

VDR • Hallesche Straße 1 • 10963 Berlin

Sekretariat des
Ausschusses für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Name: Herr Wesenberg
Durchwahl: 030 865-234
Telefax: 030 865-89400
E-Mail: joern.wesenberg@vdr.de
Internet: www.vdr.de

Ihr Zeichen:

Ihre Nachricht vom:
18. Mai 2005

Unser Zeichen:
2.3.1

Datum:
25. Mai 2005

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0889(6 Neu)
vom 25.05.2005**

15. Wahlperiode

Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung zum Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt

Sehr geehrter Herr Kirschner,

wir bedanken uns für die Einladung zu der o. g. Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung am 1. Juni 2005 und teilen mit, dass der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) durch Herrn Dr. Wolfgang Schulz-Weidner vertreten sein wird.

Zu den aus Sicht des VDR problematischen Regelungen des Richtlinienvorschlags verweisen wir auf die beigefügte Stellungnahme.

Hallesche Straße 1, 10963 Berlin
Berner Straße 1, 97084 Würzburg

E-Mail: vdr.berlin@vdr.de
E-Mail:
vdr.wuerzburg@vdr.de
vdr.wuerzburg@vdr.de

Tel.: 030 865-1 Fax: -89400
Tel.: 0931 6002-0 Fax: -203

Bankverbindungen: Commerzbank AG 562626200 (BLZ 100 400 00) / SEB AG 1000 304 600 (BLZ 500 101 11)

Ergänzend zu Ihrem Schreiben möchten wir darauf hinweisen, dass sich die Postanschrift des VDR seit 1. April 2005 geändert hat. Die neue Anschrift lautet:

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
Hallesche Straße 1
10963 Berlin

Mit freundlichen Grüßen
Der Geschäftsführer
Im Auftrag

Dr. Rahn

Anlage

**Stellungnahme
des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)**

für die öffentliche Anhörung
vor dem Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
des Deutschen Bundestages
am 1. Juni 2005

**zum Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlamentes und des Rates
über Dienstleistungen im Binnenmarkt**

Zu den aus Sicht des VDR problematischen Regelungen des Richtlinienvorschlags verweisen wir auf die als **Anlage** beigefügte „Gemeinsame Stellungnahme der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung“ vom April 2004.

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass wir auch die konsolidierte Fassung des Richtlinienentwurfs vom 10. Januar 2005 für nicht hinreichend halten, die notwendige Sicherheit der nationalen Gestaltungskompetenzen zu garantieren. Eine gewisse, wenn auch nicht immer ausreichende Berücksichtigung haben mittlerweile folgende in der gemeinsamen Stellungnahme der Deutschen Sozialversicherung näher erläuterten kritischen Punkte erfahren:

- **Artikel 23 Abs. 1a** (Begriffsbestimmung „Krankenhausversorgung“): In der Definition des Begriffs der „Krankenhausversorgung“ (zuvor in Artikel 4 Nr. 10 des ersten RL-Entwurfs) wird für die Frage der Einstufung einer medizinischen Behandlung nunmehr ansatzweise auf die Regeln desjenigen Mitgliedstaates abgestellt, in dem der Patient versichert ist. Allerdings ist die Auflistung der Merkmale, die eine stationäre Einweisung begründen können, nicht ausreichend. Auch die Gesichtspunkte der Planungssicherheit und des finanziellen Gleichgewichts der Sozialversicherung müssen anerkannt werden.
- **Artikel 23 Abs. 3** (Übernahme von Behandlungskosten): Die Höhe der Erstattung von im Ausland entstandenen Behandlungskosten wird nun zu Recht auf den dort tatsächlich angefallenen Betrag begrenzt.
- **Artikel 24 Abs. 1 Buchst. c)** (Besondere Bestimmungen über die Entsendung von Arbeitnehmern): Das dort formulierte Verbot, von einem Dienstleistungserbringer oder einem entsandten Arbeitnehmer die Bestellung eines Vertreters vor Ort zu verlangen, wird

eingeschränkt, da es sich nunmehr lediglich auf eine Pflicht zur Bestellung eines *niedergelassenen* Vertreters bezieht (vgl. auch Erwägungsgrund 59a).

Die folgenden in der gemeinsamen Stellungnahme der Deutschen Sozialversicherung beschriebenen Fragen bedürfen aus unserer Sicht weiterhin dringend einer zufrieden stellenden Klärung:

- **Artikel 17 Nr. 9** (Vorrang der Regeln zur Koordinierung der gesetzlichen Systeme der Sozialen Sicherheit): Nach wie vor fehlt in der Ausnahmenvorschrift der für die praktische Handhabung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 wichtige Verweis auf die Regelungen der Durchführungsverordnung (EWG) Nr. 574/72.
- **Artikel 24 Abs. 1 Buchst. d)** (Vorhaltung von Sozialversicherungsunterlagen): Trotz der grundsätzlich zu begrüßenden Ergänzungen dieser Vorschrift ist weiterhin eine Klarstellung dahingehend erforderlich, dass das Verbot sich nicht auf Sozialversicherungsunterlagen bezieht, die im Rahmen der Anwendung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bei der Entsendung von Arbeitnehmern ausgestellt werden (wie insbesondere das Formular E 101).
- **Artikel 31** (Maßnahmen zur Qualitätssicherung): Eine klarstellende Ergänzung dieser Bestimmung für den Bereich der öffentlich finanzierten Gesundheitsdienstleistungen ist bislang nicht erfolgt.

Darüber hinaus sprechen wir uns - in Anlehnung an den Vorschlag der Berichterstatterin des für die Richtlinie federführenden Ausschusses des Europäischen Parlaments, Frau Evelyne Gebhardt - dafür aus, öffentlich finanzierte Leistungen der Sozialen Sicherheit explizit aus dem Anwendungsbereich der EU-Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt herauszunehmen.

Sollte diesem Anliegen nicht entsprochen werden, müsste jedenfalls Artikel 17 geändert werden. Nach dem Herkunftslandprinzip ist ein Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen nur den Qualitätsanforderungen seines Herkunftslandes verpflichtet. Für Leistungen zur Rehabilitation hat das zur Folge, dass nationale Regelungen und Planungen sowie Qualitätsanforderungen keine Gültigkeit mehr für "grenzüberschreitende Dienstleistungen" besitzen. Die bisher vorgesehenen Ausnahmeregelungen sowie die vorgesehenen Zertifizierungen und angestrebten freiwilligen Verhaltenskodizes bieten allein keine ausreichende Sicherheit für eine dauerhafte Qualitätssicherung von Dienstleistungen im Rahmen der Rehabilitation. "Dienstleistungen des Gesund-

heitswesens" sollten daher explizit von der Anwendung des Herkunftslandprinzips ausgenommen werden.

Anlage

DEUTSCHE SOZIALVERSICHERUNG

EUROPAVERTRETUNG

Maison Européenne de la Protection Sociale

Rue d'Arlon 50 B-1000 Bruxelles
Telefon: +32 2 230.75.22
Telefax: +32 2 230.77.73
E-Mail: dsv@esip.org
www.deutsche-sozialversicherung.de



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

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

vorgelegt im April 2004

Richtlinienvorschlag der Europäischen Kommission

„über Dienstleistungen im Binnenmarkt“ vom 13. Januar 2004

Gemeinsame Stellungnahme

***der Spitzenorganisationen
der Deutschen Sozialversicherung***

vorgelegt im April 2004

Vorbemerkung

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

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

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

Anmerkungen im Einzelnen:

Artikel 4 Nr. 10 - Begriffsbestimmung „Krankenhausversorgung“

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

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

Der Artikel sollte wie folgt ergänzt werden:

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

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

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

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

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

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

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

Artikel 23 Absatz 1 - Zulässigkeit von Steuerungselementen

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

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

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

Artikel 23 Absatz 3 – Erstattung von Behandlungskosten

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

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

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

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

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

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

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

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

Artikel 24 Buchst. 1 d) – Vorhaltung von Sozialversicherungsunterlagen

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

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

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

Artikel 31 – Maßnahmen zur Qualitätssicherung

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

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

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

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

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

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

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