EGÖD-Kommentar zum Vorschlag der Kommission für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Angenommen vom EGÖD-Exekutivausschuss am 26. November 2008

Einleitung

Am 2. Juli hat die Europäische Kommission ihren Vorschlag für eine Richtlinie über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung veröffentlicht. Der Text wurde als Kodifizierungsvorschlag der Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs über grenzüberschreitende Patientenmobilität vorgelegt. Die Kommission erklärte, dass ihre Vorschläge nur die Sachlage der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung beträfen und keine Auswirkungen auf nationale Gesundheitssysteme haben sollen. Nach sorgfältigem Studium des Textes müssen wir jedoch zu dem Schluss kommen, dass diese Vorschläge wesentlich größere Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme haben könnten als angekündigt und dass damit aller Voraussicht nach eine Änderung der Organisation der Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union (EU) verbunden wäre. Die in der vorgeschlagenen Richtlinie enthaltene Bekräftigung der wirtschaftlichen Natur von Gesundheitsdienstleistungen zum Beispiel würde zur unmittelbaren Anwendung von marktwirtschaftlicher Prinzipien im Bereich dieser Gesundheitsdienste führen.

Der EGÖD ist der Auffassung, dass die Priorität der EU und der einzelstaatlichen Regierungen in der Entwicklung eines Gesundheitssektors bestehen sollte, der dem Gemeinwohl im Hinblick auf Zugänglichkeit, Verfügbarkeit, Nachhaltigkeit, demokratische Kontrolle und Universalität in optimaler Weise nutzt. Nach Artikel 152 des EU-Vertrags sollen die Mitglieder ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherstellen; dies beinhaltet auch die Verantwortung der Mitgliedstaaten für ein gut funktionierendes öffentliches Gesundheitssystem. Diese Ziele sollten grundsätzlich Vorrang vor marktwirtschaftlichen oder wettbewerbsorientierten Überlegungen haben. Das Gemeinschaftsrecht muss deshalb den Regierungen die Gelegenheit geben, Einschränkungen der Binnenmarkt- und Wettbewerbsregeln beizubehalten oder zu entwickeln, damit sie der Bevölkerung zugängliche, verfügbare und hochwertige Gesundheitsdienstleistungen garantieren können. Der EGÖD ist bereit, seinen Beitrag zu der politischen Debatte zu leisten, indem er konkrete Vorschläge und Anregungen für die Politik und die Rechtsetzung der EU entwickelt.

Hintergrund

1. Der vorliegende Vorschlag für die Gesundheitsrichtlinie kann nur im Gesamtkontext richtig verstanden werden. In den europäischen Institutionen wird seit vielen Jahren eine Debatte über den Status der Gesundheitsdienstleistungen in der EU geführt. Ein wichtiger Eckpunkt in der EU-Debatte war die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs in der Rechtssache Kohl-Decker in der Frage der Patientenmobilität. Hier hat der EuGH zum ersten Mal

marktwirtschaftliche Prinzipien auf den Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen angewandt. Dieser Entscheidung folgten vergleichbare Urteile in den Rechtssachen Watts, Smits-Peerbooms und Van Riet sowie im Jahre 2004 eine erste Legislativinitiative der Europäischen Kommission. In seinem Originalvorschlag für die Dienstleistungsrichtlinie hatte Kommissar Bolkestein versucht, die Anwendung der Binnenmarktgesetze auf die Gesundheitsdienstleistungen zu regulieren. Parlament und Rat entschieden jedoch, dass die Gesundheitsdienstleistungen nicht in den Geltungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie fallen sollen. Da Gesundheitsdienstleistungen zweifellos im öffentlichen Interesse sind, steht außer Frage, dass hier andere Prinzipien einen höheren Stellenwert haben als reine Markt- und Wettbewerbsüberlegungen. Weder das Parlament noch der Europäische Rat haben jedoch zu verstehen gegeben, dass Gesundheitsdienste generell aus dem Anwendungsbereich der Binnenmarkt- und Wettbewerbsregeln ausgeschlossen werden sollten; letztlich haben die Urteile des EuGH ja durchaus die wirtschaftliche Natur von Gesundheitsdienstleistungen anerkannt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt gibt es unterschiedliche Auffassungen darüber, wie und in welchem Maße die Binnenmarktgrundsätze (und die des Wettbewerbs) auf Gesundheitsdienste anzuwenden sind.

Ziele der Vorschläge

2. In ihrem Vorschlag vom 2. Juli 2008 hat die Kommission die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs als Grundlage für die Regulierung der Patientenmobilität genommen. Natürlich ist es das Ziel der vorgeschlagenen Richtlinie, für eine klare Rechtsgrundlage zu sorgen, das ist jedoch nicht das einzige Motiv. Der Richtlinienvorschlag hat ebenfalls die wirtschaftliche Natur von Gesundheitsdienstleistungen bestätigt, zum Beispiel in der Präambel Nr. 5. Die Kommission hält dies zwar hier nicht explizit fest, geht aber davon aus, dass die Freizügigkeit der Patienten zu Gesundheitssystemen führen wird, die besser in der Lage sind, die Interessen und Wünsche von PatientInnen in der Europäischen Union[1] zu erfüllen. Es hat seine Gründe, dass der Titel des Richtlinienvorschlags auf die Patientenrechte verweist. Wie der EuGH benutzt auch die Kommission die Marktprinzipien als Ausgangspunkt für ihre Position. Der Schwerpunkt der Vorschläge liegt deshalb auf Themen wie Wahlfreiheit, Nichtdiskriminierung und implizit auch auf der individuellen Verantwortung[2]. Zwar wird auf die Grundsätze der Universalität und Solidarität verwiesen, der Vorschlag enthält aber keine Forderungen im Hinblick auf Zugänglichkeit, Bezahlbarkeit und Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen.

Grundrecht auf Gesundheitsversorgung

3. Niemand stellt das Recht auf Gesundheitsversorgung in der EU in Frage. Dieses Recht ist eindeutig in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union verankert, und auch die Kommission weist in ihrem Vorschlag darauf hin (Präambel Nr. 3). Entsprechend dem EU-Vertrag sind die Regierungen dazu verpflichtet, ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen. Da europäische BürgerInnen das Recht haben, sich frei innerhalb der Grenzen der EU zu bewegen, beinhaltet dieses Recht auch, dass sie im Grundsatz Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen in anderen Mitgliedstaaten haben sollten. Das Recht auf Gesundheitsversorgung sollte deshalb nicht davon abhängig gemacht werden, in welchem Land

[1] Siehe z. B. Seite 5, Zusammenfassung der Folgenabschätzung
[2] Siehe z. B. Seite 40 der Folgenabschätzung – Verweis auf die Wahlfreiheit als Möglichkeit, fehlende Gesundheitsbildung auszugleichen

die betroffene Peson ihren Wohnsitz hat. Auch wenn sich eine Person also in einem anderen EU-Land als Ausländer aufhält, sollte sie Zugang zu allen erforderlichen Gesundheitsleistungen haben. Das EU-Gesetz zur Koordinierung der Sozialversicherungssysteme und mehr noch die Verordnungen 1408/71 und 883/2004 wollen dieses Zugangsrecht garantieren. Die EU-Gesetzgebung bestätigt aber nicht das Recht, den Gesundheitsdienstleister grundsätzlich und in jedem Fall in einem beliebigen EU-Land wählen zu können.

Wahlfreiheit gegen Freizügigkeit von Personen

4. Es ist hier darauf zu verweisen, dass das Recht der freien Wahl des Gesundheitsdienstleisters nicht gleichzustellen ist mit dem Recht, erforderliche Behandlungen auch im Ausland zu erhalten, wobei Gründe im Zusammenhang mit Nähe, Familie, Gesundheit oder Arbeitsplatz eine Rolle spielen. Diese beiden grundlegend verschiedenen Grundsätze und Ziele werden in den Vorschlägen der Kommission für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung nicht klar voneinander getrennt und sorgen für Verwirrung. Auf der einen Seite gibt es die Grundsätze der Freizügigkeit von Personen und des universellen Zugangs zur Gesundheitsversorgung innerhalb der Grenzen der Europäischen Union; auf der anderen Seite gibt es die Frage des offenen EU-Marktes ohne Hindernisse und Grenzen, in dem Gesundheitsdienstleistungen miteinander „konkurrieren", um (zahlende/versicherte) PatientInnen zu bekommen.

5. Es ist wichtig, diese beiden Aspekte strikt voneinander zu trennen. Der EGÖD hat keine Einwände gegen den Grundsatz der Freizügigkeit und des universellen Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen für alle Personen innerhalb der EU. Wir würden Initiativen unterstützen, die diese Grundrechte garantieren würden, zum Beispiel durch eine weitere Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung sollte nicht vom jeweiligen Aufenthaltsort oder dem Mitgliedstaat abhängen, aus dem eine Person kommt. Im Idealfall sind öffentliche Gesundheitssysteme in der Lage, gemeinsam in Europa die Gesundheitsdienstleistungen zu erbringen, die von allen gebraucht werden. Der EGÖD möchte aber nicht, dass Gesundheitsdienstleistungen zu einem Markt werden, in dem PatientInnen ihre Dienstleistungen kaufen und in dem nur noch die Markt- und Wettbewerbslogik herrscht. Der EGÖD teilt nicht den Standpunkt der Kommission, dass die Wahlfreiheit bei den Gesundheitsdienstleistungen automatisch zu den besten Ergebnissen für alle führt[3].

Wahlfreiheit und nationale Gesundheitssysteme

6. Bei der Diskussion der Vorschläge der Kommission stellt sich in erster Linie die Frage, ob PatientInnen die uneingeschränkte Freiheit der Wahl ihrer Gesundheitsdienstleister haben sollten, selbst wenn diese Leistungserbringer nicht Teil des nationalen öffentlichen Gesundheitssystems sind. Wäre es wünschenswert, eine Situation herbeizuführen, die das nationale Gesundheitssystem, das eigentlich ein öffentlich verwaltetes System sein sollte, zu einer reinen Kostenerstattungsstelle macht? Die Antwort sollte *Nein* lauten, wenn wir die äußerst wichtige Rolle, die Regierungen bei der Bereitstellung, Planung und Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen spielen, sowie ihre Verantwortung im Hinblick auf die Gewährleistung der Qualität und der Zugänglichkeit dieser Leistungen auf ihrem gesamten

[3] Siehe z. B. S. 63-66 der Folgenabschätzung (Begleitdokument des Richtlinienvorschlags über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, SEC(2008) 2163.

Territorium bedenken. Es gibt zahlreiche Belege dafür, dass am Wettbewerb ausgerichtete Gesundheitssysteme weder die besten noch die preiswertesten Ergebnisse liefern[4].

7. Die Vorschläge der Kommission hingegen verfolgen eindeutig die Absicht, den Patienten diese Wahlfreiheit zu garantieren und im Rahmen der Richtlinie einen Wettbewerb zwischen den Gesundheitsdienstleistern einzuführen. Letztlich haben die PatientInnen das Recht auf Erstattung der Kosten für Behandlungen im Ausland unabhängig davon, welche Art von Leistungserbringer in Anspruch genommen wurde. Nach Aussage der Kommission ist es das Ziel der vorgeschlagenen Richtlinie, Klarheit im Hinblick auf das Recht auf Kostenerstattung zu schaffen und nicht über das Recht, Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen zu können.

Zugänglichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung

8. Auf das fundamentale Recht auf die Inanspruchnahme einer erforderlichen Gesundheitsversorgung wird nicht wirklich eingegangen. Dieses Recht ist aber einer der Hauptgründe, warum die Entscheidungen des Gerichtshofs und besonders der Vorschlag der Kommission so beträchtliche Kontroversen ausgelöst haben. Die meisten Mitgliedstaaten und Anspruchsgruppen zeigen sich nicht so sehr über Reisende, MigrantInnen, TouristInnen oder GrenzgängerInnen besorgt, die gelegentlich Behandlung in einem Land brauchen; dies sind Fälle, für die sich praxisorientierte Regelungen finden lassen angesichts der relativ geringen Zahlen – zum Beispiel durch eine Anpassung der bereits bestehenden Koordinierung der Sozialversicherungssysteme (Verordnungen 1408/71 and 883/2004).

9. Der größte Teil der politischen Debatten drehte sich bisher um PatientInnen, die sich aufgrund der schlechten Qualität, Verfügbarkeit oder Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung (Wartelisten) in ihrem eigenen Land ins Ausland begeben. Frau Watts zum Beispiel hat nicht gezielt nach einem französischen Gesundheitsdienstleister gesucht, um sich von diesem behandeln zu lassen; sie ist nach Frankreich gefahren, weil das Gesundheitssystem in ihrem eigenen Land ihr offensichtlich nicht helfen konnte und der französische Anbieter in der Lage war, die erforderliche Operation auszuführen.

10. Das Urteil des Gerichtshofs, das Frau Watts Recht auf Rückerstattung der Kosten bestätigte, hat einen Sturm der Kritik ausgelöst. Ein vielfach gehörtes Argument lautete, dass damit die Möglichkeiten der Mitgliedstaaten zur Planung ihrer Gesundheitssysteme beeinträchtigt würden. Tatsächlich hat der Gerichtshof nicht nur das Recht von PatientInnen bekräftigt, sich im Ausland behandeln zu lassen und die Kosten erstattet zu bekommen. Das Gericht hat damit in erster Linie das Recht der PatientInnen bestätigt, ohne Zeitverzögerung und ohne vorherige Einholung einer Genehmigung gesundheitlich versorgt zu werden.

11. Der EGÖD sieht zwar die Freizügigkeit der PatientInnen nicht als die beste Möglichkeit an, die durch begrenzte Verfügbarkeit und Zugänglichkeit verursachten Probleme zu lösen. Wir stimmen aber der Forderung zu, dass eine medizinische Behandlung ohne ungebührliche Verzögerungen stattfinden sollte. Das Recht der Mitgliedstaaten, ihre Gesundheitssysteme

[4] Siehe z. B. Finanzierung des Gesundheitswesens im Kontext der Sozialversicherung (LSE)

autonom zu organisieren, darf nicht höher gestellt werden als das Recht der PatientInnen, erforderliche Behandlungen innerhalb einer akzeptablen Frist in Anspruch nehmen zu können.

Gesundheitsversorgung als öffentlicher Dienst

12. Die Gesundheitsversorgung ist jedoch in erster Linie eine öffentliche Dienstleistung. Der Staat finanziert und erbringt diese Dienstleistungen für den Menschen in direkter oder indirekter Form durch die Erhebung von Steuern oder Sozialabgaben. Ist die medizinische Versorgung der BürgerInnen auf regulärem Wege nicht mehr zu gewährleisten, sollte dies von der Regierung in Form einer öffentlichen Debatte und als Teil des demokratischen Prozesses erörtert werden, jedoch ohne die öffentliche Natur dieser Versorgung in Frage zu stellen. Leider könnte aber der Grundsatz der Wahlfreiheit, wie er vom Gerichtshof eingeführt und von der Kommission vorgeschlagen wurde, genau diese Wirkung haben. Auf diese Weise könnten die öffentlichen Systeme zusätzlich unter Druck geraten durch die Entstehung einer Situation, in der sich private Anbieter mit den öffentlichen Leistungserbringern einen Wettbewerb um knappe Ressourcen liefern.

13. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt erleichtert der Vorschlag der Kommission nur die freie Wahl der Gesundheitsdienstleister über die Grenzen hinaus; der Vorschlag befasst sich nicht explizit mit Situationen, in denen PatientInnen örtliche private statt der örtlichen öffentlichen Leistungserbringer in Anspruch nehmen wollen. Was in diesen Fällen geschehen soll, ist mit einem großen Fragezeichen versehen – es wäre interessant zu erfahren, wie der Gerichtshof entscheiden würde, wenn Frau Watts zu einen privaten (örtlichen oder ausländischen) Leistungserbringer gegangen wäre, anstatt nach Frankreich zu reisen. Folgt man der Logik des Binnenmarktes, müssen wir davon ausgehen, dass der Gerichtshof auch die Erstattung dieser Kosten bestätigen würde.

Verantwortung der PatientInnen

14. Die vorgeschlagene Richtlinie könnte Mitgliedstaaten auch dazu veranlassen, ihre Gesundheitssysteme umzugestalten und auf diese Weise zu erreichen, dass der Patient bzw. de Patientin selbst mehr Verantwortung dafür übernimmt, die erforderliche Gesundheitsversorgung für sich zu finden. Der von der Kommission gelieferte Rahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, in dem die PatientInnen in erster Linie das Recht auf Kostenerstattung und nicht direkt ein Recht auf Gesundheitsversorgung haben, könnte natürlich ohne weiteres auf nationale Situationen übertragen werden. Wenn sich das Gesundheitssystem in der Tat in ein offenes Erstattungssystem verwandeln würde, könnte es für den Staat wesentlich schwerer werden, das Gesundheitswesen am Bedarf der Bevölkerung orientiert nach den Grundsätzen demokratische Entscheidungsfindung zu planen. Das Recht auf Wahlfreiheit könnte dann für den/die PatientIn zur Pflicht werden, selbst den geeigneten Leistungserbringer zu finden. Die Aufgabe der Mitgliedstaaten, die bestmögliche Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen, könnte ebenfalls untergraben werden. Letztlich könnte so argumentiert werden, dass es nicht Sache der Mitgliedstaaten ist, eine bestimmte Gesundheitsversorgung für ihre BürgerInnen bereitzustellen, da diese in einem anderen Mitgliedstaat wohl besser angeboten wird. PatientInnen könnten dann gezwungen sein, dorthin zu gehen, wo diese Leistung angeboten wird, unter Umständen sogar ins Ausland.

Freizügigkeit von Dienstleistungen

15. Diese Fragen im Zusammenhang mit der Wahlfreiheit sind in keiner Weise irrelevant, da sie mit der Freiheit der Dienstleistungserbringung in der gesamten EU im Zusammenhang stehen. Die Präambel und die Einführung der vorgeschlagenen Richtlinie enthalten zahlreiche Verweise auf diese Freiheit. Präambel Nr. 18 zum Beispiel lässt keinen Zweifel daran, dass es den Mitgliedstaaten untersagt ist, ungerechtfertigte Beschränkungen der Ausübung dieser Freiheit im Gesundheitssektor einzuführen oder beizubehalten. In diesem Zusammenhang werden grenzübergreifende Gesundheitstelematik-Dienste erwähnt, aber der Textvorschlag erwähnt ebenfalls die Niederlassung eines Gesundheitsdienstleisters in einem anderen Mitgliedstaat oder den vorübergehenden Aufenthalt dieser Dienstleister[5].

16. Wie sollen wir also den EU-Vertrag und die vorgeschlagene Richtlinie in Bezug auf (private) Gesundheitsdienstleister aus anderen Mitgliedstaaten interpretieren? Was kann als gerechtfertigtes Hindernis der Freizügigkeit angesehen werden, und was ist nicht gerechtfertigt? Sollten nationale Gesundheitssysteme tatsächlich private gewinnorientierte Unternehmen mit öffentlichen Einrichtungen gleichsetzen? Ist es möglich, die bestehenden Gesundheitsversorgungssysteme zu erhalten, oder sind umfassende Reformen des Gesundheitswesens erforderlich, um die europäischen Rechtsvorgaben zu erfüllen?

17. Die Kommission behauptet, dass der Richtlinienvorschlag nicht direkt die Möglichkeiten der Mitgliedstaaten beeinträchtigt, die freie Wahl des Dienstleisters zu beschränken oder andere inländische Planungsmechanismen durchzusetzen wie Bedingungen oder Anspruchskriterien und regulatorische und administrative Verfahren. Der Vorschlag stellt aber unmissverständlich fest, dass diese Beschränkungen die Binnenmarktfreiheiten respektieren müssen und dass sie notwendig und angemessen sein müssen und kein Mittel willkürlicher Diskriminierung darstellen dürfen[6].

18. Wir als EGÖD fragen uns, ob die Auswirkungen der Richtlinie und ihre Bekräftigung der Marktgrundsätze nicht weit über die Fälle einzelner PatientInnen hinausgehen würden, die im Ausland behandelt werden möchten. Nach EU-Vertrag gibt es kein Subsidiaritätsprinzip im Bereich des Binnenmarktes. Die Europäische Gemeinschaft bestimmt die Art und Weise, wie der Binnenmarkt reguliert werden sollte. Zwar entscheiden die Mitgliedstaaten auf dem Papier autonom darüber, wie sie ihre Gesundheitssysteme organisieren und finanzieren, es ist aber die Europäische Gemeinschaft, die den Binnenmarkt der (Gesundheits-)Dienstleistungen reguliert. Leider setzt die Kommission für die Anwendung dieser Binnenmarktregeln keine Grenzen. Statt dessen wird den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft in der vorgeschlagenen Richtlinie untersagt, ungerechtfertigte Beschränkungen der Ausübung der Dienstleistungsfreiheit einzuführen oder beizubehalten[7].

Investitionen in Gesundheitssysteme

[5] siehe Nr. 10 der Präambel
[6] siehe z. B. S. 15 des Richtlnienvorschlags
[7] siehe wiederum Präambel 18

19. Ohne einen weitergehenden Rechtsschutz für Gesundheits- und damit verbundene Sozialdienste auf europäischer Ebene könnte dieser Richtlinienvorschlag deshalb zu einer weiteren Einführung der Binnenmarktprinzipien im Bereich des Gesundheitswesens führen und sogar bestehende Gesundheitssysteme schädigen. Die Infrastrukturen unserer Gesundheitssysteme sind auf umfassende Investitionen in Technologie, Personalausbildung, Geräte, Ausrüstungen usw. angewiesen. Es ist außerdem ein erhebliches Maß an Regulierung und Planung erforderlich, damit das Gesundheitssystem auch Menschen in ländlichen oder ärmeren Regionen Zugang zu ZahnärztInnen, Apotheken, Hebammen, ÄrztInnen und Krankenschwestern und Krankenpflegern sichert. Um ein Dienstleistungs- und Qualitätsniveau sicherzustellen, das den Interessen der gesamten Bevölkerung entspricht, brauchen die Gesundheitssysteme eine auf Solidarität basierende Finanzierung dieser Infrastrukturen.

20. Bei der Organisation und der Finanzierung der Gesundheitsversorgung geht es nicht nur um die Bezahlung individueller Behandlungen; der Aufbau und die Aufrechterhaltung von Dienstleistungen für die Öffentlichkeit einschließlich präventiver Gesundheitsdienstleistungen ist mindestens von gleich großer Bedeutung. Es sollte die Einsicht vorhanden sein, dass nicht alle Kosten für die Gesundheitsversorgung in Form einer Rechnung präsentiert werden können oder sollten. Gesundheitseinrichtungen in entwickelten Gebieten können eine deutlich größere Anzahl von PatientInnen versorgen und arbeiten deshalb kostengünstiger als zum Beispiel Krankenhäuser in einer Bergregion mit spärlicher Besiedlung. Es wäre allerdings in hohem Maße unfair, diese höheren Kosten den Menschen aufzuerlegen, die in diesen wenig besiedelten Regionen leben. Trotzdem müssen wir erkennen, dass es für einen Staat praktisch unmöglich ist, die Aufrechterhaltung des Betriebs all dieser Einrichtungen in einem offenen Markt zu garantieren, in dem Leistungserbringer ihre Dienste nach eigener Entscheidung anbieten und diesem Markt auch wieder entziehen.

21. Die Erklärung der Kommission, dass Mitgliedstaaten keine Sorge wegen der finanziellen Tragfähigkeit ihrer Dienste haben müssen, da die Kostenrückerstattung nicht höher ausfiele als die Kosten für Behandlungen in den eigenen Mitgliedstaaten[8], ist deshalb eine Fehlrechnung und missachtet die Tatsache, dass Mitgliedstaaten auch Ausgaben für die Aufrechterhaltung der Infrastrukturen des Gesundheitswesens aufbringen müssen. Die finanzielle Tragfähigkeit hängt nicht nur von den Kosten für die individuellen Behandlungen ab, sondern auch von den materiellen und immateriellen Ergebnissen langfristiger Investitionen und den Möglichkeiten zur Beeinflussung dieser Ergebnisse. Dies ist wesentlich problematischer in einem markorientierten als in einem geschützten Umfeld. Die Verwaltung und das Management öffentlicher Gesundheitssysteme beinhalten also wesentlich mehr als nur Entscheidungen über Leistungskörbe und die Höhe von Versicherungsprämien und Steuern.

Grenzüberschreitende Versorgung für alle?

22. Zwar würden die Vorschläge der Kommission PatientInnen Möglichkeiten eröffnen, die sich in der Tat im Ausland behandeln lassen wollen. Diese Möglichkeiten würden aber nach wie vor in hohem Ausmaß von den finanziellen Mitteln des/r PatientIn und des Landes abhängen, in dem er/sie versichert ist. Die Kommission fordert in der Tat (zum Beispiel in Präambel 13), dass die

[8] Siehe S. 16 des Richtlinienvorschlags

Richtlinie PatientInnen nicht diskriminiert und dass PatientInnen gleich behandelt werden; in vielen Fällen dürfte dies jedoch nur auf dem Papier Realität sein.

23. Da die Richtlinie lediglich die Erstattung der Kosten für die Behandlung und nicht der Hotel- und Reisekosten vorsieht, werden sich nur diejenigen mit den entsprechenden finanziellen Mitteln tatsächlich für eine Behandlung ins Ausland begeben. Zahlreiche weniger wohlhabende PatientInnen haben kaum eine Wahl; sie verfügen nicht über das Geld, sich in die nächste Maschine zu setzen und ein Hotel zu buchen, um sich in einem anderen Land einer erforderlichen Operation zu unterziehen. Sie haben ebenfalls nicht das Geld, um eine Versicherung abzuschließen, die in einem solchen Fall die Kosten übernehmen würde. Ganz eindeutig trifft der Grundsatz der Wahlfreiheit des/r PatientIn auf diese Personengruppe nicht in gleicher Weise zu wie auf wohlhabendere MitbürgerInnen.

24. Dies wird noch offensichtlicher im Falle von Vorauszahlungen, die zurzeit eines der größten Hindernisse für die grenzübergreifende Gesundheitsversorgung darstellen. PatientInnen im Ausland müssen oft Barzahlungen oder Kreditkartenzahlungen leisten, bevor sie Gesundheitsdienstleistungen im Behandlungsstaat in Anspruch nehmen können. Natürlich ist nur eine begrenzte Anzahl von BürgerInnen dazu in der Lage, wobei dies ganz besonders bei komplizierten Operationen oder Behandlungen zutrifft. Da PatientInnen nicht per se berechtigt sind, aus ihrem Gesundheitssystem Vorauszahlungen für Behandlungen im Ausland zu erhalten, würde der Zugang zur Gesundheitsversorgung in einem anderen Land nach wie vor von den persönlichen Vermögensverhältnissen abhängen[9].

25. Die Richtlinie verpflichtet die Gesundheitsdienstleister auch nicht, per se PatientInnen ohne diese Vorauszahlungen anzunehmen. Obwohl Dienstleister nicht in der Lage sind, zwischen PatientInnen aus dem Ausland und zwischen inländisch versicherten PatientInnen zu unterscheiden, wird es ihnen doch nicht möglich sein, alle PatientInnen in jedem Aspekt gleich zu behandeln aufgrund der unterschiedlichen Versicherungs- und Finanzierungssysteme und ihrer unterschiedlichen Bedingungen (z. B. Pauschalen im Vergleich zur Rechnungsstellung).

26. Für die BürgerInnen zahlreicher Länder in den östlichen und südlichen Staaten Europas bestehen noch weniger Wahlmöglichkeiten. Nach Artikel 6 der vorgeschlagenen Richtlinie erhalten PatientInnen eine Kostenrückerstattung nur bis zu der Höhe, die den Kosten einer Gesundheitsdienstleistung im eigenen Hoheitsgebiet entspräche. BürgerInnen aus Ländern mit relativ kostengünstigen Gesundheitssystemen wie Bulgarien oder Lettland hätten deshalb keinen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen in Ländern wie dem VK oder Deutschland oder nur dann, wenn sie die Kostendifferenz aus eigener Tasche zahlen würden oder wenn sie private Zusatzversicherungen abschließen würden. Das Recht des Patienten auf Wahlfreiheit ist für PatientInnen aus diesen Ländern eher virtueller als realer Natur.

Behandlungsmitgliedsländer

27. Nach Artikel 5 der vorgeschlagenen Richtlinie sollen PatientInnen aus dem Ausland und Staatsangehörige des Behandlungsmitgliedslandes in gleicher Weise behandelt werden.

[9] Siehe z. B. Folgenabschätzung, S. 27, mit einer eindeutigen Aussage über die nachträgliche Kostenerstattung

PatientInnen aus anderen Ländern sollen nicht diskriminiert werden, und sie sollen auch nicht bevorzugt behandelt werden im Vergleich zu den „nationalen versicherten" PatientInnen. Das ist zwar ein bewundernswertes Ziel, aber auch hier wird die Situation in der Realität wieder ganz anders aussehen. Wie bereits oben erwähnt, haben PatientInnen aus dem Ausland ganz andere Versicherungssysteme mit ganz anderen Zahlungs- und Anmeldungsbedingungen als die Angehörigen des Behandlungslandes. Der/die ausländische PatientIn wird zum Beispiel in den meisten Fällen in der Lage sein, einen privat tätigen Leistungserbringer zu konsultieren, was für eine/n einheimischen PatientIn wesentlich schwieriger oder sogar unmöglich sein wird, wenn diese Art von Gesundheitsdienstleistung vom öffentlichen Gesundheitssystem nicht getragen wird. Ausländische PatientInnen, die reisefähig sind, verfügen außerdem öfter über die finanziellen Mittel, um Vorauszahlungen leisten zu können; sie zahlen direkt für ihre Behandlungskosten entweder mit ihrem eigenen Geld oder dem Geld ihrer Versicherung oder des Gesundheitssystems. Viele öffentliche Gesundheitssysteme erstatten den Gesundheitsdienstleistern ihre Kosten nicht per einzelner Behandlung, sondern in Form einer Pauschale, die alle auftretenden Fälle abdeckt. Ausländische PatientInnen werden für diese Gesundheitsdienstleister zusätzliche Einnahmen generieren, während eine national versicherte Person dem Gesundheitsdienstleister nur Kosten verursacht. Es ist kaum vorstellbar, wie diese ungleiche Situation zu einer gleichen Behandlung von PatientInnen führen soll. Behandlungsmitgliedsländer sollten deshalb zumindestens die Möglichkeit haben, Gesetze zu verabschieden, die die Übernahme ausländischer PatientInnen in ihre Gesundheitsversorgung regulieren.

System der Vorabgenehmigung

28. Ein System der Vorabgenehmigung wäre nur bei stationärer Behandlung im Krankenhaus oder bei Spezialbehandlungen gestattet, wenn diese Gesundheitsleistung entweder die finanzielle Tragfähigkeit der Gesundheits- und Sozialsysteme insgesamt oder die Organisation, Planung und Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen gefährden würde. Die Kommission geht davon aus, dass eine ambulante, normale Behandlung niemals in diese Kategorie fallen würde[10]; nach Auffassung der Kommission (und des Gerichtshofs) würde ein offener grenzüberschreitender Markt für ambulante Gesundheitsdienstleistungen die Gesundheitssysteme offensichtlich nicht gefährden. Die Definition der Krankenhausbehandlung, wie sie in Artikel 8 gegeben wird, ist sehr beschränkt und beinhaltet lediglich eine Behandlung, die eine Übernachtung des/r PatientIn für mindestens eine Nacht erfordert, und Behandlungen, die in einer Liste spezifischer Behandlungen enthalten sind und die von der Kommission erstellt und aktualisiert wird. Die Tatsache, dass diese Liste durch ein Komitologieverfahren erstellt wird und nicht das Ergebnis einer autonomen Entscheidung der Mitgliedstaaten selbst ist, widerspricht dem Subsidiaritätsgrundsatz und dem Recht der Mitgliedstaaten, ihre Gesundheitsversorgung selbst zu organisieren.

29. Selbst im Falle einer Krankenhausbehandlung oder einer Spezialbehandlung bedeutet Artikel 8 des Richtlinienvorschlags für die Mitgliedstaaten eine erhebliche Beweislast. Bevor sie ein System für die Vorabgenehmigungen einführen können, müssen sie den Nachweis erbringen, dass die daraus folgende Patientenabwanderung das finanzielle Gleichgewicht und/oder

[10] Siehe 7.2 der Einleitung des Richtlinienvorschlags

Planungen und Rationalisierungen im Krankenhaussektor untergräbt oder wahrscheinlich untergraben wird. Wie Regierungen das leisten sollen, bleibt ein Geheimnis. Die Mitgliedstaaten sollen hier wohl nachweisen, dass Unmengen von PatientInnen das Land verlassen werden, um diese spezielle Behandlung im Ausland zu erhalten. Das wäre natürlich zumindestens sehr problematisch und könnte sogar (je nach angewandten Kriterien) praktisch unmöglich sein. Ganz offensichtlich will es die Kommission den Mitgliedstaaten erschweren, ihre Genehmigungssysteme beizubehalten. Entsprechend den Bestimmungen des Vertrages sollten es aber die Mitgliedstaaten sein, die darüber entscheiden, für welche Behandlung (stationär oder ambulant) eine Vorabgenehmigung erforderlich ist.

Medizinische und nicht-medizinische Leistungen

30. Der Geltungsumfang dieser Richtlinie beinhaltet lediglich Gesundheitsdienstleistungen, die von Angehörigen der Gesundheitsberufe erbracht oder von ihnen beaufsichtigt werden, wobei diese Personen einem reglementierten Beruf angehören müssen[11]. Diese sehr strikte Trennung zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen wird der aktuellen Situation nicht gerecht, die gekennzeichnet ist durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Disziplinen zur Verbesserung und zum Erhalt der Gesundheit des Menschen innerhalb der Gesellschaft. Es gibt immer mehr Beweise dafür, dass ein ganzheitlicher Gesundheitsansatz, der physische, psychologische und soziale Aspekte gleichermaßen berücksichtigt, die besten Ergebnisse im Hinblick auf die öffentliche Gesundheit und individuelle Behandlungen bringt. Dienstleistungen wie die soziale Unterstützung für chronisch Kranke, Reha-Maßnahmen oder Aktivitäten zur Gesundheitsförderung sollten ein wichtiger und fester Bestandteil der Gesundheitspolitik und der Gesundheitssysteme sein; dafür zuständig sind jedoch nicht immer die Angehörigen reglementierter Gesundheitsberufe.

31. Darüber hinaus brauchen die meisten PatientInnen neben der medizinischen Behandlung auch ein bestimmtes Maß an sozialer Zuwendung und Unterstützung. Dies betrifft nicht PatientInnen, die sich zu Hause behandeln lassen, aber auch PatientInnen in einem Krankenhaus. Füttern, Waschen, Bettwäsche wechseln, Reinigen der Fußböden sind Dienstleistungen, die im engeren Sinne keine Gesundheitsdienstleistungen sind, wie sie vom Richtlinienvorschlag definiert werden. Diese Dienstleistungen können natürlich unter der Aufsicht zum Beispiel einer Krankenschwester erbracht werden, oft ist dies aber nicht der Fall.

32. Es ist nicht offensichtlich, welche Auswirkungen diese Unterscheidung zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Dienstleistungen in der Praxis haben würde. Die Situation ist auch deshalb so kompliziert, weil es hier auch um die Umsetzung der Dienstleistungsrichtlinie geht mit ihrer vage definierten Ausnahme von Sozialdienstleistungen. Die unterschiedlichen Rechtsvorschriften, die auf all diese Dienstleistungen anwendbar sind, würden jede Menge Verwirrung und Rechtsunsicherheiten erzeugen, und das Risiko ist nicht von der Hand zu weisen, dass dies auf Kosten eines ganzheitlichen und konsistenten Gesundheitsansatzes geht.

Grundsätze und Qualitätsstandards

[11] Siehe Artikel 4 des Richtlinienvorschlags

33. Die vorgeschlagene Richtlinie stellt in Artikel 5 eine Art Hierarchie der Grundsätze und Standards auf. Es ist hier wichtig anzumerken, dass die Mitgliedstaaten zur Definition eindeutiger Qualitäts- und Sicherheitsstandards für das Gesundheitswesen verpflichtet sind, dass sie dabei aber nur die Grundsätze der Universalität, des Zugangs zu hochwertiger Versorgung, der Gleichbehandlung und der Solidarität beachten müssen. Als EGÖD würden wir die Initiativen der Kommission unterstützen, Qualitäts- und Sicherheitsstandards in der Gesundheitsversorgung zwingend vorzuschreiben. Es wird zwar nicht viel über den Inhalt dieser Standards gesagt, wir halten diesen Punkt aber für eine positive Aussage der Vorschläge. PatientInnen sollten in der Tat ebenfalls die Möglichkeit der Beschwerde und des Zugangs zu wichtigen Informationen haben, und ganz sicher müssen Mechanismen verfügbar sein, die die praktische Umsetzung garantieren.

34. Wir würden allerdings gerne die Verantwortung und die Pflichten der Mitgliedstaaten in eindeutigerer Weise auch auf Forderungen wie Universalität, Gerechtigkeit und Solidarität erweitern. Diese Grundsätze sowie eine Reihe weiterer wichtiger Prinzipien wie demokratische Kontrolle oder Bezahlbarkeit und Verfügbarkeit tauchen in dem Richtlinienvorschlag nicht auf; sie werden zwar in Artikel 5 erwähnt, haben aber keinen verbindlichen Status. Unserer Auffassung nach ist dies ein unentschuldbarer Mangel des vorliegenden Textes. Um den Menschen eine Gesundheitsversorgung nach Bedarfslage anbieten zu können, müssen Regierungen ihre öffentliche Verantwortung wahrnehmen und Gesundheitsdienstleistungen zugänglich, transparent und nachvollziehbar machen. Die Umsetzung dieser Prinzipien würde einem offenen Markt für Gesundheitsdienstleistungen ganz offensichtlich Grenzen setzen. Allerdings sollte diese Richtlinie oder eine andere für Gesundheitsdienstleistungen geltende Richtlinie sicherstellen, dass diese Grenzen als gerechtfertigt und angemessen erachtet werden und dass Mitgliedstaaten für zugängliche und universelle Gesundheitsdienstleistungen verantwortlich gemacht werden. Wir fragen uns, warum diese Themen in dem vorliegenden Vorschlag nicht vorkommen.

(Halb-)erzwungene Patientenmobilität?

35. Der Vorschlag der Kommission erwähnt nicht explizit Situationen, in denen das Gesundheitssystem, die Versicherer oder die Dienstleister selbst PatientInnen zur Behandlung ins Ausland schicken oder PatientInnen zu Gesundheitsdienstleistern in anderen EU-Mitgliedstaaten überweisen. Dies kann jedoch in Zukunft zur Normalität werden. Die grenzübergreifende Patientenmobilität hat in der Tat einige Vorteile für die Krankenversicherungen oder die Gesundheitssysteme, zum Beispiel im Hinblick auf die Kosteneffektivität. Es bleiben jedoch Zweifel, ob diese Art der Patientenmobilität wirklich gefördert werden soll. Aus Sicht der PatientInnen sollten wir hier sehr vorsichtig herangehen. In Notfällen oder bei speziellen Behandlungen würde die Option, sich im Ausland behandeln zu lassen, dem/r PatientIn in der Tat helfen. in Fällen chronischer Krankheit oder bei gängigen Behandlungen sollte eine Versorgung in unmittelbarer Nähe jedoch Priorität haben, auch wenn dies mit höheren Kosten verbunden ist.

36. Die Wahlfreiheit des/r PatientIn bedeutet letztlich nicht nur, dass er/sie auf eigenen Wunsch im Ausland behandelt werden kann, sondern sollte ebenfalls beinhalten, dass ein/e PatientIn einen Gesundheitsdienstleister in der Nähe konsultieren und während der Behandlung in der Nähe der

vertrauten Umgebung, von Freunden und Familie bleiben kann. Berücksichtigt man die Notwendigkeit von Folgebehandlungen und Kontrollen sowie das Rückfallrisiko, sollten PatientInnen in der Lage sein, ihre Gesundheitsdienstleister schnell zu erreichen und möglichst nicht weite Strecken reisen zu müssen. Die erste Priorität für Gesundheitssysteme ist schließlich, die Bedürfnisse und Interessen der PatientInnen zu erfüllen; dazu gehört auch eine Behandlung in der vertrauten Umgebung.

37. Das Thema der erzwungenen/halb erzwungenen Patientenmobilität ist ebenfalls wichtig im Hinblick auf Fragen der Qualität, der Zuverlässigkeit und des Regresses. Der vorliegende Text der Kommission unterscheidet nicht zwischen PatientInnen, die zu einer Behandlung im Ausland gezwungen werden, und denjenigen, die sich aus eigener freier Entscheidung und aus persönlichen oder praktischen Gründen in einem anderen Land behandeln lassen. In allen diesen Fällen würden die Qualitätsregelungen des Behandlungsmitgliedslandes gelten. Bei einer erzwungenen Patientenmobilität wäre dies aber nicht akzeptabel. Auf Grundlage ihrer nationalen Gesetze dürfen PatientInnen ein bestimmtes Qualitätsniveau der Behandlung erwarten, wenn sie in ihrem eigenen Land versorgt werden; diese Verantwortung sollte sich nicht ändern und sicherlich auch nicht geringer werden, wenn diese PatientInnen ins Ausland geschickt werden. Sie würden ihre Rechte ja nicht auf der Basis einer freien Willensentscheidung aufgeben, sondern weil sie keine andere realistische Option zur Verfügung haben.

38. Es ist unserer Meinung nach deshalb sehr wichtig, dass nationale Gesundheitssysteme, Krankenversicherer und Gesundheitsdienstleister verantwortlich für die Qualität der Dienstleistungen sind, die für die (zwangsweise) ins Ausland geschickten PatientInnen erbracht wurden. In unserer Antwort auf die Konsultation haben wir als EGÖD betont, dass die nationalen Gesundheitssysteme dafür verantwortlich sind, dass alle Menschen innerhalb des Hoheitsgebietes eines Mitgliedstaates in den Genuss einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung kommen. Da die Qualität eines Gesundheitssystems von Land zu Land nach wie vor unterschiedlich ausfallen kann, sollte diese Verantwortung nicht in den Fällen aussetzen, in denen PatientInnen ins Ausland geschickt oder gezwungen werden, sich dort einer notwendigen Behandlung zu unterziehen.

Regress - Berufshaftpflicht

39. Der Richtlinienvorschlag zeichnet sich in vielerlei Hinsicht durch eine sehr einfache Betrachtungsweise der komplexen Welt der Gesundheitsdienstleistungen aus. Das kann zu Situationen führen, die sich so niemand wünscht. Dies ist zum Beispiel der Fall bei den Bestimmungen für Regress und Berufshaftpflichtversicherungen. Natürlich ist es wichtig, Optionen für Schadenersatz zu erörtern und sich auch mit dem Thema der Berufshaftpflichtversicherung zu befassen. Es ist ebenfalls logisch, dass der schadensverursachende Dienstleister Wiedergutmachung und Entschädigungen anbietet. Die vorliegende Richtlinie nimmt aber fast als Automatismus an, dass dies von dem Gesundheitsdienstleister übernommen wird. Die Wirklichkeit kann aber viel komplizierter sein. Der Gesundheitsdienstleister kann zum Beispiel nicht in der Lage sein, die Bedingungen, in denen die Behandlung durch ihn erfolgt, vollständig zu kontrollieren. Das ist besonders dann der Fall, wenn ein Beschäftigungsverhältnis besteht. Selbst ein relativ einfacher Regressfall kann

deshalb eine endlose Kette von Entschädigungsverfahren nach sich ziehen. Eine grenzüberschreitende Behandlung würde die Situation weiter verkomplizieren, da unterschiedliche Rechtssysteme und Systeme der sozialen Absicherung ins Spiel kommen. Lange und komplizierte Verfahren müssen aber selbstverständlich vermieden werden. Der Richtlinienvorschlag äußert sich auch nicht eindeutig zu Nachbehandlungen, Nachsorge, Haftung des Leistungserbringers, Entschädigungsverfahren und anderen Rechtsverfahren. Dieses spezielle Thema bedarf deshalb einer näheren Betrachtung und weiterer Forschungen im Bereich der unterschiedlichen nationalen und grenzüberschreitenden Schadensersatzsysteme in der EU besonders im Bereich der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung. In diesem Zusammenhang weisen wir auch darauf hin, dass es für Gesundheitsfachkräfte zurzeit oft schwierig bis unmöglich ist, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen. Eine Pflicht zum Abschluss dieser Versicherung für Gesundheitsdienstleister sollte es nur dann geben, wenn eine solche Versicherung für die Betroffenen tatsächlich in zuverlässiger und bezahlbarer Form zur Verfügung steht.

Gegenseitige Anerkennung von Verschreibungen

40. Die Richtlinie schreibt vor, dass von Gesundheitsdienstleistern in anderen Mitgliedstaaten ausgestellte Verschreibungen für Arzneimittel anerkannt werden. Da es aber grundsätzlich keine Regelung für die Anerkennung pharmazeutischer Produkte gibt, könnte dies zu großen Problemen führen. PatientInnen könnten Arzneimittel verschrieben bekommen, die es nicht einmal in dem Mitgliedstaat gibt, in dem sie leben. Es kann ebenfalls der Fall sein, dass die Kosten für diese vielleicht sehr teuren Medikamente von der eigenen Versicherung oder vom eigenen Gesundheitssystem nicht erstattet werden. Es ist unmöglich, den Aussteller dieser Verschreibungen vorher um eine Überprüfung der pharmazeutischen Regelungen des Mitgliedstaates zu bitten. Wir müssen ebenfalls sehen, dass es in der Praxis kein europäisches elektronisches System für die Anerkennung von Verschreibungen gibt, und sogar in den einzelnen Staaten ist die Realität weit davon entfernt Hier handelt es sich also um ein Thema, dass ohne weitere zusätzliche Maßnahmen kaum in die Praxis umgesetzt werden kann. Die Umsetzung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität würde hierdurch praktisch unmöglich gemacht.

Schlussfolgerung

41. Die vorgeschlagene Richtlinie lässt unserer Auffassung nach viele Fragen unbeantwortet. Am dringendsten sind die Fragen, die sich mit der Zukunft der Gesundheits- und Sozialsysteme befassen. Wie wir in den vorhergehenden Absätzen dargelegt haben, würde die Durchsetzung der Binnenmarktregeln mit dieser Richtlinie nur weiter verschärft werden. Leider wissen wir nicht, in welchem Ausmaß. Wir tappen ebenfalls im Dunkeln, was den Handlungsbedarf der Regierungen angeht, um ihre Gesundheitssysteme mit diesen Regelungen kompatibel zu machen.

42. Wir wissen jedoch, dass die Auswirkungen dieser Vorschläge der Kommission weit über deren eigentlichen Zweck der Regelung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität hinausgeht. Die Richtlinie würde die Organisation der Gesundheitsversorgung in Europa betreffen. Da dies Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Qualität von Gesundheitsdienstleistungen gefährden würde, kann der EGÖD diesen Plan der Kommission nur negativ bewerten.

43. Wir bezweifeln ebenfalls die Notwendigkeit und die Verhältnismäßigkeit dieser Richtlinie über die Patientenmobilität. Da die europäische Gemeinschaft die grenzüberschreitende Patientenmobilität bereits durch das Gesetz zur Koordinierung der Sozialversicherungssysteme und mehr noch die Verordnungen 1408/71 und 883/2004 erleichtert, wäre es logischer, diese Verordnungen zu ändern und die Mitgliedstaaten mit Qualitäts- und Kooperationsprogrammen der Gemeinschaft zu unterstützen, anstatt ein komplett neues System mit der damit verbundenen Bürokratie im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Bedenkt man, dass nur 1% der öffentlichen Gesundheitsetats für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung verwendet wird[12], so scheint der Richtlinienvorschlag über das Ziel hinauszuschießen.

Was sollte also unternommen werden?

44. Die Mitgliedstaaten sollten in eigener Verantwortung und völlig autonom die Möglichkeit haben, ihre Gesundheitssysteme im öffentlichen Interesse und durch demokratische Entscheidungen zu organisieren. Um das zu garantieren, ist es in erster Linie erforderlich, die Anwendung der Binnenmarkt- und Wettbewerbsregeln auf die Gesundheitsdienste und die damit verwandten Dienstleistungsbereiche zu begrenzen. Diese Regeln müssten grundlegend angepasst werden, damit die Mitgliedstaaten die Möglichkeit haben, die Freizügigkeit der Gesundheitsdienstleister zu beschränken sowie Dienstleistungen (und ihre Erbringer) zu subventionieren, wenn dies zur Aufrechterhaltung zugänglicher und hochwertiger Gesundheitsdienstleistungen erforderlich sein sollte. Die Kriterien, was als gerechtfertigt anzusehen ist oder nicht, sollten in stärkerem Maße die besonderen Bedingungen berücksichtigen, unter denen Gesundheitsdienstleister arbeiten müssen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt verwendet die Kommission äußerst restriktive Kriterien und zieht Binnenmarktüberlegungen den Prinzipien des Gemeinwohls vor. Im Hinblick auf Gesundheitsdienstleistungen sollten die Gesamt- und Einzelziele jedoch nicht in der Öffnung des Marktes bestehen, sondern in der Entwicklung eines Gesundheitssektors, der dem allgemeinen Interesse im Hinblick auf Zugänglichkeit, Verfügbarkeit, demokratische Kontrolle und Universalität am besten dient.

45. Im Interesse gut funktionierender Gesundheitssysteme ist es deshalb erforderlich, Regierungen auf der Grundlage dieser Gemeinwohlprinzipien die Möglichkeit für eine weitergehende Begrenzung der Binnenmarkt- und Wettbewerbsregeln zu geben. Dies sollte durch entsprechende Gesetze geregelt werden. Der EU-Vertrag und die Entscheidungen des EuGH bieten den Mitgliedstaaten nicht genügend Schutz, um ihre Gesundheitsdienste ohne Rücksicht auf den Binnenmarkt und den Wettbewerb zu organisieren und zu erhalten. Um eine Lösung für diese unerwünschte Situation zu finden, schlägt der EGÖD die Entwicklung von Rechtsvorschriften auf der Grundlage der Gemeinwohlprinzipien vor, damit diese garantiert Vorrang vor marktwirtschaftlichen Überlegungen haben. Wir fordern ebenfalls nachdrücklich die europäischen Institutionen auf, diese Regelungen über die Förderung und den Schutz des öffentlichen Interesses in bestehende und zukünftige Vorschläge und Initiativen im Bereich der Gesundheits- und Sozialdienste zu integrieren.

[12] Siehe S. 8, Mitteilung der Kommission (2008) 415

46. Darüber hinaus sollten PatientInnen mehr Garantien für die Zugänglichkeit, Bezahlbarkeit und Qualität der Behandlungen erhalten, die sie brauchen. Zwar werden diese Prinzipien (als Werte) genannt, aber es gibt für die Mitgliedstaaten keine Verpflichtung, sie umzusetzen. Eine echte Wahlfreiheit für den/die PatientIn beinhaltet, dass PatientInnen zuallererst Zugang zu der erforderlichen Gesundheitsdienstleistung haben. Das ist – wie wir wissen – längst nicht für alle Menschen in Europa der Fall. Viele normale Behandlungen wie zahnmedizinische Versorgung oder präventive Behandlungen sind entweder nicht in dem öffentlichen Leistungskorb enthalten oder mit so vielen Zu- oder Vorauszahlungen verbunden, dass ärmere Bevölkerungsteile sie sich de facto nicht leisten können. Die Situation in einigen EU-12- oder Mittelmeerländern zeigt auch, dass Probleme wie Korruption und schlechte Regierungsführung immer noch nicht richtig unter Kontrolle sind. Wartelisten und schlecht ausgestattete Gesundheitseinrichtungen finden wir ebenfalls überall in Europa. Es sollte klar sein, dass das Gesetz zur Koordinierung der Sozialversicherungssysteme und mehr noch die Verordnungen 1408/71 und 883/2004 Verbesserung des Gesundheitsmanagements in den bestehenden einzelstaatlichen Systemen Priorität haben sollte und nicht die Schaffung offener Märkte.

47. Spezielle Vorschriften können dann für die begrenzte Zahl der PatientInnen gelten, die sich aus Gründen der Nähe, der Familie oder der Arbeit in einem anderen Land behandeln lassen wollen. Dies könnte am besten im Rahmen einer Koordinierung der Sozialgesetzgebung reguliert werden, die sich auf den Versorgungsbedarf des Individuums konzentriert. Der Geltungsbereich der Formblätter E111-112 könnte zum Beispiel auf eine umfassendere Zahl von Fällen erweitert werden, um z. B. die Belange von GrenzregionbewohnerInnen oder familien- und arbeitsbedingte Überlegungen miteinzubeziehen. Es sollten ebenfalls Mechanismen geschaffen werden, um Situationen zu vermeiden, bei denen größere Summen im Voraus bezahlt werden müssen.

48. Es ist natürlich im Rahmen des vorliegenden Kommentars nicht möglich, erschöpfend alle Optionen zur Förderung zugänglicher und hochwertiger Gesundheitsdienstleistungen in Europa zu behandeln. Viele bessere Alternativen zu dieser vorgeschlagenen Richtlinie über Gesundheitsdienstleistungen stehen zur Verfügung, und der EGÖD ist bereit, sich an der Debatte zu beteiligen und mit dem EGB konkrete Vorschläge und Anregungen für EU-Politiken und EU-Gesetze zu entwickeln.