

Briefing zum Entwurf einer EU-Richtlinie zu grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen

von Klaus Dräger, Linksfraktion (GUE/NGL) im EP, 14.07.2008

Die Europäische Kommission hat am 2. Juli 2008 einen Richtlinienentwurf vorgestellt über **die Anwendung von Patientenrechten bei grenzüberschreitenden Gesundheitsdiensten** - so der neueste marketing-gerechte Titel. Der Entwurf greift dieselben Themen bezüglich der Gesundheitsdienstleistungen auf, die schon im Entwurf der EU-Dienstleistungsrichtlinie von 2004 eine Rolle spielten. Dies kann als Neuauflage von 'Bolkestein durch die Hintertür' bezeichnet werden.

Der Entwurf hat Artikel 95 EG-Vertrag als Rechtsgrundlage (**Schaffung und Gestaltung eines Europäischen Binnenmarktes**). Dies lehnt DIE LINKE strikt ab: Gesundheit ist keine Angelegenheit von Wettbewerb und EU-Binnenmarkt, sondern Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge und der Sozialschutzsysteme.

Der Entwurf will die einschlägigen Urteile des Europäischen Gerichtshofs 'kodifizieren', wonach der Zugang zu und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen durch die EU-Binnenmarktregeln grundsätzlich erfasst ist, auch wenn die Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme allein den Mitgliedstaaten obliegt. Insbesondere will die Kommission den **Zugang zu und die Übernahme der Behandlungskosten von Gesundheitsdienstleistungen im EU-Ausland nach dem Kostenerstattungsprinzip** lösen. Entsprechende Behandlungskosten sind von Patienten vorab aus eigener Tasche zu zahlen, werden im Heimatmitgliedstaat aber bis zur Höhe der Kosten einer vergleichbaren Behandlung vom inländischen Sozialversicherungsträger erstattet.

Die von der Kommission vorgeschlagenen Regelungen zur Kostenerstattung **verstärken den Trend zur Zwei-Klassen-Medizin**. Sie fördern eine EU-weite Patientenmobilität für den betuchten Euro-Jetset, der so daheim Wartelisten entfliehen und Angebote der besten Spezialisten EU-weit suchen und "einkaufen" kann. Das Prinzip eines "gleichen Zugangs für alle" zu Gesundheitsdienstleistungen und erst recht das Prinzip der Gleichheit in der Gesundheitsversorgung unabhängig vom Einkommen der PatientInnen und den Kosten der Behandlung wird bei dieser Art von EU-weiter Patientenmobilität aufs Größte verletzt. Für eine normale Verkäuferin, einen Stahlarbeiter oder eine Mini-Jobberin kommen die schönen "Binnenmarktfreiheiten" der Kommission kaum in Frage, weil sie sich in der Regel Reisekosten, Unterbringung etc. kaum leisten können und weil ihnen wegen sprachlicher Barrieren und Unsicherheit über die rechtliche Lage im EU-Ausland die Risiken einer gezielten Suche nach Angeboten von Gesundheitsdiensten zu hoch erscheinen. Und eine Rumänin oder ein Bulgare wird auch kaum auf diesem Weg in Deutschland oder Frankreich eine Behandlung finden, weil ihre jeweilige Krankenkasse nicht einmal einen Bruchteil der dort anfallenden Kosten erstatten würde!

Der Entwurf schlägt eine **europaweite gegenseitige Anerkennung von Rezepten** vor. Damit können auch Medikamente im eigenen Land erworben werden, die in einem anderen Mitgliedstaat zugelassen sind, zuhause aber nicht. Rezepte können auch in elektronischer Form (E-Rezept) verschrieben werden. Das öffnet Tür und Tor für dubiose Praktiken via Internet ("Organisierung" von EU-Auslandsrezepten für Tabletten-süchtige oder für zuhause nicht zugelassene Medikamente) und entfacht einen Wettbewerb um Rezeptgebühren, Zuzahlungen und dergleichen.

Der Entwurf würde **der Europäischen Kommission zusätzliche Kompetenzen im Bereich der Gesundheitspolitik** verschaffen (Telemedizin, EU-Referenznetzwerke und -zentren zu seltenen Krankheiten, Definition von Krankenhausleistungen usw.) - häufig selbst ohne ausreichende Kontrolle durch das Europäische Parlament.

Anhang I

Zur Vorgeschichte des Kommissionsentwurfs

Die Europäische Kommission hatte Regelungen zu grenzüberschreitenden Gesundheitsdiensten bereits in ihrem ursprünglichen Entwurf der EU-Richtlinie über „Dienstleistungen im Binnenmarkt“ (DLR) vorgesehen. Artikel 23 der DLR sollte die Frage der Erstattung von Behandlungskosten im EU-Ausland regeln, auf Grundlage der einschlägigen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) seit den Kohll/Decker-Urteilen ab 1998. Artikel 4 Absatz 10 DLR sollte eine Definition von „Krankenhausversorgung“ liefern. Zur EuGH Rechtsprechung zu Gesundheitswesen und EU-Binnenmarktregeln siehe die Kurzdokumentation im Anhang.

Das Europäische Parlament forderte in erster Lesung der DLR, private und öffentliche Gesundheitsdienste komplett vom Anwendungsbereich dieser Richtlinie auszunehmen. Der zuständige EU-Binnenmarktkommissar Mc Creevy akzeptierte im Februar 2006 diese Streichung. Er kündigte jedoch gleichzeitig an, dass die Kommission dann einen gesonderten Richtlinienvorschlag zu Gesundheitsdiensten vorlegen werde. „Bolkestein“ war somit längst nicht erledigt.

Ende September 2006 leitete die Europäische Kommission eine öffentliche Anhörung über „Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“ ein. Im Mittelpunkt standen wieder die gleichen Fragen wie beim Entwurf der Bolkestein-Richtlinie (EU-weite Patientenmobilität, EU-Regeln zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen). Die Positionen von Mitgliedstaaten, Verbänden usw., die in diesem Anhörungsverfahren eingereicht worden waren, waren äußerst kontrovers, nicht nur zum Thema „Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie ja oder nein“.

In ihrem Bericht über die Ergebnisse des Anhörungsverfahrens von Ende Mai 2007 benannte die Kommission zwei verschiedene Optionen für die weitere Arbeit: Entweder die „Aufnahme von Änderungen in den Verordnungen über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit“ oder alternativ „eine neue Richtlinie über Gesundheitsdienstleistungen“. Wie kaum anders zu erwarten war, hat die Europäische Kommission sich für die letzte Option entschieden. Am 19. Dezember 2007 soll der Vorschlag für eine Richtlinie über grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen vorgestellt werden. Um es gleich vorweg zu sagen: die mir vorliegende 6. Entwurfsfassung der Richtlinie knüpft an den damaligen Zielen und Argumentationslinien der Bolkestein-Richtlinie in punkto Gesundheitsdienste an, erfasst aber einen gegenüber dem alten Projekt deutlich ausgeweiteten Themen- und Regelungsbereiche.

Das Europäische Parlament hatte ebenfalls Ende Mai 2007 eine Stellungnahme zu den „Auswirkungen und Folgen des Ausschlusses von Gesundheitsdienstleistungen aus der Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt“ beschlossen (Vergnaud-Bericht). Die Initiative dazu war vom Binnenmarktausschuss des EP ausgegangen. Die Mehrheit des EP sprach sich dafür aus, die verschiedenen Einzelfallurteile des Europäischen Gerichtshofs zu Gesundheitsdiensten durch ein geeignetes EU-Instrument zu kodifizieren. Es vertritt den Standpunkt, dass Gesundheitsdienste grundsätzlich dem Binnenmarkt- und Wettbewerbsrecht unterliegen. Die EP-Resolution verlangt „Klarstellungen“ zur Erstattung von Behandlungskosten in einem anderen Mitgliedstaat, zum Begriff einer ‚unverhältnismäßigen Wartezeit‘ und eine sehr restriktive Definition von Krankenhausversorgung.

Bemerkenswert ist der Kurswechsel der Sozialdemokratischen Fraktion im EP in dieser Frage. Bei der Debatte um die Dienstleistungsrichtlinie wurde noch der Standpunkt vertreten, alle Fragen bezüglich Gesundheitsdiensten und Patientenmobilität seien im Rahmen der bestehenden EU-Verordnung 1408/71 bzw. ihrer Neufassung (883/2004) zur Koordination der Sozialschutzsysteme zu regeln. Das Argument war, dass Gesundheit eine Angelegenheit der Sozialpolitik und des Sozialschutzes bleiben müsse.

Bei der Debatte um die erwähnte EP-Resolution lehnten Sozialdemokraten, Konservative und Liberale jedoch unisono jeden Hinweis auf eine Lösung der angesprochenen Probleme und Fragen im Rahmen der Sozialschutzverordnung ab. Es ist davon auszugehen, dass diese große Koalition im Europäischen Parlament das Projekt einer EU-Richtlinie zu Gesundheitsdienstleistungen und auch den generellen Tenor der von der Kommission vorgeschlagenen Regelungen unterstützen wird. Ernsthafter Widerstand ist bestenfalls im Europäischen Rat, d.h. von Regierungen der Mitgliedstaaten zu erwarten.

Die Europäische Kommission wollte bereits am 19. Dezember 2007 einen Richtlinienentwurf zu Gesundheitsdiensten vorstellen. Doch der damalige EU-Gesundheitskommissar *Markos Kyprianou* (jetzt Außenminister von Zypern) erschien nicht zur Sitzung, die Beschlussfassung im Kollegium der Kommissare wurde verschoben. Hintergrund war wohl auch ein interner Streit in der Kommission, ob der von seiner Generaldirektion ausgearbeitete Entwurf nicht zu weit ginge. Die nach der Präsidentschaftswahl und dem Regierungswechsel in Zypern als Nachfolgerin von Kyprianou ins Amt gekommene Kommissarin *Androulla Vassiliou* hat den Entwurf zwar leicht entschärft, im Kern aber aufrecht erhalten.

Diesen veränderten Richtlinienentwurf beschloss die Kommission dann als Bestandteil ihres 'Sozialpakets' am 2. Juli 2008.

Anhang II

EU-weite Patientenmobilität: Grundlagen und Probleme

Die Kommission stützt den Richtlinienentwurf auf Artikel 95 (3) EG-Vertrag und postuliert in Erwägungsgrund 1 und 2, dass ihr Vorschlag im Rahmen der "**Errichtung und Funktionieren des Binnenmarkts**" zu verstehen ist. Sie argumentiert damit, dass das EuGH Einzelfallrecht bezüglich des Gesundheitswesens festgehalten habe, dass der EG-Vertrag und insbesondere die Binnenmarktfreiheiten darauf Anwendung finden, auch wenn die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der alleinigen Zuständigkeit der Mitgliedstaaten liege.

Die Kommission folgert (Erwägungsgrund 6): "Da Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie 2006/123/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 12. Dezember 2006 über Dienstleistungen im Binnenmarkt ausgeschlossen sind, ist es wichtig, diese Aspekte in einem eigenen Rechtsinstrument der Gemeinschaft zu behandeln, um eine allgemeinere, wirksame Anwendung der Grundsätze zu erreichen, die der Gerichtshof in Einzelfällen niedergelegt hat."

Ob diese Rechtsgrundlage für diese Richtlinie überhaupt zulässig ist (Binnenmarkt für Gesundheitsdienstleistungen), wäre vor allem von den Mitgliedstaaten kritisch zu prüfen. Denn die EU hat lediglich im Bereich der Förderung der öffentlichen Gesundheit nach Artikel 152 EG-Vertrag **ergänzende** Zuständigkeiten, das Gesundheitswesen als solches ist jedoch nach dem Subsidiaritätsprinzip in ausschließlicher Kompetenz der Mitgliedstaaten.

Patientenmobilität im Rahmen der Koordinierung der Sozialschutzsysteme in der EU

Patientenmobilität (z.B. eine krankenversicherte Person aus Polen erhält eine ärztliche Behandlung in Italien) ist derzeit vor allem durch die EU-Verordnung 1408/71 (künftig 883/2004) geregelt und gesichert.

Im Falle einer „**gelegentlichen Behandlung**“ (d.h. die Polin sucht als Touristin oder im Rahmen der Arbeitnehmer-Entsendung in Italien einen Arzt auf) wird eine „medizinisch notwendige Versorgung“ nach den Vorschriften des Mitgliedstaats gewährleistet, in dem die Behandlung stattfindet. Die Patientin wird in der Regel kostenfrei behandelt, wenn sie durch die 2004 eingeführte Europäische Krankenversicherungskarte nachweisen kann, dass sie in ihrem Herkunftsmitgliedstaat versichert ist.

Im Falle einer „**geplanten Behandlung**“ benötigt die Patientin in der Regel eine Vorabgenehmigung durch die zuständige Stelle in ihrem Herkunftsmitgliedstaat (dokumentiert auf dem Formular E 112). Meist erfolgt dies, weil die Wartezeit für eine gleichwertige Behandlung im Herkunftsmitgliedstaat zu lange ist. In der Regel handelt es sich um Krankenhausbehandlung. Es gibt aber auch Mitgliedstaaten, die Patientinnen explizit zur Behandlung ins EU-Ausland schicken, weil sie für bestimmte Behandlungsarten keine eigenen Kapazitäten haben (z.B. häufig der Fall auf Malta und Zypern) oder die Qualität des eigenen Gesundheitswesens für unzureichend halten (dies ist häufig der Fall in Italien, welches PatientInnen meist nach Frankreich schickt).

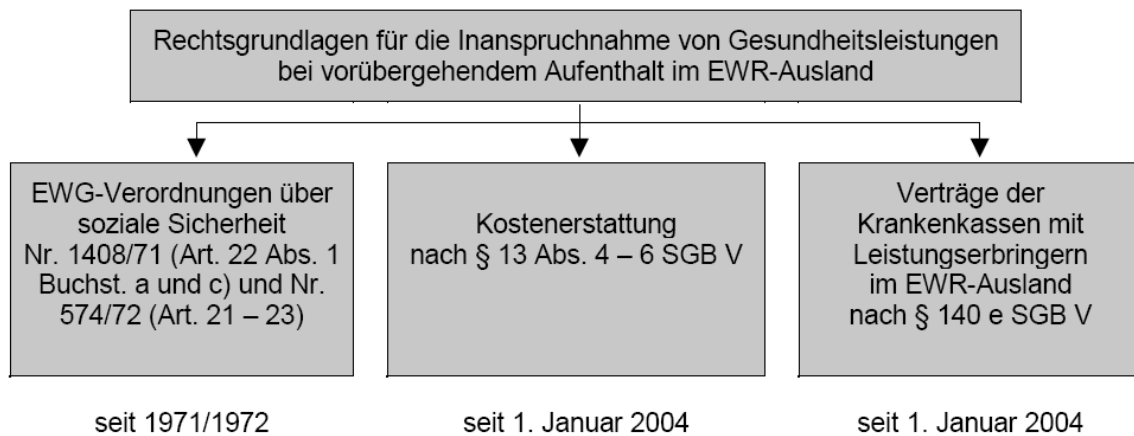
Sachstand zur EuGH-Rechtsprechung zu Gesundheitsdiensten

Einen zweiten, *alternativen* Pfad der Patientenmobilität haben die einschlägigen Urteile des EuGH seit 1998 eröffnet. Diese basieren auf der Argumentation, dass Gesundheitsdienstleistungen, die einer Person außerhalb ihres Herkunftsmitgliedstaats im EU-Ausland gewährt werden, eine wirtschaftliche Tätigkeit darstellen (Dienstleistungsbegriff des EG-Vertrags), und zwar unabhängig davon, um welche Art von Gesundheitsdienstleistung es sich handelt (Krankenhausversorgung oder nicht) oder auf welchem System in punkto Behandlungskosten sie beruht (Kostenerstattungsprinzip oder Sachleistungsprinzip). Insofern seien die Binnenmarktfreiheiten zu respektieren (Dienstleistungsfreiheit) – also hier vor allem das Recht, sich eine Gesundheitsdienstleistung auch im EU-Ausland zu suchen und in Anspruch zu nehmen.

Aus der EuGH-Rechtsprechung ergibt sich folgendes:

- Eine *ambulante Versorgung (out-patient treatment, non-hospital care)* können die Bürgerinnen und Bürger auch ohne vorherige Genehmigung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen. Die Kosten müssen bis zu der Höhe erstattet werden, wie sie auch bei einer Behandlung im eigenen Land erstattet würden.
- Für eine *stationäre Behandlung (hospital care)* in einem anderen Mitgliedstaat ist es statthaft, dass die zuständigen Stellen im Herkunftsmitgliedstaat eine Vorabgenehmigung verlangen können. Das Genehmigungserfordernis sieht der EuGH wegen der Notwendigkeit der Planbarkeit von Krankenhausleistungen als gerechtfertigt an. Die Genehmigung muss jedoch erteilt werden, wenn das eigene Gesundheitssystem die Versorgung innerhalb einer der jeweiligen Krankheit entsprechenden medizinisch notwendigen Frist nicht sicherstellen kann. Die Kosten müssen mindestens bis zu der Höhe erstattet werden, die auch im eigenen Land erstattet würden.
- Der Kostenerstattungsanspruch bezieht sich grundsätzlich nur auf die Kosten, die unmittelbar mit der Gesundheitsversorgung zusammenhängen. Bei einer Krankenhausbehandlung sind das die Kosten der eigentlichen medizinischen Leistungen und die damit untrennbar verbundenen Ausgaben für den Aufenthalt im Krankenhaus. Zusatzkosten wie Reisekosten, Verpflegungskosten und Kosten für eine Unterbringung außerhalb des Krankenhauses müssen nur insoweit übernommen werden, als die Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaates eine Übernahme dieser Kosten bei einer Behandlung im Wohnmitgliedstaat vorsehen.

Der deutsche Gesetzgeber hat die Rechtsprechung des EuGH nachvollzogen und mit Art. 1 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 (in Kraft seit dem 1.1.2004) in § 13 SGB V entsprechende Kostenerstattungsregeln für Behandlungen im EU-Ausland eingefügt. Außerdem können die Krankenkassen gemäß § 140 e SGB V zur Versorgung ihrer Versicherten Verträge mit Leistungserbringern in anderen EU-Mitgliedstaaten abschließen (was DIE LINKE durchaus kritisch sieht).



EU-weite Patientenmobilität - ein (noch) marginales Phänomen

Europaweite Patientenmobilität ist immer noch eine ziemlich vernachlässigbare Größe: nach Studien, die die *Europäische Beobachtungsstelle zu Gesundheitssystemen und –politiken* (Europafiliale der WHO) in 2005 zitierte, betragen die diesbezüglichen Ausgaben nur 0,1 bis 0,2 Prozent der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben. Die Kommission behauptet, dass dieser Wert inzwischen bei rund 1 Prozent der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben liegt. Das heißt aber im Umkehrschluss, dass 99 % der Ausgaben eben auf reiner Inlandsbehandlung beruhen.

Bei den maximal auf 1 % durch europaweite Patientenmobilität verursachten Kosten geschah dies zu deutlich über 90 % auf Grundlage der EU-Verordnung über die Koordination der Sozialschutzsysteme. Nach Einschätzung der *Europäischen Beobachtungsstelle* ist das Volumen der von der EuGH-Rechtsprechung bislang losgetretenen Patientenmobilität äußerst marginal und betrifft vorrangig Bereiche, die als Wahlleistungen (*elektive Leistungen*) der nationalstaatlichen Gesundheitssysteme deklariert sind: z.B. Wellness- und Kurangebote, Schönheitschirurgie oder Zahnbehandlung (letzteres ist in vielen EU-Mitgliedstaaten leider zunehmend von einer Pflicht- zu einer Wahlleistung geworden, für die Zusatzversicherungssysteme oder private Zuzahlungen die Finanzierung liefern).

Insofern ist zu bezweifeln, dass das Thema europaweite Patientenmobilität als völlig marginales Problem überhaupt den Erlass einer Binnenmarkt-Richtlinie nach Artikel 95 EG-Vertrag rechtfertigen kann. Die (aus unserer Sicht kritisierenswerten) EuGH-Urteile sind schließlich (nicht nur in Deutschland) umgesetzt worden und eine EU-Gesundheitsdienste-Richtlinie nicht erforderlich.

Was die Kommission will: EU-Sozialschutz-Verordnung vs. neue Gesundheitsdienste-Richtlinie

Die Europäische Kommission möchte mit ihrem Richtlinienvorschlag nun die zweite Alternative (**Patientenmobilität auf Grundlage der EuGH-Rechtsprechung/Binnenmarktregeln**) stärken, indem sie EuGH-Rechtsprechung kodifizieren, aber auch noch verschärfen will!

Einen Überblick über die Unterschiede zu den Regelungen der EU-Verordnung zur Koordinierung der Sozialschutzsysteme gibt nachfolgende Tabelle.

EU-Sozialschutz-Verordnung versus EU-Gesundheitsdiensterrichtlinie

Artikel 19-20 EU Verordnung 883/2004 (Freizügigkeit für Personen) - überwgd. „Bestimmungslandprinzip“ -	Entwurf EU-Richtlinie „Sichere, effiziente grenzüberschreitende Gesundheitsdienste von hoher Qualität“ (Binnenmarkt/Dienstleistungsfreiheit) - überwiegend „Herkunftslandsprinzip“
Europäische Krankenversicherungskarte: <ul style="list-style-type: none"> - medizinisch notwendige Behandlung während des Aufenthalts im EU-Ausland, sofern im Leistungskatalog des Aufenthaltsmitgliedstaates enthalten - - auch Krankenhausbehandlung, falls nicht bis zur Rückkehr in den Wohnmitgliedstaat aufschiebbar 	Ambulante Behandlung (keine Krankenhausleistung): <ul style="list-style-type: none"> - Sofern vom Leistungskatalog des Wohnmitgliedstaats abgedeckt
Gezielt gesuchte Behandlung im EU-Ausland mit Genehmigungsvorbehalt (Formular E 112): Vorabgenehmigung kann vom Wohnmitgliedstaat nicht verweigert werden wenn <ul style="list-style-type: none"> - die Behandlung im Leistungskatalog des Gesundheitssystems des Wohnmitgliedstaats enthalten ist - - die Behandlung im Wohnmitgliedstaat nicht innerhalb einer medizinisch notwendigen Frist erfolgen kann 	Krankenhausbehandlung: Prüfung/Übernahme der Behandlungskosten kann nicht verweigert werden wenn: <ul style="list-style-type: none"> - die Behandlung im Leistungskatalog des Gesundheitssystems des Wohnmitgliedstaats enthalten ist - nur in Ausnahmefällen kann der Wohnmitgliedstaat einen Genehmigungsvorbehalt für bestimmte Behandlungen verfügen, sofern er nachweisen kann, dass ohne dieses Instrument erhebliche negative Auswirkungen auf das finanzielle Gleichgewicht seines Sozialversicherungssystems, die Krankenhausplanung etc. zu erwarten sind
Behandlung „als wäre die Person in dem Aufenthalts-Mitgliedstaat versichert“:	Behandlung „als wäre die Person in dem Aufenthalts-Mitgliedstaat versichert“:

<ul style="list-style-type: none"> - zu den dort geltenden gesetzlichen Tarifen und Bedingungen der Leistungsgewährung 	<ul style="list-style-type: none"> - mindestens in Höhe der im Wohnmitgliedstaat geltenden Erstattungs-Tarife - zu den gleichen Bedingungen und Formalitäten wie im Wohnmitgliedstaat
<p>Regelung der Behandlungskosten zwischen den zuständigen Stellen des Wohnmitgliedstaats und des Aufenthalts-Mitgliedstaats</p> <p>Keine finanzielle Vorleistung der Patientin</p>	<p>Vorauszahlung der Behandlungskosten durch die Patientin (wie Privatpatienten)</p> <p>Kostenerstattung im Wohnmitgliedstaat nach dessen Regelungen (siehe oben)</p>
	<p>Nationale Kontaktstellen für PatientInnen, die Gesundheitsdienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat als ihrem Wohnmitgliedstaat in Anspruch nehmen wollen</p>
	<p>Informations- und Transparenzpflicht für Mitgliedstaaten (Qualitätsstandards, Patientensicherheit etc.)</p>

Probleme im Rahmen der EU-weiten Patientenmobilität

Es soll hier nicht behauptet werden, dass es mit der Patientenmobilität im Rahmen der EU-Verordnung zur Koordinierung der Sozialschutzsysteme keine Probleme gebe. Obwohl z.B. Vertragsärzte des Krankenversicherungsträgers/nationalen Gesundheitswesens des Aufenthaltsmitgliedstaates PatientInnen aus dem EU-Ausland gegen Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte ohne weitere Kosten zu behandeln haben (nur landesübliche Zuzahlungen etc. werden ggf. fällig), ist es in einer Reihe von Mitgliedstaaten verbreitete Praxis, dass nur gegen Rechnung und Vorauszahlung (und auch nicht immer nach den gesetzlichen Tarifen) behandelt wird. Gegen solche Praktiken müssen die Mitgliedstaaten gezielter vorgehen und sie unterbinden.

In manchen EU-Mitgliedstaaten mögen auch die Kriterien für die Vorabgenehmigung einer Krankenhausbehandlung im EU-Ausland nicht transparent genug oder zu strikt sein, insbesondere was die Definition und Länge der 'medizinisch notwendigen Frist' angeht (d.h. die Wartezeiten z.B. für eine Hüftoperation sind zu lang). Widerspruchsverfahren und Rechtsbehelfe im Falle der Ablehnung einer Vorabgenehmigung mögen zu kompliziert sein und zu lange dauern. Ebenfalls kann die Information über Qualitätsstandards, den Leistungskatalog, PatientInnenrechte, Haftung/Gewährleistung und Regress im Aufenthaltsmitgliedstaat unzureichend sein.

Wie die Übersicht zeigt, wäre es aber durchaus angemessen, die im Zusammenhang mit europaweiter Patientenmobilität auftretenden Probleme und Fragestellungen *innerhalb des Systems der Koordination der Sozialschutzsysteme in der EU* anzugehen. Diese ist für NormalbürgerInnen mit keinen Vorauszahlungen aus eigener Tasche für Behandlungskosten im EU-Ausland verbunden (die EU-KVK genügt) und zielt auf eine Gleichbehandlung mit den Versicherten in dem Mitgliedstaat, in dem die Behandlung stattfindet.

In diesem Rahmen gibt es sicherlich einigen Verbesserungsbedarf:

- z.B. den Zugang zu allgemeinen und zuverlässigen Informationen bezüglich Art und Umfang der Gesundheitsleistungen sowie der nationalen Qualitätsanforderungen an medizinische Leistungen und Leistungserbringer in den anderen EWR-Staaten zu gewährleisten, u. a. z.B. durch ein entsprechendes EU-„Gesundheitsportal“;
- auf EU-Ebene abgestimmte Leitlinien bezüglich der Begriffsdefinitionen „medizinisch notwendige“ Sachleistungen und „zum Zwecke der Behandlung“ sowie nähere Bestimmungen, was eine aus medizinischen Erwägungen „zumutbare Wartezeit“ ist;
- die Absicherung von Rückforderungen der zuständigen Krankenversicherungsträger gegenüber ihren Versicherten (Regressregelungen);
- eine EU-Charta der PatientInnenrechte und EU-Mindeststandards bezüglich der PatientInnensicherheit, inklusive und Regressregeln für die Patienten;

Die 2004 erst novellierte EU-Verordnung zur Koordination der Sozialschutzsysteme der Mitgliedstaaten wird erst in Kraft treten, wenn die derzeit noch im Diskussions- und Verhandlungsprozess zwischen Kommission, Europäischem Rat und Europäischem Parlament anstehenden **Anhänge zur neuen Verordnung 883/2004** und zusätzlich auch die **„Durchführungsverordnung“** zu dieser Verordnung verabschiedet sind. Insofern können Rat und Parlament bezüglich der Gesundheitsdienstleistungen in diesem Prozess sowohl die neue EU-Verordnung von 2004 selbst nochmals entsprechend ändern, als auch in den geplanten „Anhängen“ und der „Durchführungsverordnung“ für mehr Klarheit im Detail sorgen.

Der von der Kommission vorgeschlagene Weg, die Gesundheitsdienstleistungen auf einem „alternativen zweiten Pfad“ stärker den „Binnenmarktfreiheiten“ zu unterwerfen, ist keinesfalls zwingend und widerspricht so ziemlich allen Prinzipien, die die Kommission selbst ansonsten für die „Verteidigung des Europäischen Sozialmodells“ in Stellung bringt.

Die Linksfraction im Europäischen Parlament vertritt den grundsätzlichen Standpunkt, dass Schutz, Erhalt und Förderung der Gesundheit ein öffentliches Gut sind und die Versorgung mit (möglichst integrierten) sicheren, effizienten und qualitativ hochwertigen Gesundheitsdiensten mit gleichem Zugang für alle eine Leistung der öffentlichen Daseinsvorsorge und der Sozialschutzsysteme ist. Als solche sind diese nicht dem EU-Binnenmarkt- und Wettbewerbsrecht zu unterwerfen. Die Linksfraction im EP lehnt den neuen Richtlinienvorschlag der Kommission ab, weil dieser darauf zielt, Gesundheitsdienste stärker den Binnenmarktregeln zu unterstellen. Vor allem die angesprochenen Probleme im Bereich EU-weiter Patientenmobilität sind systemkonform und angemessener im Rahmen der EU-Verordnung zur Koordinierung der Sozialschutzsysteme zu lösen.

Anhang III

Kritische Bewertung der Vorschläge der Kommission

Der Richtlinienvorschlag der Kommission hat das Ziel, einen Gemeinschaftsrahmen "für die Erbringung sicherer, effizienter grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen von hoher Qualität" zu schaffen (Artikel 1). Der Anwendungsbereich der Richtlinie soll sich auf das gesamte Gesundheitswesen erstrecken, egal ob es sich um öffentliche oder private Gesundheitsdienste handelt, und unabhängig davon, wie diese organisiert, finanziert und erbracht werden.

Was damals aus dem Anwendungsbereich des Bolkestein-Entwurf der Dienstleistungsrichtlinie ausgeklammert wurde (private und öffentliche Gesundheitsdienste), soll also nun durch eine sektorspezifische Binnenmarktrichtlinie geregelt werden.

Eine knappe Beschreibung, welche Aktivitäten von der Richtlinie erfasst werden, liefern die Erwägungsgründe 9 und 10:

"(9) Diese Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ist auf alle Arten von Gesundheitsdienstleistungen anwendbar. Wie der Gerichtshof bekräftigt hat, führen weder ihre Besonderheiten noch ihre Ausgestaltung oder Finanzierung dazu, dass diese nicht unter den elementaren Grundsatz des freien Verkehrs fallen. Im Bereich der Langzeitpflege gilt die Richtlinie nicht für die Unterstützung von Familien oder Einzelpersonen, die über einen längeren Zeitraum einen besonderen Pflegebedarf haben. So ist sie nicht anwendbar auf Heime oder betreutes Wohnen oder die Unterstützung von älteren Menschen oder Kindern durch Sozialarbeiter, ehrenamtliche Pflegekräfte oder Fachkräfte mit Ausnahme von Angehörigen der Gesundheitsberufe.

(10) Im Sinne dieser Richtlinie umfasst der Begriff „grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ folgende Arten von Gesundheitsdienstleistungen:

- Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland (d. h. ein Patient begibt sich zwecks Behandlung zu einem Gesundheitsdienstleister in einem anderen Mitgliedstaat); dies nennt man „Patientenmobilität“;*
- grenzüberschreitende Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen (etwa vom Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaates in das Hoheitsgebiet eines anderen), wie telemedizinische Dienstleistungen, Ferndiagnose, Fernverschreibung oder Laborleistungen;*
- ständiger Aufenthalt eines Gesundheitsdienstleisters (d. h. Niederlassung eines Gesundheitsdienstleisters in einem anderen Mitgliedstaat); und*
- vorübergehender Aufenthalt von Personen (d. h. Freizügigkeit von Angehörigen der Gesundheitsberufe, die beispielsweise vorübergehend in den Mitgliedstaat des Patienten fahren, um dort ihre Dienstleistung zu erbringen)."*

Es geht also sowohl um die Freizügigkeit von Personen (PatientInnen, Angehörige der Gesundheitsberufe) sowie die Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit im Gesundheitssektor.

Über den vorliegenden Richtlinienentwurf hinaus spricht die Kommission in ihrem Arbeitsprogramm 2008 ein Grünbuch zum Personal in den Gesundheitsberufen (**Green Paper on Health Professionals**) an, bei dem es über die gegenseitige Anerkennung von

Berufsqualifikationen hinaus (EU-Richtlinie 2005/36/EG) vor allem um die weitere Gestaltung der europaweiten Mobilität der Arbeitskräfte im Gesundheitssektor gehen soll (angekündigt für das 4. Quartal 2008). Die Richtlinie dürfte nur der Auftakt zu weiteren Aktivitäten sein, einen EU-Binnenmarkt zu Gesundheitsdiensten und -produkten zu schaffen.

Information, Transparenz und Beratung

Artikel 5 des Richtlinienentwurfs verlangt von den Mitgliedstaaten, dass ihr Gesundheitssystem Sicherheits- und Qualitätsstandards und ein entsprechendes Kontrollsystem vorschreibt (auf Basis von Erkenntnissen aus der internationalen medizinischen Forschung und anerkannter guter medizinischer Praktiken). Die Kommission schlägt keine EU-weite Harmonisierung von Sicherheits- und Qualitätsstandards im Gesundheitswesen vor, sondern nur, dass die Mitgliedstaaten solche haben und die entsprechenden Bestimmungen dokumentieren sollen. Weitere Punkte betreffen Informations- und Transparenzpflichten der Leistungserbringer von Gesundheitsdiensten: die PatientInnen sollen eine "informierte Wahl" treffen können, auf Basis von Informationen über die Verfügbarkeit, die Preise und die Ergebnisse der angebotenen Dienstleistung, sowie über die Berufshaftpflicht, Gewährleistung etc. des Dienstleistungserbringers bzw. seines Personals.

Letzteres demonstriert bereits das fragwürdige marktorientierte Leitbild der Kommission: Patienten sind "Kunden" der Anbieter von Gesundheitsdiensten.

Andere Punkte betreffen Schadenersatz- und Regressansprüche bzw. -verfahren im Falle, dass PatientInnen durch die Behandlung geschädigt wurden, sowie Datenschutz, Gleichbehandlung und Anti-Diskriminierung.

Artikel 10 und 11 des Entwurfs befassen sich mit Informations-, Transparenz- und Beratungsfragen. Die Mitgliedstaaten sollen leicht zugängliche Informationssysteme zu Fragen der Behandlung im EU-Ausland aufbauen und nationale Kontaktstellen zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten schaffen (letzteres ist ähnlich wie das System "Einheitlicher Ansprechpartner" in der Dienstleistungsrichtlinie).

Gegen den Aufbau eines entsprechenden Informations- und Beratungssystems zu den oben angesprochenen Fragen ist zunächst grundsätzlich nichts einzuwenden - **es fragt sich aber, warum dies nicht im Rahmen der Koordination der Sozialschutzsysteme der Mitgliedstaaten geschehen soll.**

Patientenmobilität: Binnenmarktfreiheiten und Kostenerstattungsprinzip

Den Kern des Kommissionsvorschlags bilden jedoch die Regelungen zur Erstattung von Behandlungskosten und zur "ambulanten" (non-hospital care) und "stationären" (hospital and specialised care) Versorgung (Artikel 6, 7, 8).

Grundsätzlich sollen PatientInnen alternativ wählen können, ob sie eine Behandlung im EU-Ausland nach den Regeln der EU-Verordnung (1408/71 bzw. 883/2004) zur Koordinierung der Sozialschutzsysteme anstreben oder aber nach den Regeln der neuen, auf Binnenmarktregeln gestützten Richtlinie. Beide Verfahren gleichzeitig in Anspruch zu nehmen, soll ausgeschlossen sein.

PatientInnen, die nach der neuen Richtlinie gezielt im EU-Ausland eine Behandlung suchen, sollen dies generell ohne vorherige Genehmigung ihrer Krankenkasse oder sonstiger

zuständiger Stellen tun dürfen. Sofern die Behandlung durch den Leistungskatalog ihres Wohnsitzmitgliedstaates (wo sie versichert sind) abgedeckt ist, haben sie Anspruch auf Kostenerstattung durch den Sozialversicherungsträger in ihrem Wohnsitzmitgliedstaat. Der Erstattungsanspruch muss mindestens so hoch sein, wie für eine vergleichbare Behandlung "zu Hause" - sind die tatsächlichen Kosten niedriger, so sollen nur diese erstattet werden. Kosten für Reise, Unterbringung, Rechtsberatung etc. werden nicht erstattet, sondern nur die anerkannten Behandlungskosten.

Während der EuGH ein Genehmigungserfordernis des Wohnsitzmitgliedstaats für eine Behandlung im Krankenhaus im EU-Ausland für statthaft hielt, will die Kommission dies nur noch im Ausnahmefall zulassen: nur dann, wenn der Abfluss von Patienten zu Krankenhausbehandlungen ins EU-Ausland solche Folgen für die Planung und Rationalisierung von Krankenhausleistungen im Inland erzeugen könnte, dass dadurch das finanzielle Gleichgewicht des Sozialschutzsystems unterminiert oder die Aufrechterhaltung einer ausgeglichenen medizinischen und Krankenhausversorgung etc. negativ beeinträchtigt würden. Verhängt ein Mitgliedstaat für bestimmte Krankenhausbehandlungen im EU-Ausland ein Genehmigungserfordernis, so muss dies den Kriterien der Notwendigkeit, der Verhältnismäßigkeit und der Anti-Diskriminierung genügen (wohlbekannte Begriffe aus der EU-Dienstleistungsrichtlinie). Was die Kommission hier im Prinzip vorschlägt, ist eine **Umkehr der Beweislast** in punkto "Vorabgenehmigung" zu Lasten der Mitgliedstaaten, was deutlich über die bisherige EuGH-Rechtsprechung hinausgeht.

Warum das Konzept der Kommission zur EU-weiten Patientenmobilität falsch ist

Die Vorschläge der Kommission zur alternativen Regelung EU-weiter Patientenmobilität im Rahmen der "Binnenmarktfreiheiten" und gestützt auf ein Verfahren der nachträglichen Kostenerstattung nach dem "Herkunftslandsprinzip" folgen einem klaren Leitbild: PatientInnen als "informierte VerbraucherInnen" und "KundInnen", die europaweit Preise, Leistungen, Qualität und rechtliche Regelungen (Schadenersatz, Risikoschutz durch Berufshaftpflicht des Dienstleistungserbringers etc.) vergleichen und sich nach genauer Abwägung der Vor- und Nachteile für eine Behandlung im EU-Ausland entscheiden. Dass diese Vorstellung vom "informierten Kunden" der Realität nicht entspricht, weiß eigentlich jede und jeder, die oder der sich näher mit Gesundheitspolitik beschäftigt.

Zu Recht hat der Europäische Gewerkschaftsbund schon früher kritisiert: Wir brauchen keine EU-Regelungen, wonach die Leute auf Einkaufstour oder Schnäppchenjagd nach Gesundheitsdienstleistungen quer durch Europa gehen. Die Förderung europaweiter Patientenmobilität als Ausweg aus einer Situation, in der nationalstaatliche Kürzungspolitik, Privatisierung und Out-Sourcing im Gesundheitswesen, der ständig wachsende Zwang zur "privaten Eigenvorsorge" durch Ausgliederung bestimmter Behandlungen und Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungssysteme zu Verlusten an Qualität und Erschwinglichkeit, zu Unterversorgung und Wartelisten für bestimmte Behandlungen führt, ist kurzsichtig, nicht nachhaltig und verschärft auf längere Sicht diese Probleme.

Wenn deutsche PatientInnen z.B. für billigere (und vielleicht auch bessere oder gleichwertige) Behandlungen nach Ungarn fahren - ausgestattet mit einer für ungarische Verhältnisse großzügigen Zusage zur Übernahme der Behandlungskosten - mag das für einzelne ja attraktiv sein. Ungarische Spezialisten werden sich darauf einstellen und versuchen, die "reichen" deutschen PatientInnen anzulocken - zu Behandlungsentgelten, die vielleicht immer noch unter der deutschen Kostenzusage liegen, aber deutlich über den vom ungarischen Gesundheitssystem vorgegebenen Standardtarife. Dies bedeutet, es kommen verstärkt Marktkräfte sowie Push- und Pull-Effekte ins Spiel, die längerfristig dazu führen können, dass die Behandlungskosten in Ungarn steigen und es zu Engpässen im Angebot von Gesundheitsdiensten für die einheimische Bevölkerung kommt. Dass die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen des von der Kommission vorgeschlagenen Kostenerstattungsverfahrens gegenüber PatientInnen aus dem EU-Ausland nur gemäß der von ihrem nationalen Gesundheitssystem vorgeschriebenen Tarife abrechnen dürfen, steht nirgendwo im Richtlinienentwurf.

Umgekehrt könnte eine Patientin aus Portugal, die gezielt nach einer Behandlung in Frankreich sucht, trotz der Informationsangebote ihres Mitgliedstaats und der französischen nationalen Kontaktstelle bestimmte Kosten der Behandlung übersehen, und sich später wundern, dass die portugiesische Kostenerstattung nicht ausreicht und sie erheblich draufzahlen muss.

Flächendeckende wohnortnahe (lokale, regionale) Versorgung ist besser

Die Linksfraktion im Europäischen Parlament unterstützt grundsätzlich den 'local care approach' im Gesundheitswesen: die Förderung von integrierten Gesundheitsdiensten, die möglichst wohnortnah erreichbar sind (lokal, regional), von hoher Qualität, mit niedrigschwelligem Angeboten und gleichem Zugang und gleicher Versorgung für alle unabhängig vom Einkommen. Beratung und Behandlung in der eigenen Sprache erleichtert

es, die Risiken und voraussichtlichen Ergebnisse einer Behandlung zu verstehen sowie sich über eventuelle Rechtsmittel zu informieren. Wohnortnahe Versorgung erlaubt PatientInnen, besser durch ihr soziales Umfeld unterstützt zu werden - all dies trägt auch zu besseren Ergebnissen bei.

Die European Public Health Alliance (ein europäischer Zusammenschluss von Gesundheitsinitiativen) fordert zu Recht von den Mitgliedstaaten, diesem 'local care approach' zu folgen, die lokale und regionale Gesundheitsinfrastruktur entsprechend zu verbessern und zu stärken und so vorhandene Engpässe und Unterversorgung abzubauen. Dies ist mittel- und langfristig weitaus nachhaltiger, als diese meist durch staatliche Sparpolitik erzeugten Engpässe durch EU-weite Patientenmobilität zu "lindern".

Man mag einwenden, dass dies kurzfristig einer Patientin nicht helfen mag, die wegen mangelnder Kapazitäten zuhause akut auf eine Behandlung im EU-Ausland angewiesen ist. Doch für solche Fälle gibt es ja bereits mit der EU-Verordnung zur Koordination der Sozialschutzsysteme ein Regelwerk, welches ihr Recht und die Verfahren für eine nötige Behandlung im EU-Ausland sichert, ohne dass die Person irgendwelche Kosten aus eigener Tasche vorstrecken muss.

Cui bono?

Die entscheidende Frage aber lautet: Wem nützen die von der Kommission vorgeschlagenen Regelungen zur Patientenmobilität in Europa - und wem nicht?

Wenn wir auch nur die reichen EU-Staaten wie Schweden, Luxemburg, Deutschland oder Frankreich betrachten: eine Behandlung im EU-Ausland nach dem "Kostenerstattungsprinzip nach den Regeln des Herkunftslands" werden überwiegend Menschen mit höherem Einkommen, höherem Bildungsniveau, guten Sprachkenntnissen und gutem Zugang zu Anwälten und Rechtsberatung nutzen. Sie haben am ehesten die Chance, die geeignete Spezialpraxis oder das für sie 'beste Krankenhaus' zu finden und zu nutzen.

Eine normale Verkäuferin, ein Automobilarbeiter, eine Erwerbslose oder ein Minijobber können sich in den seltensten Fällen die nötigen Reise- und Unterbringungskosten leisten, die sie ja selbst tragen müssten. Hinzukommen können mangelnde Sprachkenntnisse und große Unsicherheit, ob sie die Erläuterungen zu Behandlungsmethoden, Kostenübernahme und die diversen rechtlichen Fragen im EU-Ausland ausreichend verstehen, um keine für sie letztlich nachteiligen Entscheidungen zu treffen oder vermeidbare finanzielle Risiken einzugehen. Der soziale Status ist also ein großes Hindernis für die tatsächliche Wahrnehmung der schönen "Binnenmarktfreiheiten" in punkto Patientenmobilität.

Wenn wir die ärmeren EU-Mitgliedstaaten in diese Betrachtung mit einbeziehen, ergibt sich folgendes: selbst eine nach dortigen Verhältnissen gut verdienende Rumänin könnte eine Behandlung im EU-Ausland kaum in Anspruch nehmen - nicht nur wegen der erforderlichen Reisekosten etc., sondern insbesondere, weil die vom rumänischen Sozialschutzsystem erstatten Behandlungskosten (z.B. Krankenhausbehandlung in Belgien) auch nicht annähernd ausreichen würden, die dort anfallenden Kosten zu decken. Allgemein dürfte gelten: je geringer die vom nationalen Gesundheitssystem garantierte Erstattung von Behandlungskosten, umso geringer die Auswahlmöglichkeiten in andern, vor allem reicheren Ländern als dem eigenen Wohnsitzmitgliedstaat. Die von der Kommission vorgeschlagene Kostenerstattungsregelung nach dem Herkunftslandsprinzip kommt in dieser Hinsicht de facto einer Diskriminierung aufgrund der Nationalität gleich.

Andererseits sollen aber z.B. rumänische SteuerzahlerInnen oder auch die einkommensschwachen Schichten aus den reichen EU-Ländern den Aufbau einer Infrastruktur mitfinanzieren (z.B. Informationssystem zu Fragen der EU-weiten Patientenmobilität, nationale Kontaktstellen), die wohl die meisten von ihnen gar nicht in Anspruch nehmen werden.

Die von der Kommission vorgeschlagenen Regelungen verstärken so den Trend zur Zwei-Klassen-Medizin: EU-weite Patientenmobilität für den betuchten Euro-Jetset, der so Wartelisten entfliehen und Angebote der besten Spezialisten EU-weit suchen und "einkaufen" kann. **Das Prinzip eines "gleichen Zugangs für alle" zu Gesundheitsdienstleistungen und erst recht das Prinzip der Gleichheit in der Gesundheitsversorgung unabhängig vom Einkommen der PatientInnen und den Kosten der Behandlung wird bei dieser Art von EU-weiter Patientenmobilität aufs Größte verletzt.**

Gegenseitige Anerkennung von Rezepten

Artikel 14 des Kommissionsentwurfs soll die Anerkennung von Rezepten regeln, die für eine Person in einem anderen Mitgliedstaat als ihrem Wohnsitzmitgliedstaat ausgestellt wurden. Sofern das verschriebene Medikament gemäß der EU-Arzneimittelrichtlinie 2001/83/EG "zum Inverkehrbringen im Gebiet der Mitgliedstaaten zugelassen" ist, muss das Rezept anerkannt werden und eingelöst werden können. Beschränkungen der Anerkennung von Rezepten sollen nur dann zulässig sein, wenn sie aus Gründen des Schutzes der menschlichen Gesundheit erlassen wurden und zugleich diesbezüglich den Kriterien der Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit Rechnung tragen. Hier soll also das Binnenmarktprinzip der "gegenseitigen Anerkennung" angewendet werden.

Damit können auch Medikamente im eigenen Land erworben werden, die in einem anderen Mitgliedstaat zugelassen sind, zuhause aber nicht. Rezepte können auch in elektronischer Form (E-Rezept) verschrieben werden. Das öffnet Tür und Tor für dubiose Praktiken via Internet ("Organisierung" von EU-Auslandsrezepten für Tablettensüchtige oder für zuhause nicht zugelassene Medikamente) und entfacht einen Wettbewerb um Rezeptgebühren, Zuzahlungen und dergleichen.

Dieser "EU-Binnenmarkt für Arzneimittelverschreibungen" dürfte auch für Mitgliedstaaten problematisch werden, die z.B. im Rahmen ihrer nationalen gesundheitspolitischen Strategie Ärzte anhalten, die Verschreibung von Antibiotika restriktiv zu handhaben, um der Resistenzbildung entgegenzuwirken. Da Antibiotika nicht verboten sind, könnte diese Strategie durch Auslandsverschreibungen unterlaufen werden.

Kommission will sich neue Kompetenzen erschließen

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass die Europäische Kommission sich durch die Bestimmungen des Richtlinienentwurfs eine Reihe neuer Kompetenzen aneignen würde:

- **Telemedizin (E-Health):** spezifische Maßnahmen zur Sicherung der Interoperabilität der informationstechnischen Systeme, auf denen Telemedizinische Dienstleistungen beruhen;

- **EU-Referenznetzwerke und -zentren (zu seltenen Krankheiten, hochspezialisierte Medizin etc.):** Kriterien und Bedingungen, die die Referenznetzwerke zu erfüllen haben, inklusive Bedingungen für die Aufnahme neuer Mitglieder in bestehende Netzwerke;
- **EU-Netzwerk zur Folgeabschätzung in Bezug auf neue Gesundheitstechnologien:** Gründung, Management, Informationsaustausch;
- **Kooperation der nationalen Kontaktstellen:** Einrichtung und Gründung eines EU-Netzwerks der Kontaktstellen, Informationsaustausch, Leitlinien über die den PatientInnen zur Verfügung zu stellenden Informationen;
- **Anerkennung von Rezepten:** EU-Muster für Rezepte, einschließlich "elektronische Verschreibungen", Liste von Arzneimitteln, die von der gegenseitigen Anerkennung von Rezepten ausgeschlossen sind;
- **Definition des Krankenhausbegriffs:** In der Richtlinie wird Krankenhausversorgung als eine Gesundheitsversorgung definiert, die mindestens eine Übernachtung in der versorgenden Einrichtung erfordert. Darüber hinaus will die Kommission weitere Bereiche (z.B. hoch spezialisierte, kostenintensive medizinische Infrastruktur usw.) nachträglich gegebenenfalls als "Krankenhausversorgung" definieren können.

Beim Punkt Krankenhausversorgung will die Kommission die Hereinnahme weiterer Bereiche in diese Rubrik nach dem so genannten Komitologie-Verfahren vornehmen können (Vorschlag der Kommission, Anhörung und Stellungnahme durch ihren Expertenausschuss, "Prüfung" des Ergebnisses durch den zuständigen Ausschuss des Europäischen Parlaments mit ja oder nein). Dieses Verfahren ermöglicht keine Diskussion und Beschlussfassung im Plenum des Europäischen Parlaments über entsprechende Änderungen der Richtlinie. Zu einigen Aspekten der oben erwähnten neuen Kompetenzpunkte soll dieses Verfahren ebenfalls angewendet werden. Damit gewänne die Kommission nicht nur neue Kompetenzen, sondern könnte auch in nicht unwichtigen Bereichen fast schalten und walten, wie sie will.