

Dr. Bernd Schulte

Max-Planck-Institut für ausländisches und
internationales Sozialrecht
Amalienstr. 33, D-80799 München
Tel.: 089-38602-426 Fax: 089-38602-490
E-Mail: schulte@mpisoc.mpg.de

Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e. V., Köln,
in Kooperation mit dem
Deutschen Zentrum für Altersfragen, Berlin

„Pflegepolitik im Wandel“

Vortrags- und Diskussionsveranstaltung

Ort: Deutsche Rentenversicherung Bund, Ruhrstr. 2, 10709 Berlin-Wilmersdorf
Zeit: 6. Mai 2009

Pflegepolitik im Wandel: Europäische Perspektiven

*„When I get older, losing my hair
Many years from now
Will you still need me, will you still feed me
When I'm sixty-four“ (John Lennon & Paul McCartney,
1967)*

“Leitprinzipien für die Ausgestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems sind die von den EU-Gesundheitsministern am 2. Juni 2006 angenommenen „Gemeinsamen Werte und Prinzipien in den EU-Gesundheitssystemen“.

Danach ist es Aufgabe der EU-Mitgliedstaaten, die Grundwerte Universalität, Zugang zu einer Gesundheitsversorgung von guter Qualität, Gleichbehandlung und Solidarität zu gewährleisten. Diese Grundwerte bilden wesentliche Elemente des europäischen Sozialmodells.

Europäische Gesundheits- und Pflegepolitik kann nach dem EG-Vertrag nicht bedeuten, die verschiedenen Systeme zu harmonisieren. Es wird daher auch künftig kein gemeinsames europäisches Gesundheitssystem analog etwa dem gemeinsamen europäischen Binnenmarkt oder der gemeinsamen europäischen Umweltpolitik geben. Die Systeme werden in ihrer Unterschiedlichkeit bestehen bleiben und sich auch künftig einem Wettbewerb um die effizienteste und umfassendste Art der gesundheitlichen Absicherung stellen müssen.

Trotz dieser Unterschiede zwischen den Sozialsystemen besteht Einigkeit, dass es verbindende Elemente der gesundheitspolitischen Sicherung gibt, die das Gesicht Europas in der Welt ausmachen. Diese gemeinsamen Werte der europäischen Sozialpolitik sind unter dem übergreifenden Leitbegriff „europäisches Sozialmodell“ zu einem Kernelement der europäischen Zukunftsdebatten geworden. Die wichtigsten Elemente sind: Solidarität, Verteilungsgerechtigkeit und angemessener Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheits- und Pflegeversorgung.“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Nationaler Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung 2008 – 2010 Deutschland, Berlin 2008, S. 91)

Gliederung

- 1. Die Pflegebedürftigkeit als soziales Risiko in Deutschland und Europa*
- 2. Die soziale Absicherung der Pflegebedürftigkeit in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union*
- 3. Die Wahrnehmung und Behandlung der Pflegebedürftigkeit in „Europa“ (= EU/EG)*
 - 3.1. Die Thematisierung der Pflegebedürftigkeit als soziales Problem*
 - 3.2. Das Europäische Pflegeversicherungsrecht*
 - 3.3. Die Europäische Dienstleistungsfreiheit und ihre sekundärrechtliche Ausgestaltung*
 - 3.3.1. Die Dienstleistungsfreiheit (Art. 49 ff. EG)*
 - 3.3.2. Die Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt (2006)*
 - 3.3.3. Der Vorschlag für eine Richtlinie über die Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (2008)*
 - 3.4. Die europaweite Anerkennung von Berufsqualifikationen*
 - 3.5. Die „Offene Methode der Koordinierung“ (OMK) Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege*
 - 3.6. Bericht der Europäischen Kommission über Langzeitpflege in der Europäischen Union*
 - 3.7. Weißbuch der Europäischen Kommission „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008 – 2013“*

1. Die Pflegebedürftigkeit als soziales Risiko in Deutschland und Europa

Die europäischen Länder sehen sich in vielerlei Hinsicht vergleichbaren Problemen gegenüber: Aufgrund der demographischen Entwicklung, die durch die Alterung der Bevölkerung gekennzeichnet ist, stehen sie vor der Aufgabe, zumal den Angehörigen der älteren Generation nicht nur Einkommensersatzleistungen und Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen, sondern sie in verstärktem Maße auch im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit und sonstige Betreuungsbedürftigkeit zu unterstützen, da in immer größerem Umfang überkommene traditionelle, namentlich familiäre Hilfen und sonstige – z. B. nachbarschaftliche – „soziale Netze“ und die von ihnen erbrachten informellen Hilfen nicht mehr im bisherigen Umfang zur Verfügung stehen oder nicht mehr ausreichend leistungsfähig sind.

Was die *Pflegebedürftigkeit* als soziales Risiko angeht, so besteht bei allen Unterschieden im Einzelnen eine aus dem Wesen von Pflegebedürftigkeit sowie aus den ihr zuordnenden Bedarfen und den Möglichkeiten zu deren Befriedigung eine wachsende Übereinstimmung in den europäischen Ländern dahin, dass je nach Art und Grad der Hilfsbedürftigkeit eine Abstufung vorzunehmen ist im Hinblick auf Hilfen und sonstige Maßnahmen nach Maßgabe der noch vorhandenen Autonomie/Selbständigkeit einerseits und der Art und des Umfangs des Angewiesenseins auf Hilfe Dritter andererseits.

2. Die soziale Absicherung der Pflegebedürftigkeit in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union

Das *Informationssystem zur sozialen Sicherheit MISSOC der Europäischen Kommission* stellt Informationen über Finanzierung, Organisation, Grundprinzipien, Leistungen u. a. der einzelnen Bereiche des Sozialschutzes einschließlich der Leistungssysteme, die der Absicherung des Pflegefallrisikos dienen, zur Verfügung (gegenwärtiger Stand: 1.1.2007). Es ist ein „Trend“ zur Formalisierung und „Verbesserung“ der öffentlichen Vorkehrungen zur sozialen Absicherung der Pflegebedürftigkeit zu registrieren, besonders augenfällig in Deutschland, Österreich, Luxemburg und Belgien (Flämische Gemeinschaft), wo eigenständige Sicherungssysteme eingeführt worden sind.

In allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union ist in zunehmendem Maße ein Problembewusstsein für diese Entwicklung zu registrieren (wie überhaupt die Diskussion um die Pflegebedürftigkeit sehr viel stärker als frühere Reformdiskussionen intra- und interdisziplinär sowie politik- und rechtsvergleichend und eben auch europapolitisch und -rechtlich geprägt ist).

3. Die Wahrnehmung und Behandlung der Pflegebedürftigkeit in Europa

3.1. Die Thematisierung der Pflegebedürftigkeit als soziales Problem

Im Unterschied zu dem Schutz vor den „klassischen“ sozialen Risiken Krankheit und Mutterschaft, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, Invalidität, Alter, Tod (unter Hinterlassung Unterhaltsberechtigter), Arbeitslosigkeit und Familienlasten kann die Sicherung im Pflegefall allerdings weder auf eine internationale noch gar eine internationalrechtliche Tradition zurückblicken, in der in internationalen Abkommen oder sonstigen internationalen Rechtsinstrumenten auch für dieses Risiko Mindestnormen oder wahrzunehmenden Schutzstandards formuliert worden wären.¹ Zurückzuführen ist dieser Rückstand auf den Umstand, dass die Pflegebedürftigkeit als soziales Risiko vergleichsweise jungen Ursprungs ist, wenn es auch bereits in der Vergangenheit im Zusammenhang mit anderen Risiken und Bedarfslagen – in Deutschland etwa im Rahmen der Kriegsopferversorgung und der gesetzlichen Unfallversicherung, aber auch in der Sozialhilfe („Hilfe zur Pflege“) – spezifische Leistungen auch bei Pflegebedürftigkeit bzw. für den Pflegefall gegeben hat.

Heute „anerkennt und achtet“ die Europäische Union gemäß Art. 34 der *Charta der Grundrechte der Europäischen Union (GRCh)* das Recht auf Zugang zu den Leistungen der sozialen Sicherheit und zu den sozialen Diensten, die in Fällen wie Mutterschaft, Krankheit, Arbeitsunfall, im Alter, bei Verlust des Arbeitsplatzes sowie auch im Fall der Pflegebedürftigkeit Schutz gewähren. Hier wird die soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit ausdrücklich als staatliche Aufgabe anerkannt. Die Europäische Grundrechtecharta soll Rechtsverbindlichkeit erlangen mit Inkrafttreten des Vertrags von Lissabon.

3.2. Europäisches Pflegeversicherungsrecht

Vor nunmehr 10 Jahren hat das Urteil des Europäischen Gerichtshofs in der *Rechtssache C-160/85 (Molenaar)* für Aufsehen gesorgt.

Der Europäische Gerichtshof hat entschieden, dass eine Leistung bei Pflegebedürftigkeit dann eine Leistung der sozialen Sicherheit i. S. d. Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit und Arbeitnehmer und Selbständigen sowie deren Familienangehörigen, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, ist, wenn sie dem Begünstigten aufgrund eines gesetzlich umschriebenen Tatbestandes gewährt wird, ohne dass eine in das Ermessen für die Prüfung der persönlichen Bedürftigkeit erfolgt, und wenn sie sich darüber hinaus auf eines der in Art. 4 Abs. 1 VO 1408/71 aufgezählten Risiken bzw. diesen entsprechende Leistungssysteme bezieht.

Da die Leistungen der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung, die Selbständigkeit des Pflegebedürftigen insbesondere auch in finanzieller Hinsicht stärken, der Pflegebedürftigkeit bzw. ihrer Verschlimmerung vorbeugen, die Rehabilitation (Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“) fördern, der häuslichen Pflege den Vorzug vor der stationären Pflege geben, die Übernahme eines Teils der durch die Pflegebedürftigkeit verursachten Kosten – etwa für die häusliche oder stationäre Pflege, für den Erwerb von Hilfsmitteln, für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds u. a. – sowie ggf. die Zahlung eines Pflegegeldes vorsehen,

mit dem der Versicherte die Pflege auf eine von ihm selbst gewählten Weise sicherstellen kann – z. B. durch Entlohnung von Pflegepersonen – und sie überdies unter bestimmten Voraussetzungen der Pflegeperson eine Absicherung gegen die sozialen Risiken Alter, Invalidität und Arbeitsunfall bieten, handelt es sich um eine Ergänzung des Leistungssystems bei Krankheit (mit dem die deutsche Pflegeversicherung auch organisatorisch „unter einem Dach“) verschränkt ist mit dem Ziel, den Gesundheitszustand und die Lebensbedingungen der pflegebedürftigen Person zu verbessern. Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sind daher nach Auffassung des Europäischen Gerichtshofs ungeachtet ihrer Besonderheiten als Leistungen bei Krankheit i.S. d. Art. 4 Abs. 1 Buchst. a VO 1408/71 zu qualifizieren.

3.3. Die Europäische Dienstleistungsfreiheit und ihre sekundär rechtliche Ausgestaltung

3.3.1. Die Dienstleistungsfreiheit (Art. 49 ff. EG)

Die Dienstleistungsfreiheit ist neben der Freizügigkeit der Arbeitnehmer und der Niederlassungsfreiheit der Selbständigen die dritte personale Grundfreiheit des EG-Vertrages und gewährleistet zusammen mit diesen den freien Personenverkehr in der Europäischen Union. Die Dienstleistungsfreiheit umfasst sowohl die „aktive“, d. h. die grenzüberschreitende Tätigkeit von Dienstleistungserbringern, als auch die „passive“, d. h. die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Dienstleistungen durch Leistungsempfänger, d. h. Patienten und Versicherte, wirtschaftliche Handlungsfreiheit. Dabei beinhaltet diese Freiheit nicht nur ein die Inländergleichbehandlung von EU-Ausländern gewährleistendes Diskriminierungsverbot, sondern ist darüber hinausgehend als umfassendes Beschränkungsverbot aufzufassen.

Die *wirtschaftlichen Grundfreiheiten* haben unmittelbare Wirkung und räumen insofern den Begünstigten unmittelbar wirkende subjektive Rechte ein. Auch die Dienstleistungsfreiheit entfaltet somit direkte Rechtswirkungen, und zwar unabhängig von ihrer Ausgestaltung durch Sekundärrecht.

Der Begriff *Dienstleistung* in Art. 49 ff. EG ist gemeinschaftsrechtlicher Natur und deshalb unabhängig von den – sich untereinander wiederum unterscheidenden – entsprechenden Begrifflichkeiten der Mitgliedstaaten auszulegen. Darunter fallen *wirtschaftliche Betätigungen* – auch im Bereich der Pflege –, die i. d. R. *gegen Entgelt* erbracht werden, soweit sie nicht den Vorschriften über die Freiheiten des Waren- und Kapitalverkehrs oder denjenigen über die Arbeitnehmerfreizügigkeit und die Niederlassungsfreiheit der Selbständigen unterliegen (Art. 50 Abs. 1 EG).

Durch die lediglich *vorübergehende Dauer* (Art. 50 Abs. 3 EG) der Leistungserbringung ist die Dienstleistungsfreiheit abzugrenzen von der Niederlassungsfreiheit, die auf die dauerhafte Integration des Leistungserbringers in die Volkswirtschaft eines anderen Mitgliedstaats abzielt. (Dabei entbehrt das Kriterium „vorübergehend“ allerdings bislang einer hinreichenden zeitlichen Präzisierung sowohl im Europäischen Primär- und Sekundärrecht selbst als auch in der Rechtsprechung des EuGH.)

Allerdings können die Dienstleistungsfreiheit einschränkende Regelungen aus den „geschriebenen“ Gründen des Art. 55 i. V. m. Art. 46 EG *gerechtfertigt* sein, nämlich wenn sie auf Gründen der öffentlichen Sicherheit, Ordnung oder der Gesundheit beruhen.

Darüber hinaus hat der Europäische Gerichtshof „ungeschriebene“ Rechtfertigungsgründe anerkannt, die er mit „zwingenden Erfordernissen des Allgemeininteresses“ umschreibt und mit Blick auf die fundamentalen Ziele und Grundsätze des Binnenmarktes (Art. 14 EG) einer strengen Verhältnismäßigkeitsprüfung unterwirft.

3.3.2. Die Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt

Die in den Mitgliedstaaten noch bestehenden Beschränkungen der Dienstleistungsfreiheit können nicht bereits allein durch die unmittelbare Anwendung der Art. 43 u. 49 EG beseitigt werden, weil deren Handhabung von Fall zu Fall etwa im Rahmen von Vertragsverletzungsverfahren vor dem Europäischen Gerichtshof sowohl für die damit befassten nationalen Stellen als auch für die Gemeinschaftsorgane äußerst kompliziert und aufwändig gewesen wäre und zudem zahlreiche Beschränkungen nur im Wege der Koordinierung der nationalen Regelungen und der zwischenmitgliedstaatlichen Verwaltungszusammenarbeit beseitigt werden können. Auch schafft erst die Setzung von Sekundärrecht die Voraussetzungen dafür, dass die in Frage stehenden Hindernisse in allen Mitgliedstaaten zeitgleich beseitigt und die von ihnen geforderten positiven Maßnahmen gleichzeitig erfolgen und damit Wettbewerbsverzerrungen vermieden werden können.

Vor diesem Hintergrund ist Ziel der *Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt* von 2006 die Schaffung eines rechtlichen Rahmens, der Niederlassungsfreiheit und Freiheit des freien Dienstleistungsverkehrs zwischen den Mitgliedstaaten gewährleistet.

Der sachliche Anwendungsbereich ist allerdings insoweit enger als derjenige der primärrechtlichen Dienstleistungsfreiheit, als die Richtlinie u. a. keine Anwendung findet auf „*Gesundheitsdienstleistungen, unabhängig davon, ob sie durch Einrichtungen der Gesundheitsversorgung erbracht werden, und unabhängig davon, wie sie auf nationaler Ebene organisiert und finanziert sind, und ob es sich um öffentliche oder private Dienstleistungen handelt*“ (Art. 2 Abs. 2 Buchst. f), weil ansonsten wichtige Interessen der Bevölkerung namentlich die Volksgesundheit nicht in hinreichendem Maß gewahrt worden wären – so jedenfalls die geäußerten Befürchtungen.

Auch die Pflegeberufe fallen unter diese Definition.

Ziel der Richtlinie ist die Verwaltungsvereinfachung. Dazu gehören u. a. die Schaffung einheitlicher Anspruchsstellen für EU-ausländische Leistungserbringer, ein Rechtsanspruch von – aktuellen und potenziellen – Leistungsnehmern auf Information, eine auf elektronischem Wege erfolgende Verfahrensabwicklung und auch eine Vereinfachung von Verfahren, insbesondere von Genehmigungsverfahren.

3.3.3. Der Vorschlag für eine Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Am 2. Juli 2008 hat die Europäische Kommission den *Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung* vorgelegt, da es im Anschluss an die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zur grenzüberschreitenden Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erforderlich sei, mehr Rechtsklarheit herzustellen, um eine allgemeine und effektive Anwendung der Rechte auf Inanspruchnahme und Erbringung von Gesundheitsleistungen sicherzustellen.

Gegenwärtig ist noch unklar, ob und inwieweit die Pflege von der Richtlinie erfasst wird. Das Bundesministerium für Gesundheit hat sich in einer ersten Stellungnahme gegen die Einbeziehung der Leistungen der Pflegeversicherung in den sachlichen Geltungsbereich der Richtlinie ausgesprochen. Eine Erstreckung der Richtlinie auf die Langzeitpflege als „große“ Lösung würde verhindern, dass auf Pflegeleistungen künftig unterschiedliches Recht Anwendung findet, nämlich Primärrecht (Art. 49 ff. EG) „im Lichte der EuGH-Judikatur“ („Decker, „Kohl“ u.a.) und Sekundärrecht, d. h. das Recht der künftigen „Pflegerrechte-Richtlinie“.

3.4. Die europaweite Anerkennung von Berufsqualifikationen

Die *Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. Dezember 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen* gibt Personen, die ihre Berufsqualifikationen in einem Mitgliedstaat erworben haben, das Recht auf Zugang zu demselben Beruf und seiner Ausübung in einem anderen Mitgliedstaat unter denselben Voraussetzungen wie Inländern, wobei derartige „Migranten“ lediglich solche – im Übrigen nicht diskriminierende – Berufsausübungsvoraussetzungen in dem betreffenden Mitgliedstaat erfüllen müssen, die objektiv gerechtfertigt und verhältnismäßig sind. Für die Berufe, die unter die allgemeine Regelung zur Anerkennung von Ausbildungsnachweisen fallen, sollen die Mitgliedstaaten die Möglichkeit behalten, ein Mindestniveau der erforderlichen Qualifikation festzulegen, um so die Qualität der in ihrem Hoheitsgebiet erbrachten Leistungen zu sichern.

Art. 47 Abs. 1 EG sieht vor, dass Richtlinien für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise erlassen werden.

Die Richtlinie 2005/36/EG enthält insofern Regelungen, die künftig auch für die Pflegeberufe im Bereich der Langzeitpflege relevant werden können.

3.5. Die offene Methode der Koordinierung (OMK): die OMK „Gesundheitswesen und Langzeitpflege“

Die *offene Methode der Koordinierung* (OMK) ist durch den Europäischen Rat Lissabon vom März 2000 als politische Strategie zur Zielabstimmung, zur Definition von Leitlinien sowie als Instrument zum wechselseitigen Lernen im Bereich des Sozialschutzes beschlossen worden, damit die Mitgliedstaaten nicht nur in Bereichen, die EU-weit harmonisiert sind, sondern auch dort, wo die Europäische Gemeinschaft keine Zuständigkeiten hat, weil die Mitgliedstaaten ihre Kompetenzen behalten haben – so in der Sozial- und Gesundheitspolitik – zusammenarbeiten.

Im Rahmen des OMK-Prozesses werden *gemeinsame Ziele* auf dem Gebiet des Sozialschutzes für die Bereiche Soziale Eingliederung, Alterssicherung, Renten sowie Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege formuliert (wobei der Begriff „Langzeitpflege“ dem erst entspricht, was hierzulande „Pflege“ genant wird). Zugleich findet eine „Synchronisierung“ dieses „gestrafften“ OMK-Prozesses im Bereich Sozialschutz mit den Grundzügen der Wirtschaftspolitik und der Europäischen Beschäftigungsstrategie statt.

Das konkret zur Anwendung gelangende Instrumentarium hängt vom jeweiligen Aktionsbereich ab und sieht demzufolge in der OMK „Social Inclusion“ und der OMK „Alterssicherung“ anders aus als in der OMK „Gesundheitswesen und Langzeitpflege“.

3.6. Der Bericht der Europäischen Kommission über Langzeitpflege in der Europäischen Union

Ein Bericht der Europäischen Kommission über Langzeitpflege in der Europäischen Union” aus dem Jahre 2008 geht von gemeinsamen Zielsetzungen von Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege („the common objectives for health care and long term care“) aus:

“Member States are committed to accessible, high quality and sustainable health care and long-term care by ensuring: (j) access for all to adequate health and long-term care and that the need for care does not lead to poverty and financial dependency; and that inequities in access to care and in health outcomes are addressed; (k) quality in health and long-term care and by adapting care, including developing preventive care to the changing needs and references of society and individuals, notably by developing quality standards reflecting best international practice and by strengthening the responsibility of health care professionals and of patients and care recipients; (l) that adequate and high quality health and long-term care remains affordable and financially sustainable by promoting a rational use of resources, notably through appropriate incentives for users and providers, good government and co-ordination between care systems and public and private institutions. Long-term sustainability and quality require the promotion of healthy and active lifestyles and good human resources for the care sector.”

Die komplexe Natur derartiger Pflegedienste und -einrichtungen macht die Definition von Qualitätskriterien und die Messung von Qualität zu einer schwierigen Aufgabe. Indikatoren sind bislang entwickelt worden insbesondere für Pflegeheime und sonstige Pflegeeinrichtungen. Diese Kriterien beziehen sich zwangsläufig auf die formale Pflege, so dass die – in der Tat sehr viel schwieriger zu beurteilende und zu messende – Qualität der informellen Pflege in besonderem Maße unzureichend ist.

Die einschlägigen Regelungen in den Mitgliedstaaten gehen mittlerweile über die Setzung gewisser Grund- oder Mindeststandards für die Struktur und den Prozeß der Pflege hinaus, indem sie komplexere Qualitätssicherungsmechanismen vorsehen, die struktur-, prozess- und – ansatzweise – ergebnisorientierte Indikatoren vorsehen, die in zunehmendem Maße verknüpft werden mit Schutzrechten für Patienten.

Die Förderung häuslicher und gemeindenaher ambulanter Pflegedienste verlangt nach anderen Vorkehrungen zur Qualitätssicherung als bei stationären Einrichtungen. Insbesondere sind in dem „offenen“ häuslichen oder gemeindenahen „Settings“ die klassischen Struktur- und Prozessindikatoren häufig fehl am Platz, da in dieser nichtstationären Umgebung der „Löwenanteil“ der Pflege von informellen Pflegepersonen erbracht wird, so dass Indikatoren wie Personalschlüssel und Ausbildung den dortigen konkreten Gegebenheiten nicht gerecht werden können.

Es sind überdies in jüngster Zeit verstärkt Bemühungen zu erkennen, *die Betroffenen in den Entscheidungsprozess über das Wie der Pflege einzubeziehen*, um die Pflege dadurch für den einzelnen Pflegebedürftigen “passgerecht“ und damit qualitativ besser zu gestalten.

Ein wichtiges Element im Rahmen des Bemühens um Qualitätsverbesserung ist die *Koordinierung von Pflegeleistungen mit gesundheitlichen und sonstigen Sozialleistungen* angesehen – dies im Übrigen nicht allein unter dem Gesichtspunkt einer hohen Qualität pflegerischer Leistungen, sondern auch dem der optimalen Benutzung wirtschaftlicher Ressourcen.

Was die *Kontrolle* pflegerischer Standards angeht, so gibt es eine Hinwendung zum Einsatz multidisziplinärer und multiprofessioneller Teams, die der komplexen und multifaktoriellen Natur der Pflegebedürftigkeit und der ihr begegnenden Hilfen entspricht.

In diesem Zusammenhang sei erinnert an die Vorstellungen, die von der Europäischen Kommission entwickelt worden für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme und Erbringung von Gesundheitsleistungen in der Europäischen Union. Hier rückt der bereits erwähnte Vorschlag der Kommission für eine Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die Anfang 2008 vorgelegt worden ist, bewusst die Rechte der Bürger in den Vordergrund.

Das Vertrauen der Unionsbürger auf die Familie und andere informelle Netze scheint im Hinblick auf die pflegerische Versorgung vergleichsweise gering zu sein, jedenfalls was die Zukunft angeht – ein Ergebnis, das wohl nicht zuletzt auch eine realistische Einschätzung der Konsequenzen der demografischen Entwicklung zurückzuführen ist, die auf einem starken Schrumpfen der traditionellen „sozialen Netze“ aufgrund rückläufiger Kinderzahl und schrumpfender Familien- und Haushaltsgröße beruht. Zugleich steigt die Erwartung an den Staat, sich des für viele Mitgliedstaaten relativ neuen sozialen Risikos der Pflegebedürftigkeit anzunehmen, sowohl was die Vorhaltung angemessener Hilfen und Einrichtungen als auch was ihre Qualität und ihre Finanzierung angeht.

Die Europäische Kommission zieht aus diesem Befund den Schluss, dass es ihre Aufgabe ist, die Mitgliedstaaten in ihren Bemühungen zu unterstützen, die Gesundheitsversorgung und die Versorgung für den Pflegefall zu verbessern.

3.7. Weißbuch der Europäischen Kommission „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008 – 2013“

In ihrem *Weißbuch „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008 – 2013“* vom Oktober 2007 unterstreicht die Europäische Kommission die Primärzuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Gesundheitspolitik und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung – und dies schließt die Pflegepolitik und die soziale Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit ein – nennt dann aber als Bereiche, in denen die Mitgliedstaaten nicht allein wirksam handeln können und eine Zusammenarbeit auf Gemeinschaftsebene deshalb nach Auffassung der Kommission unverzichtbar ist, größere Gesundheitsgefahren, aber auch – für den Bereich der Pflege bedeutsam – Fragen des freien Verkehrs von Personen und Dienstleistungen im Gemeinsamen Markt sowie das Verbot von Diskriminierungen, nicht mehr nur wegen der (EU/EG)Staatsangehörigkeit und des Geschlechts, sondern gemäß Art. 13 EG und der darauf gestützten Richtlinien auch wegen rassischer und ethnischer Herkunft, der Religion und Weltanschauung, des Alters, einer Behinderung, der sexuellen Orientierung u. a.
