CETA und TTIP

Potenzielle Auswirkungen auf Gesundheits- und Sozialdienste

Kurzfassung

Arbeitspapier
In Auftrag gegeben vom Europäischen Gewerkschaftsverband für den öffentlichen Dienst (EGÖD)

EPSU
EUROPEAN PUBLIC SERVICE UNION

April 2016

Autor: Thomas Fritz
Thomas.Fritz@power-shift.de

Kurzfassung

Die im Arbeitspapier enthaltenen Analysen erlauben dem EGÖD eine Reihe von Schlussfolgerungen hinsichtlich der möglichen Auswirkungen auf die Gesundheits- und Sozialdienste, die von CETA (Wirtschafts- und Handelsabkommen zwischen der Europäischen Union und Kanada) und TTIP (Transatlantische Handels- und Investitionspartnerschaft zwischen der EU und den Vereinigten Staaten) zu erwarten sind. Nachfolgend eine Zusammenfassung:

1. In Handelsabkommen wie CETA und TTIP finden sich die wichtigsten Liberalisierungsverpflichtungen mit Auswirkungen auf die Gesundheits- und Sozialdienste in den speziellen Kapiteln, die sich mit folgenden Themen befassen:
   - Investitionsschutz
   - Grenzüberschreitender Handel mit Dienstleistungen
   - Öffentliche Auftragsvergabe
   - Subventionen
   - befristete Arbeitsmigration und
   - Anerkennung beruflicher Qualifikationen

2. Darüber hinaus gibt es in fast allen Handelsabkommen bereichsübergreifende Vorschriften, die sich auf die Prinzipien des freien Marktzugangs und der Nichtdiskriminierung beziehen (Inländerbehandlung, Meistbegünstigungsprinzip - MFN). Darüber hinaus enthalten CETA und die jüngsten TTIP-Entwürfe rigorose Standards für den Investitionsschutz, als wichtigste sind zu nennen „faire und gerechte Behandlung" und der Sachverhalt der „indirekten Enteignung" als Ergänzung der traditionell in Handelsabkommen enthaltenen Streitbeilegungsmechanismen zwischen den beteiligten Staaten.

3. Was den Sektor der Gesundheits- und Sozialdienste angeht, enthält die Verpflichtungsliste der Europäischen Gemeinschaft für das internationale GATS (allgemeines Übereinkommen über den Handel mit Dienstleistungen) Liberalisierungsverpflichtungen für bestimmte professionelle Dienstleistungen (Dienstleistungen von Ärzten und Zahnärzten, von Hebammen und Krankenpflegepersonal sowie von Physiotherapeuten und Sanitätern), Gesundheitsdienstleistungen (Krankenhaus) und Sozialdienstleistungen (Reha- und Pflegeeinrichtungen sowie Seniorenheime). Im GATS wurde jedoch keiner dieser Dienstleistungssektoren vollständig für den Markt geöffnet, da die Mitgliederstaaten bestimmte Vorbehalte geltend gemacht haben.

4. Allgemein lassen sich hinsichtlich der eigentlichen Ausgestaltung dieser Abkommen drei Aussagen treffen:

   - Erstens: Indem die EU international verbindliche Handelsverpflichtungen eingeht, schreibt sie effektiv den bereits in den Mitgliedsländern erreichten Status quo bei Privatisierung und Liberalisierung fest. Auf diese Weise wird es immer schwieriger und kostspieliger, die neoliberalen Reformen der Vergangenheit zurückzunehmen, um einen gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung und die universelle Geltung sozialer Sicherungssysteme wiederherzustellen.

- Zweitens: Die Handelsabkommen funktionieren in der Logik einer permanenten grenzüberschreitenden Liberalisierung und öffnen immer weitergehenden Liberalisierungsverpflichtungen Tür und Tor selbst nach dem Inkrafttreten des Abkommens. Es handelt sich dabei um „living agreements“, die niemals ihre Endfassung erreichen und die dafür sorgen, dass Handelsregeln für immer weitere Bereiche der öffentlichen Gesundheits- und Sozialdienste anwendbar werden.
- Drittens: Diese Abkommen statten Regierungen und transnationale Unternehmen mit Streitbeilegungsmechanismen aus, die Investorenrechte erweitern und einforderbar machen. Infolge der Entscheidung, in CETA und TTIP auch Investor-Staat-Schiedsverfahren neben den traditionellen Schiedsverfahren zwischen Staaten vorzusehen, verfügen Investoren über ein extrem wirkungsvolles Instrument, ihre Forderungen durchzusetzen.

Auf einer spezifischeren Ebene der Handelsregeln und Liberalisierungsverpflichtungen in CETA und den jüngsten TTIP-Entwürfen lassen sich die folgenden Schlüsse ziehen:

5. Eine nähere Betrachtung der Verpflichtungslisten zeigt, dass die von der Europäischen Kommission (EC) und den Mitgliedstaaten eingetragenen **Vorbehalte** zum Schutz öffentlicher Dienste einschließlich Gesundheits- und Sozialdiensten begrenzt sind und die hierzu verfassten Klauseln zahlreiche Schlupflöcher bieten, so dass sie zum Teil praktisch nutzlos sind. Da sich die Vorbehalte außerdem in der Hauptsache auf den Marktzugang, die Inländerbehandlung und das Meistbegünstigungsprinzip beziehen, haben andere Disziplinen weiterhin Bestand, dazu gehören zum Beispiel die kontroversen Investitionsschutzstandards, öffentliche Auftragsvergabe, innerstaatliche Regulierungen, befristete Arbeitsmigration oder gegenseitige Anerkennung von Qualifikationen. Besonders kritisch ist zu sehen, dass CETA den Investoren die Möglichkeit gibt, gegen die Regulierung von Dienstleistungen mit ISDS-Klagen (Investor-Staat-Schiedsverfahren, jetzt umbenannt in Investitionsgerichtshof oder ICS) vorzugehen ungeachtet der Vorbehalte in den Verpflichtungslisten. Nach den bisher bekannt gewordenen Entwürfen würde dies auch auf TTIP zutreffen.

6. Die beiden wichtigsten horizontalen Einschränkungen zum Schutz der Regulierung öffentlicher Dienste - die **Ausnahmeklausel für Dienstleistungen, die in hoheitlicher Gewalt** erbracht werden, und die **Public Utility-Klausel** (Public Utility im Sinne öffentlicher Aufgaben) - sind längst nicht ausreichend; dies gilt besonders in Anbetracht der neuen Handelsabkommen, wie sie in Form von CETA und TTIP vorliegen. Sie nehmen wichtige Regulierungen für die Erbringung von Gesundheits- und Sozialdiensten nicht vom Geltungsbereich der Abkommen aus. Da der Wettbewerb zwischen den Anbietern ein fast allgegenwärtiges Merkmal der Gesundheits- und Sozialsektors in der EU ist, dürfte diese Klausel die wirtschaftlichen Realitäten in diesen Sektoren nicht nachhaltig beeinflussen.

7. Alle anderen Verbote nach den Marktzugangsregeln (Ausnahme: staatliche Monopole und exklusive Rechte) würden weiterhin gelten, zum Beispiel im Hinblick auf Regelungen zur Rechtsform eines Unternehmens, wirtschaftliche Bedarfsprüfungen oder andere quantitative Maßnahmen wie Quoten. Es ist besonders bedenklich, dass selbst die Regulierung der gesetzlichen Sozialversicherungssysteme einschließlich der staatlichen Krankenkassen nicht sicher vor dem Zugriff von CETA und TTIP sind. In der Praxis kann dies zur Folge haben, dass private Investoren gegen die Regulierung der gesetzlichen Systeme der Sozialversicherung einschließlich der gesetzlichen Krankenkassen

vorgehen, die weder auf kommerzieller Basis noch nach wettbewerblichen Grundsätzen arbeiten.

8. In gleicher Weise sind die **sektorspezifischen Ausnahmen** in den Bereichen Gesundheits- und Sozialdienste nicht weit genug gefasst, um diese Sektoren wirklich vom Geltungsbereich des Abkommens auszunehmen. Die Vorbehalte, die auf den ersten Blick die Erbringung grenzüberschreitender Dienstleistungen einschränken, heben nicht die Liberalisierungsverpflichtung für befristete Arbeitsmigration von Angehörigen von Gesundheitsberufen auf; innerbetrieblich versetzten ArbeitnehmerInnen muss praktisch ohne Prüfung der Aufenthalt gestattet werden.

9. Rechtsvorschriften über ihre Zulassung können angefochten werden, dazu gehören Anforderungen an die Qualifikation dieser Personen, arbeitsrechtliche Bestimmungen und potenziell vorhandene Regeln für die Einstellung von Personal nach ethischen Grundsätzen. In ähnlicher Weise wird der Vorbehalt, der Investitionsverpflichtungen auf privat finanzierte Gesundheits- und Sozialdienste beschränkt, durch die Problematik ausgehebelt, eine scharfe Trennung zwischen öffentlich und privat finanzierten Dienstleistungen zu ziehen. Privat finanzierte Krankenhäuser, Ambulanzen und stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens fallen in vollem Umfang unter die Investitionsvorschriften von CETA abgesehen von den wenigen Mitgliedstaaten, die zusätzliche Vorbehalte eingetragen haben.

10. Darüber hinaus hat die Zusage noch weiterer **Liberalisierungsverpflichtungen für privat finanzierte Dienstleistungen** zur Folge, dass der Geltungsbereich der staatlichen Systeme nach und nach immer kleiner wird. Die länderspezifischen Vorbehalte, die für privat finanzierte Sozialdienste gelten, sind ebenfalls kritisch zu beurteilen. Elf EU-Mitgliedstaaten (Belgien, Zypern, Dänemark, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Irland, Italien, Portugal, Spanien und das VK) haben eine Vorbehaltsklausel zum Schutz von Maßnahmen für „privat finanzierte Sozialdienste mit Ausnahme von Diensten im Bereich Reha-Einrichtungen und Genesungseinrichtungen und Seniorenheimen“ eingetragen. Diese Klausel ist de facto gleichzusetzen mit der Liberalisierung von Langzeitpflegeeinrichtungen, als die Seniorenheime zu bezeichnen sind. Die jüngste TTIP-Liberalisierungsliste enthält die gleiche problematische Bestimmung.

11. Die Liberalisierung von Pflegeeinrichtungen und Seniorenheimen ist jedoch nicht mit den Ergebnissen des gemeinsamen Berichts der Europäischen Kommission und des Ausschusses für Sozialschutz vereinbar, der eine Integration der Langzeitpflege in die nationalen Systeme der sozialen Absicherung empfiehlt. Dies wird die Auswirkungen der 1994 von der Europäischen Kommission im Rahmen der GATS-Listen eingegangenen Verpflichtungen zur Liberalisierung von Reha- und Pflegeeinrichtungen noch deutlicher werden lassen.

12. Aufgrund der unzureichenden Vorbehalte können die in CETA und TTIP vorgesehenen **Marktzugangsregelungen** mit Planungsverfahren kollidieren, wie sie in den Gesundheits- und Sozialpflegesektoren weitgehend angewendet werden. So könnten sich z.B. Auswirkungen auf wirtschaftliche Bedarfsprüfungen, Quotensysteme, Preiskontrollen, Vorschriften über adäquate Personalschlüssel und Anforderungen an die Rechtsform von Unternehmen ergeben, die eine Gründung z. B. auf nicht-gewinnorientierte Unternehmen beschränken.

13. Befasst man sich mit den Schlupflöchern der Marktzugangsvorbehalte der EU, stellt man fest, dass alle Maßnahmen, die den Marktzugang beschränken, nach wie vor den Investitionsschutzbestimmungen unterliegen, und zwar auch in den Fällen, in denen die Mitgliedstaaten Vorbehalte eingetragen haben im Hinblick auf Quoten, wirtschaftliche Bedarfsprüfungen, Vorschriften für Mindestpersonalschlüssel, Preiskontrollen oder Vorschriften für die Rechtsform von Unternehmen. Das dauerhafte Verbot von z. B. zahlenmäßigen Quoten könnte dazu führen, dass Planungsverfahren für die Gesundheitsversorgung auf föderaler, regionaler und lokaler Ebene in den EU-Mitgliedstaaten gefährdet werden und damit die Zulässigkeit von wirtschaftlichen Bedarfsprüfungen in effektiver Weise in Frage gestellt wird. Das VK ist der einzige EU-Mitgliedstaat, das einen Vorbehalt in die CETA-Liste der EU speziell im Hinblick auf solche Planungsinstrumente hat eintragen lassen.

14. In gleicher Weise könnten Preiskontrollen zur Eindämmung der Kosten **erstattungsfähiger Medikamente** ebenfalls als quantitative Einschränkungen angesehen werden, die eine potenzielle Verletzung der Handelsregeln darstellen. Weiterhin kann die Marktzugangsregel, die eine Regulierung der „Gesamtzahl natürlicher Personen, die beschäftigt werden können“ oder die „erforderlich sind“ zur Ausübung einer wirtschaftlichen Tätigkeit, negative Auswirkungen auf die Aufrechterhaltung adäquater Personalschlüssel in den Gesundheits- und Sozialdiensten haben. Regelungen über die Mindestzahl von MitarbeiterInnen pro Platz in einem Pflegeheim oder pro Bett im Krankenhaus könnten als zahlenmäßige Quoten interpretiert werden, die laut Abkommen verboten sind.

15. Die CETA-Vorschrift, die Regulierungen verbietet, die „bestimmte Arten rechtlicher Unternehmensform“ einschränken oder vorschreiben, können sich als ähnlich problematisch erweisen, da einige Mitgliedstaaten in der Tat für Unternehmen in ihren Gesundheitssektoren bestimmte Rechtsformen vorschreiben, während andere sich derartige Regulierungen für die Zukunft offenhalten wollen. Hier haben sich aber nur zwei Mitglieder spezielle Vorbehalte eintragen lassen: Frankreich und Deutschland. Krankenhauspläne, die regelmäßig von den Länderregierungen in Deutschland aktualisiert werden, könnten ebenfalls unter Druck geraten. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass wirtschaftliche Bedarfsprüfungen (auf allen Ebenen der Regierung einschließlich der nachgeordneten Ebenen der Länder/Provinzen oder Kommunen) ebenfalls eine Quelle von Rechtsstreitigkeiten in der EU (z. B. in Österreich) sind.

16. Nach dem CETA-Kapitel über die öffentliche Auftragsvergabe werden Gesundheits- und Sozialdienste als solche zwar vom Geltungsbereich des Abkommens ausgenommen, öffentliche Vergabestellen von Krankenhäusern bis zu Pflegeheimen müssen aber transatlantische Ausschreibungen organisieren, sobald der Einkaufswert für Lieferungen, Dienstleistungen und sonstige Arbeiten bestimmte im Abkommen festgelegte Schwellenwerte überschreitet. Aufgrund der Aufnahme von Bauleistungen bezieht sich dies ebenfalls auf die oft extrem kostspieligen öffentlich-privaten Partnerschaften (ÖPP), die für den Bau von Krankenhäusern geschlossen werden.

17. Ein Rückzug aus diesen Beschaffungsvorgaben oder auch nur eine Modifizierung von ÖPP-Verträgen, um z. B. der oft unverhältnismäßig hohen Kosten Herr zu werden, kann zu Handelskonflikten führen, wenn ausländische, an diesen Verträge beteiligte Investoren ihre Gewinne gefährdet sehen. Mit TTIP könnten sich solche Risiken noch weiter erhöhen, da die Europäische Kommission spezifische Regeln für ÖPP in das

Abkommen aufnehmen will und der Geltungsbereich des Kapitels über die öffentliche Auftragsvergabe noch weiter gefasst sein könnte, als dies bei CETA der Fall ist. Ein Vergleich von CETA mit der neuen EU-Vergaberichtlinie zeigt, dass die Richtlinie den vertragschließenden Parteien ein größeres Maß an Flexibilität erlaubt, wenn die Vergabe öffentlicher Aufträge an die Einhaltung von Sozialkriterien wie zum Beispiel Kollektivvereinbarungen gebunden wird. Das CETA-Kapitel über die öffentliche Auftragsvergabe enthält keinerlei vergleichbare Hinweise auf Sozialstandards, ganz zu schweigen von Kollektivvereinbarungen. Das Gegenteil ist der Fall. Die einschlägige CETA-Bestimmung (...) erwähnt lediglich zwei Auswahlkriterien für die Vergabe öffentlicher Aufträge: „(a) das wirtschaftlich günstigste Angebot; oder (b) wenn der Preis das einzige Kriterium ist, der niedrigste Preis". Das widerspricht Artikel 67.2 der Richtlinie 2014/24 über „Zuschlagskriterien", anhand derer das „beste Preis-Leistungs-Verhältnis“ ermittelt werden kann.

18. Es bleibt strittig, ob das „wirtschaftlich günstigste Angebot" laut CETA auch Sozialkriterien wie zum Beispiel die Einhaltung von Kollektivvereinbarungen berücksichtigen könnte oder nicht. Das Fehlen verbindlicher Sozial-, Arbeits- und anderer Qualitätsstandards in den Vergabekapiteln der Handelsabkommen setzt die Vergabehörden dem Risiko kostspieliger Handelsdispute aus. Dieses Risiko kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden angesichts der zahlreichen Beschwerden privater Dienstleister im öffentlichen Gesundheitswesen über angebliche Verletzungen des nationalen oder europäischen Vergaberechts (z. B. in Deutschland und im Vereinigten Königreich).

19. EU-Mitgliedstaaten (z. B. Polen und die Slowakei) haben sich bereits mit einer Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten wegen Eingriffen in die **Krankenversicherungsmärkte** aufgrund von Unklarheiten im EU-Recht auseinandersetzen müssen. Solche Konflikte könnten jetzt auch im weiteren Kontext von CETA und TTIP entstehen. Es gibt eine erhebliche Rechtsunsicherheit in der Frage, welche privaten Krankenversicherungsverträge eine „teilweise oder vollständige Alternative“ zur staatlichen Krankenversicherung darstellen. Diese fehlende Eindeutigkeit hat bereits zu mehreren rechtlichen Auseinandersetzungen über das Eingreifen von Mitgliedstaaten in die privaten Krankenversicherungsmärkte besonders in Belgien, Frankreich, Deutschland, Irland, den Niederlanden und Slowenien geführt.

20. Die private Krankenversicherung hat sich zu einer wichtigen Säule der gesetzlichen Sozialversicherungssysteme in mehreren EU-Mitgliedstaaten wie den Niederlanden, Frankreich, Irland, Slowenien und anderen entwickelt. Private Versicherungen sind immer wieder gegen Risikoausgleichssysteme vorgegangen, die Finanztransfers von Versicherungen mit geringen Risikoprofilen an Versicherungen mit hohen Risiken vorsehen. Mit dem Risikoausgleich, der in den staatlichen Krankenversicherungen innerhalb der EU weitgehend angewandt wird, soll es für den Versicherer weniger attraktiv werden, nur Personen mit geringem Krankheitsrisiko zu versichern. Die Niederlande, Irland und Slowenien gehören zu den Ländern, die wegen dieser Risikoausgleichspläne verklagt worden sind.

21. Die Kapitel der Abkommen über Finanzdienstleistungen legen fest, dass mit der Erlaubnis einer Partei an die eigenen privaten Versicherungen, Dienstleistungen im Rahmen der gesetzlichen Sozialversicherungssysteme erbringen zu dürfen, dieser Markt auch für die Versicherer der anderen Partei geöffnet werden muss. Vorschriften, die eine

Regulierung der privaten Krankenversicherungen zum Schutz des „Allgemeinwohls" oder für einen gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglichen wie z. B. Risikoausgleichssysteme, sind nicht vorhanden.

22. Klagen gegen Regulierungen zum Nachteil privater Krankenversicherungen wie z. B. Ausgleichssysteme können auf Grundlage des TTIP-Kapitels über Finanzdienstleistungen erfolgen, das keine sinnvollen Absicherungsmaßnahmen zum Schutz des „Allgemeinwohls“ oder der Funktion der staatlichen Krankenversicherung enthält. CETA und TTIP könnten deshalb zu juristischen Auseinandersetzungen auf Initiative kanadischer oder US-amerikanischer Investoren führen nach dem Vorbild der jüngsten Klage des niederländischen Versicherungsunternehmens Achmea gegen die Slowakische Republik. Die von der EU und Deutschland eingetragenen Vorbehalte zum Schutz der Systeme der sozialen Absicherung sind nicht wirksam, weil sie nicht die von den Krankenversicherungen angebotenen besonderen Finanzdienstleistungen erfassen.

23. Während das EU-Recht nach wie vor einen - wenn auch begrenzten - Spielraum bietet, die vorherige Bekanntgabe von **Beihilfen** zu vermeiden, gelten die Informations- und Meldevorschriften in CETA für alle Subventionen und staatlichen Beihilfen mit Auswirkungen auf den Handel. Im Ergebnis können die Ausgleichszahlungen an staatliche Krankenhäuser sowie sonstige unterstützende Maßnahmen genauen zusätzlichen Prüfungen unterzogen werden. Weiterhin können sich private Krankenversicherungen besonders dann auf den Investitionsschutz berufen, wenn die Regierungen Gesetze ändern mit Folgen für die Bereitstellung staatlicher Beihilfen oder Verträge neu verhandeln.

24. CETA eröffnet transnationalen Gesundheitsdienstleistern, die mit der staatlichen Beihilfepolitik ihre Probleme haben, zusätzliche Möglichkeiten zur Durchsetzung ihrer Forderungen. Der neue TTIP-Text der EU enthält praktisch die gleichen Artikel wie CETA und eröffnet damit die Möglichkeit von Klagen, sobald Regierungen ihre staatliche Beihilfepolitik ändern. Mehrere Krankenversicherungen haben bereits EU-Mitgliedstaaten wegen angeblicher Verstöße gegen die EU-Beihilferegeln nach der Verabschiedung neuer Gesetze über die Einführung von Systemen für den Risikoausgleich verklagt.

25. Was die **Freizügigkeit der Angehörigen von Gesundheitsberufen** angeht, enthält CETA ein Kapitel, das unterschiedlichen Kategorien von ArbeitnehmerInnen das Recht auf einen vorübergehenden Aufenthalt in der EU und in Kanada zuerkennt, diese Zeitspanne variiert zwischen 90 Tagen und viereinhalb Jahren. Während das Abkommen die Möglichkeit eröffnet, die Zulassung von Erbringern vertraglicher Dienstleistungen von wirtschaftlichen Bedarfsprüfungen und Qualifikationsanforderungen abhängig zu machen (obwohl diese umgangen werden können), können innerbetrieblich entsandte Arbeitskräfte (dazu gehören Fachleute, Führungskräfte und Auszubildende gleichermaßen) praktisch ohne Überprüfung einreisen und bleiben. Ihre Zulassung ist weder an bestimmte Höchstgrenzen für entsandte Personen noch an besondere Qualifikationsanforderungen gebunden. Da das Kapitel keinerlei sinnvolle Sozialklauseln enthält, können Arbeitsgesetze in der gesamten Bandbreite von Mindestlöhnen bis Nichtdiskriminierung in Frage gestellt werden.

26. Die in CETA enthaltenen Vorschriften zur Entsendung von Arbeitskräften beziehen sich auf die ebenfalls misslungene und im Jahr 2014 angenommene EU-Richtlinie über konzernintern entsandte Arbeitnehmer. Sie enthalten aber mehrere Lücken zur

Umgehung von Vorschriften, die die Gleichbehandlung von Arbeitskräften im Aufnahmeland und im Heimatland sicherstellen sollen. Zukünftige Versuche, diese Defizite im EU-Recht zu beseitigen, könnten als „unangemessene“ Beschränkung des Handels angefochten werden. Das Arbeitsrecht wurde hier eindeutig der Liberalisierung des Handels untergeordnet. Dies könnte ebenfalls Einfluss auf die Einstellung von Arbeitskräften nach ethischen Gesichtspunkten haben.

27. Das CETA-Kapitel über die gegenseitige Anerkennung beruflicher Qualifikationen untersagt „versteckte Handelsbeschränkungen“ und stellt einen Rahmen für die Verhandlung von Abkommen über die gegenseitige Anerkennung (MRAs) dar. Die Anerkennung nach einem MRA kann nicht von irgendeiner Form von Wohnsitzanforderung abhängig gemacht werden, so dass es keine Verpflichtungen zum Erwerb zusätzlicher Qualifikationen im Aufnahmeland zur Gewährleistung von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz und zur Patientensicherheit gibt oder der Nachweis ausreichender Kompetenzen in der Sprache des Aufnahmelandes erbracht werden muss. MRAs können und sollen neben den Handelsabkommen geschlossen werden. Zurzeit hat die EU selbst keine MRAs mit einem Drittland abgeschlossen. Allerdings wird das 2008 zwischen Québec und Frankreich abgeschlossene MRA, das sich auch auf Gesundheitsberufe bezieht, als Blaupause für weitere MRAs im Rahmen von CETA angesehen. Darüber hinaus hat die Kommission bereits Gesundheitsberufe als Teil der Berufsgruppen erwähnt, die potenziell MRAs im Rahmen von TTIP verhandeln können.

28. Im Zusammenhang mit der **Patientenmobilität** könnten Regulierungen zur Erstattung von im Ausland entstandenen Behandlungskosten sowohl unter CETA als auch unter TTIP zu Handelskonflikten führen. Der EU-Vorbehalt in CETA im Hinblick auf die staatlichen Systeme der sozialen Absicherung könnte als potenzielle Verletzung des GATS-Abkommens in Frage gestellt werden, da die Gemeinschaft hier bereits die Inanspruchnahme medizinischer, zahnmedizinischer und Krankenhausdienstleistungen im Ausland liberalisiert hat. EU-BürgerInnen könnten deshalb darauf klagen, dass die Erstattung von Behandlungskosten in Kanada nicht abgelehnt werden darf unabhängig vom Vorbehalt der EU im Hinblick auf die soziale Absicherung. In ähnlicher Weise bietet der Vorbehalt der sozialen Sicherheit in der aktuellen TTIP-Verpflichtungsliste der EU keinen effektiven Schutz, da er auf Sozialdienstleistungen begrenzt ist und damit die Wahrscheinlichkeit von Streitigkeiten über die Kostenerstattung für in den USA in Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistungen erhöht.

29. CETA und der letzte TTIP-Entwurf enthalten in Anhang I aufgeführte Vorbehalte hinsichtlich der **Privatisierung** staatlicher Unternehmen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungssektor. Es ist deshalb wichtig, ebenfalls zu beurteilen, wie CETA und TTIP eventuell zukünftige Privatisierungsprozesse und auch potenzielle Versuche der Rücknahme früherer Privatisierungen oder der Verstaatlichung privater Anbieter beeinflussen könnten. Wenn Anteile solcher Unternehmen verkauft werden, behalten sich die EU-Mitgliedstaaten das Recht vor, die Anteile ausländischer Käufer zu begrenzen. Dieser Vorbehalt betrifft aber nicht Beteiligungsverkäufe privater Anbieter, die Teil der gesetzlichen Systeme der sozialen Absicherung sind.

30. EU-Regierungen können nicht eingreifen, wenn private gemeinnützige Krankenkassen, die Teil des gesetzlichen Systems sind, Anteile an kommerzielle kanadische oder US-amerikanische Krankenversicherungen verkaufen. Das gilt ebenso für private

gemeinnützige, von Kirchen oder Wohlfahrtsorganisationen geleitete Krankenhäuser innerhalb des staatlichen Gesundheitswesens, die sich zum Verkauf ihrer Anteile entscheiden. Da es sich um einen in Anhang I aufgeführten Vorbehalt handelt und somit die Ratchet-Klausel gilt, betrifft dieser nur bereits bestehende Maßnahmen. Die Einführung neuer Regulierungen zur Begrenzung ausländischen Eigentums könnte als Verletzung der Handelsabkommen ausgelegt werden.

31. Hinsichtlich der Rücknahme von Privatisierungen hat nur Deutschland eine Klausel eingeführt, die das Recht auf die Verstaatlichung „wichtiger privat finanzierter Krankenhäuser" festlegt (keine spezifische von der EU eingeführte Bestimmung). Da der Investitionsschutz aber weiterhin gilt, können sich Anleger, die in ein zur Verstaatlichung vorgesehenes Krankenhaus investiert haben, auf den Schutz vor Enteignung berufen. Neu gewählte Regierungen können ebenfalls im Kontext von CETA und TTIP verklagt werden, wenn sie eine von der Vorgängerregierung veranlasste Privatisierung rückgängig machen wollen, wie exemplarisch an einem Investitions-Rechtsstreit zwischen der niederländischen Krankenkasse Eureko und Polen gezeigt werden kann.

EUROPEAN PUBLIC SERVICE UNION

Der EGÖD *ist der* ***Europäische Gewerkschaftsverband für den öffentlichen Dienst.*** Der EGÖD ist der größte Gewerkschaftsverband des EGB und vertritt ca. 8 Millionen Beschäftigte im öffentlichen Dienst in mehr als 250 Gewerkschaften. Der EGÖD organisiert ArbeitnehmerInnen in der Energie-, Wasser- und Entsorgungswirtschaft, in den Gesundheits- und Sozialdiensten und in den kommunalen und staatlichen Verwaltungen in allen europäischen Ländern einschließlich der östlichen EU-Nachbarländer. Der EGÖD ist die anerkannte Regionalorganisation der Internationale der öffentlichen Dienste (PSI)

Weitere Informationen über den EGÖD und seine Arbeit findet ihr unter:

www.epsu.org

EPSU Secretariat 40 rue Joseph II, box 5 – 1000 Brussels, Belgium
Phone: +32 2 250 10 80 Fax: +32 2 520 10 99 Mail: epsu@epsu.org **www.epsu.org**

European Federation of Public Service Unions
Federación Sindical Europea de Servicios Públicos
Fédération Syndicale Européenne des Services Publics
Europeiska Federationen för Offentlig-anställdas Förbund
Europäischer Gewerkschafts-verband für den Öffentlichen Dienst
Европейская Федерация Профсоюзов Обществeнного Обслуживания
EPSU is a member federation of the ETUC and represents PSI in Europe