



Newsletter Europapolitik

von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung



Europapolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft

Im Mai 2014 sind die Bürger Europas dazu aufgerufen, das Europäische Parlament für weitere fünf Jahre neu zu wählen. Die europäische Integration umfasst in erster Linie die Herstellung eines gemeinsamen Marktes. Die Gesundheitspolitik in der Europäischen Union (EU) ist dagegen nach wie vor eine Angelegenheit der Mitgliedstaaten. Nicht immer halten sich die europäischen Institutionen aber an dieses Prinzip. „Mehr Mut zur Subsidiarität“ ist daher der rote Faden des gesundheitspolitischen Forderungskatalogs, den die Ärzteschaft anlässlich der Europawahl vorgelegt hat.

Die Ärzteschaft stellt sechs Forderungen an die europäische Politik:

1. Für ein Europa der individuellen Gesundheitssysteme

Die unterschiedlichen Gesundheitssysteme in Europa sind das Ergebnis kultureller Entwicklungen. Der Vertrag von Lissabon garantiert die nationale Zuständigkeit für die Organisation des Gesundheitswesens und verbietet jeglichen Versuch der Harmonisierung. Die Gesundheitspolitik der Europäischen Union sollte sich auf Maßnahmen wie die Mobilität von Patienten und Ärzten, die Innovations- und Forschungsförderung oder den Wissenstransfer zwischen den Mitgliedsstaaten sowie grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren konzentrieren.

2. Keine EU-Norm zur Patientenbehandlung

Die jüngsten Bemühungen, medizinische Verfahren und Gesundheitsdienstleistungen durch nicht-medizinische, privat-wirtschaftliche Normungsorganisationen zu reglementieren, sind ein Irrweg. Weder verfügen diese Einrichtungen über die notwendigen medizinischen und berufsethischen Kompetenzen, noch besitzen sie eine demokratische Legitimation. Jede medizinische Behandlung ist eine Suche nach Lösungen auf der Grundlage des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten. Patienten haben das Recht auf eine Behandlung, die auf einer soliden medizinischen Evidenz

beruht und ethische Erwägungen einbezieht. Nur auf dieser Grundlage ist ein hohes Niveau der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.

3. Förderung der freien Berufe

Noch immer weigert sich die europäische Politik, die soziale und wirtschaftliche Bedeutung der freien Berufe ausreichend zu würdigen. Die freien Berufe leisten eigenverantwortlich und mit großem Engagement einen qualitativ hochwertigen Beitrag zur Daseinsvorsorge. Ärztinnen und Ärzte garantieren als Freiberufler eine patientennahe gesundheitliche Versorgung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Die EU sollte daher ein nach freiberuflichen Prinzipien organisiertes Gesundheitswesen respektieren und die ärztliche Selbstverwaltung als Erfolgsmodell akzeptieren.

4. Wahrung ethischer Prinzipien

Für das Patienten-Arzt-Verhältnis haben die grundlegenden und international konsentierten medizin-ethischen Prinzipien zu gelten. Dazu zählt die Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten, das nur über die Ausübung einer Einwilligung nach Aufklärung („informed consent“) gewährleistet ist. Gerade im Bereich der medizinischen Forschung und der damit notwendigen Datenverarbeitung sind Tendenzen erkennbar, die diesen Grundpfeiler in Frage stellen.

5. Schutz der Patientendaten verbessern

Je enger die weltweite Vernetzung, desto stärker geraten Gesundheitsdaten ins Visier, nicht zuletzt von Wirtschaftsunternehmen. Daher ist es unerlässlich, die europäischen Datenschutzbestimmungen den technischen Möglichkeiten anzupassen.

6. Was Europa besser machen kann

Die Europäische Union muss sich stärker bemühen, Bürokratie abzubauen und gute Rechtsetzung da zu gewährleisten, wo Europa tatsächlich als Ganzes gefordert ist. Insbesondere müssen die politischen Prozesse und Entscheidungen der EU zur Gesundheit für die Beteiligten wie die Betroffenen transparenter und verständlicher gestaltet werden.

Europapolitisches [Programm](#) der europäischen Ärzteschaft

Gemäß der Devise: „Wir europäischen Ärzte sind davon überzeugt, dass der Zugang und eine bestmögliche Qualität der Gesundheitsversorgung für jeden Realität sein müssen“, hat sich das Comité Permanent des Médecins Européens (CPME, Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte) zur Europawahl positioniert. Danach plädiert das CPME für einen homogenen Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Patientinnen und Patienten. Es setzt sich für Patientensicherheit und eine hohe Qualität der Patientenversorgung, für Forschung in der Medizin sowie für berufliche Unabhängigkeit ein. Das CPME plädiert nachdrücklich für einen „Gesundheit in allen Politikbereichen“-Ansatz, um das sektorübergreifende Bewusstsein und Handeln zu fördern. Ferner

sprechen sich die europäischen Ärzte gegen Budgetkürzungen bei der Gesundheitsversorgung aus, um strukturelle Ungleichheiten im Hinblick auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu vermeiden.

Rückblick auf die 7. Legislaturperiode 2009-2014 des Europäischen Parlaments

Mit der Neuwahl des Europäischen Parlaments Ende Mai 2014 geht die nunmehr 7. Legislaturperiode des einzigen direkt gewählten transnationalen Parlaments der Welt zu Ende. In 22 Ausschüssen haben sich die 766 Abgeordneten mit Themen von der Bankenregulierung bis hin zu Energiesparlampen beschäftigt. Der für die deutsche Ärzteschaft besonders relevante Umwelt- und Gesundheitsausschuss war mit 71 Mitgliedern der größte legislative Ausschuss des Europäischen Parlaments. In mehr als 220 Verfahren verschiedenster Art war der Umwelt- und Gesundheitsausschuss dabei federführend tätig und für 78 ordentliche Gesetzgebungsverfahren zuständig. In der Legislaturperiode konnten knapp 50 Verfahren erfolgreich abgeschlossen werden und auf dem Weg dahin wurden nahezu 25.000 Änderungsanträge eingereicht, debattiert und abgestimmt.

Im Gesundheitsbereich sind folgende Gesetze vom Europäischen Parlament verabschiedet worden:

- [Richtlinie 2011/24/EU](#) über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Im Bereich Gesundheit wurde insbesondere die Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, welche die Rechte der Patienten bei der Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen regelt, im April 2011 verabschiedet. Mit der Richtlinie werden als Alternative und in Ergänzung zur Verordnung (EG) Nr. 883/2004 („Koordinierungssystem“) die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme und die Kostenerstattung von Auslandsbehandlungen kodifiziert, wie sie von dem Gerichtshof der Europäischen Union zur Patientenmobilität entwickelt wurden. EU-Bürger können weitgehend selbst bestimmen, in welchem Land der Europäischen Union sie sich ambulant oder stationär behandeln lassen. Für Krankenhausbehandlungen können die Mitgliedstaaten eine Vorabgenehmigung verlangen. Die Kosten einer Auslandsbehandlung sollen den Versicherten allerdings nur bis zu der Höhe erstattet werden, die bei Behandlung im Herkunftsland angefallen wären. Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten und Kosten erhalten Patienten über die eingerichteten nationalen Kontaktstellen (www.eu-patienten.de). Zur Frage der Verortung der Kontaktstelle haben KBV und Bundesärztekammer eine [gemeinsame Stellungnahme](#) im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Patientenrechtegesetz erarbeitet. Weitere abgeleitete Rechtsakte etwa zu eHealth und Referenzzentren sind derzeit in Bearbeitung. Vor und während des Gesetzgebungsverfahrens haben sich [Bundesärztekammer \(Englische Fassung\)](#) und [KBV](#) über drei Jahre intensiv in den Prozess eingebracht. Insbesondere wurde auf die Beachtung des Subsidiaritätsgrundsatzes angesichts des begrenzten gesundheitspolitischen Mandats der EU hingewiesen.

- [Richtlinie 2010/45/EU](#) über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe

Im Mai 2010 wurden mit der Richtlinie strengere Qualitäts- und Sicherheitsstandards festgelegt. Dadurch sollen Gefahren, die die medizinische Praxis von Organtransplantationen birgt, reduziert werden. Die Mitgliedstaaten waren zudem gehalten, Rückverfolgbarkeitssysteme einzurichten. Auch das Prinzip der freiwilligen und unentgeltlichen Spende wurde ausdrücklich implementiert. Mit dem parallel verabschiedeten Aktionsplan waren die Mitgliedstaaten aufgerufen, ein System der Transplantationskoordinatoren einzuführen. Bereits während der Überarbeitung der ursprünglichen Kommissionsvorschläge durch die Abgeordneten des Europäischen Parlaments hatte die Bundesärztekammer diese mit einer Stellungnahme und Eingaben unterstützt. Über die Eingaben gelang es, auf fehlende Definitionen und Regelungslücken hinzuweisen.

- [Verordnung über klinische Prüfungen](#)

Die Verordnung, die am 2. April 2014 im Europäischen Parlament und am 16. April 2014 im Rat verabschiedet wurde, wird nach Einrichtung eines elektronischen Einreichungsportals mit angeschlossener Datenbank bei der Europäischen Arzneimittelagentur voraussichtlich ab 2016 Anwendung finden. Für die Beantragung und Durchführung von klinischen Prüfungen, die in mehreren Mitgliedstaaten gleichzeitig durchgeführt werden sollen, muss ein Antragssteller zukünftig nur noch einen einzigen Antrag über ein zentrales IT-Portal stellen. Darüber hinaus sieht die EU-Verordnung mehr Transparenz bei Studienergebnissen vor. Da der ursprüngliche Verordnungsentwurf zentralen ethischen Prinzipien und ärztlichen Überzeugungen nicht gerecht wurde, hat sich neben weiteren Akteuren wie dem Comité Permanent des Médecins Européens (CPME) und dem Weltärztebund (WMA) auch die Bundesärztekammer intensiv mit kritischen Stellungnahmen ([Februar 2013](#), [Januar 2013](#) und [August 2012](#)), Veranstaltungen und Eingaben in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht. Wesentliche Forderungen der Bundesärztekammer wurden in der Folge aufgegriffen. So werden die Ethik-Kommissionen weiterhin einen festen Bestandteil des Genehmigungsprozesses darstellen, nachdem der erste Verordnungsvorschlag noch gänzlich auf eine Nennung von Ethik-Kommissionen verzichtete. Ebenfalls erfreulich ist, dass die Fristen für die Bearbeitung der Studienanträge zum Teil erheblich verlängert und das in Deutschland bestehende und grundrechtlich gebotene Schutzniveau für Prüfungsteilnehmerinnen und Prüfungsteilnehmer weitgehend berücksichtigt wurde. Kritisch zu hinterfragen ist aus Sicht der Ärzteschaft, dass die gruppennützige Forschung bei nicht-einwilligungsfähigen Erwachsenen sowie offenbar eine Zweitnutzung von Daten klinischer Prüfungen mit einer "Blanko-Einwilligung" unter bestimmten Umständen möglich sein sollen.

- Pharmapaket

Strengere Regeln für die Überwachung und Sicherheit des Arzneimittelmarktes wurden mit dem sogenannten Pharma-Paket beschlossen. Die Europäische Kommission legte dabei Vorschläge für eine [Richtlinie zur Bekämpfung von Arzneimittelfälschungen](#), eine Richtlinie und eine Verordnung zu Pharmakovigilanz sowie einen Richtlinien- und Verordnungsentwurf über Patienteninformation vor. Die im Juli 2011 in Kraft getretene Richtlinie zur Bekämpfung von Arzneimittelfälschung enthält Maßnahmen, um die

Fälschungssicherheit von Arzneimitteln zu verbessern, u. a. über Sicherheitsmerkmale auf Verpackungen. Verabschiedet wurde auch die [Richtlinie](#) und [Verordnung](#) zu Pharmakovigilanz, mit welcher eine erweiterte Definition von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und die Verpflichtung für die Hersteller zur Übermittlung von gemeldeten und vermuteten Nebenwirkungen an eine Datenbank der Europäischen Arzneimittelagentur eingeführt wurde. Am Widerstand der Mitgliedstaaten scheiterten jedoch die Gesetzesinitiativen, welche es pharmazeutischen Unternehmen ermöglicht hätten, sich mit Informationen zu verschreibungspflichtigen Medikamenten direkt an die Öffentlichkeit zu wenden. Die [deutsche Ärzteschaft](#) hatte sich insbesondere vehement gegen die Aufweichung des geltenden Werbeverbots eingesetzt.

- [Beschluss Nr. 1082/2013/EU](#) vom 22. Oktober 2013 zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren

Um die europäischen Bürgerinnen und Bürger zukünftig noch besser vor Pandemien, ökologischen oder chemischen Katastrophen und anderen grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohungen zu schützen, hat das Europäische Parlament den Beschluss über schwerwiegende grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren verabschiedet. Dadurch soll die Koordinierung in Katastrophenfällen verbessert und eine Rechtsgrundlage für die Koordinierung der Impfstoffbeschaffung geschaffen werden.

- [Verordnung \(EU\) Nr. 1025/2012 zur europäischen Normung](#)

Seit 1. Januar 2013 besteht für die Europäische Kommission die Möglichkeit, nach der Verordnung zur europäischen Normung, die europäischen Normungsgremien (CEN, CENELEC und ETSI) mit der Normung insbesondere von Dienstleistungen und damit auch von ärztlichen Leistungen zu beauftragen. Trotz der intensiven Bemühungen von Seiten der KBV und der Bundesärztekammer sind Gesundheitsdienstleistungen nicht – wie bei der Dienstleistungsrichtlinie – explizit aus dem Anwendungsbereich herausgenommen worden. Allerdings betont Erwägungsgrund 12, dass Normungsaufträge nur unter uneingeschränkter Achtung der Zuständigkeitsverteilung zwischen der EU und den Mitgliedstaaten gemäß den Verträgen erteilt werden dürfen. Dies betrifft besonders den Grundsatz, dass es in die ausschließliche Zuständigkeit der Mitgliedstaaten fällt, die wesentlichen Regeln ihrer Gesundheitssysteme festzulegen. Zwar hat die Europäische Kommission noch kein Mandat im Gesundheitsbereich erteilt, sie räumt allerdings den Gesundheitsdienstleistungen in ihrem [Arbeitsprogramm 2014](#) für europäische Normung einen eigenen Punkt ein. Vorgesehen ist ein gemeinsamer Benchmark, insbesondere im Bereich chronische, nichtübertragbare Krankheiten. Genormt werden sollen Teilgebiete bei denen horizontale Aspekte wie die Patientensicherheit und -registrierung, erkrankungsspezifische Akkreditierungssysteme wie Brustkrebsbehandlungsdienste und stadienspezifische Dienstleistungen bearbeitet werden. Zunächst plant die Kommission jedoch die Durchführung einer Machbarkeitsstudie u. a. mit dem Ziel, ob und wie Bedingungen für die Entwicklung von Normen für Gesundheitsdienstleistungen festgelegt werden könnten.

Von der europäischen Normungsverordnung zu unterscheiden sind sog. "Bottom-up"-Projekte. Hier initiiert ein nationales Normungsinstitut aus mitunter zweifelhaften Beweggründen ein Normungsprojekt. Gegenwärtig gibt es im Gesundheitsbereich auf europäischer Ebene „Bottom-up“-Projekte für ästhetische chirurgische und nichtchi-

rurgische ärztliche Leistungen, Homöopathie, Osteopathie, Chiropraktiker, das Gutachter- und Sachverständigenwesen, traditionelle chinesische Medizin sowie die Behandlung der Kiefer-Lippen-Gaumenspalte. [Bundesärztekammer, KBV](#) und weitere Organisationen des Gesundheitswesens sowie das [Comité Pérmanent des Médecins Européens](#) (CPME) und der [Weltärztebund](#) (WMA) lehnen die Normung ärztlicher Leistungen entschieden ab. Auch die [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften](#) e.V. (AWMF) hat sich ausdrücklich gegen die Normung medizinischer Gesundheitsdienstleistungen ausgesprochen. Jeder Patient hat das Recht auf eine individuelle Behandlung. Dieses Recht wird durch Bestrebungen bedroht, medizinische Behandlungen mit Hilfe europäischer Normungsgremien zu definieren. Diese Institutionen verfügen weder über medizinische oder berufsethische Kompetenzen, noch über ein öffentliches Mandat. Die Normung von Gesundheitsdienstleistungen unterläuft nicht nur das ärztliche Berufsrecht der EU-Mitgliedstaaten, sondern stellt auch den berechtigten Anspruch des Patienten auf eine individuelle, vertrauensvolle Beziehung zu seinem Arzt nachhaltig in Frage.

- [Berufsanerkennungsrichtlinie geändert durch die RL 2013/55/EU](#)

Die Revision der Berufsanerkennungsrichtlinie ist auf europäischer Ebene abgeschlossen. Die Berufsanerkennungsrichtlinie sieht vor, dass die Mitgliedsstaaten der EU die jeweiligen Berufsabschlüsse in einem reglementierten Beruf grundsätzlich als gleichwertig anerkennen und den Berufsangehörigen Zugang zum heimischen Arbeitsmarkt gewähren. Ziel der Revision ist eine Vereinfachung und Flexibilisierung des Verfahrens der Anerkennung.

Zentraler Bestandteil der Überarbeitung ist die für die Mitgliedstaaten freiwillige Einführung eines Berufsausweises. Dabei handelt es sich um ein elektronisches Zertifikat, das alle Qualifikationen und Nachweise des Erwerbstätigen enthält und vom Herkunftsstaat auf Antrag des Erwerbstätigen ausgestellt wird. Weiter wird u. a. ein Vorwarnmechanismus über Angehörige von Gesundheitsberufen eingeführt, gegen die in ihrem Heimatland disziplinarische oder strafrechtliche Sanktionen vorliegen. Im Bereich der ärztlichen Grundausbildung wird die Mindest-Ausbildungsdauer auf fünf Jahre bestehend aus 5500 Stunden herabgesenkt. Im Gesetzgebungsverfahren haben sich die [Bundesärztekammer](#) (auch in englischer Fassung) und die KBV über drei Jahre intensiv bereits während der [Konsultation](#) und der Erstellung des [Grünbuchs](#) mit [Stellungnahmen](#) – auch [gemeinsam](#) mit den [anderen Heilberufen](#) –, über das Comité Pérmanent des Médecins Européens (CPME) und das Netzwerk der zuständigen Behörden (ENMCA) sowie mit Gesprächen mit Vertretern von Ministerien und Kommission sowie Abgeordneten des Europäischen Parlamentes eingebracht. Die Mitgliedstaaten haben nun zwei Jahre Zeit, die Regelungen in nationales Recht umzusetzen.

- Neue [Tabakprodukterichtlinie](#)

Nach jahrelangen Beratungen und Verhandlungen ist die neue Tabakprodukterichtlinie verabschiedet worden. Die Neuregelungen sollen vor allem Kinder und Jugendliche von dem Konsum von Tabakerzeugnissen abhalten. Dazu werden künftig abschreckende Bild- und Text-Warnhinweise auf 65 % der Fläche der Zigarettenschachteln abgebildet. Ferner wird das Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen mit einem charakteristischen Aroma, wie etwa Fruchtaromen, Menthol (ab 2020) oder Vanille verboten. Die Bundesärztekammer hat sich in dem Gesetzgebungsverfahren mit einer eige-

nen [Stellungnahme](#) (auch in [englischer Fassung](#)) und über das Aktionsbündnis Nicht-rauchen e.V. (ABNR) eingebracht. Im Vorfeld der Abstimmungen in den Ausschüssen und im Europäischen Parlament – auch vor dem Hintergrund der massiven Lobbytätigkeit der Tabakindustrie – wurde in einem Schreiben an die Abgeordneten des Europäischen Parlaments appelliert, in ihrer Entscheidung für die neue Tabakproduktrichtlinie dem Gesundheits- und Verbraucherschutz den Vorrang einzuräumen. Obwohl das Ergebnis insgesamt strengere begrüßenswerte Regelungen umfasst, ist die Erwartung in einzelnen Punkten nicht erfüllt worden. Die lange Übergangsfrist für den Verkauf von Mentholzigaretten und das Beibehalten des Verkaufs von "Slim"-Zigaretten zählen dazu.

- [Richtlinie über elektromagnetische Felder](#)

Nach langen Beratungen haben sich das Europäische Parlament und die Mitgliedstaaten im Rat auf eine abschließende Regelung zum Schutz von Arbeitnehmern vor Schäden durch elektromagnetische Strahlungen verständigt. Das EU-Gesetz muss nun bis Juli 2016 in nationales Recht umgesetzt werden. Die Richtlinie beinhaltet neue internationale Grenzwerte, ermöglicht aber auch branchenspezifische Ausnahmen wie zum Beispiel für die Magnetresonanztomographie in der Gesundheitsversorgung. Damit wird der Einsatz dieser medizinischen Anwendung in Europa auch zukünftig problemlos möglich sein.

- [Gesundheitsprogramm 2014-2020](#)

Bis zum Jahr 2020 stellt die EU ca. 450 Millionen Euro für ein Gesundheitsaktionsprogramm zur Verfügung. Das EU-Gesundheitsprogramm läuft unter dem Titel „Gesundheit für Wachstum“ und zielt im Allgemeinen darauf ab, Gesundheitsinnovationen zu fördern, die Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen zu steigern, die Gesundheit der europäischen Bürgerinnen und Bürger zu verbessern sowie diese vor grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren zu schützen.

Im Gesundheitsbereich sind folgende Vorhaben in Bearbeitung:

- [Richtlinie über Netz- und Informationssicherheit](#)

Die Richtlinie über Netz- und Informationssicherheit verfolgt das Ziel eines besseren Schutzes der IT-Netzwerke in Europa. Zu diesem Zweck wird es künftig verbindliche Sicherheitsanforderungen geben. Der Richtlinienentwurf sieht vor, dass Unternehmen und Einrichtungen in besonders kritischen Sektoren – hierunter fällt auch der Bereich Gesundheit – ihre IT-Systeme von externen Auditoren prüfen lassen müssen. Dies wäre für Arztpraxen ab 10 Mitarbeitern mit Kosten von ca. 10.000 Euro jährlich verbunden. KBV und Bundesärztekammer haben sich im Beratungsprozess an die Abgeordneten des Europäischen Parlaments gewandt, um diese Regelung abzuwenden. Arztpraxen sind in der Regel keine Betreiber von Netzen, sondern zumeist nur Nutzer der Infrastruktur und der dort angebotenen Dienste. Auch würde im Gegensatz zu größeren Einrichtungen der Gesundheitsversorgung der Ausfall der IT in einer Arztpraxis keinen nennenswerten Einfluss auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung haben, sodass auch deshalb Arztpraxen nicht als kritische IT-Infrastrukturen einzustu-

fen sind. Die Parlamentarier sind dieser Argumentation insofern gefolgt, als dass die Störung erhebliche Auswirkungen auf den betroffenen Mitgliedstaat haben muss. Damit dürften Arztpraxen von der Richtlinie nicht mehr betroffen sein. Bis zum Herbst wollen sich Europaparlament und Mitgliedstaaten über den endgültigen Text der Richtlinie einigen. In der Folge könnten die neuen Standards im Jahr 2016 in Kraft treten.

- [Entwurf einer Datenschutz-Grundverordnung](#)

Auswirkungen auf den Gesundheitsbereich entfaltet auch die im Innenausschuss des Europäischen Parlaments kontrovers diskutierte Datenschutz-Grundverordnung. Zu dieser konnte ein Standpunkt des Parlaments im März 2014 in erster Lesung erzielt werden. Da sich die Mitgliedstaaten im Rat der Europäischen Union nicht auf einen gemeinsamen Standpunkt einigen konnten, muss auch dieses Gesetzgebungsverfahren in der nächsten Legislaturperiode des Europäischen Parlaments abgeschlossen werden. Auch wenn Begriffe wie "one-time consent" vor der Abstimmung im März 2014 kurzfristig entfallen waren, wird mit dem Abstimmungsergebnis versucht, das Erfordernis der Einwilligung nach Aufklärung ("informed consent") im Forschungskontext aufzuweichen. Auch an dieser Stelle sind widerspruchsfreie und vor allem unzweideutige Neuformulierungen notwendig – insbesondere mit Blick auf die bereits verabschiedete Verordnung über klinische Prüfungen, die auf das Datenschutzrecht verweist. Die Bundesärztekammer beteiligt sich über das Comité Permanent des Médecins Européens (CPME) an [Stellungnahmen](#), Eingaben und Terminen mit Abgeordneten des Europäischen Parlamentes sowie Vertretern der Europäischen Kommission.

- Verordnungsentwürfe über [Medizinprodukte](#) und [In-vitro-Diagnostika](#)

Im April 2014 hat das Europäische Parlament in erster Lesung seinen Standpunkt zu den Verordnungen über Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika festgelegt. Besonders vor dem Hintergrund des Skandals um die fehlerhaften Brustimplantate (PIP-Skandal) wurde der Überarbeitung des Rechtsrahmens ein hoher Stellenwert beigegeben. Eine Einigung im Rat der Europäischen Union, also der EU-Mitgliedstaaten, steht noch aus, sodass das Gesetzgebungsverfahren noch nicht abgeschlossen ist und in der nächsten Legislaturperiode fortgesetzt werden wird. Mit den Verordnungsvorschlägen sollen die Richtlinien über aktive implantierbare medizinische Geräte und die Richtlinie über Medizinprodukte zusammengeführt werden. Dabei sollen u. a. Regelungslücken geschlossen und die Erhöhung des Sicherheitsniveaus für die Herstellung und das Inverkehrbringen bei implantierbaren oder invasiven Produkten berücksichtigt werden. Ähnlich der Stellungnahme zum Verordnungsentwurf klinische Prüfungen sah die Bundesärztekammer Änderungsbedarf ([Stellungnahme aus Februar 2013](#) – auch in [englischer Fassung](#) – und Anmerkungen zu [Medizinprodukte](#) und [In-vitro-Diagnostika](#) aus Mai 2013). Die im weiteren Verlauf durch das Europäische Parlament aufgegriffenen Forderungen insbesondere zur Einbeziehung der Ethik-Kommissionen unter Verweis auf die Deklaration von Helsinki werden von der Bundesärztekammer begrüßt, die sich zuletzt im Oktober 2013 (Anmerkungen zu [Medizinprodukte](#) und [In-vitro-Diagnostika](#)) mit einer Stellungnahme eingebracht hat.

- [Transparenzrichtlinie](#)

Mit dem Richtlinienentwurf die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Humanarzneimitteln und ihrer Aufnahme in die staatlichen Krankenversicherungssysteme betreffend, verfolgt die Europäische Kommission das Ziel, die Verfahrenspflichten der Mitgliedstaaten in diesem Bereich zu präzisieren und verspätete Preisfestsetzungs- und Kostenerstattungsentscheidungen zu vermeiden. Der von der Europäischen Kommission im Jahr 2012 vorgelegte und im Jahr 2013 novellierte Richtlinienentwurf wurde bisher im Rat der Europäischen Union blockiert. Eine Wiederaufnahme der Verhandlungen wird derzeit jedoch zwischen den Mitgliedstaaten beraten.

Öffentliche Konsultationen und Mitteilungen der Kommission:

- [Konsultation über die Einführung des Europäischen Berufsausweises](#) (bis 2. Juni 2014)

Am 7. April 2014 hat die Europäische Kommission eine Konsultation über die Einführung des Europäischen Berufsausweises eingeleitet. Die Kommission beabsichtigt auf diese Weise, das nach der modernisierten Berufsanerkenntnisrichtlinie erforderliche notwendige Interesse der betroffenen Berufsgruppe an einer Einführung des Berufsausweises zu ermitteln. Wegen der mit einem Berufsausweis angestrebten Vereinfachung und Beschleunigung des Anerkennungsverfahrens von Berufsqualifikationsnachweisen werden auch Informationen bezüglich der notwendigen Dokumentation, der Kosten und der Dauer des Verfahrens abgefragt. Die Bundesärztekammer plant unter Berücksichtigung der Eingaben der Landesärztekammern an dem Konsultationsprozess teilzunehmen.

- [Konsultation zum Thema „Mobile-Health-Dienste“](#) (bis 3. Juli 2014)

Die Europäische Kommission hat am 10. April 2014 eine Konsultation zum Thema „Mobile-Health-Dienste“ („mHealth“) eröffnet. Ziel ist es, Möglichkeiten zu erfassen, wie die Gesundheit der europäischen Bürger durch den Einsatz mobiler Geräte (Mobiltelefone, Tablets, Patientenüberwachungsgeräte und andere drahtlos angebundene Geräte) verbessert werden kann. Geklärt werden müssen insbesondere Fragen der Sicherheit von mHealth-Apps, Fragen der Nutzung der dadurch generierten Daten und Fragen zur Abgrenzung zu Medizinprodukten und einer damit verbundenen CE-Kennzeichnung. Betroffen sind daher auch Aspekte der Patientensicherheit. Die Bundesärztekammer plant, an der Konsultation teilzunehmen.

- [Konsultation zu MwSt-Rechtsvorschriften zu öffentlichen Einrichtungen und Steuerbefreiungen für dem Gemeinwohl dienende Tätigkeiten](#) (beendet am 25. April 2014)

Die Konsultation der Kommission „Mehrwertsteuer-Rechtsvorschriften zu öffentlichen Einrichtungen und Steuerbefreiungen für dem Gemeinwohl dienende Tätigkeiten“ endete am 25. April 2014. Die Europäische Kommission hält das seit über 40 Jahren geltende Mehrwertsteuersystem der Europäischen Union für reformbedürftig. Auf dem

Prüfstand stehen u. a. die für den öffentlichen Sektor geltenden MwSt-Vorschriften einschließlich der Sonderregelungen für Einrichtungen des öffentlichen Rechts und die Steuerbefreiungen für dem Gemeinwohl dienende Tätigkeiten. Die Konsultation hat diverse Reformoptionen für beide Bereiche vorgeschlagen, u. a. die Einführung eines Vollbesteuerungsmodells. Damit würden zum einen sämtliche ärztliche Heilbehandlungen der Steuerpflicht zugeführt. KBV und Bundesärztekammer haben sich in einer [gemeinsamen Stellungnahme](#) ausdrücklich gegen dieses Modell ausgesprochen. Laut Berechnungen der Deutschen Sozialversicherung (DSV) würde die Abschaffung der Tatbestände zur Steuerbefreiung bzw. Ermäßigungssätze der Mehrwertsteuer bei gleichen Leistungen eine Mehrbelastung von rund 34 Milliarden Euro – allein im Jahre 2014 – für die deutsche Sozialversicherung bedeuten. Die Folge wäre, dass der Beitragssatz zur Sozialversicherung insgesamt um mehr als drei Prozentpunkte steigen müsste. Auch die Bundesregierung lehnt eine generelle Einbeziehung der Dienstleistungen mit sozialem Charakter in die Mehrwertsteuerpflicht ab.

- [Konsultation zu Patientensicherheit und Versorgungsqualität](#) (beendet am 28. Februar 2014)

Ziel der Konsultation ist es, die Zukunft der EU-Politik zu Patientensicherheit und Qualität der Versorgung zu "konkretisieren". Der Europäischen Kommission geht es darum, europäische Qualitätsstandards im Gesundheitsbereich zu setzen, um die Patientensicherheit zu erhöhen. So sollen die bestehenden Unterschiede der Qualität zwischen den Mitgliedstaaten ausgeglichen werden. Mit der Konsultation möchte sich die Europäische Kommission ein Bild davon machen, welche Maßnahmen zur Patientensicherheit in den einzelnen Mitgliedstaaten gelten. Bundesärztekammer und KBV haben sich an der Konsultation beteiligt und in einem Begleitschreiben an die Europäische Kommission auf die Aktivitäten der Ärzteschaft in dem Bereich hingewiesen, wie z. B. auf die Gründung des Netzwerkes „Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.“ im Jahr 2005. Besonders hervorgehoben wurde, dass die Freiwilligkeit und Unabhängigkeit der Akteure im Gesundheitswesen die entscheidenden Erfolgsfaktoren für die erfolgreiche Implementierung von Maßnahmen zur Patientensicherheit sind, die über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgehen. Denn die Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung kann ebenso wenig wie die „Sicherheitskultur“ verordnet oder verwaltet und schon gar nicht normiert werden.

- [Konsultation zur "European Area of Skills and Qualifications" im Politikbereich Bildung](#) (beendet am 15. April 2014)

Ziel der Konsultation ist es, ein Bild über das Ausmaß gegenwärtiger Hindernisse bzgl. der Transparenz und Anerkennung von Fähigkeiten und Qualifikationen zu erhalten, denen sich Schüler, Studenten, Auszubildende und Arbeitnehmer in den Mitgliedsstaaten selbst, aber auch im Migrationskontext ausgesetzt sehen. Außerdem sollten Informationen über die Angemessenheit der entsprechenden europäischen "policies and instruments" gesammelt werden. Die Konsultation soll eventuelle Vorteile für die Entwicklung einer "European Area of Skills and Qualifications" herausarbeiten. Die Regelungen der Berufsanerkennungsrichtlinie bleiben von der Konsultation unberührt.

- [Mitteilung der Kommission zu Gesundheitssystemen in der EU](#)

In einer am 4. April 2014 angenommenen Mitteilung legt die Europäische Kommission einen Plan vor, mit dem die Gesundheitssysteme in der EU in die Lage versetzt werden sollen, die aktuellen Herausforderungen und Belastungen zu bewältigen. Es werden darin eine Reihe von Initiativen hervorgehoben, die die EU entwickeln oder ausbauen kann, um die Mitgliedstaaten zu unterstützen, eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. So sollen den Mitgliedstaaten zum Beispiel Instrumente und Methoden zur Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme an die Hand gegeben werden. Weiter will die Kommission Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und zur Verringerung ungerechtfertigter Unterschiede mit den Mitgliedstaaten erörtern. Es soll ein Beitrag zur Planung des Arbeitskräftebedarfs im Gesundheitswesen geleistet werden, der Einsatz von Arzneimitteln kosteneffektiver gestaltet sowie die Zusammenarbeit bei der Technologieabschätzung im Gesundheitswesen (HTA) verstärkt werden. Auch der Einsatz von Online-Gesundheitsdiensten (E-Health) soll erweitert werden.

- [Mitteilung zur Überprüfung der reglementierten Berufe](#)

In dem von der EU-Kommission mit der Mitteilung vom 2. Oktober 2013 begonnenen Prozess zur Evaluierung der nationalen Regelungen des Berufszugangs werden die einzelnen Regelungen am Maßstab des Art. 59 Abs. 3 der novellierten Berufsqualifikationsrichtlinie gemessen. Nach dieser Vorschrift ist jede einzelne Anforderung zur Beschränkung der Aufnahme oder Ausübung eines Berufes sowie deren kumulative Anwendung am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu messen. Im Rahmen einer Verbändeanhörung des Bundesministeriums für Wirtschaft hat die Bundesärztekammer zu der Mitteilung eine [vorläufige Stellungnahme](#) verfasst.

Synopse der Wahlprogramme

Am Sonntag, dem 25. Mai 2014 findet in Deutschland die achte Europawahl statt, bei der die Abgeordneten des Europäischen Parlaments gewählt werden. Es handelt sich um die erste Europawahl nach Inkrafttreten des Vertrages von Lissabon, sodass erstmals die darin vorgesehene Neuverteilung der Sitzzahl pro Land gelten wird. Da jeder Staat der Europäischen Union nach dieser Vorgabe eine feste Anzahl von Sitzen hat, die Höchstzahl aber auf 96 festgelegt wurde, verliert Deutschland drei Sitze (bisher 99 Sitze). Insgesamt wird das Europäische Parlament 750 Abgeordnete plus den Parlamentspräsidenten umfassen (gegenwärtig sind es 766 Abgeordnete). Nachdem das Bundesverfassungsgericht die Dreiprozenthürde für verfassungswidrig erklärt hat, reicht jeder Partei das natürliche Quorum von ca. 0,5 Prozent, um mit einem Abgeordneten in das Europäische Parlament einzuziehen. Der Bundeswahlausschuss hat am 14. März 2014 in seiner Sitzung 25 Parteien und sonstige politische Vereinigungen zur Europawahl zugelassen, von denen alle außer den Unionsparteien, die Landeslisten einreichen, mit einer gemeinsamen Liste für alle Bundesländer antreten.

Auf europäischer Ebene haben die europäischen Parteien erstmals Spitzenkandidaten im Europawahlkampf aufgestellt. Bislang entschied der Europäische Rat – bestehend aus den Staats- und Regierungschefs der EU – erst nach der Wahl und hinter verschlossenen Türen, welchen Kandidaten er dem Parlament als Kommissionspräsidenten-



ten vorschlägt. Nun stellen die europäischen Partiefamilien erstmalig vor der Wahl Spitzenkandidaten auf. Nach der Wahl kann der Europäische Rat den Spitzenkandidaten für das Amt des Kommissionspräsidenten vorschlagen, dessen europäische Partiefamilie bei den Wahlen die meisten Stimmen erhält.

Synopse der Wahlprogramme zu den Europawahlen am 25. Mai 2014

	CDU/CSU	SPD	Bündnis 90 / Die Grünen	FDP	Die Linke
Quelle	Europapolitischer Beschluss des 26. Parteitages der CDU Deutschlands Europaplan der CSU 2014-2019	Wahlprogramm für die Europawahl am 25. Mai 2014	Europawahlprogramm 2014	Programm der FDP für die Wahl zum VIII. Europäischen Parlament 2014	Wahlprogramm der Partei Die Linke zur Europawahl am 25. Mai 2014
Spitzenkandidaten Deutschland	David McAllister	Martin Schulz	Rebecca Harms	Alexander Graf Lambsdorff	Gabi Zimmer
Spitzenkandidaten EU	Jean-Claude Juncker, Europäische Volkspartei (EVP)	Martin Schulz, Sozialdemokratische Partei Europas (S&D)	Ska Keller & José Bové, Europäische Grüne Partei (EGP)	Guy Verhofstadt, Allianz der Liberalen und Demokraten für Europa (ALDE)	Alexis Tsipras, Europäische Linke (EL)
Gesundheit	Europa soll Vorreiter für Innovationen, Qualität und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung bleiben. Die Zuständigkeit und Verantwortung für die Organisation der Gesundheitswesen soll bei den Mitgliedstaaten bleiben. Offene Koordinierung soll Austausch und die gemeinsame Festlegung von Zielmarken befördern.		Europäische Grundrechtecharta fordert einen allgemeinen Zugang aller Menschen zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung. Finanzkrise darf nicht dazu führen, dass Menschen der Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung eingeschränkt oder verwehrt wird. Deshalb soll die gesundheitliche Daseinsvorsorge in		Wendet sich gegen europäische Zwei-Klassen-Medizin. Eine auskömmliche gesundheitliche Versorgung ist ein Grundrecht. Bei Schwangerschaft und Krankheit müssen daher ambulante und stationäre medizinische Versorgung, Vor- und Nachsorge allen in der EU lebenden Menschen unabhängig ihrer sozialen Lage zugänglich

	CDU/CSU	SPD	Bündnis 90 / Die Grünen	FDP	Die Linke
	<p>Große Reserven stecken in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, z. B. bei der Krankenhausplanung, bei der ärztlichen Versorgung oder in der medizinischen Forschung. Europäische Zusammenarbeit bei dem Problem steigender Antibiotikaresistenzen verstärken.</p>		<p>allen Mitgliedstaaten gestärkt werden. Dazu gehören Vereinbarungen zu mehr Transparenz und PatientInnensicherheit, die die Versorgungsqualität in allen nationalen Gesundheitssystemen, aber insbesondere auch bei grenzüberschreitenden Versorgungswegen, weiter vorantreiben. Es darf nicht dazu kommen, dass in einzelnen Mitgliedstaaten mit Verweis auf grenzüberschreitende Angebote die nationalen Versorgungssysteme rückgebaut bzw. nicht angemessen aufgebaut werden. Nationale Gesundheitssysteme als Teil der sozialen Daseinsvorsorge dürfen nicht durch die Hintertür über das europäische Wettbewerbsrecht ausgehöhlt werden.</p>		<p>sein. Gefordert wird daher eine Krankenversicherungspflicht für alle Bürger der EU. Der Zugang zu Verhütungsmitteln und das Recht auf Schwangerschaftsabbruch müssen überall gewährleistet sein.</p>

	CDU/CSU	SPD	Bündnis 90 / Die Grünen	FDP	Die Linke
	<p>Arzneimittel und Medizinprodukte:</p> <p>Bestehende und bewährte Regelungen müssen immer wieder daraufhin überprüft werden, ob sie den aktuellen wissenschaftlichen Anforderungen an größtmöglicher Sicherheit für die Patienten auch weiterhin entsprechen.</p>		<p>Die Zusammenarbeit im Bereich Antibiotikaresistenzen muss gestärkt werden.</p> <p>Arzneimittel und Medizinprodukte:</p> <p>Der Schutz der Patienten beim Marktzugang von Medizinprodukten muss massiv gestärkt werden. Arzneimittel- und Medizinproduktstudien müssen den anerkannten Schutzstandards der Forschung am Menschen genügen, geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigen und einer Veröffentlichungspflicht unterliegen. Es werden strengere Regelungen gegen die Einflussnahme der Pharma- und Hilfsmittelindustrie im Gesundheitswesen gefordert. Der weltweite Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten muss entschie-</p>		

	CDU/CSU	SPD	Bündnis 90 / Die Grünen	FDP	Die Linke
			<p>den verbessert werden.</p> <p>Austausch zur Pflegepolitik, bei dem auch Themen wie neue Wohn- und Pflegeformen, Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, Entlastung der familiären Pflege sowie Fachkräftebedarf in den Mittelpunkt gerückt werden.</p>		
Soziale Sicherung, öffentliche Daseinsvorsorge	<p>Ungerechtfertigte Inanspruchnahme von Sozialleistungen unterbinden.</p> <p>CSU: Die Daseinsvorsorge muss in kommunaler Hand bleiben.</p>	<p>Freizügigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in der EU darf nicht zum Missbrauch von Sozialleistungen führen.</p> <p>Europaweit möglichst hohes soziales Schutzniveau zu erreichen.</p> <p>Nationale, regionale und lokale Besonderheiten in der öffentlichen Daseinsvorsorge müssen erhalten und geschützt werden. Alle Menschen sollen den glei-</p>	<p>„Die Grenzen wurden für Waren, Kapital, Dienstleistungen und Arbeitnehmer geöffnet. Doch die Sozialpolitik und die sozialen Sicherungssysteme blieben in der Obhut der Nationalstaaten, weil diese sich sträubten, Kompetenzen an die europäische Ebene abzugeben und sich über gemeinsame Ziele der Sozialpolitik europäisch zu verständigen. Seit Gründung gibt es deshalb in der EU eine Schieflage zwi-</p>	<p>Befürchtungen einer gezielten Einwanderung in deutsche Sozialversicherungssysteme werden ernst genommen. Betroffenen Kommunen soll geholfen werden, wo immer sich die Zuwanderung neben der gewünschten Arbeitsmigration signifikant dahin verändert, dass vermehrt Sozialleistungen in Anspruch genommen werden.</p>	<p>Fordert eine soziale Fortschrittsklausel in den EU-Verträgen. Soziale Rechte und hohe soziale Standards sollen in den EU-Verträgen verankert und Sozialsysteme geschützt werden. Öffentliche Daseinsvorsorge soll gestärkt und vor Privatisierung geschützt werden.</p>

	CDU/CSU	SPD	Bündnis 90 / Die Grünen	FDP	Die Linke
		<p>chen Zugang zu Gütern und Leistungen der Daseinsvorsorge haben. Deshalb werden Vorhaben, die einen Zwang zur Privatisierung beinhalten abgelehnt.</p>	<p>schen wirtschaftlichen Freiheiten und sozialen Rechten.“</p> <p>Es wird daher eine soziale Fortschrittsklausel im EU-Recht gefordert, die klarstellen soll, dass soziale Grundrechte den Marktfreiheiten im Binnenmarkt nicht untergeordnet werden dürfen.</p> <p>Breite Diskussion darüber erforderlich, welche gemeinsamen Ziele für die soziale Absicherung in Europa gesehen werden und wie die Zukunft der Sozialsysteme in einem zusammenwachsenden Europa aussehen soll.</p>		
Freizügigkeit	<p>Chancen des gemeinsamen Arbeitsmarktes noch mehr Menschen eröffnen durch Vermittlung von Arbeitskräften und Arbeitsplätzen</p>	<p>Arbeitnehmerfreizügigkeit steht nicht zur Disposition. Zuwanderung ist wichtig für alle europäischen Staaten.</p>	<p>Den Weg, die Anerkennung von Bildungs- und Berufsabschlüssen zu vereinfachen, weitergehen.</p>	<p>Reibungslose Anerkennung von Bildungsabschlüssen und die Schaffung eines Systems, dass es den Bürgern erlaubt, unbürokratisch</p>	

	CDU/CSU	SPD	Bündnis 90 / Die Grünen	FDP	Die Linke
	<p>in der EU. Daher soll Aus- und Weiterbildung in Europa sowie die Arbeitssuche besser abgestimmt werden.</p> <p>Sprachen sollen besser vermittelt werden und Bildungsabschlüsse leichter übertragbar sein.</p> <p>Einführung einer Willkommenskultur, die dafür sorgt, dass Deutschland für qualifizierte Zuwanderer attraktiver wird.</p>	<p>So kann der immer mehr auftretende Fachkräftemangel aufgefangen werden.</p>		<p>tisch ihre Sozialversicherungsansprüche mitzunehmen und anerkennen zu lassen.</p>	
<p>Freihandelsabkommen EU – USA (TTIP)</p>	<p>Begrüßt TTIP, bewährte Verbraucher-, Daten- und Umweltschutzniveaus der EU müssen Grundlage sein. Auch die CSU begrüßt das Abkommen, da insbesondere das „Exportland Bayern“ davon profitieren kann, aber gefordert wird mehr Transparenz und „Verhandlungen auf Augenhöhe“. Auch sind die</p>	<p>Bei der Verhandlung von Abkommen möglichst fortschrittliche arbeitsrechtliche, soziale und ökologische Standards verankern. Freihandelsabkommen dürfen nicht das Selbstverwaltungsrecht der Kommunen sowie die öffentliche Daseinsvorsorge, Vergabe und Infrastrukturen gefährden.</p>	<p>TTIP darf nicht zu einer Absenkung der ökologischen und sozialen Standards führen.</p> <p>Aussetzung der Verhandlungen und kompletter Neustart auf Basis eines transparenten Verfahrens und eines neuen Verhandlungsmandates wird gefordert.</p>	<p>Freihandel soll weltweit vorangetrieben werden. Sämtliche EU-Freihandelsabkommen sollen auch das Recht des Investors gewährleisten, ein internationales Schiedsgericht anzurufen.</p>	<p>Lehnt TTIP ab, da das Handelsabkommen nicht der europäischen Binnenwirtschaft, sondern den großen Banken und Konzernen dienen wird durch die Einräumung eines Klagerechts gegen Staaten (Investitionsschiedsgerichtsbarkeit). Diese Schiedsgerichtsbarkeit soll aus allen Handelsabkom-</p>

	CDU/CSU	SPD	Bündnis 90 / Die Grünen	FDP	Die Linke
	europäischen Schutzniveaus nicht verhandelbar.	Die Streitschlichtung zwischen Investoren und Nationalstaaten soll möglichst durch reguläre öffentliche Gerichte erfolgen.	<p>Begründung: Freihandelsabkommen bergen die Gefahr der Ausweitung von Investor-Staat-Klagen. Diese ermächtigen Unternehmen, auf schwammigen Rechtsgrundlagen und unter Umgehung der nationalen Rechtssysteme Staaten auf hohe Entschädigungssummen zu verklagen, wenn diese demokratisch legitimierte Entscheidungen treffen. Die Verfahren finden vor intransparenten internationalen Schiedsgerichten statt, die in der Regel zugunsten der Investoren entscheiden.</p> <p>Der Verhandlungsprozess ist intransparent. Die Verhandlungen werden gegenwärtig unter Ausschluss der Öffentlichkeit geführt, die nationalen Parlamente und das Europäische Parlament sind nicht ausrei-</p>		men gestrichen werden. Es droht, dass der Finanzsektor weiter dereguliert wird, öffentliche Dienstleistungen privatisiert sowie Monopolisten im Bereich des geistigen Eigentums gestärkt werden. TTIP wird den europäischen Markt mit Biokraftstoffen, Gentechnik-Lebensmitteln sowie Klon- und Hormonfleisch überschwemmen.

	CDU/CSU	SPD	Bündnis 90 / Die Grünen	FDP	Die Linke
			<p>chend eingebunden.</p> <p>Verschlechterung von Sozial-, Umwelt-, Lebensmittel-, Gesundheits- und Datenschutzstandards sowie der Verbraucherrechte droht. Abkommen darf nicht den Zugang zu Gesundheitsleistungen und die Patientensicherheit gefährden.</p>		
<p>Datenschutz / Netz- und Informationssicherheit / Digitale Agenda</p>	<p>Bei der Reform des europäischen Datenschutzrechts müssen die strengen deutschen Schutzstandards erhalten bleiben. Setzt sich für eine Strategie der Netzsicherheit ein. Kritische Infrastrukturen sollen vor Angriffen aus dem Internet besser geschützt werden. Mit einem IT-Sicherheitsgesetz werden für alle kritischen Infrastrukturen in Deutschland einheitliche und hohe An-</p>	<p>Umfassendes europäisches Regime zum Datenschutz erforderlich.</p> <p>Deutsche Grundrechtsstandards dürfen nicht verwässert werden.</p>	<p>Datenschutz ist ein elementares, modernes Grundrecht. Daher soll dieser erneuert werden, denn in vielen Mitgliedstaaten und der EU hinkt er den Anforderungen des 21. Jahrhunderts hinterher. Nur mit einem einheitlichen starken EU-Datenschutz können die Rechte der Menschen auf informationelle Selbstbestimmung effektiv geschützt und hohe internationale Standards</p>	<p>Unterstützt rasches Inkrafttreten der Datenschutz-Grundverordnung, um den Bürgern zu garantieren, dass ihre Daten nicht ohne rechtliche Grundlage an Drittstaaten weitergegeben werden dürfen. Guter Datenschutz ist notwendig, um die Chancen der digitalen Entwicklung nutzen zu können.</p>	<p>Datenschutzbeauftragte sollen als unabhängige Kontrollinstanz gestärkt werden. Die geplante Datenschutz-Grundverordnung soll gegen alle Einflussnahme privater und öffentlicher Lobbyisten den Datenschutz stärken.</p>

	CDU/CSU	SPD	Bündnis 90 / Die Grünen	FDP	Die Linke
	<p>forderungen bei der Sicherheit festgelegt. Erhebliche IT-Sicherheitsvorfälle müssen künftig gemeldet werden. Im Rahmen einer europäischen Sicherheitsstrategie sollen entsprechende Regelungen europaweit verankert werden.</p> <p>Ziele der digitalen Agenda insbesondere im Bereich eHealth sollen umgesetzt werden.</p>		<p>durchgesetzt werden. Daher muss die zukünftige Datenschutzpolitik in Europa auf der wissentlichen und expliziten Zustimmung zur Datenverarbeitung sowie umfassenden Informations- und Löschungsansprüchen gegenüber allen Datenverarbeitern basieren. Datenschutzbeauftragte sollen gestärkt werden, deren Unabhängigkeit EU-vertraglich festgelegt ist.</p>		
Verschiedenes	<p>Bürokratieabbau: Schaffung eines neuen unabhängigen EU-Normenkontrollrates, das mögliche Einsparungen neuer Gesetzgebungsvorschläge misst. Einführung eines Frühwarnsystems, bei dem geprüft wird, ob kleine und mittlere Unternehmen von bestimmten Regelungen ausgenommen werden können.</p>	<p>Bürokratieabbau: Demokratie und Entbürokratisierung müssen in Europa ineinandergreifen. Europäische Gesetzgebung muss einem wirksamen „Bürokratie-Check“ unterworfen werden. Bestehende und neue Gesetze müssen durch einen Normenkontrollmechanismus auf Effizienz und Praktikabilität geprüft werden. Neues</p>		<p>Bürokratieabbau: Kritische Überprüfung der bestehenden EU-Gesetzgebung mit dem Ziel, unnötige oder veraltete Regelungen abzuschaffen und generell Belastungen für kleine und mittlere Unternehmen zu reduzieren.</p>	

	CDU/CSU	SPD	Bündnis 90 / Die Grünen	FDP	Die Linke
	<p>Forschung: Bestmögliche Bedingungen für Forschung und Innovation, Wissenschaftler, Hochschulen und Exzellenzzentren in ganz Europa schaffen.</p>	<p>Lobbygesetz mit strengeren Regeln für Lobbyisten muss eingeführt werden.</p>	<p>Forschung: Das gesetzte Ziel der EU-Mitgliedsstaaten, 3 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts für Forschung und Entwicklung auszugeben, muss eingehalten bzw. bei forschungsstarken Mitgliedsstaaten auf 3,5 Prozent erhöht werden. Ferner soll der Europäische Forschungsrat weiter gestärkt werden. Die Projektforschung muss deutlicher an den großen gesellschaftlichen Herausforderungen ausgerichtet werden. Hochschulen sollen gestärkt werden.</p>	<p>Forschung: EU kann nur durch verstärkte Zusammenarbeit Spitzenreiter in der Forschung bleiben. Der Bologna-Prozess und die Schaffung eines europäischen Hochschulraums ist eine der entscheidendsten Entwicklungen in der europäischen Hochschulpolitik. Um den Weg weiter zu gehen, wird eine stärkere Vernetzung der Hochschulen im Bologna-Raum gefordert.</p>	<p>Forschung: Der Europäische Forschungsraum soll gestärkt und der Austausch von Wissenschaftlern gefördert werden. Alle anwendungsnahen Förderprogramme sollen vorrangig auf kleine Unternehmen ausgerichtet werden, geschlossene oder auf bestimmte Großunternehmen ausgerichtete Förderausschreibungen sind auszuschließen. Soziale Innovationen und Dienstleistungen sollen stärker verankert werden.</p>

	CDU/CSU	SPD	Bündnis 90 / Die Grünen	FDP	Die Linke
			Mutterschutz: Verabschiedung der Mutterschaftsrichtlinie wird gefordert. Danach sollen 20 Wochen Mutterschutz und EU-weit zwei Wochen Vaterschaftsurlaub bei voller Bezahlung eingeführt werden.		

Impressum:

Bundesärztekammer

Stabsbereich Politik und Kommunikation
 Alexander Dückers

Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Büro Brüssel
 Annabel Seebohm
 Silke Renner
 197, Rue Belliard, 1040 Brüssel
 Belgien
 E-Mail: annabel.seebohm@baek.de

Ausgabe: Mai 2014

Titelbild: Wandersmann/pixelio.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Stabsabteilung Politik
 Stefan Gräf
 Corina Glorius
 Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Büro Brüssel
 Filip Lassahn
 197, Rue Belliard, 1040 Brüssel
 Belgien
 E-Mail: cglorius@kbv.de