

Brüssel wartet auf die Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte

von Corina Glorius

Europas gesetzgeberische Mühlen mahlen langsam. Das ist bekannt. Dass die Mühlen aber gar nicht erst in Gang gesetzt werden, kommt nicht alle Tage vor. Der staunende Beobachter darf derzeit erleben, wie schwer sich die Europäische Kommission mit ihrem Vorschlag für eine Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie, die jetzt zu einer Richtlinie über die „Ausübung der Patientenrechte“ umgearbeitet werden soll.

AUF DRUCK DES Europäischen Parlaments und des Rates hatte die Europäische Kommission die so genannten Gesundheitsdienstleistungen aus dem Regelungsrahmen der Dienstleistungsrichtlinie (2006/123/EG) herausgenommen. Die Gründe lagen zum einen in der Besonderheit von Gesundheitsleistungen und zum anderen in der Zugrundelegung des so genannten Herkunftslandprinzips, welches in den Fällen der grenzüberschreitenden Erbringung von Dienstleistungen von den Mitgliedstaaten fordert, die Anwendung eigener, auch abweichender Regelungen zu unterlassen. Gleichzeitig wurde die Kommission aufgefordert, für die Erbringung und Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen auf EU-Ebene Rechtssicherheit

spannte Publikum trotz mehrmaliger Ankündigungen noch heute. Die angeführten Gründe sind vielfältig: Terminkollisionen, fehlende Übersetzungen, Bedenken einiger Kabinette gegen den Vorschlag oder der Einspruch von Kommissionspräsident Barroso, der im Zuge des Ratifizierungsprozesses zum Lissabon-Vertrag und wohl auch im Hinblick auf eine zweite Amtszeit Verärgerungen und Proteste einzelner Mitgliedstaaten vermeiden möchte.

Trotz des fehlenden offiziellen Vorschlages der Kommission liegen mehrere Entwürfe vor. Von Bedeutung ist, dass der Titel der Richtlinie, der ursprünglich auf „sichere, hochwertige und effiziente grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ gerichtet war, in der neuesten Version „die Ausübung der Patientenrechte in

ein neuer Ansatz zu sein, diesem Ziel näher zu kommen.

Der Entwurf des Richtlinienvorschlages lässt sich in drei Hauptbereiche gliedern:

Gemeinsame Grundsätze in allen EU-Gesundheitssystemen.

Hier werden die Mitgliedstaaten u.a. aufgefordert, Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Patienten unter Berücksichtigung internationaler Maßstäbe zu entwickeln und Maßnahmen zur Durchsetzung und Überwachung dieser Standards sicherzustellen. Ferner sollen Gesundheitsdienstleister dazu angehalten werden, Patienten über Wahlmöglichkeiten, Preise, Ergebnisse und Haftpflichtversicherungen zu informieren.

Einführung eines spezifischen Rahmens für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im Rahmen von Versicherungssystemen.

Geregelt werden sollen die Rechte des Patienten auf Rückerstattung der Kosten bei Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat (Kodifizierung der EuGH-Urteile Kohll/Decker usw.). Ambulante Leistungen können dabei ohne vorherige Zustimmung auf Basis der Kostenerstattung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch genom-

Im Mittelpunkt der Richtlinie werden die Fragen nach Zugangsberechtigung und Kostenübernahme im gemeinsamen Gesundheitsmarkt stehen.

herzustellen. Daraufhin leitete die Kommission im September 2006 eine öffentliche Konsultation ein und kündigte schließlich für November 2007 die Vorlage eines entsprechenden Richtlinienvorschlages an. Und auf diesen Vorschlag wartet das ge-

der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ zum Gegenstand hat. Die Titeländerung ist kein Zufallsprodukt. Die Kommission sucht nach Möglichkeiten, auf die nationalen Gesundheitssysteme einzuwirken. Der Fokus auf die Patientenrechte scheint

men werden, bei stationären Leistungen können die Mitgliedstaaten eine Vorabgenehmigung vorsehen. Allerdings muss der Mitgliedstaat beweisen, dass sich die Abwanderung von Patienten so auf die Planung und Rationalisierung im Krankenhaussektor auswirkt, dass das finanzielle Gleichgewicht seines Sozialversicherungssystems untergraben wird.

Europäische Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung.

Hierunter fallen die gegenseitige Anerkennung von Verschreibungen, die Unterstützung beim Aufbau europäischer Referenznetze, eine verbesserte Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitstelematik und neue Gesundheitstechnologien sowie der Aufbau einer gemeinsamen Datensammlung.

Das Projekt dieser Richtlinie ist im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitswesen sicherlich nicht zu unterschätzen. Der Gesundheitsdienstleistungsmarkt in Europa soll breiter definiert werden und auch die Krankenversicherung umfassen, sodass Leistungserbringer aus anderen Mitgliedstaaten auch in Deutschland ihre ärztlichen Leistungen anbieten können. Damit sind elementare Fragen der Zugangsberechtigung und Kostenübernahme im gemeinsamen Gesundheitsmarkt berührt, die zweifellos kontroverse Diskussionen hervorrufen werden.

Wie aber der Richtlinienvorschlag der Europäischen Kommission tatsächlich aussieht, muss noch geduldig abgewartet werden. Jüngst hat die neue Gesundheitskommissarin Androulla Vassiliou angekündigt, sie werde den Entwurf des Vorschlages der Kommission im Juni vorstellen. Warten wir es ab. An das Warten haben wir uns in Brüssel ja mittlerweile gewöhnt. ■

Corina Glorius
ist Leiterin des Brüsseler Büros der Deutschen Ärzteschaft.

www.aerztepost.net/autoren



Foto: agentis

Finanzierungsprobleme holen die Koalition ein

von Dr. Jutta Visarius und Dr. Andreas Lehr

In ihren Kindertagen war die Koalition ausgezogen, die Finanzierung der Kranken- und der Pflegeversicherung auf neue, sichere Füße zu stellen. Es wurde viel von Demographiefestigkeit, medizinischem Fortschritt und Generationengerechtigkeit gesprochen. Nachhaltig sollte die Reform sein, vor allem nachhaltig, damit Gesundheit bezahlbar bleibe.

UND DIE REFORM war dringend, denn die Kosten liefen davon, würden in Zukunft regelrecht explodieren. Doch einigen konnte sich die große Koalition nicht auf eine Finanzierungsreform – das könnte ihr schon im Wahljahr 2009 auf die Füße fallen. Schon lange wurde mit Zahlen jongliert, wie sich die Kosten für Gesundheit und Pflege entwickeln würden. Die Prognosen unterschieden sich zwar je nach Wissenschaftler und Auftraggeber, beanspruchten aber, die Wahrheit mit dem großen W zu verbreiten, so dass man auf ihnen fußend die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland geradezu reformieren musste. Die unterschiedlichen Modelle – Bürgerversicherung und Prämie, je nach Ideologie – sind die politische Antwort. Wie sie nun eo ipso den bestehenden und entstehenden Geldmangel beseitigen können, ist rational nie ganz verständlich geworden.

Wie dem auch sei, die Ressourcen sind nicht erst seit gestern knapp. Generationen von Spargesetzen hatten das deutsche Gesundheitswesen ge-

strafft, und in der Pflege musste man eben mit schleichenden Leistungseinschränkungen leben. Für Schwarz wie Rot galt – Geld muss her – und die Finanzierungsreform sollte es bringen.

Nun – wie bekannt, die Koalitionäre konnten sich nicht einigen, und so wurde die große Finanzierungsreform vertagt. Stattdessen hat man sich mit einer Organisationsreform begnügt, die die alte Struktur des Gesundheitswesens kräftig durchgeschüttelt und heftig weiter gestrafft, sprich zentralisiert hat.

Viel Firlefanz kostet viel Geld.

Und noch sind wir nicht am Ende – das Bremer Gutachten zur Selbstverwaltung lässt erahnen, dass die alte, uns bekannte Selbstverwaltung irgendwann nur noch für Historiker interessant sein wird. Nur nebenbei bemerkt, ob es richtig ist, alte Partizipationsstrukturen zu zerstören, ohne neue aufgebaut zu haben, ist fraglich.

Aber vielleicht ist Partizipation überhaupt nicht intendiert, Rot wie Schwarz zeigte sich gleichermaßen