzt und ein rechtssicherer Rahmen für die grenzüberschreitende Patientenmobilität geschaffen.
- Jedoch benötigen die Versicherten Beratung durch ihre Krankenkasse, um unter den drei Handlungsoptionen die jeweils für sie Günstigste wählen zu können. Die Versicherten sind aufzuklären über Risiken jeweiliger Alternativen, z. B. der individuell gewählten Kostenerstattung, wenn sie – evtl. ohne ausreichende Sprachkenntnisse – Gesundheitsleistungen einkaufen, ohne Preis, Qualität und Gewährleistung zu kennen. Hiergegen schützt das Sachleistungsprinzip, das bei der Inanspruchnahme von ausländischen Vertrags-Leistungserbringern im Rahmen der EWG-Verordnungen oder entsprechender Verträge der Krankenkassen Anwendung findet, die Versicherten vor finanziellen Vorleistungen, vor individuellen Preis- und Qualitätsvereinbarungen sowie vor Belastungen durch evtl. nicht erstattungsfähige Kosten. So werden die Nachteile der Kostenerstattung vermieden und es können ggf. Preisvorteile erlangt werden, die auch den Versicherten zugute kommen.
- Um die Versicherten im Hinblick auf eine grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme optimal beraten zu können, ist insbesondere mehr Transparenz bezüglich Art und Umfang der Leistungen sowie der Qualität der medizinischen Leistungen und der Leistungserbringer in den anderen EWR-Staaten erforderlich.

Forderung:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen das Vorhaben der EU-Kommission, im Rahmen des Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit ein umfassendes Gesundheitsinformationssystem aufzubauen. Dieses „Gesundheitsportal“ muss insbesondere auch den Zugang zu allgemeinen und zuverlässigen Informationen bezüglich Art und Umfang der Gesundheitsleistungen sowie der nationalen Qualitätsanforderungen an medizinische Leistungen und Leistungserbringer in den anderen EWR-Staaten gewährleisten.

- Mit der Novellierung der EWG-Verordnungen Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 sollen insbesondere auch die bestehenden Verfahren für den Zugang der Versicherten zu medizinischen Leistungen in anderen Mitgliedstaaten vereinfacht werden. Je nach Ausgestaltung könnten die Neuregelungen aber auch zu Lasten des aushelfenden Krankenversicherungsträgers gehen. Für den Fall, dass ein im Ausland Versicherter zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland einreist, ist zur Inanspruchnahme der entsprechenden Sachleistungen – wie bisher – die Zustimmung des zuständigen Krankenversicherungsträgers erforderlich. Um zu ermitteln, aus welchem Grund der im Ausland Versicherte nach Deutschland eingereist ist und wie lange er beabsichtigt, in Deutschland zu bleiben, hat die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) zusammen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine so genannte „Patientenerklärung“ erarbeitet, die der ausländische Versicherte im Behandlungsfall ausfüllen und unterzeichnen muss. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte es hier auf EU-Ebene eine einheitliche Verfahrensweise geben. Auch für den Fall, dass ein im Ausland Versicherter falsche Angaben gemacht hat, muss der zuständige Krankenversicherungsträger die Möglichkeit haben, seinen Versicherten in Regress zu nehmen. Die Erstattung der vom aushelfenden Krankenversicherungsträger (hier: deutsche Krankenkasse) verauslagten Behandlungskosten muss sichergestellt sein.

Forderung:

Bei der Novellierung der EWG-Verordnungen Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 muss sichergestellt werden, dass die Neuregelungen nicht zu Lasten des aushelfenden Krankenversicherungsträgers gehen. Im Sinne einer EU-weit einheitlichen Verfahrensweise fordern die Spitzenverbände der Krankenkassen:

- auf EU-Ebene abgestimmte Leitlinien bezüglich der Begriffsdefinitionen „medizinisch notwendige“ Sachleistungen und „zum Zwecke der Behandlung“ sowie
 - die Absicherung von Rückforderungen der zuständigen Krankenversicherungsträger gegenüber ihren Versicherten (Regressregelungen).
-
- Der weite Ermessensspielraum, den die Krankenkassen bei der Erteilung der Genehmigung zur grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme nach Art. 22 I c) EWG-Verordnung Nr. 1408/71 haben, wird vielfältig genutzt. Dies geschieht mit Erfolg derzeit bereits im Rahmen mehrerer Modellprojekte in den Grenzregionen („Euregios“), vor allem Deutschlands, der Niederlande und Belgiens. Systematische Erkenntnisse über rechtliche Hindernisse, die insbesondere für aufwändige und umständliche Verfahren verantwortlich sind, aber auch über Versorgungsmöglichkeiten, Leistungsangebote, Leistungserbringer, Kosten, Finanzierung und Qualität stehen noch aus. Solche Erkenntnisse können zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vor allem in den Grenzregionen genutzt werden.

Forderung:

Die EU-Kommission soll baldmöglichst die von ihr geplante Evaluierung der Euregio-Projekte im Gesundheitsbereich vornehmen.

3. Gestaltung der Dienstleistungsmärkte wirft neue Fragen auf

3.1 Aktuelle Entwicklungen

Nachdem nunmehr die rechtlichen Anspruchsgrundlagen der grenzüberschreitenden Leistungsinanspruchnahme weitgehend geklärt sind, steht die Re- und Neuregulierung der Dienstleistungsmärkte im Vordergrund der aktuellen Bemühungen der EU-Kommission. Diese vielfältigen Aktivitäten durch Grünbücher, Weißbücher, Mitteilungen und Richtlinien berühren jeweils wiederum die Gesundheitssysteme und haben damit unmittelbar Konsequenzen auf deren Gestaltung und Entwicklung. Betrachtet man diese Initiativen im Zusammenhang, so lässt sich eine Tendenz der schleichenden Kompetenzerweiterung und Vereinheitlichung feststellen. Angesichts der unveränderten Zuständigkeit der EU-Mitgliedstaaten für die Gestaltung der Gesundheitssysteme gilt es zu prüfen, ob bei diesen Vorschlägen und Initiativen der EU-Kommission ein Regelungsbedarf für den Gesundheitsbereich überhaupt besteht, wie weit er reicht und auf welcher Ebene diese Regelungen unter Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips am besten zu treffen sind. Außerdem ist zu klären, ob zusätzliche Aufwände notwendig und wirtschaftlich zweckmäßig sind und ob auch Versicherte und Patienten tatsächlich von einer weiteren Regelungsdichte profitieren. Im Folgenden ist daher zu prüfen, inwieweit die EU-Mitgliedstaaten den Initiativen der EU-Kommission zur Kompetenzverschiebung in der Gesundheitspolitik entgegensteuern, sie modifizieren oder sinnvolle nationale Regelungen treffen müssen.

3.2 Hochrangiger Reflexionsprozess

Ausgehend vom Lissabon-Prozess und der dortigen Verabredung der europäischen Sozial- und Gesundheitsminister wurde im Jahr 2002 eine so genannte "hochrangige Arbeitsgruppe" ("high level group") eingesetzt, an der auch Nicht-Regierungsorganisationen beteiligt wurden. Ziel war es, mittels eines "Reflexionsprozess auf hoher Ebene" ("high level process") Empfehlungen zur Zukunft des Gesundheitswesens in Europa auszuarbeiten. Dazu zählt auch die Frage, wie die Mobilität von Patienten in Europa im Sinne der Freizügigkeit verbessert werden kann. Die Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung wurden durch *ESIP* (European Social Insurance Partners), einem gemeinsamen Brüsseler Büro von Trägern der Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen, vertreten.

Die Ergebnisse dieser "high level group" sind in der Mitteilung der EU-Kommission "Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union"⁸ vom 20. April 2004 festgehalten. Die darin u. a. enthaltenen Forderungen nach

- Transparenz bei ausländischen Leistungserbringern,
- besserer Evaluation der Euregio-Projekte und
- der Evaluation von Gesundheitstechnologie

werden dabei von der gesetzlichen Krankenversicherung unterstützt. Zur Umsetzung des gesamten geplanten Maßnahmenkatalogs hat die EU-Kommission eine "hochrangige Gruppe für Gesundheitsdienste und medizinische Versorgung" berufen, derzeit ohne Beteiligung der Nicht-Regierungsorganisationen. Dies wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen kritisch bewertet. Eine solche Einbindung ist unerlässlich, will man eine versicherten- und patientenorientierte Gesundheitsversorgung erreichen.

Forderung:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern, dass auch die gesetzliche Krankenversicherung als Vertreter der Versicherten- und Patienteninteressen an der Umsetzung der Ergebnisse dieses Prozesses weiter aktiv beteiligt wird.

3.3 Dienstleistungen im Binnenmarkt

Erklärtes Ziel des Europäischen Rates von Lissabon ist, die EU bis zum Jahr 2010 zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt zu machen. Voraussetzung für dieses ehrgeizige Ziel ist die so genannte Vollendung des Binnenmarktes für Dienstleistungen. Mit der Vorlage eines Richtlinienvorschlags über "Dienstleistungen im Binnenmarkt"⁹ vom 13. Januar 2004 hat die EU-Kommission damit einen weiteren Schritt zur Vollendung des Binnenmarktes eingeleitet. Der Vorschlag zielt dabei vorrangig auf Dienstleistungen und Tätigkeiten von wirtschaftlichem Interesse.

⁸ Mitteilung der EU-Kommission "Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union", KOM(2004) 301 endg. vom 20.04.2004.

⁹ Richtlinienvorschlag der EU-Kommission "über Dienstleistungen im Binnenmarkt", KOM (2004/2) endg. vom 13.01.2004.

Gleichzeitig sind aber auch Dienste von "allgemeinem nicht-wirtschaftlichem Interesse" und hier insbesondere die Systeme der Sozialen Sicherheit – direkt und indirekt – betroffen. Der Vorschlag sieht beispielsweise Maßnahmen zur Beseitigung der Hemmnisse für die Niederlassungsfreiheit und den freien Dienstleistungsverkehr vor. Hierzu zählen z. B. die Einführung eines einheitlichen Ansprechpartners für alle Fragen im Zusammenhang mit der Niederlassungsfreiheit und die Einführung des Herkunftslandsprinzips, demzufolge der Dienstleistungserbringer ausschließlich dem Recht des Herkunftslandes unterliegt. Die Richtlinie greift außerdem erneut (unnötigerweise) in Artikel 23 die Rechtsprechung des EuGH zur grenzüberschreitenden Dienstleistungsinanspruchnahme auf, bestätigt den Genehmigungsvorbehalt für die stationäre Versorgung und definiert diese. Dies ist angesichts nationaler Besonderheiten wie z. B. ambulante und teilstationäre Behandlung im Krankenhaus nicht praktikabel. Daher muss die Definition bzw. Abgrenzung der Krankenhausbehandlung nach dem Recht des Versicherungslandes erfolgen.

In ihrer gemeinsamen Stellungnahme¹⁰ kommen die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung zu dem Ergebnis, dass der Vorschlag nicht mit den nationalen Sicherungssystemen im Einklang steht, deren Ausgestaltung allein in die Kompetenz der EU-Mitgliedstaaten fällt, und sich nicht in das Gefüge bestehender EG-Richtlinien und Verordnungen, insbesondere der Koordinierungsverordnung (EWG) Nr. 1408/71, einpasst.

Forderung:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern:

- zum Schutze der Versicherten eine Meldepflicht für Dienstleistungsausübung im Gesundheitsbereich für Leistungserbringer aus anderen EU-Mitgliedstaaten einzuführen
- eine rechtssichere Abgrenzung zwischen der vorübergehenden Dienstleistungsausübung und der Niederlassung, z. B. durch eine Befristung der Dienstleistungsausübung auf 16 Wochen¹¹,
- die Abgrenzung der Krankenhausbehandlung nach dem Recht des Versicherungsstaates,
- die Erstattung der Kosten auf die Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, maximal aber der Vertragsätze, zu begrenzen.

¹⁰ Gemeinsame Stellungnahme der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung (2004) zu dem Richtlinien-vorschlag der EU-Kommission über "Dienstleistungen am Binnenmarkt" vom 13.01.2004, vorgelegt im April 2004.

¹¹ Analog zum Richtlinien-vorschlag der EU-Kommission über die "Anerkennung von Berufsqualifikationen" – KOM 2002/119 endg. vom 07.03.2002

3.4 Dienstleistungen von allgemeinem Interesse

Mit dem Konzept der "Dienstleistungen von allgemeinem Interesse" postuliert die EU-Kommission das Ziel, jedem Bürger und jedem Unternehmen in der Union effektiv Zugang zu hochwertigen Dienstleistungen zu erschwinglichen Preisen zu ermöglichen. De facto verfolgt die EU-Kommission mit diesem Konzept eine Einordnung der Dienste der Daseinsvorsorge – hierzu zählen u. a. Post und Telekommunikation, Strom, Gas und Wasser, aber auch Sozialversicherungen – in das europäische Wettbewerbs- und Kartellrecht.

Mit dem Weißbuch zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse¹² vom 12.05.2004 legt die EU-Kommission nun ein Papier vor, das die Konkretisierung und einheitliche Anwendung von Dienstleistungen von allgemeinem Interesse auf europäischer Ebene vorsieht. Im Ergebnis würde dies die Ablösung der unterschiedlichen nationalen Einordnungen bedeuten. Mit Inkrafttreten des europäischen Verfassungsvertrags besitzt die EU-Kommission hierzu über Artikel III-122 dann auch eine explizite Rechtsgrundlage, wo es heißt: *"Diese Grundsätze und Bedingungen werden durch Europäisches Gesetz unbeschadet der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten festgelegt..."* Damit würden weitere Kompetenzen auf die europäische Ebene verlagert, wogegen sich die Spitzenverbände der Krankenkassen ausdrücklich ausgesprochen haben.¹³

Gegenüber der letzten Entwurfsfassung, vor allem aber gegenüber dem einschlägigen Grünbuch¹⁴, bedeutet die jetzt vorgelegte Fassung des Weißbuches eine deutliche Verschärfung der Gangart der EU-Kommission. Zwar sieht die EU-Kommission zunächst von einer Rahmenrichtlinie für Leistungen von allgemeinem Interesse ab. Dies kann jedoch nur bei oberflächlicher Betrachtung "beruhigen", denn zum einen hat sie das Thema bis zum Inkrafttreten des europäischen Verfassungsvertrags nur aufgeschoben und zum anderen hat sie spezielle Initiativen für die Sozial- und Gesundheitsdienste angekündigt, die sehr schnell in eine sektorenspezifische Richtlinie einmünden können und dann das Fundament einer europaweiten Liberalisierung dieser Dienste bilden würden – ähnlich wie dies bereits durch die bestehenden sektoriellen Richtlinien für die großen netzgebundenen Dienste in den Bereichen Post, Energie, Fernsehen, Transport usw. geschehen ist.

¹² Weißbuch der EU-Kommission "zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse", KOM (2004) 374 endg. vom 12.05.2004

¹³ Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 04.08.2003 zum Entwurf der europäischen Verfassung vom 18.07.2003

¹⁴ Grünbuch der EU-Kommission "zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse" vom 21.05.2003; KOM (2003) 270 endg.

Diese Maßstäbe in den eher technischen Bereichen können aber nicht in gleicher Weise auf die überwiegend persönlich erbrachten Kranken- und Pflegeleistungen im Gesundheitsbereich übertragen werden, bei denen die individuelle Versorgung von Patienten im Vordergrund steht.

Besondere Aufmerksamkeit verdient die eher beiläufige, in der Sache aber umso gezielter eingestreute Bemerkung, wonach "Inhouse"-Leistungserbringer, z. B. Eigeneinrichtungen, im europäischen Wettbewerb nicht anders zu behandeln sind als jedes andere beliebige Unternehmen. Mit dieser undifferenzierten Liberalisierungsverpflichtung bislang in öffentlicher Regie erbrachter Leistungen stellt die EU-Kommission ein weiteres Mal das zerbrechliche Gleichgewicht zwischen subsidiären und souveränen Gestaltungsmöglichkeiten der EU-Mitgliedstaaten und europäischer Marktordnung auf die Probe. Es zeichnet sich der Wille der EU-Kommission ab, das Terrain der in öffentlicher Eigenregie ausgeübten Befugnisse der EU-Mitgliedstaaten weiter einzugrenzen. Offen ist, ob der Europäische Gerichtshof dieser Rechtsposition folgen würde. Im Fall der beihilferechtlichen Bewertung staatlicher Ausgleichszahlungen für die Erfüllung von Gemeinwohlaufgaben jedenfalls folgte er der Auffassung der EU-Kommission nicht.¹⁵

Forderung:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern Verlässlichkeit und daher die Einhaltung der bestehenden Kompetenzverteilungen von nationaler und europäischer Ebene.

3.5 *EuGH: Krankenkassen sind keine Unternehmen*

Für die Funktionsweise der europäischen Gesundheitsmärkte spielt die Frage eine wichtige Rolle, ob und welche Akteure dem europäischen Wettbewerbs- und Kartellrecht unterworfen sind.

¹⁵ EuGH-Urteil vom 24.07.2003 in der Rechtssache C-280/00 "Altmark Trans"

Der EuGH hat mit Urteil vom 16.03.2004 festgestellt,¹⁶ dass die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände bei der Festsetzung von Arzneimittel-Festbeträgen keine wirtschaftlichen Tätigkeiten ausüben und damit keine Unternehmen sind. Mit diesem Urteil ist der nun seit Jahren anhaltende Rechtsstreit um die Rechtmäßigkeit der Festsetzung der Arzneimittel-Festbeträge endgültig zu Gunsten der Krankenkassen und zum Nutzen der Versicherten und Patienten entschieden worden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen dürfen weiterhin gemeinsam und einheitlich Erstattungshöchstgrenzen für Arzneimittel bestimmen. Sie sind hierbei nicht als Unternehmen oder Unternehmensvereinigungen im wettbewerbs-/kartellrechtlichen Sinne zu betrachten und zwar aus folgenden Gründen:

- Krankenkassen wirken an der Verwaltung des Systems der sozialen Sicherheit mit. Insoweit übernehmen sie eine rein soziale Aufgabe, die auf dem Grundsatz der Solidarität beruht und ohne Gewinnerzielungsabsicht ausgeübt wird (Randnr. 51).
- Sie bieten ihren Mitgliedern im Wesentlichen gleiche Pflichtleistungen an, die unabhängig von der Beitragshöhe sind und können keinen Einfluss auf die Leistungen nehmen (Randnr. 52).
- Die Krankenkassen sind im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zu einer Art "Solidargemeinschaft" zusammengeschlossen (Randnr. 53).
- Die Krankenkassen konkurrieren weder miteinander noch mit den privaten Einrichtungen hinsichtlich der Erbringung der im Bereich der Behandlung oder der Arzneimittel gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen (Randnr. 54).
- Außerdem verfolgen die Krankenkassenverbände bei der Festsetzung von Arzneimittel-Festbeträgen kein eigenes Interesse, das sich vom rein sozialen Zweck der Krankenkassen trennen lässt (Randnr. 61 und 62). Wettbewerbselemente an sich werden nicht per se als Nachweis für das Vorliegen wirtschaftlicher Tätigkeiten gewertet.
- Im Interesse des ordnungsgemäßen Funktionierens des deutschen Systems der sozialen Sicherheit nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit kann Wettbewerb auch allein als Instrument eingesetzt werden, damit Krankenkassen ihre Tätigkeit so effizient und kostengünstig wie möglich ausüben können (Randnr. 56).

¹⁶ EuGH-Urteil vom 16.03.2004 in den verbundenen Rechtssachen C-264/01, C-306/01, C-354/01 und C-355/01, "AOK-Bundesverband u. a./lichthvol-Gesellschaft Cordes. Hermani & Co. u. a."

Insgesamt wird der Schluss gezogen, dass die Tätigkeit der Krankenkassen nicht wirtschaftlicher Art ist und sie keine Unternehmen im Sinne der Artikel 81 und 82 EG-Vertrag sind.

Diese Argumentation lässt sich u. a. auch auf den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen übertragen.

3.6 Vergaberecht

Wird die Frage nach der Unternehmenseigenschaft von Krankenkassen und ihren Verbänden verneint – wie im Falle des Festbetragsurteils – so ist im Rahmen des EU- Wettbewerbsrechts weiterhin zu prüfen, ob die Akteure im Gesundheitsmarkt dem Vergaberecht unterliegen.

Das Vergaberecht umfasst die Gesamtheit aller Regeln und Vorschriften, die öffentlichen Auftraggebern vorschreiben, wie der Einkauf von Gütern und Leistungen zu erfolgen hat. Spezielle Regeln greifen da, wo der Staat im weitesten Sinne als Auftraggeber Leistungen gegen Entgelt in Anspruch nimmt. Das deutsche Vergaberecht ist zweigeteilt: Man unterscheidet zwischen nationaler und europaweiter Vergabe und entsprechend zwischen nationalen Regelungen und solchen, die aus EU-Richtlinien folgen.

Grundsätzlich nicht unter das Vergaberecht fallen die Verträge von Sozialversicherungsträgern (also auch den gesetzlichen Krankenkassen), bei denen die Versicherungsträger nicht die Auswahl haben, mit welchen Anbietern sie kontrahieren. Beispiele für solche Konstellationen, wo kein Wettbewerb von Leistungsanbietern im Hinblick auf Verträge mit Krankenkassen besteht, sind die Kollektivverträge mit ärztlichen Leistungserbringern, Krankenhäusern, Apotheken etc.

- Für Verträge der Sozialversicherungsträger, die unter das Vergaberecht fallen und unterhalb eines Schwellenwertes von 200.000 € (Lieferleistungen und freiberufliche Leistungen) oder 5 Mio. € (Bauleistungen) liegen, gilt die nationale Regelung des § 22 SVHV.¹⁷

¹⁷ Die in § 22 SVHV festgelegte generelle Bereichsausnahme steht in einem Spannungsverhältnis zu § 127 Abs. 2 SGB V, der als *lex specialis* der Regelung in der SVHV vorgeht und somit eine Ausschreibungspflicht für Hilfsmittel normiert.

- Für Verträge, die unter das Vergaberecht fallen und oberhalb der genannten Schwellenwerte liegen, gelten die Regelungen der EG-Richtlinien (Lieferkoordinierungs-Richtlinie, Baukoordinierungs-Richtlinie, Dienstleistungs-Richtlinie), wie sie durch die §§ 97 ff. GWB und den dazugehörigen Regelungen in nationales Recht überführt worden sind.

Nationales Vergaberecht unterhalb der Schwellenwerte:

Grundsätzlich besteht für das Beschaffungswesen der Sozialversicherungsträger die Pflicht zur öffentlichen Ausschreibung von Verträgen über Lieferungen und Leistungen. Eine generelle Bereichsausnahme gilt für alle Verträge, die der Erbringung gesetzlicher oder satzungsmäßiger Versicherungsleistungen dienen.¹⁸ Hierunter fallen alle für Krankenversicherungen typischen Verträge mit Leistungserbringern (also diejenigen, wo Anbieterwettbewerb besteht), z. B. Einzelverträge im Zusammenhang mit Heilmittelanbieter, Verträge mit Dialysezentren. Grund für diese Bereichsausnahme ist, dass in der Sozialversicherung die schnelle und sichere Gewährleistung der angemessenen Versicherungsleistung Priorität haben muss.

Außerdem besteht auch dann keine Pflicht zur öffentlichen Ausschreibung, wenn die Natur des Geschäfts (z. B. wenn es sich um eine ungewöhnlich spezielle Leistung handelt, für die nur einer oder wenige Anbieter in Betracht kommen) oder besondere Umstände (z. B. Eil- oder Notaufträge, die keinen Aufschub dulden) es rechtfertigen. Alle Verträge, für die Ausschreibungspflicht besteht, sind nach der jeweils vorgeschriebenen Vergabeart auszuschreiben.

Europäisches Vergaberecht oberhalb der Schwellenwerte:

Für das europäische Vergaberecht sind folgende Aspekte nacheinander zu prüfen:

1. Überschreitet der Wert eines Auftrages für freiberufliche Leistungen oder Lieferleistungen den Schwellenwert von 200.000 € bzw. bei Bauleistungen von 5 Mio. €?

¹⁸ auf Fußnote 17 wird verwiesen

2. Handelt es sich um einen öffentlichen Auftraggeber nach § 98 GWB?

Ob es sich bei einer gesetzlichen Krankenkasse um einen öffentlichen Auftraggeber im Sinne des § 98 GWB handelt, ist noch nicht höchstrichterlich entschieden. Das Bayerische Oberste Landesgericht hat die AOK Bayern nicht als öffentlichen Auftraggeber angesehen.¹⁹

3. Liegt ein öffentlicher Auftrag nach § 99 GWB vor?

Ein öffentlicher Auftrag liegt immer vor bei entgeltlichen Verträgen zwischen öffentlichen Auftraggebern und Unternehmen über Liefer-, Bau- oder Dienstleistungen oberhalb der Schwellenwerte.

Grundsätzlich nicht als öffentlicher Auftrag gelten Zuständigkeitszuweisungen an Behörden oder Durchführungsorganisationen per Gesetz, Gründungsstatut und öffentlich-rechtlichem Vertrag sowie Aufträge eines öffentlichen Auftraggebers an eine juristische Person des Privatrechts, deren alleiniger Anteilseigner er ist, die er wie eine eigene Dienststelle kontrolliert und die im Wesentlichen für den öffentlichen Auftraggeber tätig ist (Inhouse-Geschäfte).

Damit dürften viele Verträge, die der Erbringung gesetzlicher oder satzungsmäßiger Versicherungsleistungen der Krankenkassen dienen sollen, nicht vom Auftragsbegriff des § 99 GWB erfasst werden. Dient ein öffentlich-rechtlicher Vertrag seiner Funktion nach der Beschaffung von Marktleistungen gegen Entgelt, liegt allerdings doch ein öffentlicher Auftrag vor. Dies wird immer dann anzunehmen sein, wenn die Erbringer der nachgefragten Leistung im Wettbewerb zueinander stehen und die Krankenkasse tatsächlich selbst die Nachfrage nach der Vertragsleistung ausübt. Dies ist insbesondere nicht bei Gesundheitsleistungen der Fall, wenn hier im Vertrag lediglich Qualität und Tarif der Leistung festgelegt werden, die tatsächliche Nachfrage aber von den Versicherten ausgeübt wird und von den Krankenkassen nicht beeinflusst werden kann (Liefer- und Dienstleistungskonzession).²⁰

¹⁹ siehe Beschluss vom 24.05.2004 – Verg. 006/04

²⁰ Die Neufassung des § 127 SGB V im Rahmen des GMG hat in diesem Bereich zahlreiche Fragen aufgeworfen."

Sind diese drei Fragen zu bejahen, muss europaweit nach dem jeweils anzuwendenden Vergabeverfahren ausgeschrieben werden. Für den Gesundheitsbereich ist nach Expertenmeinung davon auszugehen, dass im europäischen Vergaberecht eine generelle Bereichsausnahmeregelung – wie auch im nationalen Recht – vorliegt.²¹

Die geltenden Regelungen des nationalen und europäischen Vergaberechts sind in ihrer Orientierung auf Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit auch bei öffentlicher Nachfrage grundsätzlich sinnvoll und haben sich in der Praxis weitgehend bewährt. Während die Bereichsausnahme für die Erbringung gesetzlicher oder satzungsmäßiger Sozialversicherungsleistungen im nationalen Vergaberecht überwiegend klar und justizierbar formuliert ist, gilt dies nicht in gleichem Maße im europäischen Vergaberecht.

Forderung:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern eine klare und eindeutige Verankerung der Bereichsausnahme für die Sozialversicherungsträger im europäischen Recht. Dies ist umso dringender notwendig, als die EU-Kommission Neuregelungen mit Wirkung auf das Vergaberecht vorbereitet, die neue Unsicherheiten entstehen lassen könnten.

3.7 Öffentlich-private Partnerschaften

Mit dem Grünbuch der EU-Kommission "zu öffentlich-privaten Partnerschaften und den gemeinschaftlichen Rechtsvorschriften für öffentliche Aufträge und Konzessionen"²² vom 30.04.2004 wird von Seiten der EU-Kommission versucht, sowohl die bisher noch nicht erfassten Dienstleistungskonzessionen als auch Inhouse-Geschäfte den Vorgaben zur öffentlichen Auftragsvergabe zu unterwerfen. Es werden Regeln aufgestellt, nach denen öffentliche und private Träger entweder auf Vertragsbasis oder in institutionalisierter Form zusammenwirken können.

²¹ Nach Art. 9 Dienstleistungskoordinerungs-Richtlinie i.V.m. dem Anhang IB und §§ 97 Abs. 1 und Abs. 6, 127 Nr. 6 Abs. 1 i.V.m. § 4 Abs. 1 VgV und § 1 a Nr. 2 Abs. 2 des 2. Abschnitts des Teiles A der VOL/A. Diese Bereichsausnahme gilt nicht, wenn der öffentliche Auftraggeber bei der Beschaffung der betreffenden Leistung eine marktbeherrschende Stellung hat. Auf die Fußnote 17 wird verwiesen.

²² Grünbuch der EU-Kommission "zu öffentlich-privaten Partnerschaften und den gemeinschaftlichen Rechtsvorschriften für öffentliche Aufträge und Konzessionen", KOM(2004) 327 endg. vom 30.04.2004

Dabei steht nicht das Ziel im Vordergrund, der öffentlichen Hand Instrumente zur Verfügung zu stellen, mit denen sie ihre Ziele und Vorstellungen am effizientesten mit Hilfe privater Partner umsetzen kann, sondern es geht wohl darum, die für öffentliche Aufträge geltenden Vergaberichtlinien dann auch auf Dienstleistungskonzessionen, wie z. B. in die ambulante ärztliche Versorgung, zu übertragen.

Zwar gibt es im Gemeinschaftsrecht jenseits der Richtlinien über die Vergabe öffentlicher Aufträge keine spezifischen Regelungen zu öffentlich-privaten Partnerschaften. Damit bewegen sich diese Partnerschaften jedoch keineswegs im rechtsfreien Raum; sie unterliegen bestimmten, aus Artikel 43 bis 49 des EG-Vertrags entnommenen allgemeinen – vom EuGH bestätigten – Grundsätzen, wie Gleichbehandlung, Transparenz, Verhältnismäßigkeit und gegenseitige Anerkennung von Normen, Qualitäten, Zertifikaten usw.²³

Die EU-Kommission sieht es als problematisch an, dass die unmittelbar aus dem EG-Vertrag abgeleiteten Verpflichtungen den EU-Mitgliedstaaten viel Spielraum lassen und zu unterschiedlicher Verfahrenspraxis führen. Dies schaffe Rechtsunsicherheit. Um dem abzuhelpfen, zieht die EU-Kommission einen Legislativvorschlag in Erwägung, der ausführlichere Bestimmungen für die Konzessionsvergabe festlegen würde. Die EU-Kommission überlegt allerdings noch, ob die Erteilung von Konzessionen einem anderen Regelwerk unterworfen werden soll als dem, welches bereits für öffentliche Aufträge gilt. Sie neigt dazu, diese Frage zu verneinen, d. h. sie befürwortet ein einheitliches Regelwerk.

Eine Unterwerfung von Konzessionen unter das Vergaberecht ist insofern überflüssig, als bei Dienstleistungskonzessionen Wettbewerb und gleiche Marktchancen definitionsgemäß gesichert sind. Denn bei Konzessionsverträgen von gesetzlichen Krankenkassen mit Leistungserbringern, die im Wettbewerb zueinander stehen, wird die tatsächliche Nachfrage von den Versicherten ausgeübt, da diese letztendlich entscheiden, welchen Leistungserbringer sie aufsuchen und wo tatsächlich die Leistungsanspruchnahme erfolgt.²⁴ Ein einheitliches europäisches Regelwerk zur Vergabe von Dienstleistungskonzessionen erscheint auch vor dem Hintergrund der bereits geltenden Bestimmungen nicht notwendig.

²³ Urteil in der Rechtssache C-324/98 – "Teleaustria" vom 07.12.2000; dort hat der EuGH festgestellt: "Kraft dieser Verpflichtung zur Transparenz muss der Auftraggeber zu Gunsten potenzieller Bieter einen angemessenen Grad von Öffentlichkeit sicherstellen, der den Dienstleistungsmarkt dem Wettbewerb öffnet und die Nachprüfung ermöglicht, ob die Vergabeverfahren unparteiisch durchgeführt wurden.", vgl. auch den Beschluss des EuGH in der Rechtssache C-358/00, "Buchhändler-Vereinigung/Deutsche Bibliothek – vom 30.05.2002.,. Diese Grundsätze gelten ebenfalls für andere staatliche Akten, durch die einem Dritten eine wirtschaftliche Leistung übertragen wird, beispielsweise für die Aufträge, die vom Geltungsbereich der Richtlinien ausgenommen sind, weil ihr Auftragswert unterhalb der Schwellen liegt, ab denen das abgeleitete Recht gilt (Beschluss des Gerichtshofs in der Rechtssache C-59/00, Vestergaard, vom 03.12.2001)

²⁴ Diese Einschätzung der Anwendung des europäischen Vergaberechts auf die Beschaffungstätigkeit von Krankenkassen wurde auch in einem Workshop zu diesem Thema von namhaften Juristen bestätigt. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen "Zur Anwendbarkeit des Wettbewerbs- und Vergaberechts auf die GKV", Workshop am 07./08.01.2004 in Erkner, Dokumentationsband.

Forderung:

Um Überregulierung zu vermeiden, sollte es für den Gesundheitsbereich bei den geltenden Regeln bleiben.

3.8 Bewertung

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Von Seiten der EU-Kommission werden verschiedene Initiativen zur Vollendung des Binnenmarktes unternommen: Aus unterschiedlichen Ansätzen und Themen lässt sich langsam ein Gesamtbild zusammenfügen:

- Zu befürchten ist, dass die nach wie vor im EG-Vertrag bzw. im europäischen Verfassungsvertrag verankerte nationale Gestaltungskompetenz schleichend durch europäische Regelungen unterlaufen wird.
- Es besteht die Gefahr, dass die europäische Ebene über den Weg verschiedener Initiativen (Richtlinien, Mitteilungen, Grün- und Weißbücher) überflüssige und unnötige Regelungen trifft, ohne dass für die unveränderten der nationalen Gestaltungshoheit unterliegenden Gesundheitssysteme ein Erfordernis besteht oder der EuGH gesetzgeberische Aktivitäten eingefordert hätte.
- So kann eine unnötige Regelungsdichte und dadurch Intransparenz entstehen und – entgegen den Bekundungen der EU-Kommission – neue Bürokratie auf-, statt abgebaut werden.
- Die auf nationaler politisch legitimierte und laut europäischem Verfassungsvertrag auch unzweifelhaft beim EU-Mitgliedstaat angesiedelte Gestaltungshoheit der Gesundheitssysteme darf auf diesem Wege nicht unterlaufen werden.

- Die Vorteile einer solchen Regelungsdichte sind für die Versicherten und Patienten nicht erkennbar. Vielmehr ist zu befürchten, dass bewährte und funktionierende Verfahren durch praxisferne und bürokratische Vorschläge mit erheblichem Umstellungsaufwand sowie durch Verfahren abgelöst werden, die keinerlei Vorteile für Versicherte und Patienten bieten, wohl aber erhebliche Aufwände bei den Kostenträgern produzieren, wie sich am Beispiel der Europäischen Krankenversicherungskarte zeigen lässt.
- Die Entscheidung des EuGH, nach der Krankenkassen und ihre Verbände nicht dem europäischen Wettbewerbsrecht unterliegen, wird von den Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßt. Die Entscheidungsgründe mit dem Fokus auf die Festsetzung von Festbeträgen kann auch auf die Tätigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses übertragen werden. Damit bestätigt sich die Einschätzung der Spitzenverbände der Krankenkassen auf ganzer Linie und das vorteilhafte, selbstverwaltete und staatsferne System der GKV mit einer Steuerung durch die Selbstverwaltung kann seine Europafestigkeit höchststrichterlich belegen.
- Das nationale und europäische Vergaberecht verfolgt – bislang mit gutem Erfolg – das Ziel, in Bereichen, die nicht dem Wettbewerb unterliegen, ein wirtschaftliches Verhalten herzustellen. Die geltenden Bereichsausnahmen für das Gesundheitswesen sind sachgemäß, da sie eine schnelle und sichere medizinische Versorgung sicherstellen.
- Sollte der Gesetzgeber weitere Öffnungen bei der Vertragsgestaltung zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen (z. B. Einzelvertragssystem) beabsichtigen, so muss er dabei die Voraussetzungen des Vergaberechts berücksichtigen.
- Grundsätzlich sehen der EG- Vertrag und der europäische Verfassungsvertrag nach wie vor die nationale Zuständigkeit für die Gestaltung der Gesundheitssysteme vor. Hierfür gibt es gute Gründe, wie die nationalen Präferenzen und historisch gewachsenen Systemunterschiede mit erheblichen strukturellen Unterschieden im Versorgungsangebot und in den Finanzierungsoptionen zeigen.
- Eine Aushöhlung der im EG-Vertrag bzw. europäischen Verfassungsvertrag festgelegten nationalen Gestaltungskompetenz für die Gesundheitssysteme muss verhindert werden. Daher müssen die EU-Mitgliedstaaten den Initiativen der EU-Kommission zur Kompetenzverschiebung in der Gesundheitspolitik entgegensteuern.

- Für den Bereich der Gesundheitssysteme ist gegenwärtig kein weiter gehender Handlungsbedarf – bezogen auf die Weiterentwicklung der Dienstleistungsfreiheiten und europaweiten Vereinheitlichung – erkennbar. Daher sollte unbedingt auf unnötige und überflüssige europäische Regelungen für den Bereich der Gesundheitssysteme, z. B. zu Dienstleistungsfreiheiten, die über die bestehenden hinausgehen, verzichtet werden.
- Jede weitere Regelung muss vor allem daraufhin überprüft werden, was sie für den Versicherten und Patienten tatsächlich an Vorteilen bringt.
- Daher ist es zwingend erforderlich, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen als Nicht-Regierungsorganisationen, als Kostenträger und als Vertreter der Patienteninteressen stärker in die Prozesse auf nationaler und europäischer Ebene eingebunden werden.

4. Offene Methode der Koordinierung und "Straffung"

4.1 Sachstand und Aktivitäten auf europäischer Ebene

Durch den Vertrag von Nizza wurde der EU über die Neufassung des Artikels 137 Abs. 1 k) die Rechtsgrundlage geliefert, die EU-Mitgliedstaaten bei der Modernisierung ihrer Sozialschutzsysteme zu unterstützen. Der Europäische Rat von Lissabon hat hierfür als neues Instrument die "Offene Methode der Koordinierung" (OMK) eingeführt. Sie ist insbesondere für die Politikbereiche von Bedeutung, für die die Union bisher nur sehr eingeschränkt Gesetzgebungsbefugnisse hat bzw. für die im Europäischen Vertragswerk keine Koordinierungsverfahren vorgeschrieben sind. In diesem Zusammenhang ist auch auf den von den Staats- und Regierungschefs im Juni 2004 beschlossenen europäischen Verfassungsvertrag hinzuweisen: Hier wird die "Offene Methode der Koordinierung" erstmalig als offizielles Politikinstrument eingeführt. Konzeptionell umfasst die OMK folgende vier Schritte:

- die Festlegung von gemeinsamen Zielen,
- die gemeinsame Festlegung von Indikatoren und Benchmarks als Mittel für den Vergleich bewährter Praktiken,
- die Umsetzung der Ziele in nationale Politik und
- die regelmäßige Überwachung, Bewertung und Prüfung dieses Prozesses auf Ebene der Gemeinschaft.

Für das Gesundheitswesen und die Altenpflege wurde mit einer Mitteilung der EU-Kommission aus dem Jahr 2001 ein erster Schritt zur Anwendung der OMK auch in diesem Bereich getan, nachdem in den Feldern Beschäftigung, soziale Ausgrenzung und Alterssicherung das Verfahren bereits angewandt wird. In dieser Mitteilung kommt die EU-Kommission zu der Schlussfolgerung, dass im Gesundheitsbereich drei Herausforderungen zu meistern sind: (1) Zugänglichkeit gewährleisten, (2) einen hohen Standard bei Qualität und Angebot garantieren sowie (3) die finanzielle Nachhaltigkeit der Finanzierung des Systems sicherstellen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben seinerzeit in einem Positionspapier²⁵ deutlich gemacht, dass die Zielvorstellungen grundsätzlich zu begrüßen sind, jedoch gravierende methodische Probleme in der Vergleichbarkeit der Daten existieren, die für das Gesundheitswesen wegen historisch gewachsener Systemunterschiede auf Sicht bestehen bleiben werden.

Forderung:

- Um Fehlschlüsse zu vermeiden, sollten politische Schlussfolgerungen seriöserweise nur nach weiter gehender Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung nationaler Besonderheiten abgeleitet werden. Es ist unbedingt erforderlich, die Spitzenverbände der Krankenkassen in die Zielfindung und Indikatorenbildung einzubinden.
- Es dürfen bei dem Prozess der OMK nicht die Kompetenzen der EU-Mitgliedstaaten im Sozialschutzbereich aufgeweicht oder der Grundsatz der Subsidiarität unterlaufen werden. Auch in Zukunft muss jeder EU-Mitgliedstaat – wie im EG-Vertrag und im europäischen Verfassungsvertrag festgelegt – selbst entscheiden, wie gemeinsam definierte Ziele zur Modernisierung der Sozialschutzsysteme zu erreichen sind.

4.2 *Straffung oder Streamlining der OMK*

Am 27.05.2003 hat die EU-Kommission eine Mitteilung zur Stärkung der sozialen Dimension der Lissabonner Strategie veröffentlicht, in der sie eine Straffung ("Streamlining") der OMK im Bereich Sozialschutz vorschlägt.²⁶ Das Mandat hierzu hatte der Europäische Rat auf seiner Frühjahrstagung in Brüssel erteilt. Straffung bzw. Streamlining der OMK – so wie von der EU-Kommission beschrieben – bezieht sich auf die Koordinierungsprozesse in drei Politikbereichen:

- "Koordinierung der Wirtschaftspolitiken der EU-Mitgliedstaaten" mit der "Europäischen Beschäftigungsstrategie",

²⁵ Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Die offene Methode der Koordinierung im Bereich des Gesundheitswesens, Positionspapier, Februar 2002.

²⁶ Mitteilung der EU-Kommission über "Stärkung der sozialen Dimension der Lissabonner Strategie: Straffung der offenen Methode der Koordinierung im Bereich Sozialschutz". KOM (2003) endg. vom 27.06.2003

- Koordinierung der Sozialschutzpolitiken (also zwischen den Themenbereichen "soziale Eingliederung und Bekämpfung der Armut", "Renten", "Gesundheitswesen und Altenpflege" und "Arbeit lohnend machen") sowie
- Koordinierung von Sozialschutzpolitik mit den benachbarten Politikfeldern Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik.

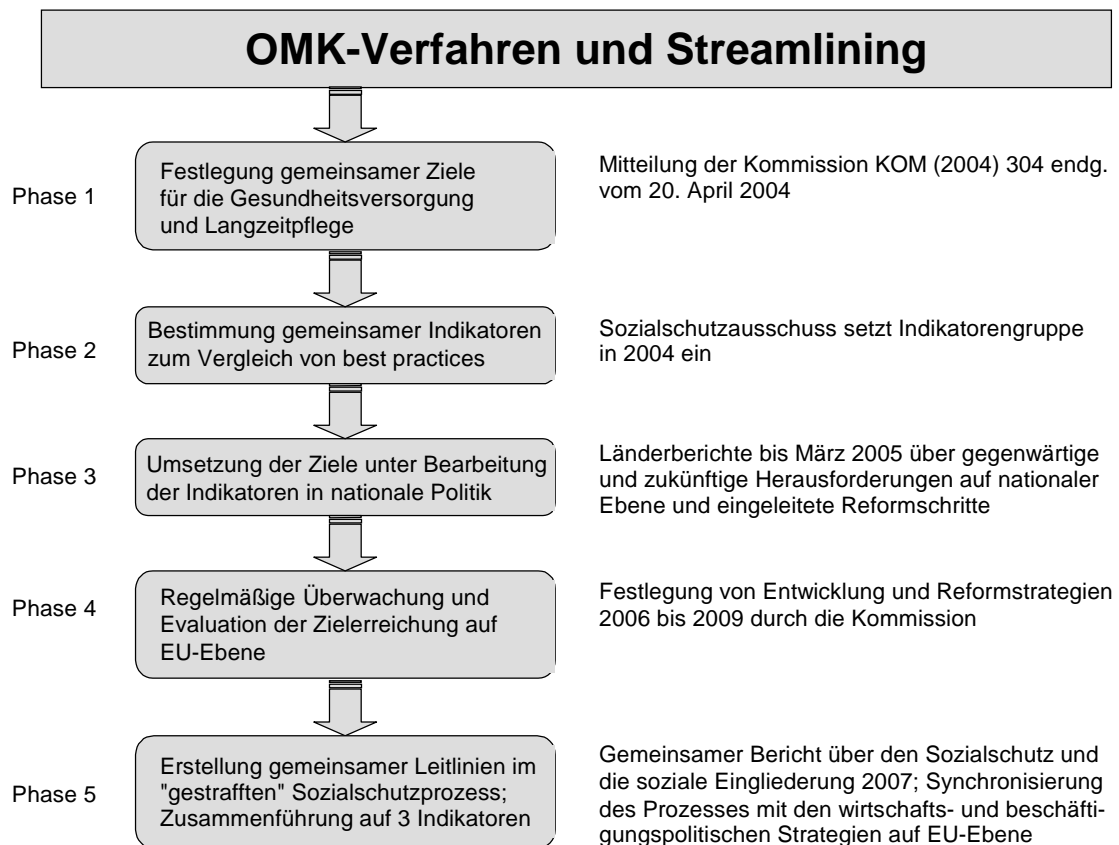
Die Straffung der OMK soll in folgenden Schritten erfolgen:

- Definition gemeinsamer Ziele für die Bereiche "soziale Eingliederung und Bekämpfung der Armut", "Alterssicherung" und "Gesundheitswesen und Altenpflege", die die derzeit bestehenden separaten Zielbündel bzw. begonnenen kooperativen Austauschprozesse ersetzen sollen.
- Die nationalen Berichte sollen in einen einzigen, gemeinsamen Sozialschutzbericht der EU-Kommission und des Rates einfließen.
- Synchronisierung des neuen Prozesses im Bereich Sozialschutz mit den Grundzügen der Wirtschaftspolitik und der europäischen Beschäftigungsstrategie. Das Bündel gemeinsamer Ziele für den Sozialschutzbereich wird mit den im Jahr 2006 zu verabschiedenden Grundzügen der Wirtschaftspolitik und beschäftigungspolitischen Leitlinien abgestimmt und mit diesen eng verzahnt.

Forderung:

Die prozeduralen Voraussetzungen für die Anwendung der OMK sollten unter enger Beteiligung des Rates, der nationalen Parlamente und der Akteure des Sozialschutzbereiches weiter konturiert werden, um sie auf eine breite, demokratische Basis zu stellen und die gesellschaftliche Akzeptanz zu sichern.

Zur besseren Übersicht lässt sich der gesamte Prozess der OMK und der Straffung wie folgt darstellen:



4.3 Umsetzung der Offenen Methode der Koordinierung (OMK) im Gesundheitsbereich

Neben den Initiativen zur Straffung der OMK hat die EU-Kommission jüngst auch ihre Vorstellungen zur konkreten Anwendung der Methode im Gesundheitswesen weiter ausdifferenziert.

In ihrer aktuellen Mitteilung zur "Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege"²⁷ vom 20.04.2004 werden die EU-Mitgliedstaaten nun aufgefordert sicherzustellen, dass ein hochwertiges Pflegeangebot insbesondere dauerhaft Pflegebedürftigen, einkommensschwachen und ethnischen Minderheiten sowie Menschen mit Behinderung zur Verfügung gestellt wird. Ferner werden angemessene Betreuung für Ältere, vor allem in der Koordination zwischen Sozialfürsorge, Grundversorgung und Krankenversorgung, sowie die Förderung von Palliativmedizin und Sterbebegleitung eingefordert. Die Mitgliedstaaten werden ebenso verpflichtet, Zugangsfristen zu verkürzen und – in Anbetracht des bevorstehenden altersbedingten Ausscheidens von medizinischem Fach- und Pflegepersonals – angemessene Vorsorge zu treffen. Die geforderten Maßnahmen sind umfangreich, werden aber lediglich in Form von "Stichworten" – ohne nähere Erklärung oder Definition für den Gesamtzusammenhang – den drei vorgeschlagenen Zielen "Zugang", "Qualität" und "Finanzierbarkeit" zugeordnet und weder reflektiert noch methodisch aufgearbeitet. Diese Zuordnung birgt die Gefahr in sich, dass die vorgeschlagenen Ziele vordefiniert werden und gerade in der Feindefinition der Ziele – im Hinblick auf die Indikatorenbildung – die nötige Sorgfalt der Auswahl vernachlässigt wird.

Zur Verbesserung der Qualität schlägt die EU-Kommission vor, die Verfahren von Evidence-Based-Medicine und von Kosten-Nutzen-Analysen stärker auszubauen und die Prävention im Allgemeinen und am Arbeitsplatz im Besonderen zu fördern. Zusätzlich sollen die Aus- und Weiterbildung der medizinischen Fachkräfte verbessert und die Aufteilung der Finanz- und Humanressourcen auf die Regionen optimiert werden.

Mit Blick auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung wird den Mitgliedstaaten empfohlen, insbesondere die Prävention und Beratung beim Eintritt in die Versorgungskette zu fördern, geeignete Anreize für Patienten und Leistungserbringer zum wirtschaftlichen Umgang mit den Ressourcen zu setzen und einen besseren Wirkungsgrad des Systems durch die Einbeziehung dezentraler Entscheidungsträger in die Gestaltung des Versorgungsangebotes herbeizuführen.

Alle diese Punkte werden nun bei den zukünftigen Reformen in den nationalen Systemen berücksichtigt werden müssen. Im weiteren Prozess sollen die Mitgliedstaaten bis März 2005 Länderberichte über die gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen auf nationaler Ebene sowie die eingeleiteten Reformschritte abgeben.

²⁷ Mitteilung der EU-Kommission "Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die "offene Koordinierungsmethode", KOM (2004)304 endg. vom 20.04.2004

Anschließend will die EU-Kommission diese bei der Erstellung der gemeinsamen Leitlinien im "gestrafften" Sozialschutzprozess berücksichtigen und diese ihrerseits in eine Reihe von Entwicklungs- und Reformstrategien für die Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege 2006 bis 2009 einbeziehen. Das Ergebnis aus Prüfung und Strategie soll im Jahr 2007 in einem gemeinsamen Bericht über den Sozialschutz und die soziale Eingliederung vorgestellt werden

4.4 *Bewertung*

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bekräftigen angesichts der sich verdichtenden Aktivitäten der EU-Kommission ihre grundsätzlichen Positionen zur OMK:

- Die Ziele des allgemeinen Zugangs, der hohen Qualität und der langfristigen, nachhaltigen Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme sind grundsätzlich zu begrüßen und es besteht die permanente Aufgabe, diese miteinander in Einklang zu bringen.
- Die Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele unterliegen in ihrer konkreten Ausgestaltung jedoch der Verantwortung der einzelnen Mitgliedstaaten der EU, die über demokratische Prozesse die jeweils in ihrem Land bestehenden Präferenzen herausgearbeitet und in ihren Gesundheitssystemen umgesetzt haben.
- Soziale Sicherheit ist ureigener Bestandteil eines auf Solidarität und Eigenverantwortung basierenden gesellschaftlichen Konsenses. Sozialschutz darf daher nicht nur als Belastung der öffentlichen Haushalte verstanden werden.
- Kritisch wird der Vorschlag bewertet, ein im Rahmen der Straffung kohärentes Bündel gemeinsamer Ziele über alle Bereiche des Sozialschutzes hinweg ("soziale Eingliederung und Bekämpfung der Armut", "Alterssicherung", "Gesundheitswesen und Altenpflege") zu definieren. Dies beinhaltet die Gefahr, dass der Bereich Gesundheit in Zukunft nur noch unter der Perspektive der Armutsvermeidung und sozialen Eingliederung betrachtet wird, dem dann die finanziellen Aufwendungen gegenübergestellt werden.

Forderung:

Das kohärente Bündel gemeinsamer Ziele über alle Bereiche des Sozialschutzes hinweg muss so formuliert sein, dass Angemessenheit und Qualität von Gesundheitssystemen sinnvoll wiedergegeben werden – und nicht unter dem Blickwinkel der Armutsvermeidung auf ein Mindestmaß an Teilhabe reduziert werden.

- Die Vorstellung der EU-Kommission, die "Gesamtzahl der Indikatoren so gering wie möglich" zu halten, birgt die Gefahr, im Benchmarking der unterschiedlichen Systeme die Ergebnisse unvergleichbar zu machen und damit die zu gewinnenden Erkenntnisse zu verfälschen.

Forderung:

Es sollten für jeden Handlungsbereich so viele valide Indikatoren wie nötig entwickelt werden, um ein adäquates Bild der nationalen Sozialschutzsysteme geben zu können.²⁸

- Die Auswahl der Indikatoren muss der Komplexität der sozialen Sicherungssysteme gerecht werden. Es bedarf daher einer ausreichenden Anzahl valider Indikatoren, die sich ergänzen. Dies gilt umso mehr, als die bisherigen Erfahrungen zur Entwicklung von Indikatoren in den Bereichen "soziale Eingliederung und Bekämpfung der Armut", "Alterssicherung" und "Arbeitsplatzqualität/Arbeitsschutz" klar gezeigt haben, dass hier noch erhebliche Probleme bei der Umsetzung bestehen.

So verdeutlicht zum Beispiel der vorangeschrittene Prozess der Indikatorenbildung im Bereich der OMK in der Alterssicherung, dass die theoretisch anspruchsvollen Maßstäbe für die Indikatorenbildung auf Grund unzureichender Datengrundlagen und Abgrenzungsschwierigkeiten kaum eingehalten werden können.

²⁸ Siehe hierzu auch: Atkinson, Tony et al.: Indicators for Social Inclusion in the European Union. Conference report on "Indicators for Social Inclusion: Making Common EU Objectives Work", Antwerp, September 2001. Hier sei darauf verwiesen, dass der auch von der EU-Kommission in ihrer Mitteilung bezüglich der Datengenerierung erwähnte WHO Health Report 2000 von der Wissenschaft inzwischen als nicht haltbar angesehen wird. Hier hat die Art der Datenerhebung sich als wissenschaftlich nicht valide gezeigt; viele der publizierten Ergebnisse müssen im Nachhinein als verzerrt bzw. falsch bewertet werden. Hier ist jedenfalls ein besonderes Augenmerk auf die methodischen Ansätze zu legen.

Forderung:

Bei der konkreten Ausgestaltung des OMK- und des Straffungs-Prozesses muss ein ausgewogenes Verhältnis zwischen sozialen, fiskalischen und beschäftigungspolitischen Aspekten der Systembewertung sichergestellt werden.

- Da messbare Ergebnisse innerhalb eines bestimmten Zeitplans vorliegen sollen, können nur die bis dahin messbaren Teilbereiche abgebildet werden, was zu einer Schieflage der Gesamtbewertung der Systeme führen wird.

Forderung:

Eine Unterordnung unter eine unrealistische Zeitvorgabe sollte unbedingt vermieden werden, um die Validität und Aussagekraft der Ergebnisse zu erhöhen.

5. Zusammenfassung

Patientenmobilität gewährleistet und rechtssicher ausgestaltet

- Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen das Vorhaben der EU-Kommission, im Rahmen des Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit ein umfassendes Gesundheitsinformationssystem aufzubauen. Dieses „Gesundheitsportal“ muss insbesondere auch den Zugang zu allgemeinen und zuverlässigen Informationen bezüglich Art und Umfang der Gesundheitsleistungen sowie der nationalen Qualitätsanforderungen an medizinische Leistungen und Leistungserbringer in den anderen EWR-Staaten gewährleisten.
- Bei der Novellierung der EWG-Verordnungen Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 muss sichergestellt werden, dass die Neuregelungen nicht zu Lasten des aushelfenden Krankenversicherungsträgers gehen dürfen. Im Sinne einer EU-weit einheitlichen Verfahrensweise fordern die Spitzenverbände der Krankenkassen:
 - auf EU-Ebene abgestimmte Leitlinien bezüglich der Begriffsdefinitionen „medizinisch notwendige“ Sachleistungen und „zum Zwecke der Behandlung“ sowie
 - die Absicherung von Rückforderungen der zuständigen Krankenversicherungsträger gegenüber ihren Versicherten (Regressregelungen).
- Die EU-Kommission soll baldmöglichst die von ihr geplante Evaluierung der Euregio-Projekte im Gesundheitsbereich vornehmen.

Gestaltung der Dienstleistungsmärkte wirft neue Fragen auf

Hochrangiger Reflexionsprozess

- Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern, dass auch die gesetzliche Krankenversicherung als Vertreter der Versicherten- und Patienteninteressen an der Umsetzung der Ergebnisse dieses Prozesses weiter aktiv beteiligt wird.

Dienstleistungen im Binnenmarkt

- Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern:
 - zum Schutze der Versicherten eine Meldepflicht für Dienstleistungsausübung im Gesundheitsbereich für Leistungserbringer aus anderen EU-Mitgliedstaaten einzuführen
 - eine rechtssichere Abgrenzung zwischen der vorübergehenden Dienstleistungsausübung und der Niederlassung z. B. durch eine Befristung der Dienstleistungsausübung auf 16 Wochen²⁹
 - die Abgrenzung der Krankenhausbehandlung nach dem Recht des Versicherungsstaates
 - die Erstattung der Kosten auf die Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, maximal die Vertragssätze, zu begrenzen.

Dienstleistungen von allgemeinem Interesse

- Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern Verlässlichkeit und daher die Einhaltung der bestehenden Kompetenzverteilungen von nationaler und europäischer Ebene.

Vergaberecht

- Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern eine klare und eindeutige Verankerung der Bereichsausnahme für die Sozialversicherungsträger im europäischen Recht. Dies ist umso dringender notwendig, als die EU-Kommission Neuregelungen mit Wirkung auf das Vergaberecht vorbereitet, die neue Unsicherheiten entstehen lassen könnten.

Öffentlich-private Partnerschaften

- Um Überregulierung im Bereich der öffentlich-privaten Partnerschaften zu vermeiden, sollte es für den Gesundheitsbereich bei den geltenden Regeln bleiben.

²⁹ Analog zum Richtlinienvorschlag der EU-Kommission über die "Anerkennung von Berufsqualifikationen" KOM 2002/119 endg. vom 07.03.2002

Offene Methode der Koordinierung und "Straffung"

- Um Fehlschlüsse im Rahmen der offenen Methode der Koordinierung zu vermeiden, sollten politische Schlussfolgerungen seriöserweise nur nach weiter gehender Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung nationaler Besonderheiten abgeleitet werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen halten eine Einbindung in die Zielfindung und Indikatorenbildung für unbedingt erforderlich.
- Es dürfen bei dem Prozess der OMK nicht die Kompetenzen der EU-Mitgliedstaaten im Sozialschutzbereich aufgeweicht oder der Grundsatz der Subsidiarität unterlaufen werden. Auch in Zukunft muss jeder EU-Mitgliedstaat – wie im EG-Vertrag und im europäischen Verfassungsvertrag festgelegt – selbst entscheiden, wie gemeinsam definierte Ziele zur Modernisierung der Sozialschutzsysteme zu erreichen sind.
- Die prozeduralen Voraussetzungen für die Anwendung der OMK sollten unter enger Beteiligung des Rates, der nationalen Parlamente und der Akteure des Sozialschutzbereiches weiter konturiert werden, um sie auf eine breite, demokratische Basis zu stellen und die gesellschaftliche Akzeptanz zu sichern.
- Das im Rahmen der Straffung der OMK vorgesehene kohärente Bündel gemeinsamer Ziele über alle Bereiche des Sozialschutzes hinweg muss so formuliert sein, dass Angemessenheit und Qualität von Gesundheitssystemen sinnvoll wiedergegeben werden – und nicht unter dem Blickwinkel der Armutsvermeidung auf ein Mindestmaß an Teilhabe reduziert werden.
- Es sollten für jeden Handlungsbereich der OMK so viele valide Indikatoren wie nötig entwickelt werden, um ein adäquates Bild der nationalen Sozialschutzsysteme geben zu können.
- Bei der konkreten Ausgestaltung des OMK- und des Straffungs-Prozesses muss ein ausgewogenes Verhältnis zwischen sozialen, fiskalischen und beschäftigungspolitischen Aspekten der Systembewertung sichergestellt werden.
- Eine Unterordnung unter eine unrealistische Zeitvorgabe sollte unbedingt vermieden werden, um die Validität und Aussagekraft der Ergebnisse zu erhöhen.

Anhang

Stellungnahmen/Positionspapiere

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

2003 August

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen zum europäischen Verfassungsentwurf. Schreiben vom 4. August 2003 an die zuständigen Bundes- und Länderministerien und die gesundheitspolitischen Sprecher der Fraktionen.

2002 Mai

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen *"Handlungsrahmen für die Weiterentwicklung der GKV in Europa"*

2002 Februar

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen *"Die offene Methode der Koordinierung im Bereich des Gesundheitswesens"*

2000 November

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen *"Stellungnahme zum Fragebogen des Bundesministeriums für Gesundheit über die Einflüsse der EU auf das Gesundheitswesen in Deutschland"*

2000 August

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen *"Strategischer Umgang der GKV mit den aktuellen europarechtlichen Entwicklungen – Herausforderung Europa annehmen und gestalten"*

2000 April

Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen *"zur Diskussion um den Entwurf eines Festbetrags-Neuordnungsgesetzes (FNG)"*

1999 März

Erweiterte Arbeitsgruppe der Spitzenverbände der Krankenkassen *"Strategischer Umgang mit den EuGH-Urteilen Kohl/Decker-Urteile vom 28. April 1998"*

Deutsche Sozialversicherung Europavertretung (DSV)***2004 August**

Stellungnahme der DSV zu den Mitteilungen der EU-Kommission

"Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union" [KOM(2004)301] und

"Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die offene Methode der Koordinierung" [KOM(2004)304]

vom 20. April 2004

Joint position paper to the Kommunikation from the European Commission *"Reaction to the high-level reflection process an patient mobility and the health care develepments in the European Union"*

and

"Modernising social protection for the development of high quality, accessible and sustainable healthcare and long-term care: support for the national strategies using the open method of coordination"

2004 April

Stellungnahme der DSV zum Richtlinienvorschlag der Europäischen Kommission *"über Dienstleistungen im Binnenmarkt"* vom 13. Januar 2004 [KOM(2004)2 endg.]

Joint position Paper to the Proposal from the European Commission for a Directive on *"Services in the Internal Market"* dated 13 January 2004

2003 September

Stellungnahme der DSV zum Grünbuch der Europäischen Kommission *"Zu Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse"* vom 21. Mai 2003 [KOM(2004)270 endg.]

2002 Juli

Stellungnahme der DSV zum Verfassungsentwurf *"Europäische Verfassungsdebatte und EU-Sozialmodell, Vorschläge an den europäischen Konvent zur Zukunft Europas"*

Joint Position Paper *"Debating a European Constitution in the light of the European Social Model, Proposals to the European Convention on the Future of Europe"*

2002 Mai

Stellungnahme der DSV *"Zur Offenen Methode der Koordinierung im Bereich der Sozialversicherung"*

Position Paper *"The Open Method of Coordination in the field of Social Insurance"*

* Mitglieder der DSV sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Bundesverband der Unfallkassen und der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

2000 Februar

Positionspapier der DSV "*Verankerung der Organisation der Sozialversicherung in den Europäischen Verträgen*"

1996 Oktober

Stellungnahme der DSV zur Mitteilung der EU-Kommission "über die Zukunft des Sozialschutzes – ein Rahmen für eine Europäische Debatte", vorgelegt im April 1996 [KOM(95)466]

Euroforum Soziale Krankenversicherung****2004 April**

Submission of the Medicines Evaluation (MEDEV) Committee *** regarding the Commission consultation on a draft proposal for a European Parliament and Council Regulation (EC) on medicinal products for paediatric use

2004 März

Stellungnahme des Euroforums Soziale Krankenversicherung zum Thema "Straffung der Offenen Methode der Koordinierung im Bereich Sozialschutz"

2003 November

Position of the European Social Health Insurance Forum on the Council Common Position towards adopting: *"a Regulation of the European Parliament and of the Council laying down Community procedures for the authorisation and supervision of medicinal products for human and veterinary use and establishing a European Medicines Agency (EMA)"* (10949/03 – 2001/0252 (COD))

and

"a Directive of the European Parliament and of the Council amending Directive 2001/83/EC on the Community code relating to medicinal products for human use" (10950/03 – 2001/0253(COD))

2002 Juni

Stellungnahme des Euroforums Soziale Krankenversicherung *"zur Reform der pharmazeutischen Gesetzgebung in der EU"*

Position Paper European Social Health Insurance Forum *"the reform of EU pharmaceutical legislation"*

1999 August

Bericht der Arbeitsgruppe *"Auswirkungen des Wirtschafts- und Wettbewerbsrechts der EG auf die soziale Krankenversicherung"* des Euroforums Soziale Krankenversicherung

** Mitglieder im Euroforum Soziale Krankenversicherung sind: AOK Bundesverband (D), Bundesknappschaft (D), Bundesverband der Betriebskrankenkassen (D), Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (D), Caisse Nationale d'Assurance-Maladie des salariés – sécurité sociale (F), College voor Zorgverzekering (NL), Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (D), Europavertretung der deutschen Sozialversicherung (B), Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (A), IKK-Bundesverband (D), Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (B), santésuisse (CH), See-Krankenkasse (D), Union des Caisses de Maladie (L), Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (D).

*** MEDEV ist eine Arbeitsgruppe des Euroforums Soziale Krankenversicherung

Weitere**1998**

Bericht der gemeinsamen Arbeitsgruppe der Länder Brandenburg, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und des Saarlandes, der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Bundesministeriums für Gesundheit zu den *"Auswirkungen der Rechtsprechung des EuGH zur Erstattung von Kosten für Medizinprodukte und Behandlungen im EU-Ausland durch nationale Krankenversicherungsträger"*

Links:

www.g-k-v.de

www.deutsche-sozialversicherung.de

<http://europa.eu.int>