

DEUTSCHE SOZIALVERSICHERUNG  
ARBEITSGEMEINSCHAFT EUROPA e.V.  
*MAISON EUROPEENNE 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)



***Richtlinienvorschlag der Europäischen  
Kommission vom 2. Juli 2008  
über die Ausübung der Patientenrechte in der  
grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung***

***[KOM(2008) 414 endgültig]***

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

**vorgelegt am 2. September 2008**

**Gemeinsame Stellungnahme  
der Spitzenorganisationen  
der Deutschen Sozialversicherung**

**vorgelegt am 2. September 2008**

Die Deutsche Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa e.V. (DSVAE) ist ein Zusammenschluss der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung (DSV). Sie unterhalten seit 1993 eine gemeinsame Europavertretung in Brüssel. Die Einrichtung hat die Aufgabe die Sparten der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung über alle relevanten Entwicklungen des europäischen Einigungsprozesses zu informieren und deren Interessen auf europäischer Ebene zu vertreten. Ferner sorgt sie dafür, dass das Fachwissen der DSV und die sie tragenden Prinzipien der Solidarität und Staatsferne wirkungsvoll in die gemeinschaftliche Politikbildung einfließen.

-----

## **Allgemeine Anmerkungen**

Mit der Vorlage des Richtlinienentwurfs über „die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ [KOM(2008) 414 endgültig] tritt die Diskussion um die so genannte „Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie“ in ein weiterführendes Stadium. Der Richtlinienentwurf zielt darauf ab, einen „spezifischen Gemeinschaftsrahmen für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ zu schaffen, der zusätzlich „gemeinsame Grundsätze in allen EU-Gesundheitssystemen“ und eine „europäische Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung“ umfasst.

Ein zentraler Bestandteil des Richtlinienvorschlags ist, dass Patienten medizinische Leistungen im EU-Ausland genehmigungsfrei in Anspruch nehmen können und dafür eine Kostenerstattung in der Höhe erhalten, wie dies bei einer Behandlung im eigenen Land der Fall gewesen wäre.

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung haben jedoch bereits in den vergangenen Stellungnahmen<sup>1</sup> die Meinung vertreten, dass keine Notwendigkeit besteht, neben dem nationalen Recht und der VO (EWG) Nr. 1408/71 bzw. der VO (EG) Nr. 883/04 weitere Rechtsquellen auf europäischer Ebene zu schaffen. Zu Recht räumt der Richtlinienentwurf den genannten Verordnungen ausdrücklich den Vorrang ein. Es stellt sich jedoch die Frage, ob bestimmte, derzeit im Richtlinienentwurf behandelte Sachverhalte nicht auch innerhalb der o. g. Verordnungen geregelt werden könnten. Dies ist hinsichtlich ergänzender Erstattungen auch bereits geschehen. Alle Mitgliedstaaten können nationale Regelungen für ihre Bürger treffen, die die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) in nationales Recht umsetzen. In Deutschland ist dies bereits im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2004 geschehen (§ 13 Abs. 4 - 6 Sozialgesetzbuch V). Demnach können gesetzlich Krankenversicherte auch auf Basis der Kostenerstattung ambulante Leistungen und – bei vorheriger Genehmigung – auch Krankenhausbehandlung im EWR-Ausland<sup>2</sup> und in der Schweiz in Anspruch nehmen. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber für die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit geschaffen, Verträge mit Leistungserbringern im EWR-Ausland und in der Schweiz direkt zu schließen. Deshalb unterstützen die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung die Forderung nach der Übernahme dieser Rechte in den Mitgliedstaaten, wo es bisher noch nicht geschehen ist.

---

<sup>1</sup> Vgl. beispielsweise Gemeinsame Stellungnahme der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung vom 20. Dezember 2006 zur Mitteilung der Europäischen Kommission „Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“ vom 26. September 2006.

<sup>2</sup> EWR = Europäischer Wirtschaftsraum, d.h. 27 EU-Staaten sowie Island, Liechtenstein und Norwegen.

Der Richtlinienvorschlag geht jedoch insbesondere bei der Definition der stationären Behandlung sowie bei der Gestaltung der Vorabgenehmigung für Krankenhausbehandlung über die bisherige Rechtsprechung des EuGH zur Patientenmobilität hinaus.

Ferner spricht er der Kommission Kompetenzen zu, die originär in die nationale Zuständigkeit der Mitgliedstaaten fallen, insbesondere die Festlegung einer Liste von Spezialbehandlungen sowie die vorgesehene Liste spezifischer Kriterien und Bedingungen, die die Europäischen Referenznetze erfüllen müssen.

## **Anmerkungen im Einzelnen**

### **Artikel 3 - Verhältnis zu anderen Gemeinschaftsvorschriften - in Verbindung mit Punkt 3 a) der Begründung und Erwägungsgrund (12)**

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung nehmen positiv zur Kenntnis, dass der Richtlinienentwurf in Artikel 3 die Subsidiarität der Bestimmungen der Richtlinie gegenüber denen der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bzw. der Verordnung (EG) Nr. 883/04 klarstellt.

Denn laut Richtlinienentwurf sollen durch das Kostenerstattungsverfahren weder Anreize geschaffen werden, Patienten aus dem Ausland den inländischen Patienten vorzuziehen, noch Investitionen in das Gesundheitssystem gefährdet sein. Gesundheitsdienstleister würden „durch nichts in der Richtlinie verpflichtet, Patienten aus anderen Mitgliedstaaten für eine geplante Behandlung zu akzeptieren oder bevorzugt zu behandeln, wenn sich dadurch Nachteile für andere Patienten mit ähnlichen Gesundheitsbedürfnissen ergeben, etwa durch längere Wartezeiten für eine Behandlung“ (Erwägungsgrund Nr. 12).

Zu beachten ist, dass Patientenmobilität derzeit vorwiegend auf der Basis der Europäischen Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card - EHIC) für medizinische Notfallbehandlungen und des Formulars E 112 für geplante medizinische Behandlung im Ausland stattfindet, also im Rahmen der VO (EWG) Nr. 1408/71. Die in diesem Zusammenhang entstandenen Behandlungskosten werden zwischen dem Krankenversicherungsträger des Behandlungsstaates und dem des Versicherungsstaates des Patienten abgerechnet, so dass der Patient nur die im Behandlungsstaat vorgesehenen Zuzahlungen finanziell selbst zu tragen braucht.

Daher ist davon auszugehen, dass die Patientenmobilität, die auf Basis des im vorliegenden Richtlinienvorschlag beschriebenen Kostenerstattungsverfahrens erfolgt, in der Praxis auch weiterhin nur eine Ergänzung zum bestehenden Verfahren der VO (EWG) Nr. 1408/71 ist - nicht aber eine gleichwertige Alternative. Grundsätzlich ist dem in der VO (EWG) Nr. 1408/71 geregeltem „Verfahren der Leistungsaushilfe“ der Vorzug zu geben. Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung sehen deshalb bei der Patientenmobilität das primäre Ziel in der Durchsetzung der VO (EWG) Nr. 1408/71 sowie in der Analyse und Behebung der dabei auftretenden Schwierigkeiten in der Praxis.

So häufen sich in den letzten Monaten zunehmend die Beschwerden von Versicherten, dass die von ihnen vorgelegte Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) im Behandlungsfall nicht von den Leistungserbringern akzeptiert wird. Der Grund hierfür liegt in vielen Fällen darin, dass die Versicherten gar nicht erkennen können (z.B. wegen fremder Sprache), ob es sich um einen Vertragsleistungserbringer handelt, der daher verpflichtet ist, die Leistungsinanspruchnahme auf Basis der EHIC zu gewährleisten. Die Versicherten nehmen in Unkenntnis dieser Tatsache die Leistungen in Anspruch und werden dann mit Privatrechnungen konfrontiert, die sofort zu bezahlen sind und oft ein Vielfaches dessen betragen, was bei einer Verrechnung über die VO (EWG) Nr. 1408/71 abgerechnet worden wäre. Nach ihrer Rückkehr in ihren zuständigen Versicherungsstaat stellen diese Versicherten dann fest, dass der von der Krankenkasse erstattete Betrag oft nur einen Bruchteil der tatsächlich aufgewendeten Kosten beträgt, was zur Verärgerung seitens der Betroffenen und zu negativen Schlagzeilen in den Medien geführt hat.

Dieses Problem der Nichtanerkennung der EHIC könnte sich bei Inkrafttreten der Richtlinie noch verschärfen. Der ausländische Patient kann zwar entscheiden, welchen Mechanismus - Leistungsaushilfe im Rahmen der VO (EWG) Nr. 1408/71 oder Kostenerstattung - er bevorzugt (Erwägungsgründe Nr. 20 - 22; Artikel 3). Bisherige Erfahrungen zeigen jedoch, dass in Einzelfällen Vertragsleistungserbringer eine von ausländischen Patienten vorgelegte gültige EHIC nicht akzeptieren, sondern diese dazu drängen, die Behandlung auf Basis der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, um höhere Erstattungssätze im Rahmen der Privatliquidation realisieren zu können. Andernfalls müssten die Leistungserbringer nämlich entsprechend den Bestimmungen der VO (EWG) Nr. 1408/71 die (niedrigeren) inländischen Vertragssätze mit der vom ausländischen Patienten gewählten gesetzlichen Krankenkasse abrechnen; der ausländische Patient müsste nur die nach dem Recht des Behandlungsstaates vorgesehenen Zuzahlungen finanziell selbst tragen.

Von daher sehen die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung die Gefahr, dass die - in vielen Fällen bei vorübergehendem Aufenthalt im EU-Ausland für die Patienten - günstigeren Regelungen der VO (EWG) Nr. 1408/71 langfristig konterkariert bzw. unterlaufen werden. Das Problem der Nichtanerkennung der EHIC muss auf europäischer Ebene gelöst werden. Deshalb haben die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung gemeinsam mit den Spitzenorganisationen der sozialen Sicherheit aus 13 anderen EWR-Staaten im Rahmen der diesem Richtlinienentwurf von der EU-Kommission vorgeschalteten öffentlichen Konsultation gefordert<sup>3</sup>, dass Leistungserbringer, die bereit und verpflichtet sind, die Leistungsaushilfe über die EHIC

---

<sup>3</sup> Vgl. Joint Position Paper of the European Social Insurance Platform - ESIP (Submitted 30 January 2007) - Consultation regarding Community action on health services - European Commission Communication of 26 September 2006.

abzurechnen, eine Kennzeichnung, z.B. ein Symbol der EHIC im Eingangsbereich der Praxis, anbringen (ähnlich wie bei Kreditkarten in Handel und Gaststätten). Dadurch wäre allen Betroffenen - Versicherten und Leistungserbringern - klar, dass die EHIC akzeptiert wird und die Grundlage für eine Verrechnung im Wege der VO (EWG) Nr. 1408/71 darstellt, so dass keine Privatrechnungen in Rechnung gestellt werden. Eine entsprechende Grundlage könnte im Rahmen der derzeitigen Reform der Durchführungs-VO (EG) Nr. 574/72 geschaffen werden.

#### **Artikel 4 – Begriffsbestimmungen**

Artikel 4 definiert die im Richtlinienentwurf verwendeten zentralen Begriffe wie z.B. „Versicherungsmitgliedstaat“ (vgl. Art. 4 lit. h).

Der Richtlinienentwurf berücksichtigt in seiner derzeitigen Fassung den Personenkreis der sog. „Wohnsitzausländer“ nicht. Diese große Gruppe von Personen setzt sich zusammen aus

- Grenzgängern, die in einem EU-Staat wohnen und in einem anderen ihrer Arbeit nachgehen und
- Rentnern, die in einem oder mehreren EU-Staaten Rentenansprüche erworben haben, aber in einem anderen wohnen (z.B. deutsche Rentner, die in Spanien wohnen).

Der Richtlinienentwurf geht offensichtlich davon aus, dass der Wohnstaat auch immer der zuständige Staat bzw. der Versicherungsstaat ist. Dies trifft jedoch auf die vorgenannten „Wohnsitzausländer“ nicht zu; sie sind in dem EU-Staat versichert, in dem sie beschäftigt sind oder aus dem sie ihre Rente erhalten.

Wesentlich ist deshalb, dass konform zur VO (EG) Nr. 883/04 auch in der Richtlinie sichergestellt wird, dass der Krankenversicherungsträger am Wohnort des Rentners die Kosten zu tragen hat, die für eine gezielt gesuchte Behandlung in einem dritten EU-Mitgliedstaat anfallen, wenn der Krankenversicherungsträger am Wohnort (sog. aushelfender Träger) eine pauschale Vergütung für die Betreuung des Rentners vom Krankenversicherungsträger des Versicherungsstaates (sog. zuständiger Träger) erhält. Erfolgt diese Klarstellung nicht, besteht die Gefahr, dass dies zu Lasten des Versicherten geht, der unter evtl. Kompetenzstreitigkeiten zwischen dem zuständigen Träger und dem

des Wohnorts zu leiden hätte. Außerdem bestünde die Gefahr, dass der zuständige Träger übermäßig belastet würde (Doppelzahlungen).

Bei Grenzgängern hat nach den Bestimmungen der VO (EG) Nr. 883/04 der Krankenversicherungsträger des Beschäftigungsstaates die Kosten zu tragen, die im Rahmen einer gesuchten Behandlung in einem Drittstaat anfallen.

Da der Personenkreis der „Wohnsitzausländer“ sehr groß ist, müssen ihre Belange berücksichtigt und geregelt werden. Dies könnte durch folgende Ergänzung des Artikels 4 der Richtlinie erreicht werden:

„Gilt in Anwendung der Artikel 22 Absatz 3 Unterabsatz 2 VO (EWG) Nr. 1408/71, Artikel 20 Absatz 4 VO (EG) Nr. 883/04 bzw. Artikel 27 Absatz 5 der Träger des Wohnorts als zuständiger Träger, so gilt der Wohnstaat als Versicherungsmitgliedstaat“.

Diese „technische“ Formulierung bezweckt, dass der Krankenversicherungsträger des Wohnortes dann für Kosten in dritten Mitgliedstaaten aufzukommen hat, wenn dies auch nach der VO (EWG) Nr. 1408/71 bzw. der VO (EG) Nr. 883/04 so vorgesehen ist. Dies gilt insbesondere für die im EU-Ausland wohnenden Rentner.

## **Artikel 5 – Zuständigkeit der Behörden des Behandlungsmitgliedstaats**

Artikel 5 sieht vor, dass die Mitgliedstaaten unter Beachtung der Grundsätze Universalität, Zugang zu hochwertiger Versorgung, Gleichbehandlung und Solidarität klare Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gesundheitsversorgung „unter Berücksichtigung der internationalen Medizinwissenschaft und allgemein anerkannter medizinischer Praxis“ in ihrem Hoheitsgebiet festlegen und Überwachungsmechanismen für die Erreichung dieser Standards einführen. Dies entspricht in Deutschland der gängigen Praxis und ist positiv zu bewerten.

Klärungsbedarf besteht aus Sicht der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung jedoch im Hinblick auf die Formulierung des Artikels 5 Absatz 3: „Soweit dies notwendig ist, um die Erbringung grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen zu erleichtern, erarbeitet die Kommission ... in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten Leitlinien, um die Durchführung des Absatzes 1 zu erleichtern.“ Während Absatz 1 des Artikels ein klares Bekenntnis der Kommission zur Achtung des Subsidiaritätsprinzips ist, stellt die Formulierung des Absatzes 3 nach Ansicht der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung einen nicht notwendigen und

unverhältnismäßigen Eingriff in die nationale Gestaltungskompetenz der Mitgliedstaaten dar und ist abzulehnen. Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung sprechen sich deshalb dafür aus, den dritten Absatz aus Artikel 5 des Richtlinienentwurfs zu streichen.

### **Artikel 6 – Gesundheitsdienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat**

Artikel 6 regelt, unter welchen Voraussetzungen und bis zu welcher Höhe die Kosten für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung bei Anwendung dieser Richtlinie erstattet werden. Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung nehmen positiv zur Kenntnis, dass die Mitgliedstaaten nach Absatz 3 – wie vom EuGH ausgeführt - dieselben Bedingungen, Anspruchskriterien und regulatorischen und administrativen Verfahren für die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung und die Erstattung der Kosten für diese Behandlung vorschreiben können, die sie für die gleiche oder ähnliche Gesundheitsversorgung im eigenen Hoheitsgebiet vorschreiben würden.

Die Bestimmung zur Kostenerstattung in Artikel 6 entspricht den Regelungen, wie sie bereits im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes zum 01. Januar 2004 in deutsches Recht umgesetzt worden sind. Insbesondere bestätigt Absatz 3 die Praxis der deutschen gesetzlichen Krankenkassen, dass Versicherte auch bei einer Leistungsanspruchnahme im EU-Ausland die deutschen Leistungsvoraussetzungen (z.B. genehmigter Heil- und Kostenplan bei Zahnersatz, Antragsverfahren, Einschaltung des Medizinischen Dienstes) erfüllen müssen. Im Zuständigkeitsbereich der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung muss z.B. unter dem Gesichtspunkt der Prüfung einer frühzeitigen Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation in ambulanten Fällen zunächst ein Spezialist aufgesucht werden, der so genannte „Durchgangsarzt“, der den weiteren Behandlungsverlauf steuert. Schwere Verletzungen nach Arbeitsunfällen dürfen nur in besonders qualifizierten und eigens zugelassenen Krankenhäusern behandelt werden.

### **Artikel 8 Absatz 1 – Begriffsbestimmung Krankenhausbehandlung**

In der Richtlinie wird zwischen „ambulanter Behandlung“ und „Krankenhaus- und Spezialbehandlung“ unterschieden. In diesem Zusammenhang wird „Krankenhausbehandlung“ als Krankenhausaufenthalt mit mindestens einer Übernachtung definiert. Krankenhausbehandlungen gleichgestellt werden sollen darüber hinaus noch

festzulegende Spezialbehandlungen. Die Kommission strebt an, eine Liste solcher Spezialbehandlungen zu erstellen, die regelmäßig aktualisiert werden soll.

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung sind der Auffassung, dass ebenso wie hinsichtlich des Leistungsumfangs, der nationalen Genehmigungserfordernisse und der Erstattungsätze auch die Definition der Leistungsart (ambulant, stationär) dem Versicherungsstaat obliegt. Es widerspricht dem hier handlungsleitenden Grundsatz der Subsidiarität (Artikel 5 EGV), wenn solche wesentlichen Begriffe auf europäischer Ebene definiert werden. Der Eingriff in die Zuständigkeit des Versicherungsstaates durch die vorgeschlagene Definition des Begriffs Krankenhausbehandlung wird daher abgelehnt. Die entsprechende Regelung ist aus dem Richtlinienvorschlag zu streichen.

Dies gilt auch für den Katalog von Spezialbehandlungen mit Genehmigungsvorbehalt, den die Kommission aufstellen möchte. Eine Festlegung von Versorgungsangeboten bzw. Einzelleistungen in einer derartigen Detailtiefe, wie sie ein solcher Katalog darstellen würde, greift tief in die Organisation der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten ein und ist daher ebenfalls entschieden abzulehnen. Im Übrigen kann eine EU-weite homogene Anwendung sowohl der Krankenhausdefinition als auch der Liste von Spezialbehandlungen mit Genehmigungsvorbehalt aufgrund der heterogenen Versorgungsstrukturen und der unterschiedlichen Finanzkraft der Mitgliedstaaten ohnehin nicht gewährleistet werden. Die Auffassung der Mitgliedstaaten darüber, welche Spezialbehandlungen in eine solche Liste aufgenommen werden sollten, werden innerhalb der Mitgliedstaaten stark differieren.

Eine Einigung auf eine europaweit einheitliche Definition einer Krankenhausbehandlung und eine europaweit einheitliche Liste von Spezialbehandlungen ist daher weder praktikabel noch mit den Grundsätzen der Subsidiarität zu vereinbaren. Vorgeschlagen wird deshalb, dass jeder Mitgliedstaat eine Liste mit Spezialbehandlungen erstellt und diese nationale Liste dann veröffentlicht. Denkbar wäre auch, dass die Kommission diese nationalen Listen ebenfalls in ihrem EU Gesundheitsportal veröffentlicht.

### **Artikel 8 Absatz 3 – Vorabgenehmigung für stationäre Behandlung**

Artikel 8 Absatz 3 ermöglicht den Mitgliedstaaten, ein System der Vorabgenehmigung für stationäre Behandlungen unter bestimmten, nachzuweisenden Bedingungen vorzusehen.

Damit geht der Richtlinienvorschlag über die EuGH-Rechtsprechung hinaus, denn das System der Vorabgenehmigung wird zum Sonderfall.

Der EuGH<sup>4</sup> geht davon aus, dass der Genehmigungsvorbehalt im Krankenhausbereich grundsätzlich aufgrund der besonderen Natur der von Krankenhäusern erbrachten Gesundheitsdienstleistungen gerechtfertigt ist. Eine Genehmigungsvorbehalt ist gerechtfertigt, da die Zahl der Krankenanstalten, ihre geografische Verteilung, ihr Ausbau und die Einrichtungen, über die sie verfügen oder auch die Art der medizinischen Leistungen, die sie anbieten können, planbar sein müssen.

Daher fordern die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung, die Nutzung von Genehmigungsvorbehalten für stationäre Krankenhausbehandlungen in den Ermessensspielraum des einzelnen Mitgliedstaates (ohne die in Absatz 3 genannten Bedingungen nachzuweisen) zu stellen. Im Übrigen fehlt im Richtlinienvorschlag eine Vorschrift, die bestimmt, wann dem Versicherten eine Genehmigung für eine Krankenhausbehandlung im EU-Ausland auf jeden Fall erteilt werden muss. Eine entsprechende Positivformulierung des EuGH<sup>5</sup> wurde bereits in deutsches Recht umgesetzt (§ 13 Abs. 5 SGB V).

Darüber hinaus stellt eine Vorabgenehmigung oftmals keine – wie häufig unterstellte – bürokratische Last für den betroffenen Bürger dar. Sie dient vielmehr zur Vorabklärung finanzieller Fragen im Interesse des Patienten. Denn das Kostengefälle ist für viele spezifische Behandlungen zwischen den Mitgliedstaaten mitunter erheblich, so dass für den Patienten eine finanzielle Belastung entstehen kann, wenn seine Krankenkasse die Kosten nicht in voller Höhe trägt, sondern im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens nur die heimischen Sätze erstattet.

## **Artikel 12 – Nationale Kontaktstellen**

„Angemessene Informationen für Patienten“ sollen unter anderem künftig durch nationale Kontaktstellen sichergestellt werden. Diese sollen den Patienten „Informationen zu allen wesentlichen Aspekten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen“, um so „die Ziele des Binnenmarkts“ zu verwirklichen. Es wird zwischen „administrativen Informationen“ (Verfahren, Fristen für die Erstattung etc.) und „fachlichen Informationen“ (Kosten, Fristen für die Verfügbarkeit, Ergebnisse) unterschieden. Aus

---

<sup>4</sup> Vgl. z.B. RS C-157/99 Smits (Geraets) und Peerbooms.

<sup>5</sup> Vgl. bspw.: Urteil in der RS C-157/99 Smits (Geraets) und Peerbooms, insb. Rd. 90 i.V.m. 103 und 108. Vgl. auch: Urteil in der RS C-385/99 Müller-Fauré und van Riet, insb. 91 und 109.

Sicht der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung wäre es in jedem Falle wünschenswert, wenn diese Dienstleistungsfunktion bei fachlich kompetenten Institutionen wie beispielsweise den Sozialversicherungsträgern angesiedelt wäre. Die Schaffung zusätzlicher Strukturen würde den administrativen Aufwand und den Koordinationsbedarf unnötig erhöhen.

#### **Artikel 14 – Anerkennung von in einem anderen Mitgliedstaat ausgestellten Verschreibungen**

Die im Richtlinienentwurf vorgesehene gegenseitige Anerkennung von Rezepten ist grundsätzlich zu begrüßen. Wesentlich ist, dass nur solche Medikamente in Betracht kommen, die sowohl im Behandlungsstaat als auch im Versicherungsstaat zugelassen sind.

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung begrüßen die beabsichtigte Einführung von Maßnahmen, wie sie in Artikel 14 Abs. 2 lit. a und b beschrieben sind, da der Apotheker die Richtigkeit des Rezeptes erkennen können muss. Die geplante Einführung eines Verschreibungsmusters der Gemeinschaft ist sinnvoll, insbesondere im Hinblick darauf, dass das langfristige Ziel die Einführung eines EU-weit einheitlichen E-Rezeptes sein sollte.

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung weisen darauf hin, dass mit der Frage der gegenseitigen Anerkennung von Rezepten auch die Frage der Kostenerstattung zu klären ist. Wichtig ist, dass eine Erstattung nur für im Versicherungsstaat des Patienten zugelassene Arzneimittel in Frage kommt. Nach Artikel 14 Abs. 1 Ziffer b sollte daher der Satz eingefügt werden: „Die Kostenerstattung richtet sich nach jeweiligen Bestimmungen des Versicherungsmitgliedstaates.“

#### **Artikel 15 – Aufbau von Europäischen Referenznetzen**

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung begrüßen die Absicht der Kommission, den Aufbau europäischer Referenznetze der Gesundheitsdienstleister zu erleichtern. Gerade in einer erweiterten Europäischen Union mit großen Unterschieden unter den Mitgliedstaaten in Größe oder Wirtschaftskraft und den daraus resultierenden unterschiedlichen Finanzierungsmöglichkeiten sozialer Sicherungssysteme ist die

Gewährleistung einer weithin hoch spezialisierten medizinischen Versorgung ein wichtiges Anliegen.

Die Errichtung der Referenznetzwerke sollte grundsätzlich auf das Gebiet der seltenen Krankheiten begrenzt bleiben. Für die im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung bestehenden nationalen Kompetenznetzwerke mit ihrer hohen Spezialisierung bei der Behandlung schwerer Unfallfolgen, z.B. Polytrauma, Querschnittslähmungen oder schwersten Verbrennungen, ist jedoch darüber hinaus eine Integration in das Konzept zu prüfen. Bevor es über den Wissens- und Erfahrungsaustausch hinaus auch zur Behandlung von Patienten kommt, sollte zudem die Frage der Finanzierung geklärt sein.

Grundsätzlich muss sichergestellt werden, dass dort, wo Finanzmittel der Europäischen Union für den Auf- oder Ausbau von medizinischen Referenzzentren eingesetzt werden, diese nicht zu Konkurrenz mit bestehenden Einrichtungen führen. Die im Richtlinienentwurf vorgesehenen umfangreichen Maßnahmen der Kommission, wie bspw. das Aufstellen einer Liste spezifischer Kriterien und Bedingungen, die die europäischen Referenznetze erfüllen müssen, einschließlich der Bedingungen und Kriterien für die Gesundheitsdienstleister, die sich den europäischen Referenznetzen anschließen möchten, betreffen grundlegende nationale Angelegenheiten bzgl. der Ausgestaltung von Gesundheitssystemen, die eindeutig der Kompetenz der Mitgliedstaaten zugewiesen sind.

#### **Artikel 16 – Gesundheitstelematik**

Aus Sicht der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung sollten die Regelungsinhalte in diesem Richtlinienvorschlag auf die wesentlichen Kernelemente der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung fokussiert bleiben. Eine Regelung zur Gesundheitstelematik gehört aus Sicht der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung nicht zu diesen Kernelementen und sollte daher aus dem Richtlinienentwurf gestrichen werden. Dies gilt umso mehr, als zahlreiche andere europäische Rechtsquellen zu diesem Themenkreis existieren (z.B. die sog. „e-commerce Richtlinie“ 2000/31/EG), beziehungsweise in Planung sind.

#### **Artikel 18 – Datensammlung**

Die Vorschriften für die Gewinnung von statistischen Daten führen zu einem erheblichen Verwaltungsmehraufwand. Diese stehen in keinem Verhältnis zu dem zu erwartenden

Nutzen für den Patienten und zu dem geringen Umfang, den die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im Verhältnis zum Gesamtvolumen des europäischen Gesundheitsmarktes ausmacht. Die Vorschrift sollte daher gestrichen werden.

### **Artikel 19 – Ausschuss**

Artikel 19 ermächtigt die Kommission, unter anderem folgende Maßnahmen zu erlassen:

- eine Liste von Behandlungen aufzustellen, die als Krankenhausbehandlungen anzusehen sind, auch wenn sie keine Übernachtung im Sinne des Artikel 8 Absatz 1 a erfordern;
- Begleitmaßnahmen zum Ausschluss spezifischer Kategorien von Arzneimitteln oder Wirkstoffen aus der Anerkennung von in einem anderen Mitgliedstaat ausgestellten Verschreibungen festzulegen;
- eine Liste spezifischer Kriterien und Bedingungen, die die europäischen Referenznetze erfüllen, auszuarbeiten.

Diese Maßnahmen sollen im Rahmen des Komitologieverfahrens (hier: Regelungsverfahren) beschlossen werden. Zwar sieht das Regelungsverfahren eine Beteiligung der Mitgliedstaaten vor. Allerdings können die Vertreter der Mitgliedstaaten keine eigenen Entwürfe einbringen, denn das Initiativrecht hierfür liegt allein bei der Kommission. Zudem haben die Mitgliedstaaten keine Möglichkeit, durch ein Veto einen Beschluss zu blockieren, da die Stellungnahme des Ausschusses mit qualifizierter Mehrheit abgegeben wird. Eine derartige Einbindung der Mitgliedstaaten ist aus Sicht der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung nicht ausreichend und verstößt insbesondere gegen den in Artikel 152 Absatz 5 EGV verankerten Grundsatz, dass die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt bleibt. Ebenso wenig ist eine Einbindung der Sozialversicherungsträger vorgesehen, obwohl gerade sie über praktische und fachliche Erfahrungen verfügen und später die finanziellen Konsequenzen der Ausschussbeschlüsse zu tragen haben.

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung lehnen deshalb das Komitologieverfahren ab und sprechen sich für eine Klärung der offenen Fragen durch die Mitgliedstaaten unter Beteiligung der Sozialversicherungsträger aus.

**Diese Stellungnahme hat die Unterstützung aller Mitglieder der Deutschen Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa e.V.:**

- 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**
  
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin**
  
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, Kassel**
  
- Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen, Kassel**
  
- Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin**