

16.04.04

Unterrichtung

durch das Europäische Parlament

Entschließung des Europäischen Parlaments zu der Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen - Vorschlag für einen Gemeinsamen Bericht "Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus"

Zugeleitet mit Schreiben des Generalsekretärs des Europäischen Parlaments - 304148 - vom 7. April 2004. Das Europäische Parlament hat die Entschließung in der Sitzung am 11. März 2004 angenommen.

Stellungnahme des Bundesrates: Drs. 77/03 (Beschluss)

Entschließung des Europäischen Parlaments zu der Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen – Vorschlag für einen Gemeinsamen Bericht „Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus“ (KOM(2002) 774 – C5-0408/2003 – 2003/2134(INI))

Das Europäische Parlament,

- in Kenntnis der Mitteilung der Kommission (KOM(2002) 774 - C5-0408/2003),
- in Kenntnis des Gemeinsamen Berichts der Kommission und des Rates über die Unterstützung nationaler Strategien für die Zukunft der Gesundheitsversorgung und der Altenpflege, der sowohl vom Rat „Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz“ sowie vom Rat „Wirtschaft und Finanzen“ auf den Tagungen vom 6./7. März 2003 gebilligt wurde,
- in Kenntnis der Schlussfolgerungen der Tagung des Europäischen Rates vom 20./21. März 2003 in Brüssel sowie der vorhergehenden, die Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege betreffenden Schlussfolgerungen der Tagungen des Europäischen Rates in Lissabon, Göteborg und Barcelona,
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 15. Januar 2003 zur Mitteilung der Kommission "Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern"¹,
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 16. Februar 2000 zur Mitteilung der Kommission „Eine konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes“²,
- in Kenntnis der Empfehlung 92/442/EWG des Rates vom 27. Juli 1992 über die Annäherung der Ziele und der Politiken im Bereich des sozialen Schutzes³,
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 15. Dezember 2000 zur Mitteilung der Kommission „Ein Europa für alle Altersgruppen - Wohlstand und Solidarität zwischen den Generationen“⁴,
- in Kenntnis der Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament „Die Reaktion Europas auf die Alterung der Weltbevölkerung – wirtschaftlicher und sozialer Fortschritt in einer alternden Welt“ – Beitrag der Europäischen Kommission zur 2. Weltkonferenz über das Altern (KOM(2002) 143),

¹ ABL C 38 E vom 12.2.2004, S. 269.

² ABL C 339 vom 29.11.2000, S. 154.

³ ABL L 245 vom 26.08.1992, S. 49.

⁴ ABL C 232 vom 17.8.2001, S. 381.

- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 9. März 1999 zu dem Bericht der Kommission "Die gesundheitliche Situation der Frauen in der Europäischen Gemeinschaft"¹,
 - unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 16. November 2000 zu der Zusatzkrankenversicherung²,
 - in Kenntnis der Schlussfolgerungen des Rates und der im Rat vereinigten Vertreter der Mitgliedstaaten vom 19. Juli 2002 über die Freizügigkeit von Patienten und die Entwicklung der Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union³ und des Berichts des Reflektionsprozesses auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union vom 8. Dezember 2003,
 - in Kenntnis der Mitteilung der Kommission "Stärkung der sozialen Dimension der Lissabonner Strategie: Straffung der offenen Koordinierung im Bereich Sozialschutz" (KOM(2003) 261),
 - in Kenntnis der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern⁴, und der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972⁵ mit den einschlägigen Durchführungsbestimmungen, die derzeit reformiert werden,
 - unter Hinweis auf den Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008)⁶,
 - unter Hinweis auf die Europäische Konvention der Menschenrechte und Grundfreiheiten, Artikel 5 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, Artikel 7 des Internationalen Paktes über die bürgerlichen und politischen Rechte und die Konvention gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe,
 - gestützt auf Artikel 47 Absatz 2 und Artikel 163 seiner Geschäftsordnung,
 - in Kenntnis des Berichts des Ausschusses für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten sowie der Stellungnahme des Ausschusses für die Rechte der Frau und Chancengleichheit (A5-0098/2004),
- A. in der Erwägung, dass die Gesundheitssysteme in der Union auf den Grundsätzen Solidarität, Gerechtigkeit und Universalität beruhen, um jeder Person im Krankheits- oder Pflegefall unabhängig von Einkommen, Vermögen und Alter eine angemessene und qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten,
- B. in der Erwägung, dass die Charta der Grundrechte der Europäischen Union das Recht älterer Menschen auf ein würdiges und unabhängiges Leben und auf Teilnahme am sozialen,

¹ ABl. C 175 vom 21.6.1999, S. 68.

² ABl. C 223 vom 8.8.2001, S. 339.

³ ABl. C 183-1 vom 1.8.2002, S. 1

⁴ ABl. L 149 vom 5.7.1971, S. 2. Zuletzt geändert durch die Verordnung (EG) Nr. 118/97 (ABl. L 28 vom 30.1.1997, S. 1).

⁵ ABl. L 74 vom 27.3.1972, S. 1.

⁶ ABl. L 271 vom 9.10.2002, S. 1.

kulturellen und Arbeitsleben anerkennt sowie das Recht jeder Person auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge sowie auf ärztliche Versorgung,

- C. in der Erwägung, dass die Vorsorge ein zentrales Element einer umfassenden Gesundheitspolitik darstellt und systematische Vorsorgemaßnahmen die Lebenserwartung verlängern, die sozialen Unterschiede bei den Wartezeiten im Gesundheitswesen verringern, die Ausbreitung chronischer Krankheiten verhindern und damit Einsparungen bei den Behandlungskosten ermöglichen,
- D. in der Erwägung, dass die Gesundheitssysteme in der Union aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts, der demographischen Entwicklung sowie der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und medizinischen Produkten vor gemeinsamen Herausforderungen stehen,
- E. in der Erwägung, dass die Strategie der Europäischen Gemeinschaft und das Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) einen integrierten Ansatz zur Gesundheitspolitik und zur Gesundheitsversorgung vorsehen, der unter anderem auf der Gesundheitsförderung und Verhütung von Krankheiten, der Abwendung von Gefahrenquellen für die Gesundheit, der Berücksichtigung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus bei Festlegung und Durchführung aller sektorbezogenen Politiken und der Bekämpfung sozialer Ungleichheiten als Quelle von gesundheitlichen Problemen beruht,
- F. in der Erwägung dass, auch wenn Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme unverändert in der Verantwortung der Mitgliedstaaten verbleiben, die Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege dringend zu verstärken ist, um die Mitgliedstaaten durch einen strukturierten Austausch von Informationen, Erfahrungen und bewährten Verfahren bei ihren Reformanstrengungen wirksam zu unterstützen,
- G. in der Erwägung, dass es nicht zuletzt im Zuge der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften zu einer vermehrten Mobilität bei den Patienten und der Inanspruchnahme grenzüberschreitender Leistungen kommen wird und diese Entwicklung, zusammen mit einer Vertiefung des Binnenmarktes, immer größere Auswirkungen auf die nationalen Gesundheitssysteme haben wird, deren Grundsätze und Ziele hierdurch nicht gefährdet werden dürfen,

- H. in der Erwägung, dass der Europäische Gerichtshof mehrfach den Anspruch von Patienten auf Erstattung von Kosten für die ärztliche Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat anerkannt hat, wobei er jedoch zwischen einer Behandlung im Krankenhaus und außerhalb unterschieden hat, und damit die Wahrnehmung dieses Anspruchs an bestimmte Bedingungen geknüpft hat, die insbesondere für finanzielle Ausgewogenheit und soziale Sicherheit sorgen sollen, stets mit dem Ziel, einen hohen Standard beim Gesundheitsschutz zu gewährleisten¹,
- I. in der Erwägung, dass die Förderung eines hohen Sozialschutzniveaus beständiges Ziel der Union ist und eine effektivere Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege zur nachhaltigen Modernisierung des europäischen Sozialmodells und zu größerem sozialen Zusammenhalt beiträgt,
- J. in der Erwägung, dass es sich bei der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege um Leistungen der Daseinsvorsorge handelt, bei denen dem Grundsatz der Solidarität Vorrang einzuräumen ist,
- K. in der Erwägung, dass aufgrund des Älterwerdens der Bevölkerung mit einer sehr viel höheren Zahl älterer Menschen zu rechnen ist und es hierdurch zu einer starken Zunahme chronischer Krankheiten wie Alzheimer oder anderer Demenzformen kommen wird, die nicht unbedingt eine intensive medizinische Versorgung, aber eine Langzeitpflege erfordern; unter Hinweis darauf, dass in Zukunft daher auch die Palliativmedizin an Bedeutung gewinnen wird,
- L. in der Erwägung, dass die Langzeitpflege ein erhebliches soziales Risiko für den Pflegebedürftigen bzw. dessen Angehörige darstellt und die diesbezüglichen Sozialschutzmechanismen in vielen Mitgliedstaaten noch relativ neu oder erst im Aufbau befindlich sind,
- M. in der Erwägung, dass häusliche Pflege durch einen professionellen mobilen Pflegedienst, einen Familienangehörigen oder eine andere Person den Vorteil hat, dass der Pflegebedürftige von einer vertrauten Person betreut wird und in seiner gewohnten Umgebung bleiben kann und dass diese Form der Langzeitpflege verhältnismäßig kostengünstig ist, wobei neben dem Vorhandensein mobiler Pflegedienste auch eine angemessene soziale, finanzielle und psychologische Unterstützung und Ausbildung der pflegenden Familienangehörigen und Nachbarn, sowie eine Ablösung bei der Wahrnehmung der Pflegeaufgaben gewährleistet sein muss,
- N. in der Erwägung, dass berufstätige Frauen durch die Ausübung ihres Berufs und Pflege- und

¹ Im Urteil Müller-Fauré-van Riet, Rechtssache C-385/99 vom 13.5.2003, Slg. 2003, I-4509 hat sich der Gerichtshof zur Frage der Genehmigung der Erstattung bei Behandlungen geäußert, die in einem anderen Mitgliedstaat erfolgt sind. Dieses Urteil ist das letzte einer Reihe von Urteilen, die der Gerichtshof in dieser Frage seit 1998 gefällt hat (siehe unten). Es sei darauf hingewiesen, dass der Gerichtshof sich dazu erneut in der Rechtssache Inizan geäußert hat.

Das Urteil Kohll, Rechtssache C-158/96, vom 28.4.1998, Slg. 1998, I-1931, Urteil Decker, Rechtssache C-120/95, vom 28.4.1998, Slg. 1998, I-1931, Urteil Smits und Peerbooms, Rechtssache C-157/99, vom 12.7.2001, Slg. 2001, I-05473, Urteil Vanbraekel, Rechtssache C-368/98, vom 12.7.2001, Slg. 2001, I-05363. Die Rechtssache C-56/01 Patricia Inizan/Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts de Seine, Urteil vom 23.10.2003 (noch nicht veröffentlicht). Die an die Kommission gerichteten Forderungen sind im Lichte dieser Rechtsprechung zu sehen.

Betreuungstätigkeit für ihre Angehörigen oft doppelt belastet sind und dass die Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Personen mit Belastungen körperlicher und psychischer Natur verbunden sind,

- O. in der Erwägung, dass Frauen in der Europäischen Union laut einer Studie aus dem Jahr 2000 in der Altersgruppe 75-84 Jahre einen Anteil von 63% und in der Altergruppe der über 85-Jährigen 72% erreichen, weshalb besonders Frauen als Pflegepersonen und Pflegeempfängerinnen langfristig von den Problemen der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege betroffen sein werden,
 - P. in Anerkennung der Tatsache, dass auf Grund von Änderungen in der Zusammensetzung der Haushalte die Pflege in der Familie in Zukunft weniger als bisher eine mögliche Alternative sein wird,
 - Q. in der Erwägung, dass die Bereitstellung professioneller Pflegedienste wichtiger wird, weil Pflegebedürftige in Zukunft weniger Angehörige haben werden und diese oft weiter entfernt leben bzw. oft im Berufsleben stehen,
 - R. in der Erwägung, dass der Gesundheits- und Pflegesektor einer der wichtigsten und stark wachsenden Wirtschaftszweige in der Europäischen Union ist,
 - S. in der Erwägung, dass der Einsatz von Gitterbetten in psychiatrischen Einrichtungen und Pflegeheimen als direkter Verstoß gegen internationale Normen betreffend die Betreuung von Menschen mit Problemen im Bereich der geistigen Gesundheit und/oder einer geistigen Behinderung gilt,
 - T. in der Erwägung, dass sich das Problem möglicherweise akuter in ländlichen Gegenden und Berggebieten stellt, wo es unter Umständen mehr ältere Menschen vorziehen, zu leben,
1. begrüßt die eingeleitete Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten im Bereich Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege; bekräftigt seine Zustimmung für die drei grundsätzlichen Ziele - allgemeiner Zugang unabhängig von Einkommen oder Vermögen, hochwertige Qualität und langfristige Finanzierbarkeit;
 2. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, bei der Festlegung der gemeinschaftlichen Ziele und Indikatoren der Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung stärker Rechnung zu tragen;
 3. betont, dass diese „big killers“ (Erkrankungen mit hoher Letalität, z.B. Krebserkrankungen, kardiovaskuläre Krankheiten) ebenso wie die „big cripplers“ (Krankheiten, die die Betroffenen zu Dauerpatienten machen, z.B. muskuloskeletale Erkrankungen und andere mit der Arbeit zusammenhängende chronische Leiden, gesundheitliche Probleme insbesondere aufgrund einer ungesunden Ernährung, Drogen, einer Verschlechterung der Umwelt und geringer körperlicher Betätigung) durch allgemeine sektorübergreifende präventive Maßnahmen und eine Verbesserung der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz beträchtlich reduziert werden könnten;
 4. weist darauf hin, dass angesichts der stetigen Zunahme der Volkskrankheiten Prävention und Gesundheitsförderung einen gleichrangigen Stellenwert wie Behandlung und Rehabilitation erhalten müssen, da die kurative Medizin ohne den Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung nicht in der Lage sein wird, die zunehmende Kranklast zu

bewältigen; ist der Auffassung, dass mit Blick auf die langfristige Finanzierbarkeit das enorme Kostensenkungspotential von Präventionsstrategien voll ausgeschöpft werden muss, anstatt dass lediglich in den Mitgliedstaaten Kürzungen bei den Gesundheitsleistungen vorgenommen werden; fordert den Ausbau von Präventionsangeboten für Schulen, Betriebe und für die gesamte Bevölkerung sowie die Einführung nationaler Präventionsprogramme zu den großen Volkskrankheiten;

5. begrüßt die Stärkung der sozialen Dimension im Lissabon-Prozess; sieht in der Schaffung eines integrierten Rahmens und einer Straffung der Koordinierung im Bereich Sozialschutz die Möglichkeit, die eigenständige sozioökonomische Bedeutung der sozialen Dimension des Sozialschutzes gegenüber den wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Koordinierungen hervorzuheben;
6. fordert die Mitgliedstaaten und die Beitrittsstaaten auf, ihre öffentlichen und privaten Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen durch Nutzung des gesamten verfügbaren Angebots im eigenen Staat zu stärken, wobei auch zu berücksichtigen ist, dass trotz der zunehmenden Mobilität der Menschen und damit auch der Patientinnen und Patienten innerhalb der Europäischen Union, breite Schichten der Bevölkerung in den einzelnen Mitgliedstaaten aus wirtschaftlichen, physischen und generationsbedingten Gründen ausschließlich auf die Verfügbarkeit und Effizienz der Systeme im eigenen Land angewiesen sind;
7. begrüßt es, dass der Rat im Bereich der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege eine verstärkte Zusammenarbeit, den Austausch von Informationen und Erfahrungen und die Feststellung der besten nationalen Praktiken beschlossen hat; fordert, dass die Kommission im Frühjahr 2004 Vorschläge für das weitere Vorgehen unterbreitet, dass der Rat auf dem Europäischen Rat im Juni 2004 grundsätzlich die Anwendung der offenen Koordinierungsmethode und einen konkreten Zeitplan beschließt und dass die Mitgliedstaaten bis zum Europäischen Rat im Frühjahr 2006 gemeinsame Ziele und Indikatoren festlegen; ersucht die Kommission, den Rat und den Ausschuss für Sozialschutz, das Europäische Parlament über ihre Vorschläge zu unterrichten;
8. appelliert an Mitgliedstaaten und Kommission, die Beseitigung von Ungleichheiten beim Gesundheitszustand als ein langfristiges Ziel zu betrachten, das sowohl die Behandlung der sozioökonomischen, geschlechts- oder altersspezifischen Ungleichheit beim Gesundheitszustand als auch den gleichberechtigten Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege einschließt; ersucht die Kommission und die Mitgliedstaaten, die entsprechenden Maßnahmen auf die Politik zur Bekämpfung von Diskriminierungen, zu der sich im Jahre 2000 verpflichtet haben, abzustimmen, insbesondere in Bezug auf die Diskriminierung aus Altersgründen beim Zugang zur Gesundheit;
9. betont die Notwendigkeit, Forschungsprojekte betreffend bestimmte Krankheiten und Leiden durchzuführen und die entsprechenden Informationen in der gesamten Europäischen Union zu verbreiten; fordert die Kommission auf, den Austausch von Informationen aus Forschungsarbeiten im Gesundheitsbereich zu verstärken;
10. betont, dass Gesundheit und Pflege soziale Ziele und Dienstleistungen für Menschen in Not darstellen und deshalb nicht mit einer zum Verkauf angebotenen Ware verglichen werden können;
11. weist darauf hin, dass die Mitgliedstaaten den vom Patienten zu tragenden Eigenanteil an

den Gesundheitskosten erhöhen, und fordert, dass ein solches System den benachteiligten Gruppen weiterhin Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung bietet;

12. fordert die Mitgliedstaaten auf, Vorkehrungen zu treffen, damit ein schlechter Gesundheitszustand nicht zur Verarmung führt und ein niedriges Einkommen nicht den Zugang zur Gesundheitsversorgung einschränkt;
13. unterstreicht die Notwendigkeit einer räumlich ausgewogenen Verteilung geeigneter Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege zwischen städtischen und ländlichen sowie wohlhabenden und ärmeren Regionen; fordert Kommission und Mitgliedstaaten auf, dafür zu sorgen, dass insbesondere in Ziel 1-Gebieten Strukturfondsmittel und andere geeignete gemeinschaftliche Förderinstrumente künftig in stärkerem Maße für Investitionen in die Infrastruktur der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege sowie für die Aus- und Weiterbildung in Gesundheits- und Pflegeberufen bereitgestellt werden;
14. zeigt sich besorgt, dass in allen Mitgliedstaaten - wenn auch in unterschiedlicher Dimension - ein zunehmender Mangel an gut ausgebildeten Ärzten, medizinischem und pflegerischem Personal besteht; fordert die Mitgliedstaaten nachdrücklich auf, gezielte Anstrengungen zu unternehmen, um die Arbeitsqualität zu verbessern, diese Berufe attraktiver zu machen und die bestehenden Personalengpässe zu beseitigen; betont die Notwendigkeit der Förderung von Aus- und Weiterbildung der Freiwilligen sowie der bereits qualifizierten Beschäftigten in diesem Bereich; betont in diesem Zusammenhang, dass die derzeitigen Mitgliedstaaten bei der Einstellung von medizinischem und Pflegepersonal aus den neuen Mitgliedstaaten die gleichen Maßstäbe in Bezug auf Qualität der Arbeit, berufliche Qualifikation und Arbeitsentgelt gelten lassen und bestrebt sein sollten, die Einstellung von Personal aus weniger wohlhabenden Drittländern zu begrenzen, damit sich deren Situation nicht verschlechtert;
15. weist die Mitgliedstaaten darauf hin, dass bei der Durchführung ihrer Politiken für den Sozialschutz und die soziale Eingliederung die Verantwortung von Arbeitnehmern für pflegebedürftige ältere Menschen in gleicher Weise anerkannt werden sollte wie die für unterhaltsberechtignte Kinder;
16. zeigt sich besorgt, dass in einer größeren Zahl von Mitgliedstaaten unangemessen lange Wartezeiten für bestimmte akute und nicht akute Behandlungen bestehen; fordert diese Mitgliedstaaten auf, gezielte Anstrengungen zu einer Reduzierung der Wartezeiten zu unternehmen;
17. weist darauf hin, dass ein solidarisch finanziertes Gesundheitsfürsorgesystem durch Qualität, Vielfalt und Wahlfreiheit gekennzeichnet sein sollte;
18. weist auf die Gefahr hin, dass das Ziel der langfristigen Finanzierbarkeit im Vergleich zu den Kosten der Zugänglichkeit und der Qualität überbewertet wird; hebt hervor, dass Voraussagen über den voraussichtlichen Kostenanstieg sehr kompliziert sind und stark von den jeweils aufgestellten Annahmen abhängen;
19. betont, dass bei der Verbesserung der Qualität und Transparenz der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege alle Glieder der „Gesundheitskette“ von der Gesundheitsförderung über die Prävention und die medizinische Behandlung bis hin zur Pflege und Rehabilitation berücksichtigt werden sollten;

20. betont, dass die nachhaltige Sicherung der Finanzierbarkeit eine optimale Nutzung der vorhandenen Ressourcen voraussetzt; unterstreicht, dass dieses Ziel nur erreicht werden kann, wenn die Qualität der Gesundheitsversorgung stärker als bisher transparent gemacht wird, wenn die Mitgliedstaaten systematische Programme zur Qualitätssicherung und evidenzbasierte Behandlungsleitlinien einführen und wenn sie öffentliche Mittel nur noch für medizinische Produkte und Technologien mit nachgewiesenem Nutzen einsetzen;
21. fordert die Kommission auf, einen Erfahrungsaustausch über die Frage von Patienteninformationen und -rechten zu organisieren, zwischen den Mitgliedstaaten gemeinsame Kriterien zu vereinbaren und sich auf eine Europäische Charta der Patientenrechte zu verständigen; fordert die Mitgliedstaaten auf, ein Patientengesetz oder eine Patientencharta zu verabschieden, die den Patienten u.a. die folgenden Rechte zuerkennt:
- das Recht auf angemessene und qualifizierte medizinische Versorgung durch qualifiziertes medizinisches Personal,
 - das Recht auf verständliche, sachkundige und angemessene Information und Beratung durch den Arzt,
 - das Recht auf Selbstbestimmung nach umfassender Aufklärung,
 - das Recht auf die Dokumentation der Behandlung und auf Einsicht der Dokumentation durch den Patienten,
 - das Recht auf Vertraulichkeit und Datenschutz,
 - das Recht auf Einreichung einer Beschwerde;
 - die Garantie, dass sie ohne ihre vorherige Genehmigung keiner Beobachtung und keinen medizinischen Experimenten unterzogen werden;
22. fordert die Mitgliedstaaten und die Kommission auf, Patientenorganisationen stärker als bisher an gesundheitspolitischen Entscheidungen zu beteiligen und deren Arbeit angemessen zu unterstützen;
23. ist der Ansicht, dass die Erreichung der Ziele Nachhaltigkeit, Zugänglichkeit und Qualität der Gesundheitsdienste u.a. die Schaffung eines Binnenmarktes für Gesundheitsdienste und Heil- und Pflegemittel voraussetzt, der in erster Linie zugängliche und nachhaltig finanzierte Gesundheitsleistungen von hoher Qualität für alle bietet, und zwar unter Berücksichtigung der Rentabilität und finanziellen Kapazität der Systeme in den Mitgliedstaaten, der außerdem die Freizügigkeit der Bürger und den Zugang zu den Diensten in allen Mitgliedstaaten der Union garantiert und überdies mit den oben erwähnten Grundsätzen der nationalen Gesundheitssysteme vereinbar ist und die gesundheitspolitischen Ziele der Mitgliedstaaten nicht konterkariert;
24. appelliert an die Mitgliedstaaten, den Ausbau der Kapazitäten und die Sicherstellung der Qualität in der Langzeitpflege zu einer Priorität zu machen; fordert die Mitgliedstaaten auf:
- a) durch die direkte Bereitstellung von häuslicher Pflege - einschließlich eines Systems, mit dem Angehörige vorübergehend von der Pflege abgelöst werden können - oder

Pflege in geeigneten Einrichtungen oder über solidarische Versicherungsmechanismen für eine breitere Risikoverteilung bei der Langzeitpflege zu sorgen;

- b) älteren Menschen den Zugang zu Präventivkuren, Physiotherapie, Rehabilitation und anderen Dienstleistungen zu gewähren, die geeignet sind, ihnen so lange wie möglich Unabhängigkeit zu garantieren, ihre Lebensqualität zu verbessern und Krankheiten vorzubeugen; das Recht auf Selbstbestimmung älterer Menschen in der Behandlung zu beachten, da dies erwiesenermaßen auch für die mentale Rehabilitation von großer Bedeutung ist;
 - c) Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege für ältere Menschen besser miteinander zu verzahnen; die Forschung im Bereich der Gerontologie zu verstärken, um den unterschiedlichen Niveaus in den Mitgliedsstaaten entgegenzuwirken; geriatrische oder postakute Rehabilitationseinrichtungen außerhalb der Krankenhäuser zu schaffen; gezielte Maßnahmen zur Förderung der häuslichen Pflege zu treffen und Gesundheitsdienste einzurichten, die speziell auf altersbedingte Krankheitsmuster eingestellt sind;
 - d) angemessene Pflegestandards für die häusliche Pflege und Langzeitpflegeeinrichtungen festzulegen und in ausreichendem Maße Qualitätskontrollen durchzuführen;
 - e) eigene Programme zur Förderung der Forschung im Bereich der Palliativmedizin zu schaffen;
 - f) den von ihnen im Rahmen von internationalen Übereinkommen eingegangenen Verpflichtungen in Bezug auf die Betreuung von Menschen mit Problemen im Bereich der geistigen Gesundheit und/oder einer geistigen Behinderung nachzukommen; weiterhin auf ein Verbot des Einsatzes von Gitterbetten als eine bewegungseinschränkende Maßnahme, als eine Form der Bestrafung oder zu einem anderen Zweck hinzuwirken;
25. betont, dass bei der Bildung von Indikatoren und der Interpretation der Ergebnisse sehr sorgfältig vorzugehen ist und die bestehenden Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen zu beachten sind; drängt vielmehr auf die Ausarbeitung von Indikatoren zur Messung eines gerechten Zugangs, von Versorgungsqualität und Effizienz;
26. fordert die Mitgliedstaaten und die Kommission auf, insbesondere mit Hilfe des Gesundheitsaktionsprogramms für eine Angleichung der Datenerhebung und eine Verbesserung der Datenlage zu sorgen sowie Bürgern und Leistungserbringern über das im Aufbau befindliche EU-Gesundheitsportal den Zugang zu Informationen über die Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik anderer Mitgliedstaaten zu ermöglichen;
27. zeigt sich besorgt über die beträchtlichen Unterschiede, die zwischen den derzeitigen und der Mehrzahl der neuen Mitgliedstaaten beim Gesundheitsstatus der Bevölkerung sowie bei Zugang, Qualität und eingesetzten Ressourcen im Bereich Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege bestehen; fordert Kommission und Mitgliedstaaten auf, mit Hilfe des Gesundheitsaktionsprogramms und anderer geeigneter Instrumente die neuen Mitgliedstaaten bei ihren Anstrengungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege zu unterstützen;
28. begrüßt den Abschlussbericht des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene über die

Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union; fordert, dass die Kommission auf der Grundlage der vorgelegten 19 Empfehlungen für ein gemeinsames Vorgehen auf EU-Ebene konkretere Vorschläge und einen Zeitplan zu deren Umsetzung vorlegt;

29. fordert die Kommission auf, eine allgemeine Bestandsaufnahme über die Mobilität von Patienten vorzunehmen und eine Studie über die bisher in den Grenzregionen gemachten Erfahrungen vorzulegen;
30. fordert die Kommission auf, in Beratung mit den Mitgliedstaaten zu prüfen, wie auf der Grundlage der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs die Rechtssicherheit von Patienten hinsichtlich des Rechts, Leistungen der Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen zu können, verstärkt werden kann, und hierzu geeignete Vorschläge zu unterbreiten;
31. befürwortet die Schaffung eines Netzes von Europäischen Referenzzentren für Krankheiten, in denen eine besondere Bündelung von Ressourcen oder Fachwissen erforderlich ist; fordert die Kommission auf, eine Bestandsaufnahme potentieller Referenzzentren vorzunehmen und einen Vorschlag zu Zugang, Akkreditierung und Finanzierung künftiger EU-Referenzzentren zu unterbreiten;
32. ist der Ansicht, dass die Kommission zur besseren gemeinsamen Nutzung freier Kapazitäten in den Grenzregionen oder bei Kapazitätsengpässen den Austausch der hierzu nötigen Informationen ermöglichen sowie einen klaren und transparenten Rahmen für den grenzüberschreitenden Kauf von Leistungen der Gesundheitsversorgung vorschlagen sollte, der Regelungen zu Fragen des Zugangs, der Qualität und der Kosten enthält;
33. betont, dass die Telematik einen erheblichen Beitrag zur Effizienz- und Qualitätsverbesserung leisten kann; stellt fest, dass das Nutzenpotential in den Mitgliedstaaten bisher erst in Ansätzen ausgeschöpft ist; fordert die Kommission auf, ihre Anstrengungen zu intensivieren und für eine bessere Koordinierung der bestehenden Initiativen und Programme zu sorgen;
34. unterstreicht die Notwendigkeit, dass die Mitgliedstaaten den medizinischen und medizintechnischen Fortschritt in stärkerem Maße auf Wirksamkeit, Nutzen und Wirtschaftlichkeit hin überprüfen; fordert, dass die Kommission die Möglichkeit einer Vernetzung und Koordinierung der in den Mitgliedstaaten vorgenommenen Evaluierung von Gesundheitstechnologie und medizinischen Leitlinien prüft;
35. fordert Kommission und die Mitgliedstaaten auf, frauenspezifische Aspekte bei allen gesundheitsbezogenen Maßnahmen angemessen zu berücksichtigen; fordert die Kommission auf, einen neuen Bericht zur gesundheitlichen Situation der Frauen in der Europäischen Union vorzulegen;
36. fordert die Mitgliedstaaten auf, immer dann, wenn lange Wartelisten existieren und eine gleichwertige oder gleich effiziente Behandlung für die Patientinnen und Patienten im Inland nicht rechtzeitig erfolgen kann (auch bei Krankenhausbehandlungen), eng zusammenzuarbeiten, um zumindest, unter Wahrung des Subsidiaritätsprinzips und der Ausgewogenheit der nationalen Systeme und eines finanziellen Gleichgewichts, ein hohes Niveau beim Gesundheitsschutz und der sozialen Sicherheit sämtlicher Bürgerinnen und Bürger der Europäischen Union sicherzustellen;

37. warnt vor einem ausschließlich individuellen Konzept für die Mobilität der Patienten und die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung über die Grenzen, wie es jetzt aufgrund von Urteilen des Gerichtshofs in die Vorschläge der Kommission für eine Richtlinie für einen Dienstleistungsbinnenmarkt aufgenommen wird; ersucht die Kommission, umfassendere und ausgewogenere Vorschläge vorzulegen, um die nationalen Gesundheitssysteme besser gegenüber möglichen negativen Auswirkungen der Regelungen des Binnenmarkts zu schützen, sodass der soziale und solidarische Charakter der Systeme der Gesundheitsversorgung nicht weiter beeinträchtigt wird;
38. ist der Ansicht, dass zum besseren Schutz der Rechte der Patienten europäische klare Kriterien festgelegt werden sollten, um die Qualität, die Zugänglichkeit und die Bezahlbarkeit der Gesundheitsversorgung sicherzustellen;
39. stellt fest, dass die Nachfrage nach grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung möglicherweise in ihrem Umfang begrenzt ist, für einige Gruppen und Regionen jedoch immer wichtiger wird; appelliert an die Mitgliedstaaten, gemeinsam mit Krankenversicherungen, Mitarbeitern im Bereich der Gesundheitsversorgung, Patientenorganisationen und anderen Beteiligten praktische Vereinbarungen zu treffen, damit ein gewisses Maß an Freiheit zur Realisierung regionenspezifischer Lösungen ermöglicht wird;
40. appelliert in Anlehnung an den Schlussbericht "des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union" an die Kommission, die Auswirkungen der Regelungen des europäischen Binnenmarkts auf die Politik der Gesundheitsversorgung der Mitgliedstaaten eingehend zu prüfen; appelliert an die Kommission, einen ständigen Mechanismus auf EU-Ebene zu formulieren, um die europäische Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung zu unterstützen und die Auswirkungen von EU-Regelungen für die nationalen Systeme der Gesundheitsversorgung zu überwachen;
41. beauftragt seinen Präsidenten, diese Entschließung dem Rat, der Kommission und dem Ausschuss für Sozialschutz sowie den Parlamenten der Mitgliedstaaten zu übermitteln.