

Über die möglichen Auswirkungen der EU-Dienstleistungsrichtlinie auf die gesundheitliche Infrastruktur in der Bundesrepublik Deutschland

Zielsetzung der EU-Dienstleistungsrichtlinie (Entwurf Januar 2004) ist es, einen Rahmen zu schaffen, um den 2000 in Lissabon vom Europäischen Rat gefassten Beschluss, die EU bis 2010 zum „wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt zu machen“, umzusetzen. Mit dieser EU-Dienstleistungsrichtlinie – der sog. Bolkestein-Richtlinie - sollen die noch bestehenden Hindernisse und Beschränkungen für die Niederlassungsfreiheit von Dienstleistungserbringern und den freien Dienstleistungsverkehr zwischen den EU-Mitgliedstaaten so weit wie möglich beseitigt werden.

Da der Dienstleistungssektor etwa 70% der Bruttowertschöpfung und mehr als 75% der Beschäftigung in Europa ausmacht, sind seine Potenziale für die Wettbewerbsfähigkeit der EU von herausragender Bedeutung. Die Definition Dienstleistung wird von der Bolkestein-Richtlinie sehr weit gefasst. Dienstleistungen betreffen demnach „alle selbständigen wirtschaftlichen Tätigkeiten, die in der Regel gegen Entgelt erbracht werden.“ Dazu zählen u.a. Unternehmensberatungen, Bewachungsdienste, Immobiliengeschäfte, die Vermietung von Kraftfahrzeugen, Dienstleistungen im Fremdenverkehr und klassische Aufgabenbereiche der Daseinsvorsorge wie gesundheitliche Dienstleistungen und häusliche Pflegedienste.

Als Hindernisse für die Niederlassungsfreiheit und den freien Dienstleistungsverkehr in der EU benennt die DL-Richtlinie die in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten bisher zu erfüllenden Auflagen und Bestimmungen durch Niederlassungswillige und Dienstleistungserbringer aus den anderen EU-Ländern. Die Dienstleistungsrichtlinie verfolgt nun den Zweck, die „Modernisierung der einzelstaatlichen Regulierungssysteme für den Dienstleistungssektor gemeinschaftsweit (zu) koordinieren“, um damit die bestehenden Hindernisse zwischen den EU-Staaten zu beseitigen. Dafür soll eine Reihe bestehender gesetzlicher Anforderungen überprüft bzw. abgeschafft werden. Geprüft werden soll vor allem, ob die bestehenden teils erheblichen Einschränkungen für Dienstleister anderer EU-Staaten „gerechtfertigt sind und dem Erfordernis der Verhältnismäßigkeit entsprechen.“ Wenn nicht sollen sie als „ungerechtfertigte Anforderungen“ per Beschluss durch die EU-Kommission abgeschafft werden. Behauptet wird, dass dieses Vorgehen im Interesse der Dienstleistungsempfänger insbesondere der Verbraucher sei, „die die Hauptleidtragenden des Fehlens eines wirklichen Binnenmarktes für Dienstleistungen sind, weil ihnen eine breite Palette von Dienstleistungen zu wettbewerbsfähigen Preisen und eine höhere Lebensqualität... vorenthalten wird.“

Mit Hilfe der in der Richtlinie vorgesehenen Maßnahmen, Verbote und Prüfverpflichtungen sowie deren schrittweise Umsetzung sollen die noch bestehenden Hemmnisse zur „Vollendung eines wirklichen Binnenmarktes für Dienstleistungen“ beseitigt werden und damit ein „stärkeres Zusammenwachsen der Völker in Europa und die Förderung eines ausgewogenen und nachhaltigen wirtschaftlichen und sozialen Fortschritts“ ermöglicht werden.

Was bedeuten diese Absichten nun konkret für das bundesdeutsche Gesundheitssystem? Zukünftig soll jeder Dienstleistungserbringer der EU die Möglichkeit erhalten, seine im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung und Betreuung angebotenen Leistungen nach dem sog. Herkunftslandprinzip anzubieten. D.h. er unterliegt dabei ausschließlich den Rechtsvorschriften des Landes, in dem er niedergelassen ist. Das Herkunftsland soll dann

auch kontrollieren, ob seine im EU-Ausland tätigen Dienstleister dort die heimischen Vorschriften einhalten. Die in Deutschland geltenden Versorgungsverträge, Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen an Ausstattung und Personal, vertraglich festgeschriebene Leistungsstandards, die per Sozialgesetzgebung oder über Verträge zwischen den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen mit Leistungsträgern, Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen gelten, hätten keine verbindliche Wirkung auf die Dienstleister anderer EU-Staaten. Qualitätsverluste und der Abbau qualifizierten Personals wären unmittelbare Folge des hier zwangsläufig einsetzenden Verdrängungswettbewerbs. Mit der Einführung des Herkunftslandprinzips gelten dann in jedem EU-Mitgliedsland bis zu 25 unterschiedliche Rechtssysteme. Auf die möglichen Nachteile und defizitären Auswirkungen für die Patientenversorgung hätten inländische Kontroll- und Aufsichtsorgane keinerlei Einfluss (mehr), eine effektive Überwachung würde faktisch außer Kraft gesetzt. Mit der Dienstleistungsrichtlinie könnte sich jeder Dienstleistungserbringer lästiger inländischer Auflagen durch die Gründung einer „Briefkastenfirma“ in einem EU-Land mit weniger restriktiven Rahmenbedingungen entledigen.

Da unser Gesundheitswesen durch Gesetze, Verordnungen und Verträge auf allen Ebenen im Interesse der in der Kranken- und Pflegekassen Versicherten stark reglementiert ist, würde die Einführung des Herkunftslandprinzips das bei uns etablierte System grundsätzlich in Frage stellen.

Dienstleistungserbringer, die sich in Deutschland niederlassen möchten, haben sich bisher den hier verbindlich geltenden Rahmenbedingungen zu unterwerfen, die sich aus der verantwortlichen Wahrnehmung aller Dienstleistungen im Rahmen der Daseinsvorsorge ergeben. Nach der Bolkestein - Richtlinie sollen sich diese Bedingungen zukünftig stärker an den Erfordernissen des EU-weiten Wettbewerbs orientieren und wettbewerbsbeschränkende Auflagen abgeschafft oder zumindest modifiziert werden. Auch wenn der Entwurf der Richtlinie in Artikel 15 abstrakt formuliert wurde und nicht unbedingt auf das Gesundheitswesen als Dienstleistungsbereich Bezug nimmt, drängen sich sofort Fragen zur Zukunft des Gesundheitswesens auf. Was bedeutet z. B. die Aufforderung, mengenmäßige oder territoriale Beschränkungen, bestimmte Rechtsformvorgaben, Mindestkapitalausstattung, Mindestbeschäftigtenzahlen oder Mindest- und Höchstpreise gemessen an den drei Bedingungen Diskriminierungsfreiheit, Erfordernis und Verhältnismäßigkeit zu überprüfen? Ist damit z. B. die gem. SGB V geltende Bedarfsplanung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 99) gemeint? Sind Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung (§ 103), Zulassungsfeststellungen bei der Krankenhausplanung (§ 108), Festbetragsregelungen für Arzneimittel (§ 35a), Vorschriften über unterschiedliche Rechtsformen bei den Krankenhäusern (Trägervielfalt), andere Rechtsformen als die der Körperschaft öffentlichen Rechts bei den gesetzlichen Krankenkassen, der staatlich organisierte Rettungsdienst, Qualitätsvorgaben in der Pflege oder die Festlegung bestimmter baulicher Voraussetzungen bei Pflegeheimen betroffen? Werden demnächst der Status der Gemeinnützigkeit und öffentliche Trägerschaften in Verbindung mit Steuerprivilegien als Diskriminierung kommerzieller Anbieter gewertet? Hier könnten bestehende Organisationsformen und Trägerschaften, die eine demokratische Kontrolle möglich machen, zur Disposition gestellt werden. Sollen zukünftig Kostenkontrollen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen seitens der GKV als wettbewerbliche Einschränkungen interpretiert werden, Honorarverhandlungen zwischen den Kassen und privaten Anbietern als restriktive Wettbewerbsbeschränkung eingestuft werden? Sind Anforderungen an bestimmte Leitungsfunktionen eine zulässige Auflage und hätte der Medizinische Dienst der Krankenkassen noch eine Existenzberechtigung?

Attac bewertet die Bolkestein-Richtlinie als den bisher radikalsten Angriff auf die Sozialversicherungssysteme der EU-Staaten. Der Europäische Dachverband der Sozialversicherungen AIM sieht bei der Realisierung des Artikels 15 der EU-Dienstleistungsrichtlinie die nationalen Gesundheitssysteme „unter Vormundschaft“ gestellt. Man muss befürchten, dass hier zentrale gesellschaftliche Umverteilungsmechanismen unter Beschuss geraten, deren soziale Funktion unser Gesundheitssystem auszeichnet, die aber zugegebenermaßen nicht besonders wettbewerbsdienlich i.S. der Dienstleistungsrichtlinie sind.

Der Bundesrat fordert, die Dienstleistungen der Daseinsvorsorge aus dem Richtlinienkonzept komplett herauszunehmen. In einer seiner Stellungnahmen kommt er zu dem Schluss, für den Bereich der Sozial- und Gesundheitsleistungen bedarf es einer den speziellen Bedürfnissen dieses Sektors angemessenen Anwendung der markt- und wettbewerbsrechtlichen Vorschriften. Er verweist dabei auf eine entsprechende Zusage der EU-Kommission für das Jahr 2005. Gleichzeitig bestreitet der Bundesrat auch jegliche „Gemeinschaftskompetenz“ für den Bereich der nichtwirtschaftlichen Dienstleistungen.

Die PDS lehnt die Bolkestein-Richtlinie grundsätzlich ab. Sie fordert im Europäischen Parlament die EU-Kommission auf, diesen „verheerenden“ Richtlinienvorschlag zurückzuziehen. Die PDS in den Bundesländern Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt hat über ihre Fraktionen Anträge eingebracht, die eine grundlegende Überarbeitung der Richtlinie fordern unter Beachtung folgender Grundsätze: schrittweise Harmonisierung der Dienstleistungsregeln der EU, kein Herkunftslandprinzip i.S. der Bolkestein-Richtlinie, die klare Abgrenzung zu den öffentlichen Aufgaben der Daseinsvorsorge und den sozialen Dienstleistungen, die in staatlicher oder kommunaler Verantwortung geregelt werden müssen.

Bei aller Kritik und Auseinandersetzung mit der EU-Dienstleistungsrichtlinie muss aber vor allem von Seiten der PDS auch deutlich gemacht werden, dass es politisch zu kurz gegriffen wäre, sich mit dem Protest allein darauf zu beschränken. Diese Richtlinie ist schließlich nur der Versuch, den vom Europäischen Rat gefassten Beschluss zur weitreichenden Liberalisierung des Dienstleistungssektors voranzubringen. Dabei steht sie im Einklang mit der ebenfalls befürworteten und unterstützten Strategie zur Umsetzung des GATS-Abkommens, das ebenfalls auf die Privatisierung der sozialen und gesundheitlichen Dienste setzt. Wichtig ist auch, darauf hinzuweisen, dass längst vor der Veröffentlichung der Dienstleistungsrichtlinie im Januar 2004 auch in der Bundesrepublik Bestrebungen einsetzen, den Wettbewerb im Bereich der sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen zu implementieren und auszuweiten. Darum kann auch nicht überraschen, dass die Bundesregierung die Bolkestein-Richtlinie ausdrücklich unterstützt.

Das Politikfeld Gesundheit steht insgesamt vor einem dynamischen Prozess der Europäisierung. Lange waren viele Akteure im Gesundheitswesen – nicht nur in Deutschland – der Meinung, dass die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in der alleinigen Zuständigkeit des jeweiligen EU-Mitgliedstaates liegt. Sie beriefen sich dabei – und tun es immer noch – auf Artikel 152 Abs. 5 EGV, der festlegt, dass bei „Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung...die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt“ bleibt.

Die Europa-Vertretung der Deutschen Sozialversicherung weist aber darauf hin, dass bei dieser Interpretation übersehen wird, dass sich die Sonderrolle der Mitgliedstaaten für die Gesundheitsversorgung nur auf die im Art.152 explizit genannten Maßnahmen bezieht, dass aber gleichzeitig die vier „Grundfreiheiten“ des EG-Vertrages –freier Warenverkehr, freier Personenverkehr, freier Dienstleistungsverkehr und freier Kapitalverkehr- durchaus einen Einfluss auf die nationalen Gesundheitssysteme haben. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat inzwischen in mehreren Urteilen deutlich gemacht, dass die Gesundheitssysteme nicht im EU-rechtsfreien Raum existieren, sondern diesen vier „Freiheiten“ unterworfen sind. EuGH-Urteile aus den Jahren 1998 und 1999 haben bestätigt, dass der freie Waren- und Dienstleistungsverkehr auch für die europäischen Gesundheitssysteme gilt. Medizinische Waren unterliegen also dem freien Warenverkehr und medizinische Dienstleistungen sind Teil des freien Dienstleistungsverkehrs. Inzwischen hat das EuGH auch die Frage bejaht, dass nach dem Sachleistungsprinzip erbrachte Leistungen Dienstleistungen nach dem EGV-Vertrag sind. Im Jahr 2003 entschied der EuGH, dass die von den Krankenkassen geforderte Einholung einer Genehmigung vor einer Kostenübernahme bei Inanspruchnahme einer ambulanten medizinischen Versorgung im EU-Ausland gegen den Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs verstößt. Die Auswirkungen dieser Urteile finden sich jetzt im Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wieder.

Im vorliegenden Verfassungsentwurf der EU wurde der Art. 152 EGV zwar fast unverändert übernommen, gleichzeitig aber auch klargestellt, dass die Verwirklichung der in Art.152 aufgeführten Ziele nicht einfach über „Maßnahmen“, sondern durch „europäische Gesetze oder Rahmengesetze“ erfolgen soll. Anerkannt bleibt die Befugnis der Mitgliedstaaten, die Grundprinzipien ihres Systems der sozialen Sicherheit festzulegen.

Ein weiterer Hinweis auf den Prozess einer allmählichen Herausbildung und Aufwertung einer europäischen Handlungsebene im EU-Gesundheitsbereich mit neuen Formen wechselseitiger Abhängigkeit zwischen nationaler Gesundheitspolitik und europäischen Entscheidungen war die Einführung der „offenen Methode der Koordinierung“ (OMK), die im Jahr 2000 in Lissabon formal festgelegt wurde –also vier Jahre vor der Bolkestein-Richtlinie – mit dem Ziel der Entwicklung von Politikzielen und Leitlinien für die EU, deren zeitliche Umsetzung in nationale und regionale Politik mit Überwachung, Bewertung und gegenseitiger Evaluierung. Die OMK stellt einen neuen „weichen“ Weg der politischen Entscheidungsfindung dar – angesiedelt zwischen den „harten“ Verordnungen und Richtlinien auf EU-Ebene und dem eigenständigen politischen Vorgehen der Mitgliedstaaten.

Alle diese Maßnahmen und Entwicklungen zeigen, dass die EU auf den unterschiedlichsten Ebenen voranschreitet, um sich zusätzliche Möglichkeiten und Befugnisse zu sichern in der Absicht, zukünftig deutlicher regulierend, koordinierend und harmonisierend in die unter nationaler Verantwortung stehenden Sozial- und Gesundheitssysteme eingreifen zu können. Die Bolkestein-Richtlinie bietet dafür nur einen weiteren ,wenn auch schwerwiegenden Baustein, stellt aber keine neue Entwicklung dar.

Die seit Lissabon erkennbare strategische Aufwertung der Gesundheits- und Sozialpolitik erfolgt ausschließlich als marktöffnende und –fördernde Politik zugunsten der in diesem Bereich tätigen Dienstleistungserbringer.

Die enge Einbindung der europäischen Gesundheitspolitik in die finanzpolitischen Vorgaben des EU-Finanzierungssystems –vom Maastrichter Abkommen und seinen Auflagen zur Vermeidung von Haushaltsdefiziten sind auch die gesetzlichen Krankenkassen als

parafiskalische Institutionen unmittelbar betroffen- und die wettbewerbspolitischen Ziele der Lissabonner Strategie haben den Druck in Richtung auf eine kostendämpfungs- und wettbewerbsorientierte Gesundheitspolitik weiter verschärft. Das bedeutet gleichzeitig eine Verbesserung der Durchsetzungschancen jener, die seit langem auf Strategien der Kürzung des Leistungskatalogs der GKV, der Privatisierung gesundheitlicher Risiken und der Implementierung weiterer Markt- und Wettbewerbselemente in das gesundheitspolitische Steuerungssystem setzen – mit gravierenden Auswirkungen für die Qualität und den Umfang der Patientenversorgung. Jüngstes Ergebnis einer solchen Strategie ist das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG). Das GMG ist keine Erfindung von Herrn Bolkestein, aber es korrespondiert mit seinen deutlich entwickelten Ansätzen für eine weitere Privatisierung gesundheitlicher Leistungen und einer Fülle neuer Wettbewerbselemente auf wunderbare Weise mit Bolkesteins Visionen über neue „Freiheiten“.

Die mit dem GMG realisierte Verschärfung des Wettbewerbs zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen, die Einführung des Kostenerstattungsprinzips als Wahlmöglichkeit für alle Versicherten, Bonusregelungen und Selbstbehalte für freiwillig Versicherte in den diversen Varianten, die Aufkündigung der paritätischen Finanzierung in einzelnen Leistungsbereichen (Zahnersatz, Krankengeld), die Möglichkeit zum Abschluss privater Zusatzversicherungen und die gleichzeitige Gefährdung des niedrigschwelligen Zugangs zu den Leistungen des GKV-Systems durch die Einführung einer Praxisgebühr und die Erhöhung bestehender und die Einführung weiterer Zuzahlungen auch für sozial Benachteiligte stellen den Charakter der GKV als Solidargemeinschaft zur Disposition. Das ist nicht nur sozialpolitisch verantwortungslos. Mit der im GMG vollzogenen weitgehenden Übernahme wettbewerblicher Elemente und Anreizsysteme und der hier erstmal ermöglichten Allianz mit der Privaten Krankenversicherung (PKV) zwecks Vermittlung privater Zusatzversicherungen riskiert die Rot/Grüne Bundesregierung die Angleichung der GKV an eine private Versicherungsstruktur und damit ihre Einstufung als Unternehmen i.S. des EG-Wettbewerbsrechts. Klassische Sonderstellungsmerkmale der GKV wie das fehlende Gewinnstreben, die Verfolgung sozialer Ziele, die Anwendung des Solidaritätsgedankens, die Abdeckung sozialer Risiken, keine Risikoüberprüfung, die Finanzierung des Systems im Umlageverfahren, einkommensabhängige Beiträge und gleiche Leistungsansprüche für alle werden mit dem GMG brüchig und beschädigt. Der Generalanwalt Jacobs beim EuGH sieht in den inzwischen eingeführten Wettbewerbselementen und den damit verbundenen Gestaltungsspielräumen im Wettbewerb untereinander sowie mit der PKV die Voraussetzungen erfüllt, die GKV als Unternehmen i.S. der Wettbewerbsvorschriften des EG-Vertrages zu behandeln. Ulrich Knispel, Richter am Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen warnt deswegen davor, die Spielräume des Wettbewerbs der Kassen untereinander zu vergrößern. Er befürchtet eine neue kartellrechtliche Bewertung der GKV als Wirtschaftsunternehmen. Diese Warnung sehr ernst zu nehmen, ist deswegen so wichtig, weil der Verlust des Sonderstatus der GKV als „Unternehmen der besonderen Art“ gleichzeitig den Verlust von Schutzmechanismen gegenüber einem ungehemmten Ansturm von Dienstleistern und Dienstleistungen unter den von Bolkestein favorisierten Bedingungen zur Folge hätte.

Offenbar sieht die Regierungskoalition von Rot/Grün diese Gefahren nicht oder nimmt sie billigend in Kauf, denn sowohl die Gesundheitsministerin als auch die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen haben gerade in Interviews ihre Absicht bekräftigt, den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen selbst und zwischen GKV und PKV weiter zu intensivieren. Auch das von CDU und CSU vorgeschlagene Kopfpauschalenmodell würde natürlich den Sonderstatus der GKV zerstören.

Hier schließt sich dann der Kreis zwischen GATS-Abkommen, dem Beschluss von Lissabon, der Bolkestein-Richtlinie und dem GMG. Die Besonderheiten der Dienstleistungen im Rahmen der Daseinsvorsorge werden durch die intendierte weitgehende Liberalisierung der Sozialsysteme und ihres Versorgungsauftrags „geschliffen“. Die europäische Vertretung der Deutschen Sozialversicherung warnt vor der Entwicklung, dass ausschließlich monetär und finanzwirtschaftlich dominierte Interessen Einfluss auf den weiteren Ausbau eines europäischen Sozial- und Gesellschaftsmodells gewinnen und den Besonderheiten von Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen nicht mehr Rechnung getragen wird.

Der renommierte amerikanische Gesundheitsökonom Thomas Rice schreibt in seinem Vorwort für die Übersetzung seines im letzten Jahr bei uns erschienenen Buchs „Stichwort: Ökonomie“: „Die Deutschen haben jeden Grund, auf ihr Gesundheitswesen stolz zu sein.“ Er begründet diese Einschätzung mit der „Grundidee des Sozialgesetzbuches, nach der die medizinische Versorgung entsprechend individueller Bedürfnisse und die Finanzierung entsprechend individuellen Einkommens erfolgen soll“. Mit Blick auf diese Errungenschaft warnt er eindringlich davor, eine Strategie zu verfolgen, „das System auf Kosten einer gerechten Versorgung ‚marktgerecht‘ umzugestalten und sich dem weltweit zu beobachtenden Trend im Gesundheitswesen zu mehr Markt und weniger staatlicher Einflussnahme anzuschließen“.

Die PDS teilt die hier geäußerte Sorge und beteiligt sich darum an der Organisation des Widerstandes gegen die fortschreitende Deregulierung und Entsolidarisierung unseres gesundheitlichen Versorgungssystems. Die Ablehnung der EU-Dienstleistungsrichtlinie ist – ebenso wie die Bekämpfung der Agenda 2010 – Teil der Auseinandersetzung, die wir im Bündnis mit Gewerkschaften, Sozialverbänden und sozialen Bewegungen gegen den fortschreitenden Sozialabbau führen.