



EUROPÄISCHE KOMMISSION
GENERALDIREKTION GESUNDHEIT UND VERBRAUCHERSCHUTZ

**REFLEXIONSPROZESS AUF HOHER EBENE ÜBER DIE PATIENTENMOBILITÄT UND DIE
ENTWICKLUNGEN DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG IN DER EUROPÄISCHEN
UNION**

Dokument: Ergebnis des Reflexionsprozesses	
Datum: 9. 12. 2003	Bezug: HLPR/2003/16

REFLEXIONSPROZESS AUF HOHER EBENE ÜBER DIE PATIENTENMOBILITÄT UND DIE ENTWICKLUNGEN DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG IN DER EUROPÄISCHEN UNION

EINFÜHRUNG

Der Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union wurde auf der Grundlage der Schlussfolgerungen des Rats der Gesundheitsminister vom 26. Juni 2002 von der Kommission eingeleitet. Da die Gesundheitssysteme und die Gesundheitspolitiken in den Mitgliedstaaten der EU heute enger miteinander verknüpft sind als jemals zuvor, soll der Prozess als Forum dazu dienen, ein gemeinsames Leitbild für das Gesundheitswesen zu entwerfen, bei dem die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Gesundheitssysteme unangetastet bleibt. In Kapitel 4 werden die verschiedenen Bereiche der nationalen Zuständigkeit für die Gesundheitssysteme näher beschrieben. Hierzu gehören unter anderem: Finanzierung des Gesundheitssystems, interne Ressourcenzuweisung, Bestimmung übergeordneter Prioritäten für die Ausgaben im Gesundheitsbereich und das Recht, den Umfang der staatlich finanzierten Gesundheitsversorgung festzulegen, Festlegung einer Rangfolge für den Zugang von Einzelpersonen zum System (bei Finanzierung aus dem nationalen System) nach der Dringlichkeit der klinischen Behandlung, Managementstrategien bei genauen Haushaltsvorgaben und Fragen der Qualität, Wirksamkeit und Effizienz der Gesundheitsversorgung, beispielsweise Leitlinien im Bereich klinischer Prüfungen (*Clinical Guidelines*).

Obwohl die Gemeinschaft bei ihrer Tätigkeit auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit gemäß Artikel 152 des EG-Vertrags die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für Organisation und Erbringung von Gesundheitsdiensten und Gesundheitsversorgung in vollem Umfang respektieren muss, haben andere Entwicklungen (beispielsweise in Zusammenhang mit dem Binnenmarkt) Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme. Wichtige diesbezügliche Aspekte sind bereits ermittelt worden, namentlich von dem hochrangigen Ausschuss für Gesundheitspolitik in seinem Bericht über den Binnenmarkt und die Gesundheitsdienste¹ vom 17. Dezember 2001 und auf der Sitzung der Gesundheitsminister der EU am 8. Februar 2002 in Málaga. Außerdem haben die Dienststellen der Kommission im Juli 2003 einen zusammenfassenden Bericht über die nationale Umsetzung der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs bezüglich der Rückerstattung von Kosten für ärztliche Leistungen, die in einem anderen Mitgliedstaat erbracht wurden, vorgelegt². Wie der Rat in seinen Schlussfolgerungen feststellt, ist es von zusätzlichem Nutzen, bestimmte Gesundheitsfragen einer Prüfung zu unterziehen, die nicht an Landesgrenzen Halt macht. Es ist notwendig, die Zusammenarbeit zu verstärken, um Möglichkeiten für den Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung zu fördern und dabei die finanzielle Tragfähigkeit der Systeme der

¹ Siehe http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key06_en.pdf.

² SEK (2003) 900 vom 28. Juli 2003

Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union zu erhalten. Dies gewinnt durch die bevorstehende Erweiterung der Europäischen Union noch an Bedeutung, da die Vielfalt der Systeme der Gesundheitsversorgung in einem erweiterten Europa die Mobilität sowohl von Leistungserbringern im Bereich der Gesundheitsversorgung als auch von Patienten verstärken wird. Dadurch könnten sich für die Beitrittsländer besondere Schwierigkeiten in Bezug auf die Sicherung des Zugangs zu den Systemen der Gesundheitsversorgung, auf Qualität und Nachhaltigkeit dieser Systeme ergeben.

Die EU verfügt über ein großes Potenzial an Möglichkeiten, die Lebensbedingungen ihrer Bürger zu verbessern. Ihre Tätigkeit im Zusammenhang mit den bestimmenden Faktoren von Krankheiten und Gesundheitsgefährdungen hat nicht zu leugnende positive Auswirkungen auf den Bereich der öffentlichen Gesundheit, und die EU wird ihre Bemühungen im Rahmen des Programms für Öffentliche Gesundheit fortsetzen³. Mit der Verordnung 1408/71, die auf eine Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abzielt, wird Personen, die sich innerhalb der EU bewegen, der Zugang zur Gesundheitsversorgung eröffnet. Diese Verordnung ist aktualisiert worden, um den sich wandelnden Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Der gemäß Artikel 144 EGV⁴ eingesetzte Ausschuss für Sozialschutz fördert die Zusammenarbeit im Bereich der Strategien für den sozialen Schutz, beispielsweise in der Gesundheitsversorgung. Die europäischen Rahmenprogramme für Forschung und technologische Entwicklung tragen dazu bei, das Wissen über Gesundheit und Gesundheitsversorgung auszubauen. Artikel 152 EGV schreibt vor, dass bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt werden muss. In dem Entwurf des Verfassungsvertrags wird als ein Ziel der Union die Förderung des Wohlergehens ihrer Bürgerinnen und Bürger genannt sowie als weitere Ziele die Förderung von sozialer Gerechtigkeit und sozialem Schutz.

Mit einer Intensivierung der Zusammenarbeit bei der Gesundheitsvorsorge und der medizinischen Versorgung wird es möglich sein, den Erwartungen unserer Bürger besser zu entsprechen sowie Patienten einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine größere Auswahl an Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu bieten. Auf diese Weise würde auch die Freizügigkeit der Bürger in Bezug auf Reise, Studium, Arbeit und Wohnort erleichtert. Es liegt im Interesse aller Bürger, diese Verbesserungen herbeizuführen und dabei die grundlegenden Prinzipien zu wahren, die allen Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten der EU gemeinsam sind: Universalität, Angemessenheit, Solidarität und finanzielle Tragfähigkeit. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung und Patientensicherheit ist es außerdem erforderlich, über das gesamte Gebiet der Union ein Netz gut ausgebildeter und qualifizierter Leistungserbringer zu spannen und die Mobilität der Leistungserbringer zu fördern.

Der Rat und die im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten haben deshalb anerkannt, dass es sinnvoll wäre, wenn die Kommission in enger Zusammenarbeit mit dem Rat und allen Mitgliedstaaten, insbesondere mit den Gesundheitsministern und anderen wichtigen Akteuren und Zielgruppen, auf hoher Ebene Überlegungen anstellen würde. An diesem Prozess wirkten die Minister von

³ Siehe http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_de.htm

⁴ Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft

Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Irland, Italien, den Niederlanden, Portugal, Spanien, Schweden und dem Vereinigten Königreich sowie Vertreter der internationalen Vereinigung der sozialen Krankenversicherer auf Gegenseitigkeit (AIM), des Ständigen Ausschusses der Krankenhäuser der EU (HOPE), des Europäischen Verbands für Gesundheitsmanagement (EHMA), des Europäischen Patientenforums, des Netzes der europäischen Sozialversicherungspartner (ESIP), des Ständigen Ausschusses der europäischen Ärzte (CPME) und des Europäischen Parlaments mit. Sitzungen im Rahmen des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene fanden am 3. Februar und am 7. Juli statt. Für den 8. Dezember ist eine Abschlusstagung anberaumt. Der gesamte Prozess wird durch zusätzliche Zusammenkünfte der persönlichen Vertreter der Teilnehmer unterstützt. Mit dem Ziel der Ermittlung und Einbeziehung spezifischer erweiterungsbezogener Aspekte wurden die Gesundheitsminister der Beitrittsländer zu der Abschlusstagung eingeladen. Eine entsprechende Vorbereitung soll die Beteiligung ihrer Vertreter an der Schlussphase des Reflexionsprozesses gewährleisten.

Alle Teilnehmer haben sich persönlich an dem Reflexionsprozess beteiligt, und mit diesen Schlussfolgerungen soll etwaigen Stellungnahmen, die im Rahmen anderer Diskussionen oder Foren vereinbart werden, nicht vorgegriffen werden. Insbesondere die Europäische Kommission hat sich für die Förderung des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene eingesetzt, doch stimmen die hier geäußerten Meinungen nicht unbedingt mit denen der Europäischen Kommission überein. Die in den Empfehlungen des Reflexionsprozesses angesprochenen Akteure werden prüfen müssen, welche Reaktion am besten ist. Die Kommission plant ihrerseits für März 2004 die Veröffentlichung einer Mitteilung als Antwort auf den Reflexionsprozess.

Dieser Bericht ist in fünf Themenbereiche gegliedert:

- europäische Zusammenarbeit zur besseren Nutzung von Ressourcen,
- Informationsbedarf von Patienten, Leistungserbringern im Gesundheitswesen und politischen Entscheidungsträgern,
- Zugang zur Gesundheitsversorgung und Qualität der Gesundheitsversorgung,
- Abstimmung der innerstaatlichen Gesundheitspolitik mit den europäischen Vorschriften und
- Gesundheitsfragen und Kohäsions- und Strukturfonds der Union.

1. EUROPÄISCHE ZUSAMMENARBEIT

Der Arbeitsgruppe, die sich mit der europäischen Zusammenarbeit zur besseren Nutzung der Ressourcen befasste, gehörten Frankreich, Schweden, Dänemark, Österreich, das Netz ESIP und der Ausschuss HOPE an. Bei der von HOPE mit Unterstützung der Europäischen Kommission vom 18. bis 20. Juni 2003 in Luxemburg abgehaltenen Konferenz zu der Rolle der Krankenhäuser im Zusammenhang mit der Freizügigkeit und der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Europa ("Free movement and cross-border cooperation in Europe: the role of hospitals") und hiermit zusammenhängenden Arbeiten wurde ebenfalls wichtiges Material für die Behandlung dieses Themenkomplexes zusammengetragen. Auf der Grundlage der Arbeiten dieser Gruppe wurden im Rahmen des Reflexionsprozesses die folgenden Kernfragen und Empfehlungen vorgelegt.

Rechte und Pflichten von Patienten

Patienten haben einige Rechte, Ansprüche und Erwartungen, wenn sie Leistungen der Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen. Die Rechte von Patienten sind zum Teil auch in der Charta der Grundrechte festgelegt. Laut Artikel 35 hat "Jede Person (...) das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten." Eine größere Klarheit in Bezug auf die Rechte und Pflichten von Patienten auf europäischer Ebene wäre hilfreich. Hierbei könnten Aspekte, wie allgemeine Information über Gesundheitsversorgung, personenbezogene Information, Schutz personenbezogener Daten, Entschädigung und Einverständniserklärung behandelt werden. Auch Fragen zu Rechten und Pflichten von Leistungserbringern gegenüber Patienten und zu Pflichten von Patienten, beispielsweise Angabe vollständiger und korrekter Informationen, könnten geklärt werden.

Empfehlung:

- Weitere Prüfung der Möglichkeit, auf europäischer Ebene zu einem gemeinsamen Verständnis der Rechte, Ansprüche und Pflichten von Patienten, sowohl in Bezug auf die einzelne Person als auch auf die Gesellschaft, zu gelangen. Zu diesem Zweck sind zunächst die vorhandenen Informationen über diese Themenfelder und über die Behandlung dieser Themen in den Mitgliedstaaten und den Beitrittsländern zusammenzutragen.

Gemeinsame Nutzung freier Kapazitäten und grenzübergreifende Gesundheitsversorgung

Eine Zusammenarbeit der Systeme der Gesundheitsversorgung kann in einigen Fällen Vorteile bringen, beispielsweise in Grenzregionen oder bei Einschränkungen aufgrund von Kapazitätsengpässen. Mit dem allgemeinen Begriff der grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung wird sowohl die Zusammenarbeit in Grenzregionen bezeichnet als auch, umfassender, die in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch genommene Leistung der Gesundheitsversorgung, wobei keine geographische Nähe gegeben sein muss. Eine solche Zusammenarbeit kann Probleme aufwerfen, die mit unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen, Haftungsfragen, Planungszwängen verschiedener Systeme und Erstattungsverfahren zusammenhängen und für die eine Lösung gefunden werden muss. Die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen in anderen Mitgliedstaaten kann sich in dem Land, in dem diese Leistung erbracht wird, wie auch in dem Land des Empfängers auswirken.

Empfehlungen:

- Aufforderung an die Kommission, den Austausch von Informationen auf europäischer Ebene über mögliche freie Kapazitäten im Bereich der Gesundheitsversorgung, über das vorhandene Versorgungsangebot, über Ansprüche und Verfahren, Kosten, Preise, negative Vorfälle, Patientenberichte, über ein Verzeichnis der Bedingungen, Behandlungen und Produkte und über Kontinuität und Qualität der Gesundheitsversorgung in der gesamten Union zu ermöglichen, und zwar innerhalb des übergeordneten Rahmens für die Information, auf den in dem folgenden Kapitel über Information näher eingegangen wird. Als Maßnahmen könnten unter anderem die Unterstützung einer Vernetzung und die Entwicklung von Datenbanken in Betracht kommen.

- Evaluierung von bestehenden grenzüberschreitenden Projekten im Gesundheitsbereich, insbesondere EUREGIO-Projekten, und Vernetzung von Projekten mit dem Ziel, Beispiele bewährter Praktiken auszutauschen.
- Aufforderung an die Kommission zu erkunden, ob ein klarer und transparenter Rahmen für die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung vorgegeben werden kann, auf den die zuständigen Stellen in den Mitgliedstaaten zurückgreifen könnten, wenn sie Vereinbarungen miteinander eingehen, und geeignete Vorschläge zu unterbreiten.
- Förderung der laufenden Arbeiten von Kommission, Rat und Parlament mit dem Ziel, für klare, einfache und transparente Anerkennungsverfahren zu sorgen, wobei wie bei den derzeitigen sektorbezogenen Regelungen zu einem großen Teil eine automatische Anerkennung vorgesehen werden soll, um die Mobilität von Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zu erleichtern und zu fördern.

Europäische Referenzzentren

Europäische Referenzzentren könnten Leistungen der Gesundheitsversorgung in Fällen erbringen, in denen eine besondere Bündelung von Ressourcen oder Fachwissen erforderlich ist, um eine qualitativ hochstehende und kostenwirksame Versorgung, insbesondere bei seltenen Krankheiten, sicherzustellen. Referenzzentren könnten außerdem in Ausbildung und Forschung im Gesundheitsbereich und bei der Informationsverbreitung und Bewertung mitwirken. Ein etwaiges System europäischer Referenzzentren sollte flexibel, objektiv und transparent sein, anhand von eindeutigen Kriterien arbeiten und Wissenschaftler und Leistungserbringer einbeziehen, die Verteilung der Zentren über die gesamte erweiterte Europäische Union sicherstellen und den für die jeweilige Versorgung zuständigen Stellen in Bezug auf die Nutzung eines Referenzzentrums die freie Wahl lassen.

Empfehlung:

- Aufforderung an die Kommission, in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und den Beitrittsländern eine Kartierung der Referenzzentren vorzunehmen und dabei die genannten Grundsätze zu berücksichtigen, sowie zu erkunden, wie eine Vernetzung und Zusammenarbeit in Bezug auf diese Punkte, einschließlich der Organisation, Bestimmung und Entwicklung von Zentren, unterstützt werden kann.

Evaluierung von Gesundheitstechnologie

Die Evaluierung von Gesundheitstechnologie liefert Erkenntnisse über medizinische, soziale, wirtschaftliche und ethische Fragen in Zusammenhang mit der Politik und Praxis der Gesundheitsversorgung, die politischen Entscheidungsträgern dabei helfen können, fundierte Entscheidungen zu treffen. Die derzeitige bruchstückhafte Evaluierung von Gesundheitstechnologie innerhalb der Union hat zur Folge, dass einerseits Doppelarbeit geleistet wird und andererseits viele vordringliche Technologien überhaupt nicht geprüft werden. Ein Austausch von Informationen könnte über eine systematischere europäische Zusammenarbeit gefördert werden.

Empfehlung:

- Aufforderung an die Kommission, Möglichkeiten der Organisation und Finanzierung einer zukunftsfähigen Vernetzung und Koordinierung für die Evaluierung von Gesundheitstechnologie zu prüfen und geeignete Vorschläge zu unterbreiten.

2. INFORMATION

Der Arbeitsgruppe, die sich mit Themen im Zusammenhang mit der Information von Patienten und Leistungserbringern befasste, gehörten Finnland, Spanien, Irland, der Ständige Ausschuss der europäischen Ärzte und das Europäische Patientenforum an. Auf der Grundlage der Arbeiten dieser Gruppe wurden im Rahmen des Reflexionsprozesses die folgenden Kernfragen und Empfehlungen vorgelegt.

EU-Rahmen für Informationen

Um eine höhere Mobilität sicherzustellen ist es erforderlich, dass Leistungserbringer und Bürger Zugang zu Informationen über den Gesundheitsbereich betreffende Entscheidungen und über Gesundheitsdienste haben, und zwar sowohl in Bezug auf ihre eigenen Systeme als auch auf andere Systeme. Politische Entscheidungsträger und Leistungserbringer benötigen ebenfalls Informationen, um eine nachhaltige Entwicklung von Gesundheitsdiensten gewährleisten zu können. Eine Rahmenstrategie muss entwickelt werden, die bei Informationsinitiativen auf EU-Ebene für Kohärenz, Komplementarität und Transparenz sorgt und die sich den breit gefächerten Problemen und Anliegen aller Akteure und Zielgruppen anpasst. Innerhalb dieser übergeordneten Strategie sollten allgemeine Fragen, wie Gesundheitspolitiken, Gesundheitssysteme, Gesundheitsüberwachung, Qualitätssicherung, Zugang zu Informationen und Datenschutz behandelt werden. Weitere konkrete Themen, die in diesem Rahmen erörtert werden müssen, sind angemessene technische Lösungen und Standards, Berichtsverwaltung, Haftungsfragen, Leitlinien für bewährte Praktiken der Zulassung und Einstellung von Leistungserbringern im Gesundheitsbereich (unter anderem ethische Fragen) sowie Verfahren zur Meldung von Kunstfehlern und Fahrlässigkeit von Leistungserbringern.

Die Erweiterung der Gemeinschaft wird zusätzliche Aufgaben für die Erfassung von Daten für Bürger wie auch für politische Entscheidungsträger auf EU-Ebene mit sich bringen. Mithilfe von Datennormen muss die Vergleichbarkeit der Daten sichergestellt werden, und der Einsatz geeigneter Technik kann gewährleisten, dass die Daten dort verfügbar sind, wo sie benötigt werden. Die wichtigste Grundlage für die Erarbeitung einer Strategie für Informationsmanagement auf EU-Ebene ist das Programm für Öffentliche Gesundheit 2003-2008, in dem die Verbesserung der Information als eines der wichtigsten Ziele genannt wird. Für die Informationsstrategie müssen darüber hinaus entsprechende auf internationaler Ebene, unter anderem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD), geleistete Arbeiten herangezogen werden. Auch im Zusammenhang mit den drei anderen Themen, europäische Zusammenarbeit, Zugang zur Gesundheitsversorgung und Qualität der Gesundheitsversorgung und Abstimmung der innerstaatlichen Gesundheitspolitik mit den europäischen Vorschriften, wurden viele den Bereich Information betreffende Aspekte angesprochen und spezielle

Empfehlungen hierzu vorgelegt. Diese Überlegungen sollten bei dem im Folgenden skizzierten Gesamtkonzept berücksichtigt werden.

Empfehlungen:

- Aufforderung an die Kommission, Rahmenbedingungen für die Information im Gesundheitsbereich auf EU-Ebene zu schaffen und sich dabei auf die Ergebnisse des Programms für Öffentliche Gesundheit zu stützen. In diesem Zusammenhang ist unter anderem der jeweilige Informationsbedarf von politischen Entscheidungsträgern, Patienten und Leistungserbringern und die Art und Weise der Bereitstellung dieser Informationen festzustellen, die Zuständigkeiten der verschiedenen beteiligten Akteure festzulegen und die entsprechenden Arbeiten von WHO und OECD zu berücksichtigen.
- Aufforderung an die Kommission, sich mit Fragen des Datenschutzes und des Austausches vertraulicher Daten zwischen den Mitgliedstaaten und auf EU-Ebene auseinander zu setzen.
- Aufforderung an die Kommission, die Aufstellung europäischer Grundsätze für Kompetenz und Haftung aller in der Erbringung von Leistungen im Bereich der Online-Gesundheitsversorgung zu prüfen.

3. ZUGANG ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG UND QUALITÄT

Der Arbeitsgruppe, die sich mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung und ihrer Qualität befasste, gehörten Deutschland, Italien, Griechenland, das Vereinigte Königreich, Portugal, der Verband EHMA und die Vereinigung AIM an. Als Material standen der Arbeitsgruppe unter anderem ein von dem Verband EHMA in Auftrag gegebener Überblick über das Schrifttum über grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zur Verfügung sowie Unterlagen der Konferenz über die Verbesserung von Patientenerfahrungen und Ergebnissen in Zusammenhang mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung und deren Qualität in der EU ("Access and Quality in Health Care in the EU – improving patient experience and outcomes"), die vom 4. bis 6. Mai 2003 an der Universität Patras (unter der griechischen Präsidentschaft und mit Unterstützung der Europäischen Kommission) stattgefunden hat.

In Europa gibt es eine große Vielfalt an Systemen der Gesundheitsversorgung. Auch in Bezug auf den Zugang zu diesen Systemen und auf ihre Qualität sind jeweils unterschiedliche Aspekte zu berücksichtigen. Zugang umfasst die konkrete Zugänglichkeit, die finanzielle Zugänglichkeit und den Zugang zu Informationen und deckt insbesondere die folgenden Elemente ab:

- Anteil der Bevölkerung, der dem staatlich finanzierten System angehört,
- Bandbreite der Dienste, die im Rahmen des staatlich finanzierten Systems angeboten werden,
- Zugang zur freiwilligen Krankenversicherung,
- Wartezeit bis zur Inanspruchnahme eines Dienstes,
- Verfügbarkeit qualitativ guter Dienste,
- Verfügbarkeit innovativer Behandlungen,
- Preise von Diensten der Gesundheitsversorgung und Anteile bei Kostenteilung,
- Auswahlmöglichkeiten (beispielsweise Überweisungssystem oder System mit vertraglich festgelegten Leistungserbringern),

- soziale und wirtschaftliche Veränderungen und
- Information über Dienste/Leistungserbringer, unter anderem über ihre Mobilität.

Der Aspekt der Qualität beinhaltet die Bedingungen des Markteintritts, Verfahrensbedingungen und Bewertung individueller medizinischer Praxis und deckt insbesondere die folgenden Elemente ab:

- nationale Standards auf der Grundlage nachgewiesener Wirksamkeit,
- organisatorische Vorkehrungen zur Gewährleistung einer sicheren und qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung,
- Kontroll- und Bewertungssysteme,
- Patientensicherheit
- und Patientenerfahrungen.

Eine Vielzahl europäischer und internationaler Aktivitäten wirkt sich auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung und auf ihre Qualität aus. So fördert zum Beispiel der beratende Ausschuss für Sozialschutz die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und mit der Kommission in Fragen, die Politiken des sozialen Schutzes, unter anderem der Gesundheitsversorgung, betreffen. Es besteht jedoch weiterhin Bedarf an einer Verbesserung der Verfahren, die eine kohärente Prüfung der Gesamtheit dieser Aktivitäten aus einer gesundheitsbezogenen Perspektive im Hinblick auf den jeweiligen Beitrag zur Förderung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und der Qualität der Gesundheitsversorgung ermöglichen.

Auf der Grundlage der Arbeiten dieser Gruppe wurden im Rahmen des Reflexionsprozesses die folgenden Kernfragen und Empfehlungen vorgelegt.

Erweiterung der Kenntnisse über Fragen im Zusammenhang mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung und deren Qualität

Es ist notwendig, mehr Informationen über Umfang, Art, Systeme, Beweggründe und Ergebnisse in Bezug auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zusammenzutragen. Hierbei sollten konkrete Fragen geklärt werden, unter anderem nach der Anzahl Personen, nach Problemen, die sich bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung stellen, Ergebnissen und Grad der Zufriedenheit, vorhandenen Systemen (der Mitgliedstaaten, direkten Abkommen zwischen Ländern oder Systemen auf Gemeinschaftsebene) und nach der Auswirkung auf das Angebot der Gesundheitsversorgung für Bürger, die sich auf das System ihres jeweiligen Landes beschränken. Um so rasch wie möglich Fortschritte zu erzielen, sollten hierfür vorhandene Daten genutzt werden. Es ist auch wichtig, Informationen über besondere Probleme zu sammeln, mit denen die Beitrittsländer zu tun haben.

Empfehlungen:

- Aufforderung an die Kommission, die Möglichkeiten für die Schaffung von Rahmenbedingungen für eine systematische Erfassung von Daten in der gesamten erweiterten Union über Umfang und Art des Verkehrs von Patienten zu erkunden, und zwar sowohl innerhalb als auch außerhalb der auf der Grundlage der Verordnung 1408/71 eingerichteten Systeme, einschließlich Daten über Ströme mit Tourismusbezug und über langfristige Aufenthalte.
- Aufforderung an die Kommission, eine Studie durchzuführen, um die Gründe, die Patienten zur Überschreitung der Grenzen bewegen, die betroffenen

Fachbereiche, die Art von bilateralen Abkommen, den Informationsbedarf von Patienten und Klinikern und die Erfahrungen von Patienten, unter besonderer Berücksichtigung der Erweiterung, zu ermitteln.

- Aufforderung an die Mitgliedstaaten und die Beitrittsländer, Stellung zu der Art und Weise zu nehmen, wie die verschiedenen Möglichkeiten des Zugangs zum System der Gesundheitsversorgung anderer Mitgliedstaaten in ihrem Land funktionieren und zu den Auswirkungen, und Aufforderung an die Kommission und die Mitgliedstaaten, geeignete Abhilfemaßnahmen zu prüfen.
- Aufforderung an die Mitgliedstaaten, die Beitrittsländer und die Kommission, das System zur Erhebung genauer Daten über die Mobilität von Leistungserbringern im Gesundheitsbereich auszubauen und zu stärken, sowie Ermunterung von Mitgliedstaaten und Beitrittsländern, in Zusammenarbeit mit der Kommission und entsprechenden internationalen Organisationen vergleichbare Arbeitskräftedaten über die Leistungserbringer im Gesundheitsbereich zu erheben und auszutauschen.

Analyse der Auswirkungen von Aktivitäten der EU auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung und ihre Qualität

Eine potenzielle europäische Zusammenarbeit sollte im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung einerseits und die Gesundheitsversorgung im Inland andererseits untersucht werden. Es gibt eine Vielzahl von Aktivitäten auf europäischer Ebene, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Qualität der Gesundheitsversorgung beeinflussen, zum Beispiel die Koordination von Systemen der sozialen Sicherheit (wie die in Verordnung 1408/71 vorgesehene Regelung), die Unterstützung grenzüberschreitender Projekte, die Arbeiten des Ausschusses für Sozialschutz auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung und der langfristigen Pflege älterer Menschen, das Programm für Öffentliche Gesundheit, die Forschungsrahmenprogramme, Vorschriften für berufsbezogene Qualifikationen, e-Europe, Regionalpolitik und Strukturfonds, die europäische Krankenversicherungskarte sowie sonstige internationale Arbeiten (insbesondere von WHO und OECD).

Empfehlung:

- Aufforderung an die Kommission, eine Analyse der Aktivitäten der Gemeinschaft vorzubereiten, um Mittel und Wege zu erkunden, wie sich ihr Beitrag zum Zugang zur Gesundheitsversorgung und zur Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern lässt, und dabei die entsprechenden Aktivitäten anderer internationaler Organisationen zu berücksichtigen.

4. VEREINBARKEIT VON INNERSTAATLICHER GESUNDHEITSPOLITIK UND EUROPÄISCHEN VORSCHRIFTEN

Der Arbeitsgruppe, die sich mit der Vereinbarkeit von innerstaatlicher Gesundheitspolitik und europäischen Vorschriften befasste, gehörten Belgien, die Niederlande, Finnland, das Vereinigte Königreich, Frankreich, das Europäische Patientenforum, der Ausschuss HOPE, der Verband EHMA und das Netz ESIP an. Diese Gruppe hat einen Fragebogen mit Fragen zu den nationalen Systemen der Gesundheitsversorgung in einem integrierten Europa ("National health care systems in an

integrated Europe") ausgearbeitet, die die grundlegenden Ziele der nationalen Systeme der Gesundheitsversorgung, die konkreten Auswirkungen der Vorschriften des Binnenmarkts auf die Fähigkeit der Verwaltung und Steuerung von Systemen der Gesundheitsversorgung, Aspekte der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und Möglichkeiten zur Verbesserung der Rechtssicherheit betreffen. Die Vertreter Belgiens, der Niederlande, Finnlands, des Vereinigten Königreichs, Frankreichs, des Ausschusses HOPE, des Netzes ESIP, Schwedens, des Ständigen Ausschusses der europäischen Ärzte, der Vereinigung AIM, Deutschlands und Irlands haben die Fragen beantwortet. Auf der Grundlage der Arbeiten dieser Gruppe wurden im Rahmen des Reflexionsprozesses die folgenden Kernfragen und Empfehlungen vorgelegt.

Organisation und Finanzierung der Systeme der Gesundheitsversorgung und des sozialen Schutzes fallen in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten. Allerdings müssen die Mitgliedstaaten hierbei in Übereinstimmung mit den Rechtsvorschriften der Gemeinschaft handeln. Aus wirtschaftlicher Sicht gibt es beträchtliche Unterschiede zwischen den Diensten, die innerhalb des Sektors der Gesundheitsversorgung erbracht werden, und den Dienstleistungen, die auf dem freien Markt angeboten werden, was unter anderem mit der Schlüsselrolle zusammenhängt, die die Leistungserbringer im Gesundheitsbereich in Bezug auf die Festlegung der Dienste spielen, die der Patient benötigt. Außerdem zahlen die Patienten die medizinischen Leistungen zumeist nicht direkt. Die diesbezüglichen Kosten tragen Sozialschutzsysteme oder Krankenversicherungen. Ein Markt für die Erbringung von Leistungen der Gesundheitsversorgung ist zwangsläufig mangelbehaftet und zunehmend komplex und weist erhebliche Ungleichgewichte in Bezug auf die Information auf.

Die Regierungen in der gesamten Union haben aktiv an der Organisation der Gesundheitsversorgung mitgewirkt, um Systeme einzurichten, die auf den Grundsätzen von Universalität, Solidarität und Angemessenheit aufbauen. In einer Reihe von Urteilen⁵, bei denen es um die Frage ging, ob Gesundheitssysteme verpflichtet sind, die Kosten von Behandlungen in einem anderen Mitgliedstaat zu übernehmen, erkannte der Europäische Gerichtshof an, dass Patienten das Recht auf Erstattung der Kosten von Leistungen der Gesundheitsversorgung haben, die unter bestimmten Umständen in anderen Mitgliedstaaten erbracht wurden. Gleichzeitig erkannte der Europäische Gerichtshof an, dass es den Mitgliedstaaten möglich sein muss, Einfluss auf die Gesundheitsdienste zu nehmen, um ein ausgewogenes Spektrum qualitativ hochstehender Behandlungen im Krankenhaus sicherzustellen, das Risiko einer ernstzunehmenden Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit zu vermeiden und die Kosten zu regulieren, um eine Verschwendung von Finanzmitteln, technischen Ressourcen und Personal nach Möglichkeit zu vermeiden. Die Mitgliedstaaten müssen weiterhin ihrer Verantwortung für die politische Gestaltung einiger Bereiche zur Organisation und Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme und Sozialversicherungssysteme unter Beachtung des Gemeinschaftsrechts nachkommen. Hierzu gehören folgende Aspekte:

- Art der Finanzierung des Gesundheitssystems und des Systems der sozialen Sicherheit (zum Beispiel über Steuern, Sozialversicherung usw.) und Gesamtorganisation des Systems, unter anderem Art der Preisfestsetzung,

⁵ Dies sind: Kohll und Decker (1998), Smits-Peerbooms und Vanbraekel (2001) und Müller-Fauré/van Riet (2002)

- interne Ressourcenzuweisung (einschließlich Humanressourcen), mit zentralen Systemen oder Auftragssystemen,
- Bestimmung übergeordneter Prioritäten für die Ausgaben im Gesundheitsbereich und das Recht, den Umfang der staatlich finanzierten Gesundheitsversorgung festzulegen,
- Festlegung einer Rangfolge für den Zugang von Einzelpersonen zum System (bei Finanzierung aus dem nationalen System) nach der Dringlichkeit der klinischen Behandlung,
- Verwaltungsstrategien innerhalb vorgegebener Haushalte, beispielsweise den Einsatz der Evidence-based Medicine - mit Gewährung eines Spielraums für nationale Vielfalt bei Gesundheitspolitiken und Behandlungsmustern,
- Fragen der Qualität, Wirksamkeit und Effizienz der Gesundheitsversorgung, beispielsweise klinische Leitlinien.

In allen diesen Bereichen wäre es für alle Mitgliedstaaten sinnvoll, sich über bewährte Praktiken auszutauschen. Auch privaten Organisationen ohne Erwerbszweck, die zwischen vollständig staatlich finanzierten und gewinnorientierten Einrichtungen tätig sind, könnte hier ein legitimer Platz zugewiesen werden.

In einigen Mitgliedstaaten haben Formen des ergänzenden Gesundheitsschutzes eine große Bedeutung für die Sicherstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Der europäische rechtliche Rahmen für die Versicherung geht von einem Ansatz des gemeinschaftsweiten Wettbewerbs zwischen Versicherern aus, deren Zahlungsfähigkeit von den zuständigen Behörden des Heimatmitgliedstaats sichergestellt wird. Allerdings gibt es Unsicherheiten in Bezug auf die Möglichkeiten für Mitgliedstaaten, Nichtlebensversicherungen (Krankenversicherungen) auf der Grundlage von Solidaritätsprinzipien zu fördern.

Im Vertrag ist die Wechselbeziehung zwischen der Zuständigkeit der Einzelstaaten für die Regulierung des Marktes der Gesundheitsversorgung und den Vorschriften des Binnenmarktes nicht eindeutig definiert. Der Europäische Gerichtshof hat mehrere Urteile über die Anwendung der Vorschriften des Binnenmarktes in Bezug auf die Frage der Erstattung von Leistungen der Gesundheitsversorgung, die in einem anderen Mitgliedstaat erbracht wurden, gesprochen und hierbei die Besonderheiten des Gesundheitssektors berücksichtigt. Es könnten weitere Maßnahmen notwendig sein, um die Berücksichtigung von Erwägungen der öffentlichen Gesundheit und sozialen Erwägungen im Gesundheitssektor weiterhin sicherzustellen.

Es gibt verschiedene Optionen, wie die Rechtssicherheit für die Anwendung der europäischen Vorschriften auf die Systeme der Gesundheitsversorgung verstärkt werden kann, unter anderem:

- Änderung des Vertrags,
- abgeleitetes Recht,
- Europäische Zusammenarbeit, unter anderem durch Mitteilungen der Kommission,

- Verbesserungen des Entscheidungsprozesses, beispielsweise durch die Bewertung der Auswirkungen von Vorschlägen auf den Gesundheitssektor,
- Initiativen der Mitgliedstaaten und bilaterale Zusammenarbeit.

Da die Regierungskonferenz bei Abschluss des Berichts noch andauerte, war es nicht möglich, diese Optionen umfassend zu bewerten. Bei Maßnahmen mit Hilfe von abgeleitetem Recht wäre unter anderem eine weitere Aktualisierung von Bestimmungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, allgemeine Bestimmungen über die Freizügigkeit der Patienten oder spezielle Klarstellungen in Bezug auf die Anwendung des Gemeinschaftsrechts auf Dienstleistungen im Gesundheitsbereich denkbar.

Ein auf EU-Ebene dauerhaft eingerichtetes Forum könnte die europäische Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung unterstützen und die Auswirkungen der Tätigkeit der EU auf die Systeme der Gesundheitsversorgung überwachen. Ein solches Forum könnte aus hochrangigen Vertretern des Gesundheitssektors aus den Mitgliedstaaten und von der Kommission bestehen, wobei eine Einbindung der entsprechenden Akteure und Zielgruppen vorgesehen sein könnte, um einen Überblick über Fragen des Zugangs und der Qualität, die die Mobilität von Patienten und Leistungserbringern beeinflussen, zu gewinnen, um den politischen Dialog und eine intensivere Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsversorgung zu erleichtern und ein Forum für die Zusammenarbeit an Themen, wie bewährten Praktiken, zu bieten und dabei die bestehenden Strukturen und die Arbeiten anderer Organisationen, die auf diesem Gebiet tätig sind (unter anderem WHO und OECD), zu berücksichtigen.

Empfehlungen:

- Aufforderung an die Kommission, einen Überblick über Fälle vorzulegen, die in einer Beziehung zu Problemen stehen, die sich aus der Wechselbeziehung zwischen den Rechtsvorschriften der Gemeinschaft und den Zielen der nationalen Gesundheitspolitiken ergeben.
- Aufforderung an die Kommission, in Beratung mit den Mitgliedstaaten zu erkunden, wie die Rechtssicherheit auf der Grundlage der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs über das Recht von Patienten, Leistungen der Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch zu nehmen, verstärkt werden kann, und geeignete Vorschläge zu unterbreiten.
- Aufforderung an die Kommission, die Einrichtung eines ständigen Forums auf EU-Ebene zur Unterstützung der europäischen Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung und zur Überwachung der Auswirkungen der Tätigkeit der EU auf die Systeme der Gesundheitsversorgung zu prüfen und geeignete Vorschläge zu unterbreiten.

5. GESUNDHEITSBEZOGENE FRAGEN UND KOHÄSIONSFONDS UND STRUKTURFONDS DER UNION

Eine verstärkte Patientenmobilität stellt die Beitrittsländer vor eine Reihe von Fragen und Problemen in Bezug auf die Entwicklung der Infrastruktur des Gesundheitswesens und die Verbesserung des Gesundheitszustands sowie in bestimmten Fällen die Verbesserung der Kenntnisse und Fähigkeiten in diesem Bereich. Unter den derzeitigen

Bedingungen der Anwendung und Finanzierung nimmt das Gesundheitswesen in der Rangfolge der Prioritäten, für die Mittel aus Kohäsionsfonds und Strukturfonds eingesetzt werden sollen, keinen der oberen Plätze ein. Es ist von größter Bedeutung, dem Gesundheitssektor in Bezug auf die Kriterien für Anwendung und Finanzierung dieser Finanzierungsinstrumente der Gemeinschaft einen hohen Stellenwert beizumessen. Mit dem Ausbau der Möglichkeiten, erfolgreich Mittel aus den Finanzierungsinstrumenten der Gemeinschaft zu beantragen für Investitionen im Gesundheitsbereich (zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung, zur Verringerung der durch Krankheiten verursachten Belastung), für die Entwicklung der Infrastruktur im Gesundheitswesen (beispielsweise Unterstützung der Modernisierung der Infrastruktur in potenziellen Referenzzentren, die bereits über ausgezeichnetes Fachwissen und bedeutende Kapazitäten verfügen, als Bestandteil der allgemeinen Programme für Infrastrukturentwicklung oder Entwicklung der Informationstechnologie, die notwendig ist, um Ansprüche auf Gesundheitsleistungen bei Anträgen im Zusammenhang mit der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit prüfen zu können), könnte ein Beitrag zur Förderung der Möglichkeiten des Zugangs zu qualitativ hoch stehender Gesundheitsversorgung und gleichzeitig zur Sicherstellung der finanziellen Tragfähigkeit der Systeme der Gesundheitsversorgung in den neuen Mitgliedstaaten geleistet werden.

Empfehlung:

- Aufforderung an die Kommission, die Mitgliedstaaten und die Beitrittsländer zu prüfen, wie die Aufnahme der Investitionen in das Gesundheitswesen, der Entwicklung der Infrastruktur des Gesundheitswesens und des Ausbaus von Kenntnissen und Fähigkeiten als Förderschwerpunkte im Rahmen der vorhandenen Finanzierungsinstrumente der Gemeinschaft erleichtert werden kann, vor allem in Ziel-1-Regionen.

- - -

ANHANG 1 – TEILNEHMER AN DEM REFLEXIONSPROZESS AUF HOHER EBENE

Frau Ulla Schmidt
Bundesministerin für Gesundheit
Wilhelmstrasse 49
D-10117 Berlin
Deutschland

Herr Hans J.F. Hoogervorst (*zuvor:
Dr. Eduard J. Bomhoff*)
Minister für öffentliche Gesundheit,
Gemeinwohl und Sport
Parnassusplein 5
P.O. Box 20350
NL-2500 EJ Den Haag
Niederlande

Prof Girolamo Sirchia
Minister für Gesundheit
Viale dell'Industria 20
I-00144 Rom
Italien

Herr Micheál Martin
Minister für Gesundheit und Jugend
Hawkins House - Hawkins Street
IRL Dublin 2
Irland

Rt. Hon. John Hutton MP (Mitglied des
Parlaments)
Staatsminister für Gesundheit
Richmond House - 79 Whitehall
SW1A 2NS London
Vereinigtes Königreich

Herr Lars Løkke Rasmussen
Minister für Inneres und Gesundheit
Slotholmsgade 10-12
DK-1216 Kopenhagen
Dänemark

Frau Liisa Hyssälä (*zuvor: Frau Eva
Biaudet*)
Ministerin für Gesundheit und soziale
Dienste
PO Box 33

FIN-00023 Helsinki
Finnland

Herr Lars Engqvist
Minister für Gesundheit und soziale
Angelegenheiten
Fredsgatan 8
SE-103-33 Stockholm
Schweden

Herr Jean-François Mattei
Minister für Gesundheit, Familie und
behinderte Menschen
8, avenue de Ségur
F-75350 Paris 07 SP
Frankreich

Herr Costas Stefanis
Minister für Gesundheit und
Gemeinwohl
17, Aristotelous Street
GR-104 33 Athen
Griechenland

Frau Ana María Pastor Julián
Ministerin für Gesundheit und
Verbraucherschutz
Paseo del Prado 18-20
E-280 14 Madrid
Spanien

Herr Frank Vandembroucke
Minister für soziale Angelegenheiten
und Renten
Rue de la Loi 62 Wetstraat
B-1040 Brüssel
Belgien

Herr Luís Filipe da Conceição Pereira
Minister für Gesundheit
Av. João Crisóstomo,9
PT-1049-062 Lissabon
Portugal

Dr. Reinhart Waneck

Staatssekretär für Gesundheit
Stubenring 1
A-1010 Wien
Österreich

Herr Gérard Vincent
Ständiger Ausschuss der Krankenhäuser
der EU (HOPE)
Bd Auguste Reyers 207-209
030 Brüssel
Belgien

Herr Ron Hendriks
Präsident
Internationale Vereinigung der sozialen
Krankenversicherer auf Gegenseitigkeit
(AIM)
Rue d'Arlon 50
1000 Brüssel
Belgien

Dr. Reiner Brettenthaler
Präsident
Ständiger Ausschuss der europäischen
Ärzte (CPME)
Rue de la Science 41
1040 Brüssel
Belgien

Dr. Franz Terwey
Netz der europäischen
Sozialversicherungspartner (ESIP)
Rue d'Arlon 50
1000 Brüssel
Belgien

Herr Rodney Elgie
Europäisches Patientenforum
River Lawn Road, Tonbridge
PN91EP Kent
Vereinigtes Königreich

Herr Philip Berman
Europäischer Verband für
Gesundheitsmanagement (EHMA)
Vergemount Hall, Clonskeagh
Dublin 6
Irland

Frau Caroline JACKSON (*vertreten
durch Herrn John Bowis, Mitglied des
Europäischen Parlaments*)
Europäisches Parlament
Rue Wiertz
B-1047 Brüssel

Dr. Louis Deguara
Minister für Gesundheit
Palazzo Castellania
Merchants Street
Valletta – CME 02
Malta

Frau Costandia Akkelidou
Ministerin für Gesundheit
10, Marcou Drakou Street
1448 Nicosia
Zypern

Frau Ingrida Circene
Ministerin für Gesundheit
Baznicas Street 25
1010 Riga
Lettland

Herr Dusan Keber
Minister für Gesundheit
Stefanova 5
Ljubljana 1000
Slowenien

Herr Juozas Olekas
Minister für Gesundheit
Vilniaus g. 33
2001 Vilnius
Litauen

Herr Leszek Sikorski
Minister für Gesundheit
ul. Miodowa 15
00-952 Warschau
Polen

Herr Rudolf Zajac
Minister für Gesundheit
Limbova
837 52 Bratislava
Slowakische Republik

Herr Marko Pomerants

Minister für soziale Angelegenheiten
Gonsiori 29
15027 Tallinn
Estland

Herr Mihály Kökény (*vertreten durch
Zsuzsanna Jakab, Staatssekretärin*)
Minister für Gesundheit, soziale
Angelegenheiten und Familie
Ministerium für Gesundheit
6-8 Arany János utca
H-1051 Budapest
Ungarn

Frau Marie Souckova
Ministerin für Gesundheit
Palackeho nam. 4
128 01 Prag 1
Tschechische Republik

ANHANG 2 – REFERENZTEXTE

Diese Texte können auf der Website der Europäischen Kommission unter der folgenden Adresse aufgerufen werden:

http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_de.htm

Synthesis document from working group one on European cooperation to enable better use of resources (Zusammenfassender Bericht der Arbeitsgruppe 1 zum Thema: Europäische Zusammenarbeit zur Erzielung einer besseren Ressourcennutzung)

Synthesis document from working group two on information for patients, professionals and providers (Zusammenfassender Bericht der Arbeitsgruppe 2 zum Thema: Informationen für Patienten und Leistungserbringer im Gesundheitswesen)

Synthesis document from working group three on access to and quality of care (Zusammenfassender Bericht der Arbeitsgruppe 3 zum Thema: Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Qualität der Gesundheitsversorgung)

Synthesis document from working group four on reconciling national objectives with European obligations (Zusammenfassender Bericht der Arbeitsgruppe 4 zum Thema: Vereinbarkeit von innerstaatlicher Gesundheitspolitik und europäischen Vorschriften)

Report by the High Level Committee on Health of 17 December 2001 on the internal market and health services (Bericht des Hochrangigen Ausschusses für Gesundheitspolitik vom 17. Dezember 2001 über den Binnenmarkt und Gesundheitsdienste)

Contribution by DG Employment and Social Affairs "Council Regulation (EC) No 1408/71 — a sound basis for mobility for both patients and social security institutions" (Beitrag der GD Beschäftigung und Soziales "Verordnung (EG) Nr. 1408/71 des Rates - eine solide Grundlage für Mobilität von Patienten wie Einrichtungen der sozialen Sicherheit)

Zusammenfassender Bericht der Dienststellen der Kommission: Anwendung der Binnenmarktvorschriften im Bereich der Gesundheitsdienste – Durchführung der Rechtsprechung des Gerichtshofs durch die Mitgliedstaaten (SEK (2003) 900 vom 28. Juli 2003)]

HOPE report on hospital cooperation in border regions in Europe, June 2003 (Bericht des Ausschusses HOPE über die Zusammenarbeit von Krankenhäusern in Grenzregionen in Europa, Juni, 2003)

EHMA literature search on quality issues on cross-border care, April 2003 (Zusammenstellung des Verbandes EHMA von Schrifttum über Fragen der Qualität der grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung, April 2003)

European Health Forum recommendations on health and enlargement, and on mobility of health professionals (Empfehlungen des Europäischen Gesundheitsforums zu Gesundheit und Erweiterung und Mobilität und Leistungserbringer im Gesundheitswesen)

- - -