

Gisela Broll/Hartwig Broll

Zur gesundheitspolitischen Programmatik der Bundestagsparteien

Die Vorstellungen der Oppositionsparteien im Deutschen Bundestag

Mit dem Beschluss des Deutschen Bundestages zur 15. AMG-Novelle am 18. Juni 2009 kehrt Ruhe in die gesundheitspolitische Gesetzgebung ein – zumindest bis zu den Wochen und Monaten nach der Bundestagswahl. Damit rückt auch für die Beobachter des gesundheitspolitischen Tagesgeschehens die Programmatik der Parteien, die sich um ein Regierungsmandat für die kommenden vier Jahre bemühen, stärker in den Fokus. Im Folgenden werden zunächst die programmatischen Kernaussagen der drei im Bundestag vertretenen Oppositionsparteien zu gesundheitspolitischen Fragen analysiert. Die Programmatik der Regierungsparteien folgt im nächsten Heft.

FDP, Bündnis 90/Die Grünen sowie Die Linke räumen der Gesundheitspolitik in ihren programmatischen Aussagen zur Bundestagswahl einen ähnlich prägnanten Stellenwert ein. Vom Umfang her am knappsten sind die Aussagen der Linkspartei. Inhaltlich am aussagekräftigsten scheinen die Aussagen der FDP, wenn sie auch im Prinzip bereits seit Jahren als unveränderte Positionen bekannt sind. Bündnis 90/Die Grünen lassen manche Frage offen, „Die Linke“ fordert viel, ohne zu sagen, wie es umgesetzt werden soll.

Das „Deutschlandprogramm“ der FDP

Die Liberalen orientieren sich bei ihren Vorstellungen über eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens am Prinzip der Kapitaldeckung und sprechen sich – wohl bereits mit Blick auf den bevorzugten Koalitionspartner CDU/CSU – für ein Prämienmodell aus. „In der Krankenversicherung muss der Weg weggeführt werden von der Lohnbezogenheit der Beiträge und vom Umlageverfahren hin zu einem leistungsgerechten Prämienmodell, das über Kapitaldeckung eine sichere Grundlage für eine generationengerechte Verteilung der Lasten schafft und gleichzeitig dafür sorgt, dass jeder Bürger so weit wie möglich selbst bestimmen kann, was er absichern will“, heißt es in den programmatischen Aussagen der Liberalen. Gleichzeitig fordert die Partei die Entbürokratisierung der Beziehung zwischen Patient und Therapeut, mehr Wettbewerb sowie einen weiteren Gestaltungsspielraum der Versicherten für deren Versicherungs- und Therapieentscheidungen.

Zum beschworenen „Einklang von Solidarität und Eigenverantwortung“ gehört für die FDP auch, dass jede Generation über ihre eigene Lebenszeit hinweg die von ihr verursachten Gesundheitskosten vom Grundsatz her selbst trägt. Dies sei dann möglich, wenn in der Zeit, in der nur wenige Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden müssten, Rücklagen gebildet werden, aus denen sich die vermehrte In-

anspruchnahme im Alter finanzieren lässt. Die Solidarität wird hier in Anlehnung an die Grundsätze des Kapitaldeckungsverfahrens an eine Alterskohorte angebonden.

Einen Einkommensausgleich innerhalb der Krankenversicherung, wie er beim Prinzip der Beitragsgestaltung nach dem Bruttoeinkommen vollzogen wird, soll es nach diesen Vorstellungen nicht mehr geben. Diese Aufgabe gehöre in das Steuer- und Transfersystem, wie auch die Kosten für die Krankenversicherung der Kinder, die eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellten.

Im Prinzip vertraut das FDP-Programm auf die Kräfte des Wettbewerbs, sowohl demjenigen zwischen den Versicherern wie dem zwischen den Leistungserbringern. Der Wettbewerb solle dafür sorgen, dass niemand für seinen Krankenversicherungsschutz mehr bezahlen müsse als erforderlich. Dazu gehört wie selbstverständlich auch die Beitragsautonomie der Krankenkassen, die diesen zurückgegeben werden müsse. Das Problem der finanziellen Überforderung ist den Liberalen bei einem solchen System augenscheinlich bewusst. „Diejenigen, die sich eine Krankenversicherung nicht leisten können“, sollen „finanzielle Unterstützung aus dem Steuer-Transfer-System“ erhalten. Welches Gesamtvolumen eine solche Unterstützung für den Bundeshaushalt erreichen könnte, darüber schweigt sich das Programm ebenso aus wie über eine eventuelle Finanzierung dieser Unterstützungsleistungen. In einem Wahlprogramm ist dies sicherlich legitim, aber hier muss wahrscheinlich noch erheblich nachgearbeitet werden, sollte die FDP nach der Bundestagswahl ihre Vorstellungen in Koalitionsverhandlungen einbringen und konkretisieren müssen.

Einen beinahe gleichgewichtigen Schwerpunkt im „Deutschlandprogramm“ der FDP bilden die Aussagen zu den Erfordernissen des Gesundheitswesens als einer Wirtschaftsbranche. Die Gesundheitswirtschaft sei nach wie vor ein Wachstumsmarkt, der durch bürokratische und zentralistische Lösungen behindert werde. Forschung und Innovationen sei-

en lebensnotwendig, dazu bedürfe es richtiger Rahmenbedingungen auch unter sozialrechtlicher Hinsicht. Die FDP spricht sich für Festzuschuss- oder Mehrkostenregelungen aus, wenn ein Versicherter sich für ein nicht erstattungsfähiges Produkt oder Verfahren entschieden habe.

Die meisten Forderungen des Wahlprogramms entsprechen dem, was man von der FDP bereits seit Jahren gewohnt ist. An erster Stelle rangiert sicherlich das bekannte Plädoyer für die Freiberuflichkeit im Gesundheitswesen, adressiert an die klassische Wählerklientel der liberalen Partei, die nicht nur, aber traditionell unter den Freiberuflern besonders vertreten ist. Viel Wert legen die Freidemokraten auf die Betonung einer leistungsgerechten und transparenten Vergütung für Ärzte, Krankenhäuser und alle anderen medizinischen Fachkräfte und Einrichtungen, sodann auf die freie Arztwahl sowie die freie Wahl der im Krankheitsfall zu wählenden Therapie. Nach wie vor plädiert die Partei für ein Kostenerstattungssystem, das mit einem „für ein kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten unerlässlichen“, unbürokratisch ausgestalteten Selbstbeteiligungssystem kombiniert werden soll. Die Praxisgebühr sei dagegen bürokratisch und habe keine dauerhafte Steuerungsfunktion.

Abgerundet wird die liberale Programmatik mit Forderungen nach einer Stärkung der Prävention, der Palliativmedizin sowie einer Verbesserung der Situation bei der Organspende – all dies sicherlich Aussagen, die auch jede andere Partei uneingeschränkt unterstützen könnte.

Das Bundestagswahlprogramm von Bündnis 90/Die Grünen

Es ist einigermaßen bezeichnend, dass in der „grünen“ Programmatik nicht mit den Fragen der Finanzierung des Gesundheitswesens begonnen wird, sondern zunächst die Vermeidung krankmachender Faktoren angesprochen wird. Man benötige einen Richtungswechsel in der Gesundheitspolitik: „Weg vom Gesundheitswesen als bloßem Reparaturbetrieb, hin zu einem Gesundheitswesen mit mehr Prävention und Gesundheitsförderung.“ Dabei seien die Bedürfnisse und Lebenslagen sozial Benachteiligter besonders zu berücksichtigen. Man wolle eine Prävention, die die Menschen im Alltag erreiche. Gefordert wird ein „wirksames Präventionsgesetz“, das die finanziellen Voraussetzungen dafür schaffe, bereits bestehende Angebote der Gesundheitsförderung in den Kommunen zu sichern und diese bei einer guten Qualität weiterentwickeln zu können. An der Finanzierung solcher Maßnahmen sollen sich die Sozialversicherungen, die privaten Versicherungsunternehmen sowie die öffentliche Hand beteiligen.

Mit Blick auf die „wohnortnahe Versorgung und Betreuung chronisch kranker Menschen“ beklagen Bündnis 90/Die Grünen die „hohen Barrieren“ zwischen stationärer und ambulanter Versorgung oder zwischen Rehabilitation und Pflege. Diese müssten überwunden werden, um die Zusammenarbeit von Ärzten, Apothekern, Krankenhäusern und anderen Gesundheitsberufen zu fördern. Wie dies konkret geschehen könnte,

dazu finden sich im Wahlprogramm keine konkrete Aussagen.

Ebenfalls eher nebulös sind die Passagen, die sich mit der Finanzierung des Gesundheitswesens befassen: Der „Einstieg in die Bürgerversicherung“ – ohne einen konkreten Hinweis, was man sich darunter genauer vorzustellen habe – soll mit „wichtigen Strukturreformen“ für eine ausreichende Finanzierung sorgen. Dazu zählen die Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung sowie der Ausbau der integrierten Versorgung, wobei darauf geachtet werden soll, dass der Zugang zum Facharzt „nicht durch sachfremde Anreize blockiert“ werde. Auch an dieser Stelle des Wahlprogramms wären einige konkrete Hinweise, was genauer gemeint ist, für den Leser und potenziellen Wähler sicherlich hilfreich.

Sollte dem einen oder anderen die Sicherung der ausreichenden Finanzierung des Gesundheitswesens durch eine Bürgerversicherung sowie eine hausarztzentrierte und integrierte Versorgung etwas dünn erscheinen, so folgt das Patentrezept von Bündnis 90/Die Grünen praktisch in einem Nachsatz: „Die Ausgaben von Medikamenten im Gesundheitsbereich sind nach wie vor exorbitant hoch. Wir wollen mit der Erstellung einer Positivliste für Medikamente eine wirksame Maßnahme zur Dämpfung der Kosten durchsetzen. Entscheidungen über Neuzulassungen von Medikamenten müssen nachvollziehbar und transparent sein und mit einer Kosten-Nutzen-Bewertung verbunden sein.“

Zur Finanzierung des Gesundheitswesens war dies tatsächlich alles. Es folgen noch einige Forderungen, die zu den Essentials bündnisgrüner Gesundheitspolitik zählen, etwa die Stärkung der Position von Patientinnen und Patienten, Pflegebedürftigen und Pflegepersonen, die Evaluierung und Offenlegung guter und schlechter Qualität, eine systematische und übersichtliche Zusammenfassung der bestehenden Angebote in einem Patientenrechte-Gesetz sowie eine konsequente Politik, die den spezifischen Unterschieden und Bedürfnissen von Männern und Frauen auch im Gesundheitswesen gerecht wird.

Die Linke – ein eher karges Wahlprogramm zur Gesundheitspolitik

Dem ideologischen Vokabularium ihrer Partei treu bleibt der – im Umfang dürftige – gesundheitspolitische Grundsatzteil des Wahlprogramms der Linken. Der Gesundheitsfonds wird als weiterer Schritt der auf die Öffnung für private Anbieter und Kapitalmärkte abzielenden Umstrukturierung des Gesundheitswesens kritisiert.

Ein Bekenntnis zur korporatistischen Struktur des Gesundheitswesens wird vermieden. Vielmehr sind die Formulierungen ganz auf „den Versicherten“ oder die „Patientinnen und Patienten“ abgestellt. Der Gesundheitsfonds bewirke eine Umverteilung zu Lasten der „gesetzlich Versicherten“. Der „finanziellen Druck auf Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser“ führe zu einer „Unsicherheit bei den Patientinnen und Patienten, ob sie die medizinisch notwendige Versorgung erhalten“. Man verfolge das Ziel, die GKV zu einer „solidarischen Bürge-

rinnen- und Bürgerversicherung zu entwickeln und auf einer neuen Basis auszubauen“.

Selbstverständlich wird die private Krankenversicherung ausgegrenzt, eine „Bürgerinnen- und Bürgerversicherung“ soll „die Finanzierung sowie den versicherten Personenkreis und damit die Einnahmehasis ausweiten“. Fazit: „So wird gesamtgesellschaftliche Solidarität auf einer stabilen Finanzierungsbasis erreicht.“

Im dann folgenden gesundheitspolitischen Forderungskatalog verspürt man schon eher den gesundheitspolitischen Sachverstand der Partei Die Linke, wie er sich im Verlauf der vergangenen Legislaturperiode bei Anhörungen und Anträgen im Bundestag verschiedentlich präsentierte. Allerdings handelt es sich bei diesem Wahlprogramm mehr um einen „Wünsch-Dir-was-Katalog“. Alle Berufsgruppen und Einkommensarten sollen in die Finanzierung der GKV einbezogen werden, die Beitragsbemessungsgrenze soll aufgehoben und der Sonderbeitrag der Arbeitnehmer abgeschafft werden. Den Leistungskatalog der GKV will man „wieder am medizinischen Bedarf ausrichten“ – was auch immer dies konkret heißen soll. Gefordert wird die Abschaffung aller Zuzahlungen, auch der Praxisgebühr.

Die Patienteninteressen sollen in den Mittelpunkt gestellt werden, indem durch die Einführung einer „Positivliste mit festen Preisen“ Medikamente bezahlbar werden. Dazu gehört auch die Forderung nach einem ermäßigten Mehrwertsteuersatz für Arzneimittel. Die bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung für alle soll sichergestellt werden, indem die Privatisierung von Krankenhäusern gestoppt bzw. rückgängig gemacht und die staatliche Krankenhausplanung und -finanzierung erhalten wird. Die Verwurzelung zumindest von Teilen der Linken in der alten DDR blitzt in den Forderungen nach „Polikliniken und Gemeindeschwesterstationen“ auf. Allerdings gibt es hier mittlerweile auch Gemeinsamkeiten mit anderen Parteien.

Eine gewisse Schnittmenge mit Bündnis 90/Die Grünen stellen die Forderungen nach einer konsequent betriebenen Gesundheitsförderung und einem Präventionsgesetz dar. Ähnliches gilt wohl für die Forderung, den Pflegenotstand durch eine bessere Bezahlung des Pflegepersonals zu beseitigen. Die

Pflegesätze sollen „den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen“ angepasst werden.

Bei den Linken findet sich wenig Neues oder gar Originelles, aber damit stehen sie unter den Oppositionsparteien des Bundestages nicht allein. Insbesondere zum Thema einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens ist dem Programm der Linkspartei wenig handfestes zu entnehmen. Zudem ist – vielleicht der ausgesprochenen Kürze des Wahlprogramms geschuldet – so mancher blinde Fleck zu konstatieren. So finden sich keine Aussagen zu den Krankenkassen oder zum Prinzip der Selbstverwaltung, zu Körperschaften oder gar zum Wettbewerb. Obwohl sich in mancher konkreten Forderung sicherlich Schnittmengen mit anderen Parteien ausmachen lassen, sind die Hinweise auf eine konkrete Gesundheitspolitik im Falle einer Regierungsbeteiligung eher vage. Allerdings spricht gegenwärtig noch sehr wenig dafür, dass dies in der kommenden Legislatur auf der Bundesebene der Fall sein könnte

Anschrift der Verfasser

Gisela Broll/Hartwig Broll, Gesundheitspolitischer Informationsdienst, Einemstraße 14, 10785 Berlin

Wahlen 2009





30. August	Nordrhein-Westfalen	Kommunalwahl
30. August	Saarland	Landtagswahl
30. August	Sachsen	Landtagswahl
30. August	Thüringen	Landtagswahl
27. September	Brandenburg	Landtagswahl
27. September		Bundestagswahl

AIS

Die Forderungsmanager



**Ihr Dienstleister für
anwaltlichen Forderungseinzug –
effizient, flexibel und kostenbewusst**

AIS Rechenzentrum für Rechtsanwälte GmbH & Co. KG  Bürodorf  19272 Sumte
Telefon: 03 88 41 - 75 335  Telefax: 03 88 41 - 75 404  E-Mail: vertrieb@buerodorf.de

Erfolg ist kein Zufall.

www.buerodorf.de

Marc Schreiner

Nach den Europawahlen: Wie geht es weiter mit der EU-Gesundheitspolitik?

Nur rund vier von zehn wahlberechtigten EU-Bürgern sind am 7. Juni 2009 an die Urnen gegangen, um zu bestimmen, wer für sie im Europäischen Parlament die Politik in den nächsten fünf Jahren prägen soll. Was genau die Wähler dabei erreichen wollten, ist nicht klar geworden. Zum einen haben die zahlreichen Wahlnachlesen und Umfragen ergeben, dass für die Wahlentscheidung hauptsächlich die jeweiligen nationalen Fragen entscheidend waren. Zum anderen haben sich im Parlament keine klaren Mehrheiten herausbilden können.

Die Parteien des konservativen Lagers haben zwar – wie schon bei der vergangenen Wahl – mit Abstand am besten abgeschnitten und kommen auf 264 Abgeordnete. Gleichwohl muss die Fraktion den Abgang von zwei großen Gruppen aus Tschechien und aus Großbritannien verkraften. Beide Parteien haben angekündigt, aus der Fraktion der EVP-ED (Europäische Volkspartei und Europäische Demokraten) auszuscheren und verkürzen so den Vorsprung der Konservativen vor anderen Fraktionen. Diese hatten jedoch herbe Verluste hinzunehmen, allen voran die SPE – Sozialdemokratische Partei Europas: Sie verlor 56 Mandate und kommt im neuen Parlament auf nur noch 161 Abgeordnete. Auch die Liberalen verzeichneten leichte Verluste und stellen künftig 80 Abgeordnete, während die Grünen nach leichten Gewinnen auf 52 Mandatsträger kommen. Deutlich hinzugewonnen haben Gruppierungen am rechten politischen Rand und Europaskeptiker. In dem auf 736 Abgeordnete (davon 99 aus Deutschland) begrenzten neu-

en Parlament ist eine Koalitionsbildung vor diesem Hintergrund keine leichte Aufgabe.

Bei politischen Kommentatoren wird teilweise die Erwartung gehegt, dass eine Koalition von konservativen und liberalen Parteien die „große Koalition“ aus der vergangenen Legislaturperiode ablöst und es damit zu einer stärkeren Konturierung europäischer Politik kommen könnte. Eine solche „Lagerpolitik“ wäre für die Bürger in fünf Jahren möglicherweise ein größerer Anreiz, sich an den Wahlen zu beteiligen und die EU aus dem Trauma der peinlich niedrigen Wahlbeteiligungen zu befreien. Dieser Effekt könnte dadurch verstärkt werden, dass zurzeit die Mehrzahl der Regierungen der EU-Mitgliedsstaaten von Mitte-Rechts-Bündnissen getragen werden. Zwar sind die Regierungsvertreter im Rat nicht von einer die Regierung tragenden Mehrheit im EU-Parlament abhängig. Rat und Parlament entscheiden in vielen Fällen allerdings gemeinsam. Dies würde mit einer Mitte-Rechts-Koalition einfacher.

Dass eine solche Entwicklung nicht ganz realitätsfern ist, zeigen die Entwicklungen bei der Besetzung des Amtes des neuen Kommissionspräsidenten. Auf ihrem Gipfeltreffen Mitte Juni 2009 haben sich die Staats- und Regierungschefs auf José Manuel Barroso, den bisherigen Amtsinhaber, geeinigt. Während dieser Vorschlag bei den konservativen und liberalen Abgeordneten bzw. ihren Fraktionen offenbar auf Zustimmung stößt, wird er von den europäischen Sozialdemokraten nicht mitgetragen. Barroso wird nicht vom EU-Parlament gewählt,





Der alte und neue EU-Kommissionspräsident, José Manuel Barroso, genießt das Vertrauen der europäischen Regierungen. Er wird nicht vom EU-Parlament gewählt, benötigt aber dennoch dessen mehrheitliche Zustimmung. Ohne das Placet der Abgeordneten können die Kommissare ihre Arbeit nicht aufnehmen.

Foto: dpa

aber er benötigt dennoch die Zustimmung der Mehrheit des Parlaments.

Nach der Sommerpause wird Barroso dem EU-Parlament sein neues Kollegium mit einem Vertreter aus jedem Mitgliedsstaat vorstellen. Ohne die Zustimmung der Abgeordneten können die Kommissare ihre Arbeit nicht aufnehmen. Die Besetzung der EU-Kommission im September ist neben der Wahl des Parlamentspräsidenten Mitte Juli eine der ersten Nagelproben für das neue EU-Parlament.

Auch im Rat der EU steht turnusgemäß ein Machtwechsel an. Schweden übernimmt in der zweiten Hälfte des Jahres die Präsidentschaft von Tschechien. Tschechien hatte mit dem Krieg im Nahen Osten, mit der Weltwirtschaftskrise sowie mit einem Regierungswechsel im eigenen Land immense Herausforderungen zu bewältigen.

Tschechien und Schweden bilden mit Frankreich eine „Trio-Präsidentschaft“. In einem Team aus drei Mitgliedsstaaten – ein großer alter Mitgliedsstaat, ein kleiner alter Mitgliedsstaat sowie ein neuer Mitgliedsstaat – wird ein gemeinsames Präsidentschaftsprogramm für eineinhalb Jahre festgelegt. Zusätzlich arbeiten die jeweiligen Präsidentschaften für diesen Zeitraum eng zusammen. Dadurch soll die Kontinuität der Arbeit verbessert werden.

Als gesundheitspolitische Prioritäten ihrer Arbeit haben die Schweden folgende Themen ausgegeben: Die Richtlinienvorschläge für Patientenrechte, Arzneimittelsicherheit und Arzneimittelfälschung (aus dem sogenannten Pharmapaket), e-health, Kampf gegen multiresistente Keime, gegen Alkoholkonsum und gegen die H1N1-Grippe. Der bereits auf dem Tisch liegende Vorschlag für eine Richtlinie zu Organspende und -transplantation wird zurückgestellt. Es ist zu erwarten, dass dieses Thema von Spanien, das als Organspende-Nation Nummer eins in der Welt gilt, im Jahr 2010 massiv vorangetrieben wird.

Die Präsidentschaft der Skandinavier in der zweiten Hälfte des Jahres ist zeitlich knapp bemessen, schnelle und präzise Arbeit ist gefordert. Vom EU-Parlament kann in der Sommerpause von Mitte Juli bis Ende August keine Entscheidung erwartet werden. Nach der Sommerpause werden die Parlamentarier viel Zeit und Energie auf die Anhörung und Bestätigung des neuen Kommissarkollegiums verwenden. Das Jahr wird schnell zu Ende gehen. Rasches Handeln wäre umso mehr erforderlich, als Spanien, das Anfang 2010 die Nachfolgepräsi-

dentschaft übernimmt, hinsichtlich der Richtlinie für Patientenrechte eine klar ablehnende Haltung einnimmt. Wenn die Schweden es nicht schaffen, eine Mehrheit für eine politische Einigung zum Vorschlag für die Patientenrechterichtlinie zu organisieren, ist der weitere Verlauf ungewiss.

Der Vorschlag für eine Patientenrechterichtlinie wird allseits als zurzeit wichtigstes Gesetzgebungsprojekt im Bereich der EU-Gesundheitspolitik bezeichnet. Es geht darum, Patienten die stationäre Behandlung im EU-Ausland unter erleichterten Bedingungen zu ermöglichen. Neben Fragen der Vorabgenehmigung, der Informationsgrundlage für den Hilfe suchenden Patienten, der gegenseitigen Anerkennung von Rezepten und der Finanzierung der Behandlungen hat jedoch die EU-Kommission Elemente in den Gesetzesvorschlag eingebaut, die weit über das Ziel der Wahlfreiheit für den Patienten hinaus schießen. Bei der Festlegung Europäischer Referenznetzwerke beispielsweise hätte die EU-Kommission darüber hinaus gar keine rechtliche Kompetenz, über die Teilnahme von Krankenhäusern zu entscheiden.

Die schwedische EU-Ratspräsidentschaft wird versuchen, Ende Oktober beim offiziellen Gesundheitsministerrat eine politische Einigung für einen gemeinsamen Standpunkt des Rates zu erreichen. Dabei kann sie auf die Vorarbeiten der Franzosen und Tschechen aufbauen, die bereits einen Textvorschlag erarbeitet haben. Dieser Text weicht allerdings erheblich

Wichtigste gesundheitspolitische Maßnahmen in der Beratung

- Vorschlag für eine Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung
- Vorschlag für eine Richtlinie und für einen Aktionsplan zu Organspende und -transplantation
- Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa
- Vorschläge für Richtlinien zur Arzneimittelsicherheit und Arzneimittelfälschung
- Arbeitsschutzmaßnahmen: Schutz vor Nadelstichverletzungen und elektromagnetischen Strahlen
- Umsetzung der gesundheitspolitischen Strategie

von der in der ersten Lesung abgestimmten Meinung des EU-Parlaments ab. Die Abgeordneten hatten beispielsweise gefordert, dass der Patient für die Behandlung einen Gutschein erhalten und der behandelnde Arzt oder das Krankenhaus die Bezahlung durch Vorlage des Gutscheins bei der Krankenkasse des Patienten im Ausland einfordern soll. Diese Idee wurde von den Regierungen zurückgewiesen.

Ähnlich weit auseinander waren Rat und Parlament bisher auch bei der Novelle der Arbeitszeitrichtlinie. Diese war zuletzt im Vermittlungsausschuss gescheitert. Während die Parlamentarier sich für eine Abschaffung des opt-out und für eine Bewertung des gesamten Bereitschaftsdiensts als Arbeitszeit ausgesprochen hatten, setzten sich die Ratsmitglieder für die Beibehaltung der Möglichkeit ein, mehr als 48 Stunden in der Woche arbeiten zu können und befürworteten eine differenzierte Bewertung des Bereitschaftsdiensts. Letztlich waren die Abgeordneten nicht zu einem Kompromiss zu bewegen, sodass die bisherige Arbeitszeitregelung in Kraft bleibt, obwohl dadurch eine künstliche Verknappung der Arbeitskräfte verursacht wird. Die Europäische Kommission wird nun entscheiden müssen, ob die Mehrheit der Mitgliedsstaaten vor dem Europäischen Gerichtshof zu verklagen ist oder ob sie einen erneuten Vorschlag unterbreiten wird, um die angespannte Situation auf den Arbeitsmärkten zu entlasten. Hierzu wird die Kommission über die Sommerpause einen Bericht anfertigen.

Die zweite Hälfte des laufenden Jahres verspricht weitere spannende Entscheidungen. Fraglich ist beispielsweise, ob die

bisherige Gesundheitskommissarin, die Zypriotin Androula Vassiliou, auch in der neuen EU-Kommission für dieses Ressort zuständig sein wird. Sie hat sich für ihre Arbeit auf dem Gebiet der europäischen Gesundheitspolitik viel Zustimmung und Anerkennung erworben und stünde für eine Kontinuität in der EU-Gesundheitspolitik, auch wenn es zunächst während der schwedischen Präsidentschaft keine grundlegenden Entscheidungen geben sollte. Zu den aus der vorherigen Legislaturperiode des Parlaments übernommenen Aufgaben zählt die Weiterverfolgung des Projekts eines „Grünbuchs“ über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa, mit dem Mittel und Wege zur Bekämpfung des Fachkräftemangels gesucht werden sollen. Hier zeigt sich, wie widersprüchlich die EU-Politik sein kann, weil mit der gescheiterten Novellierung der Arbeitszeitrichtlinie eben dieser Arbeitskräftemangel noch verschärft wurde. Von besonderem Interesse ist die neue Zuständigkeit einer hochrangigen Arbeitsgruppe für Fragen der Qualität der medizinischen Versorgung. Inwieweit die EU-Kommission Vorschläge für gemeinschaftsweite Qualitätsstandards im Gesundheitswesen entwickeln will und wird, bedarf aus der Sicht der Mitgliedsstaaten einer äußerst kritischen Begleitung.

Anschrift des Verfassers

Rechtsanwalt Marc Schreiner, LL.M. (Eur. Integration), DKG, Stellvertretender Leiter Bereich Politik, Wegelystraße 2, 10623 Berlin

MEDICA®

32. Deutscher Krankenhaustag
 Generalthema
 „Krankenhauspolitik nach der Wahl“

18.-21. November 2009

WELCOME
 18.-21. November

CCD Ost
 Central Clinical Division