

Rudolf Ratzel

Grenzüberschreitender Gesundheitsmarkt innerhalb der EU, neue Chancen für Patienten und Leistungserbringer

Das deutsche Gesundheitswesen und der europäische Einigungsprozeß

I. Einleitung und Problemaufriß

Das europäische Gesundheitswesen bzw. die europäische Gesundheitspolitik hat lange Zeit eher ein Schattendasein geführt¹. Wenn die EU sich mit Fragen der Gesundheitspolitik befaßte, geschah dies entweder im Rahmen von Präventionsprogrammen oder in Zusammenhang mit Arbeitsschutzbedingungen (Angleichung des Arbeitsschutzniveaus in Europa). Eine eigenständige Kompetenz der EU in Gesundheitsfragen bestand lange Zeit überhaupt nicht. Dennoch finden seit 1984 regelmäßig Ratstagungen der Gesundheitsminister der Mitgliedsstaaten statt. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen forderte bereits in seinem Jahresgutachten 1992 ausdrücklich eine verstärkte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der EU für das Gesundheitswesen.

Eine zweite „Integrationswirkung“² der EU stellt man im Rahmen der Freizügigkeit bezüglich der gegenseitigen Anerkennung von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen fest. Man denke nur an die Ausgangs-Richtlinie des Rates 75/362/EWG vom 16. 6. 1975, die die Migration von Ärzten innerhalb der EU und damit die Wahrnehmung des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr sicherstellte. Diese Richtlinie ist in den Folgejahren im Zuge der Vergrößerung der EU immer wieder angepaßt worden. Die Auswirkungen auf die Praxis sind allerdings eher regionaler Natur.

Erhebliche Auswirkungen wird der freie Warenverkehr im Arzneimittel- und Medizinproduktebereich mit sich bringen. Das zentralisierte europäische Zulassungsverfahren zeigt sich schon heute als gegenüber nationalen Zulassungsregelungen konkurrenzfähig. Bei besonders innovativen Produkten, die schnell in den Markt gebracht werden sollen (siehe nur Viagra), erhält es von großen Pharmakonzernen sogar den Vorzug³. Im Bereich der Zertifizierung von Medizinprodukten wird eine ähnliche Entwicklung eintreten. Zwar hat man für diese Waren keine zentrale Zertifizierungsstelle wie bei Arzneimitteln eingeführt. Jede in einem Mitgliedsland zugelassene Zertifizierungsstelle ist jedoch in der Lage, EU-weite Verkehrsfähigkeit zu bescheinigen, ohne daß nationale Behörden hier wesentliche Eingriffsbefugnisse hätten. Auch in diesem Bereich ist also die Marktfreiheit hergestellt.

Somit bleibt für Ärzte die spannende Frage, ob es zu einer Harmonisierung der Gesundheitssysteme wie der übrigen Wirtschaftsräume kommt, in welchem Umfang Ärzte eines EU-Mitgliedsstaates ärztliche Dienstleistungen in andere EU-Mitgliedsstaaten exportieren dürfen und in welchem Umfang auf der Nachfrageseite, also seitens der Patienten, ärztliche Leistungen in anderen EU-Mitgliedsstaaten in Anspruch genommen werden dürfen und wie die Sozialversicherungssysteme hierauf reagieren könnten.

II. Europäische Gesundheitspolitik versus nationale Sozialversicherungssysteme

Der EU hat lange Zeit eine vertragliche Kompetenz im Bereich des Gesundheitswesens gefehlt. Dementsprechend heißt es in einem Beitrag des (ehemaligen) EU-Kommissars *Padraig Flynn*, die Kompetenz der Gemeinschaft in der öffentlichen Gesundheit sei beschränkt. Die Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme verbleibe in der Kompetenz der Mitgliedsstaaten; eine Harmonisierung der Gesundheitssysteme oder der Gesundheitspolitik der Mitgliedsstaaten sei weder beabsichtigt noch vom Vertrag gedeckt⁴. Allerdings enthält der am 2. 10. 1997 unterzeichnete Vertrag von Amsterdam zur Änderung des Vertrages über die EU neben einer Reihe von Vertragsänderungen im Sozialbereich eine neue Fassung zu Kompetenzen der EU im Gesundheitswesen. Art. 152 EG-Vertrag n. F. beinhaltet u. a. einen Sicherstellungsauftrag für ein hohes Gesundheitsschutzniveau sowie einen Präventionsauftrag. Dementsprechend hat sich die EU-Kommission für eine Neuorientierung der Politik im Bereich der öffentlichen Gesundheit ausgesprochen und drei zentrale Aktionsbereiche identifiziert:

- die Verbesserung der Information zur Entwicklung der öffentlichen Gesundheit,
- die rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren sowie
- die Berücksichtigung der für die Gesundheit entscheidenden Faktoren durch Gesundheitsförderung und Prävention.

Bezüglich des Informationssystems heißt es, daß diese Daten im Gesundheitsbereich und der Aufbau einer Infrastruktur zur Analyse und Politikentwicklung von wesentlicher Bedeutung für die Verbesserung der gemeinschaftlichen Handlungsfähigkeit in Fragen der öffentlichen Gesundheit seien. Es erscheint eher unwahrscheinlich, daß diese Datenerhebung mittelfristig ohne Folgen für Planungsmaßnahmen der EU – und seien sie auch nur indirekter Natur im Gesundheitswesen – sein sollten.

Im zweiten Aktionsbereich sollen gemeinschaftliche Überwachungs-, Frühwarn- und Reaktionssysteme für

Rechtsanwalt Dr. iur. *Rudolf Ratzel*,
Maximiliansplatz 12/IV, D-80333 München

1) *Hanika*, MedR 1998, 193 ff.

2) Der Streit zwischen Harmonisierung und Konvergenz ist noch nicht entschieden; im Bereich der sozialen Sicherungssysteme im Gesundheitswesen herrscht derzeit das Konvergenzprinzip.

3) Zuständig ist die EAMA (Europäische Arzneimittelagentur) in London. Begünstigt werden Arzneimittel, die vom Spezialitätenausschuß (CPMP), bestehend aus je zwei Vertretern pro Mitgliedsstaat, als innovativ anerkannt werden.

4) *Flynn*, Europeaport Gesundheit 2/98.

mögliche Gesundheitsgefährdungen aufgebaut werden. In diesem Bereich sollen Instrumente zur Verfügung stehen, die es ermöglichen, rasch mit geeigneten Maßnahmen, bis hin zu Koordinierungsmechanismen auf Gemeinschaftsebene, auf Gesundheitsgefahren verschiedenster Art zu reagieren. Zunächst ist dabei an übertragbare Krankheiten gedacht, die Koordinierung und Vermittlung gesundheitspolizeilicher Aufgaben kann sich hieran anschließen. Schon bei diesem Punkt handelt es sich um Aufgaben, die normalerweise nationalen Gesundheitsbehörden obliegen.

Der dritte Aktionsbereich konzentriert sich schließlich auf Aktionen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention. Weitere Themenfelder sind der Schutz biotechnologischer Erfindungen, ein Richtlinienentwurf über in-vitro-Diagnostika sowie die Möglichkeit der EU-Kommission, nach Inkrafttreten des Amsterdamer Vertrages Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs sowie für Blut und Blutderivate einzuführen.

Wie zur Beschwörung wird die Autonomie nationaler Gesundheitsversorgungssysteme immer wieder hervorgehoben. Die faktische Entwicklung geht jedoch in eine andere Richtung. Spätestens mit Etablierung des einheitlichen europäischen Wirtschaftsraumes mit einer nach Einführung des Euro zunehmenden Transparenz von Leistungen, Effektivität und Effizienz von Systemen sowie von erleichteter Nachfragetransparenz wird es zu einer Angleichung der Gesundheitssysteme kommen. Mit anderen Worten werden sich die Gesundheitssysteme den Arbeitsbedingungen anpassen, die sich schon alleine deshalb harmonisieren, weil Gesundheitskosten in den meisten Fällen Arbeits- bzw. Versicherungskosten sind. In der Grenzregion tätige Ärzte werden diesen Prozeß als erste zu spüren bekommen. Er ist aber nicht nur ein Risiko, sondern auch eine Chance.

III. Freier Dienstleistungsverkehr auf der Nachfragerseite – die Urteile des EuGH vom 28. 4. 1998

Nach zwei neuen Urteilen des EuGH⁵ vom 28. 4. 1998 haben sozialversicherte Patienten das Recht, auch in anderen Mitgliedsstaaten ambulante Gesundheitsleistungen⁶ – außerhalb von Notfällen – in Anspruch zu nehmen. Die dadurch entstehenden Kosten erhalten sie vom Sozialversicherungsträger ihres Heimatlandes nach den dort geltenden Tarifen erstattet. Die Aufregung über die Urteile muß denjenigen verwundern, der die Entwicklung auch in anderen Bereichen verfolgt hat. Das Ergebnis war vorhersehbar. Schon zuvor hatte der EuGH für den Bereich der Pflegeversicherung entschieden⁷, daß eine Bestimmung wie § 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI, die die Zahlung von Geldleistungen der Pflegeversicherung in den Mitgliedsstaat, in dem ein Wanderarbeitnehmer wohnt, verbietet, gegen Art. 19 Abs. 1 lit. b der VO Nr. 1408/71 verstößt. Ob die negative Einschätzung des Urteils durch BMG, KBV und BÄK zutreffend ist, verdient sicherlich eine vertiefende Diskussion. Denn der Veränderungsdruck, der durch diese Rechtsprechung auf das deutsche Sozialversicherungssystem ausgeübt wird, könnte durchaus auch positive Nebeneffekte haben. Im Krankenhausbereich wird z. B. die seit dem 1. 1. 1998 bestehende Möglichkeit, ausländische Patienten ohne Anrechnung auf das Budget zu behandeln, überwiegend positiv beurteilt. Die Urteile beziehen sich zwar ausdrücklich nur auf ambulante Leistungen. Die Stimmen mehren sich jedoch, die für den Krankenhausbereich ähnliche Entscheidungen vorhersagen⁸. Wenn diese „Marktfreiheit“ Raum greift, dürfte sich ein reines Sachleistungssystem, wie es von der jetzigen Koalition wieder befürwortet wird, kaum aufrecht erhalten lassen⁹. Diese Entwicklung wird durch eine zunehmende Berücksichtigung des Europäischen Kartell-

rechts im Rahmen sozialversicherungsrechtlicher Regulierungsprozesse verstärkt¹⁰. Sozialversicherungen werden als Unternehmen begriffen, die Märkte beeinflussen. EG-Wettbewerbsregeln greifen immer dann ein, wenn und soweit sie eine wirtschaftliche Tätigkeit im Sinne von Art. 85 Abs. 1 EGV ausüben¹¹. Wären bei „öffentlich-rechtlichen“ Einheiten nationale Regelungen maßgeblich, könnten die europäischen Wettbewerbsregeln nach Belieben ausgehebelt werden, urteilen die Gerichte. Begünstigt wird diese Rechtsprechung durch die Zuständigkeit der Kartellkammern und Kartellsenate¹², da kaum anzunehmen ist, daß die Sozialgerichtsbarkeit vergleichbare Entscheidungen fällen würde.

IV. Vereinheitlichung der bioethischen Rahmenbedingungen in Europa

Das Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Bioethik-Konvention) ist vom Ministerkomitee des Europarates im November 1996 beschlossen worden und liegt seit April 1997 beim Europarat zur Unterzeichnung auf; es ist seither von 22 der 40 Mitgliedstaaten unterzeichnet worden. Obwohl in Deutschland heftig umstritten, wird die Bioethik-Konvention mittlerweile als das „Europäische Grundgesetz der Biomedizin“ bezeichnet. Insbesondere im Bereich von Forschung, Arzneimittelstudien, der Reproduktionsmedizin und der Organtransplantation wird die Bioethik-Konvention zweifellos ihre Auswirkungen nicht verfehlen. Gerade die in Deutschland geübte Kritik ist nicht immer verständlich¹³. Zum einen enthält die Bioethik-Konvention insofern Vorbehalte, als es den Nationalstaaten unbenommen ist, höhere Schutzniveaus in ihrem Einflußbereich durchzusetzen. Wenn in Deutschland befürchtet wird, der Schutz von Embryonen sei nicht mit dem im deutschen Embryonenschutzgesetz vorgesehenen Schutzniveau vergleichbar, wird zum Beispiel übersehen, daß die derzeit diskutierten Möglichkeiten des Kerntransfers von dem Text der Bioethik-Konvention bereits erfaßt und verboten werden, während dies in Deutschland nach dem gegenwärtigen Wortlaut des Embryonenschutzgesetzes noch nicht gewährleistet ist. Der berechtigten Kritik bezüglich fehlender Aussagen zum Klonverbot ist mittlerweile durch das Zusatzprotokoll vom 12. 1. 1998 Rechnung getragen worden. Auch im Bereich der Arzneimittelstudien an Kindern ist im Rahmen der Bioethik-Konvention ein höheres Schutzniveau als nach dem deutschen AMG vorgesehen.

5) EuGH, Urt. v. 28. 4. 1998 – C-158/96 und C-120/95 –, MedR 1998, 317.

6) Im konkreten Fall zahnärztliche Leistungen und eine Brille.

7) EuGH, Urt. v. 5. 3. 1998, NJW 1998, 1767 – Molenaar v. AOK Baden-Württemberg.

8) Derzeit liegt ein Vorabentscheidungsersuchen eines belgischen Gerichts beim EuGH vor (EuGH-Rechtssache C-368/98); eher kritisch *Becker*, NZS 1998, 359 ff.

9) *Sodan*, JZ 1998, 1167 ff.

10) OLG Düsseldorf, NZS 1998, 567 – Festbetragsregelungen für Hilfsmittel; LG Düsseldorf, Urt. v. 7. 1. 1999 – 34 O (Kart) 182/98 Q – Festbeträge für Arzneimittel; LG Hamburg, Urt. v. 29. 3. 1999 – 15 O 115/99, 129/99 und 143/99 – Stop der Arzneimittelrichtlinien.

11) EuGH, NJW 1991, 2891; so auch *Pitschas*, Krankenkassen im Wettbewerb aus europäischer Sicht, Vortrag vor der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht am 21. 4. 1999 in Berlin, demnächst in VSSR.

12) BGHZ 114, 222.

13) So auch *Taupitz*, VersR 1998, 542.

V. Ärztliche „Zweigniederlassungen“ in Europa?

Die MBO erwähnt lapidar, der Arzt, der in einem anderen EU-Staat eine Praxis betreibt, müsse dies einer zuständigen deutschen Landesärztekammer nachweisen und Vorsorge für die Betreuung seiner hiesigen Patienten treffen. Von einer Bedarfsprüfung, wie man sie von innerdeutschen Zweigpraxisgründungen kennt, findet sich nichts. Auf der anderen Seite unterwirft sie den nicht-deutschen EU-Inländer, auch wenn er nur in Deutschland auf seine Tätigkeit aufmerksam machen will, den restriktiven deutschen Werbebestimmungen für Ärzte. Es dürfte zweifelhaft sein, ob dies noch mit den Grundsätzen zum freien Dienstleistungsverkehr zu vereinbaren ist.

VI. Zusammenfassung

Nicht ohne Grund haben – mittlerweile 22 – Organisationen der sozialen Sicherung aus sieben Ländern der Gemeinschaft in Brüssel 1996 eine transnationale Arbeitsgemeinschaft European Social Insurance Partners gegründet. Diese Organisationen aus dem Bereich der Sozialversicherung wollen im intensiven Dialog mit den Gemeinschafts-

organen strategische Allianzen mit Sozialschutzsystemen anderer Mitgliedsstaaten vorbereiten. Im Rahmen des allgemeinen beschleunigten internen EU-Wettbewerbs treten zwangsläufig die einzelstaatlichen Sozialsysteme ebenfalls in direkten Wettbewerb zueinander. Dadurch wird es zu einem schleichenden, manchmal aber auch offenen Erosionsprozeß nationaler Hoheitsrechte¹⁴ im Gesundheitswesen kommen, weil den Bürgern und Unternehmen als Folge der neuen Preistransparenz auf Dauer keine Marktabschottung mehr abverlangt werden kann. Sie werden sich mittelfristig auf dem großen europäischen Markt, möglicherweise mit Hilfe ihrer eigenen „Heimatversicherung“, den für sie passenden Sozialversicherungsschutz zusammenstellen. Heute mag dies noch Utopie sein. Was aber im Bereich der sonstigen Dienstleistungen und des produzierenden Gewerbes längst gang und gäbe ist, wird auch vor dem Gesundheitswesen als Wachstumsmarkt nicht halt machen.

14) Kritisch *Lamprecht*, Untertan in Europa, Die Staatengemeinschaft ist alles, Verfassungen gelten nicht mehr – Brüssel oder der Rückfall in vordemokratische Zeiten, Süddeutsche Zeitung v. 13./14. 3. 1999.

BUCHBESPRECHUNGEN

Dingfelders neues Handbuch – Gebührenordnungen für Ärzte.

Herausgegeben von *Gerd E. Gmelin*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1999. 94. Erg.-Lfg. zur 54. Aufl. „Kassenabrechnung Teil I“, 495 S., DM 94,50. 95. Erg.-Lfg. zur 54. Aufl. „Privatabrechnung Teil II“, 855 S., DM 116,-. Universalausgabe, Teil I und Teil II, DM 192,- (Paketpreis bei Erst- oder Apartbezug)

Um die finanzielle Seite des Gesundheitswesens bei der Leistungserbringung nicht aus dem Blick zu verlieren und die Möglichkeiten und Grenzen bei der Abrechnung exakt bestimmen zu können, wird von abrechnenden Ärzten und deren Mitarbeitern die genaue Kenntnis einer Vielzahl von Gebührenordnungen mit zunehmend komplexeren Abrechnungsbestimmungen gefordert.

Mit dieser Problematik befaßt sich Dingfelders neues Handbuch, dessen nunmehr 54. Auflage sowohl den abrechnenden Arzt als auch den Sachbearbeiter bei der Kostenerstattung über Unklarheiten, schwer lösbare Fragestellungen oder gar Streitpunkte umfassend informieren will. Mit der 94. und 95. Ergänzungslieferung wird bei der Kassenabrechnung der aktuelle Stand vom 1. Oktober 1998/1. Januar 1999 und bei der – geringeren Schwankungen unterworfenen – Privatabrechnung der Stand vom 1. Oktober 1998 erfaßt.

Zum Inhalt von Teil I gehören dabei neben den Leistungsbeschreibungen und -bewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) auch die errechneten Beträge für die Verträge, die auf dem EBM basieren; dies betrifft den Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Postbeamtenkrankenkasse über die ärztliche Versorgung der Mitglieder der Gruppe A, die auf der Grundlage des Leistungsverzeichnisses der Ersatzkassengebührenordnung (E-GO) mit festen Punktwerten vergütet werden. Diese Übersicht wird ergänzt durch Querverweise auf vergleichbare Leistungspositionen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Der Abgleich zwischen Gebührenpositionen des EBM und der GOÄ ist dabei insbesondere bei der Abrechnung für gesetzlich versicherte Patienten, die das Kostenerstattungsverfahren gewählt haben, von Bedeutung, auch wenn diese Möglichkeit bereits wieder eine gesetzliche Einschränkung erfahren hat. Aufgrund der besonderen Anforderungen des Themas „Kostenerstattung“ wurde eine gründliche Überarbeitung der Vergleichsziffern vorgenommen.

Ebenso enthält der „Privat-Teil“ neben den Gebührenpositionen der GOÄ und den Querverweisen zum aktuellen EBM die ausführlichen Leistungsbeschreibungen und Rechnungsbeträge für die Verträge, die auf der GOÄ '96 basieren. Dies beinhaltet den Standardtarif der PKV, die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (Beitragsgruppen I–III), die Postbeamtenkrankenkasse Gruppe B, Dienstunfälle bei Bahn und Post sowie Leistungen für Bundeswehrangehörige. Weiterhin haben es die voraussichtlich noch länger in Kraft bleibenden Verträge mit den Unfallversicherern, die noch auf der alten GOÄ '88 basieren, notwendig gemacht, auch in dieser Ausgabe die entsprechenden Passagen aus der alten GOÄ beizubehalten. Demgegenüber bleibt die Einarbeitung der lebhaft diskutierten IGE-Leistungen kommenden Ausgaben vorbehalten.

Besonders vorteilhaft erscheint die Einarbeitung zusätzlicher Abrechnungshinweise. Bisher waren bei gegenseitigen Abrechnungsausschlüssen einzelner Leistungspositionen nur diejenigen Querbezüge aufgeführt, die ausdrücklich Bestandteil des EBM- und GOÄ-Textes sind. Dies wird in den aktuellen Ausgaben ergänzt durch Leistungsausschlüsse, die nach den Allgemeinen Bestimmungen zum EBM A I geboten sind oder sich aus dem Zielleistungsprinzip des § 4 Abs. 2a GOÄ ergeben. Darüber hinaus wurden einige wichtige Querverweise zum EBM- bzw. GOÄ-Kommentar des Deutschen Ärzte-Verlags, der den „Dingfelder“ bezüglich Administration und Vertrieb in sein Verlagsprogramm aufgenommen hat, eingefügt. Durch vorangestellte Pfeilzeichen wird signalisiert, ob die Punktzahl der ausgeschlossenen Leistung höher, gleich oder niedriger liegt, so daß diese Informationen in die Abrechnungsüberlegungen des Praktikers einfließen können.

Insgesamt bietet das zweibändige Handbuch eine übersichtliche und handliche Zusammenfassung der verschiedenen Gebührenordnungen und Verträge sowie der daraus resultierenden Rechnungsbeträge. Gleichzeitig ermöglicht die Einarbeitung gebührenrechtlich gebotener Abrechnungsausschlüsse eine schnelle Rechnungskontrolle, wobei jedoch in schwierigeren Fällen die Konsultation eines ausführlichen Kommentars nach wie vor unerlässlich bleibt.

Dipl.-Verv.Wiss. Martin Ulmer, Karlsruhe