

28. Januar 2015

AUSWIRKUNGEN DES TISA-VORSCHLAGS ÜBER DEN HANDEL MIT GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN AUF DIE ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSSYSTEME

Das „Konzeptpapier zu Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen der TiSA-Verhandlungen“ beschreibt Auswirkungen, die über die Inhalte des Beitrags von Aaditya Mattoo und Randeep Rathindran (2006) hinausgehen, auf dem das Konzeptpapier beruht. Was letztlich in TiSA maßgeblich wäre, ist der Rechtstext selbst, ungeachtet der Erklärungen oder Einschränkungen des Hintergrundpapiers. Dieses kurze Memorandum benennt eine Reihe von Auswirkungen des Konzeptpapiers auf die Gesundheitssysteme einzelner Staaten.

Ideologie

Der Vorschlag geht von der Umwandlung des bisher vorherrschenden Modells der Gesundheitsversorgung von einer integrierten öffentlichen und sozialen Dienstleistung in ein markt-orientiertes System aus, in dem die BürgerInnen VerbraucherInnen in einem globalisierten Gesundheitsmarkt sind.

Hierfür gibt es zwei Begründungen:

- (i) Es gibt in den einzelnen Ländern zu wenig Personal- und Kapitalinvestitionen in die öffentlichen und privaten Gesundheitssysteme. Das Ergebnis sind lange Wartezeiten für die PatientInnen. Diese Fehlentwicklung könnte beseitigt werden, wenn BürgerInnen sich im Ausland behandeln lassen.
- (ii) Einige Länder haben bei der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen einen komparativen Vorteil bei den Preisen und der Effizienz. Dazu kommen geringere regulatorische Hürden und weniger strukturelle Hindernisse.

Zielsetzung

Der vorgeschlagene Anhang soll die Mobilität der PatientInnen - d.h. Reisen zu Behandlungen in andere Länder - vereinfachen, u.a. durch die Inanspruchnahme des Rechts auf Kostenerstattung auch bei Behandlungen im Ausland. Die Vorlage, auf der dieser Vorschlag beruht, befasst sich in erster Linie mit Ansprüchen aus Privatversicherungen und scheint dabei vorwiegend an Effizienzgewinnen für die Versicherungswirtschaft interessiert zu sein. Der TiSA-Vorschlag bezieht sich aber offenbar auf alle Arten der Finanzierung individualisierter Behandlungsansprüche, ob im Rahmen eines öffentlich oder privat finanzierten Systems.

Wichtige Punkte des Vorschlags

Was in unterschiedlicher Weise beschrieben wird als Privatisierung der Gesundheitsversorgung, Offshoring (Behandlung im Ausland) oder „Gesundheitstourismus“ würde folgende Punkte beinhalten:

- Die zu behandelnden Personen würden im Ausland Gesundheitsdienstleistungen von zertifizierten Anbietern kaufen;

- Die Finanzierung erfolgt entweder zumindestens teilweise durch das Sozialversicherungssystem, die private Krankenversicherung oder andere innovative Systeme der Gesundheitsversorgung in Heimatland;
- Die Aufnahmeländer übernehmen die Verantwortung für die Nachbehandlung;
- Die einzelnen Staaten entscheiden selbst über den Leistungsumfang.

Es wird angenommen, dass es negative Nebeneffekte geben wird, die sich aber in Grenzen halten dürften.

Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme in den Heimatländern

Personen, die sich im Ausland behandeln lassen wollen, können ihre „inländischen“ finanziellen Ansprüche dafür verwenden. Das bedeutet:

- Aus den nationalen Gesundheitssystemen werden Gelder abgezogen. Die geringen Investitionen in diesen Ländern werden als eine der Begründungen für die Behandlung im Ausland genannt, damit wird dieses Problem zu einem Selbstläufer;
- Gleichzeitig entsteht eine Rechtfertigung für geringere Investitionen in das Gesundheitssystem sowie in allgemeine und berufliche Bildung des Heil- und Pflegepersonals;
- Die vom Steuerzahler aufgebrauchten Mittel für die Gesundheitsversorgung einzelner PatientInnen werden in das private Gesundheitssystem eines anderen Landes transferiert;
- Länder, die zurzeit noch keine öffentlichen Gelder für die Gesundheitsversorgung durch individuelle Konten zuteilen, sich aber an den TISA-Anhang halten müssten, könnten dazu gezwungen werden, die Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme zu ändern und individuelle Konten und Gutscheine einzuführen;
- Leistungen privater Krankenversicherungen, die oft steuerlich begünstigt sind, werden im Ausland ausgegeben;
- Die Wirtschaft im Heimatland verliert die Ausgabendynamik im Gesundheitswesen, während im Gegenzug die Wirtschaft des Anbieterlandes profitiert;
- Gesundheitseinrichtungen im Heimatland müssen für Probleme infolge von Auslandsbehandlungen geradestehen, sobald die behandelten Personen wieder zu Hause sind. Dies würde unkalkulierbare Belastungen des heimatlichen Gesundheitswesens nach sich ziehen, wenn nicht zusätzliche besondere Vereinbarungen mit den Versicherungen getroffen werden;
- Behandlungen im Ausland würden von Anbietern durchgeführt, die nach einem Akkreditierungsverfahren zertifiziert werden. Die Heimatländer müssten hierzu Mechanismen und Kriterien für die Akkreditierung entwickeln und deren Einhaltung ständig überwachen;
- Eine Liste von zunächst begrenzten Verfahren würde wahrscheinlich immer umfangreicher werden und die treibende Kraft hinter dem Trend werden, signifikante Teile des heimatlichen Gesundheitssystems ins Ausland zu verlegen. Dies wiederum wird zu einer wachsenden Abhängigkeit von Anbietern im Ausland führen.

Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme in den Aufnahmeländern

Zielländer für Gesundheitsleistungen müssen mit folgenden Problemen rechnen:

- Qualifiziertes Personal wird zu bevorzugt von ausländischen PatientInnen frequentierten Gesundheitseinrichtungen abwandern, die oft höhere Löhne und bessere Behandlungsmöglichkeiten bieten. Ungleichheiten im Gesundheitswesen werden auf diese Weise zum Dauerzustand;

- Allgemeine und berufliche Bildungsinvestitionen eines Landes kommen ausländischen NutzerInnen des Gesundheitssystems zugute und nicht der eigenen Bevölkerung und den eigenen SteuerzahlerInnen;
- Erforderliche Nachbehandlungen fallen in den Verantwortungsbereich der behandelnden Einrichtung bzw. - noch wahrscheinlicher - des öffentlichen Gesundheitssystems. Die Formulierung hier ist unklar, könnte aber bedeuten, dass die Aufnahmeländer und deren SteuerzahlerInnen bei Komplikationen die Kosten für medizinische Behandlungen übernehmen müssen, die Spezialeinrichtungen erfordern. Stehen diese Einrichtungen im Land nicht zu Verfügung, muss das Land evtl. die Kosten für eine medizinische Behandlung woanders übernehmen.

Auswirkungen auf die PatientInnen

Die Behandlung im Ausland soll einzelnen PatientInnen als Gesundheitskunden nutzen, hat aber potenzielle Nachteile:

- Trennung von Familie und Unterstützungspersonen; dies ist besonders von Nachteil bei traumatisierenden oder schwierigen Behandlungen, nach denen PatientInnen besonders betreuungsbedürftig sind, oder bei längeren Krankenhausaufenthalten und Komplikationen;
- Wenn es zu Komplikationen kommt, werden ausländische „VerbraucherInnen“ von örtlichen Gesundheitseinrichtungen im Aufnahmeland abhängig, die oftmals von vergleichsweise geringer Qualität sind;
- Die Akkreditierung von Behandlungseinrichtungen im Ausland lässt u.U. Aspekte wie Sprache, Religion und kulturelles Wissen und Empfindlichkeiten außer Acht, die aber wichtige Elemente der Gesundheitsversorgung sind;
- Es kann zu Schwierigkeiten mit der Gewährleistung von Nachbehandlungen bei medizinischen Problemen nach Rückkehr des/r Patienten/in ins Heimatland kommen;
- Die Durchsetzung von Rechtsansprüchen ist u.U. problematisch, wenn die Gesundheitsdienstleister im Ausland ansässig sind; das gilt besonders dann, wenn die Versicherungsansprüche im Heimatland begrenzt sind;
- PatientInnen, die im Heimatland behandelt werden, erleben evtl. aufgrund ausbleibender Investitionen eine Verschlechterung der Versorgung anstatt einer in Aussicht gestellten Verbesserung aufgrund kürzerer Wartezeiten;
- PatientInnen könnten einen zunehmenden expliziten oder impliziten Druck erleben, sich im Ausland behandeln zu lassen, obwohl sie eine Behandlung zu Hause bevorzugen.

Einschränkungen der staatlichen Regulierungshoheit

Der Vorschlag ist ein Konzeptpapier und legt die geltenden Bestimmungen in einem Anhang fest. Es gibt keinerlei Hinweise darauf, dass die TiSA-Vertragsstaaten die Möglichkeiten hätten, diesen Anhang von der Geltung auszuschließen.

Der Vorschlag, dass die *Einzelheiten* jedem einzelnen Land selbst überlassen würden, lässt darauf schließen, dass der Anhang für alle Vertragsparteien verbindlich ist, diese jedoch flexibel über seine Anwendung bestimmen können.

Als vorgeschlagenen Ausnahmeregelungen werden „legitime soziale Ziele“ genannt. Eine ähnliche, aber nicht identische Terminologie wird in Zusammenhang mit Auflagen zur innerstaatlichen Regulierung verwendet. Nach dieser Vorgabe wären die Regulierungsmöglichkeiten auf „legitime“ Ziele begrenzt, um Anforderungen in den Bereichen „Qualität“, Verbraucherschutz und Datenschutz zu erfüllen. Umfassendere soziale, kulturelle oder systemische Ziele könnten wirksam ausgeschlossen werden.

Eine effektive Regulierung ist auf „die Erleichterung des Lebens der PatientInnen“ gerichtet anstatt auf die übergeordnete Bedarfssituation der Gesundheitssysteme und die Zukunftsfähigkeit qualitativ hochwertiger öffentlicher Dienste.

Die Regulierungshoheit der Staaten beschränkt sich darauf, Ansprüche auf Gesundheitsleistungen zu organisieren, nicht die Gesundheitspolitik allgemein.

Wenn die GATS-Ausnahmeregelung auch für TiSA übernommen wird, ergäbe sich daraus kein effektiver Schutz für öffentliche Gesundheitsmaßnahmen. Die Anforderungskombination, dass eine staatliche Regulierungsmaßnahme „erforderlich“ sein muss und keine „willkürliche oder unangemessene Diskriminierung“ oder kein „verdecktes Handelshemmnis“ darstellen darf, würde den Erfolg eines solchen Regulierungsversuchs extrem erschweren. In der Tat konnte eine solche Ausnahmeregelung als Einrede bei der WTO noch nie mit Erfolg geltend gemacht werden.

Die Auswirkungen des Anhangs könnten weiter verschärft werden durch das Zusammenwirken mit anderen Kapiteln wie dem freien Datenverkehr und nicht ersichtlichen Datenschutzbestimmungen in dem durchgesickerten Vorschlag der USA zum elektronischen Handel, grenzüberschreitenden Dienstleistungen, Finanzdienstleistungen, innerstaatlicher Regulierung, Kohärenz in Regulierungsfragen und befristete Zuwanderung von Arbeitskräften, um nur einige zu nennen.

Durchsetzung

Verpflichtungen zur grenzüberschreitenden Erbringung von Dienstleistungen (bei GATS unter Mode 1 und Mode 2) wären für die TiSA-Vertragsparteien bindend. Nach der vorgeschlagenen Ratchet- und Stillstandsklausel wäre es für einen Staat, der sein Gesundheitssystem wie in dem Vorschlag vorgesehen liberalisiert hat, nicht mehr möglich, dies teilweise oder vollständig wieder rückgängig zu machen.

Eine Verpflichtung auf den vorgeschlagenen Anhang wäre für die Staaten auch in Zukunft verbindlich.

Länder, die TiSA-Vertragsparteien sind, könnten diese Verpflichtung gegenüber anderen Ländern durch ein Staat-Staat-Schiedsverfahren durchsetzen.

Darüber hinaus können ausländische Investoren das Investor-Staat-Schiedsverfahren im Falle eines bilateralen Investitionsabkommens oder ähnlicher Investitionsverpflichtungen zwischen Ländern für sich nutzen. Ein ausländischer Investor würde nicht automatisch den Schutz derartiger Vereinbarungen genießen. Wenn es jedoch im investierenden Land eine örtliche Agentur gäbe, die negative Auswirkungen auf die Gewinne des Unternehmens aufgrund einer Änderung der politischen Rahmenbedingungen oder sogar den kompletten Verlust des Geschäfts ins Feld führt, könnte dem Staat eine Investitionsklage über viele Millionen Dollar drohen. Ein ähnlicher Anspruch könnte entstehen, wenn neue Regelungen zur Begrenzung von Gesundheitsleistungen im Ausland als diskriminierend angesehen werden, z.B. wenn der Gesundheitsversorgung zu Hause oder Gesundheitsdienstleistern in bestimmten Ländern der Vorzug gegeben wird (beispielsweise aufgrund kultureller oder religiöser Gemeinsamkeiten).

