

Arbeitspapier Nr. 23 / 2003

**Europäische Integration
und
Gesundheitspolitik**

Rolf Schmucker

**Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main
Zentrum der Psychosozialen Grundlagen der Medizin
Institut für Medizinische Soziologie
Januar 2003**

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Europäische Integration und Gesundheit – ein historischer Überblick	5
1.1. Gesundheitsschutz von den Gründungsverträgen bis zum Binnenmarkt.....	5
1.2. EU-Gesundheitspolitik - die Verträge von Maastricht und Amsterdam	7
2. Gesundheitspolitische Programme und Strategien	12
2.1. Die Aktionsprogramme der Gemeinschaft	12
2.2. Eine neue gesundheitspolitische Strategie	14
3. Binnenmarkt und Gesundheitspolitik	16
3.1. Intendierte Harmonisierungen der europäischen Gesundheitssysteme.....	19
3.2. Nicht-intendierte Auswirkungen des Gemeinschaftsrechts: Die Entscheidungen des EuGH	27
3.3. Der EuGH als Motor gesundheitspolitischer Integration?	31
Ausblick	36
Literatur	41

Einleitung

Der Prozess der europäischen Integration hat sich seit Mitte der achtziger Jahre mit erstaunlicher Geschwindigkeit entwickelt. Die Realisierung des Binnenmarktes und die Einführung einer einheitlichen europäischen Währung stellen einen beispiellosen Integrationsschub für die Europäische Gemeinschaft (EG) dar. Die soziale Dimension konnte mit dem Entwicklungstempo der ökonomischen Integration allerdings nicht mithalten. Eine gemeinsame Sozialpolitik der Gemeinschaft ist allenfalls in Ansätzen zu erkennen. Neben dem fehlenden politischen Willen ist dafür die vorherrschende funktionalistische Auffassung verantwortlich, die ökonomische Integration werde die Europäisierung aller anderen Bereiche nach sich ziehen. Tatsächlich hat die konkrete Gestaltung der ökonomischen Integration Auswirkungen auf die nationalen Sozial- und Gesundheitspolitiken. Die mit dem Maastricht-Vertrag vereinbarten Stabilitätskriterien verpflichten alle Mitgliedsländer zu einer restriktiven Haushaltspolitik. „Die staatlichen Defizite sind einheitlich auf der Basis der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung definiert und umfassen damit auch die Einnahmen und Ausgaben der Sozialversicherung einschließlich der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Hajen 2002: 190). Die politischen Konsequenzen für die Gesundheitssysteme sind in allen Mitgliedsländern vergleichbar: „Privatisierung rentabler öffentlicher Einrichtungen, Ausgliederung von Leistungen aus der sozialen/öffentlichen Finanzierung, Ausweitung der zusätzlichen Kostenbeteiligung der Sozialversicherten, Rationalisierungen und Budgetierungen. Obwohl die politische Angleichung der Gesundheitssysteme in Westeuropa nicht auf der Tagesordnung steht, verändern sich diese unter dem Druck einer neoliberalen Wirtschaftspolitik und den politisch gesetzten Kriterien für die Einführung der Währungsunion“ (Deppe 2002: 108).

Die alleinige Kompetenz für die Gestaltung der Sozial- und Gesundheitspolitik liegt nach wie vor bei den Mitgliedsländern. Eine Harmonisierung der Sozialsysteme auf europäischer Ebene scheiterte bislang jedoch nicht nur am ökonomischen „Bias“ des Integrationsprozesses, sondern auch an der großen Diversität im Niveau und den Strukturen der einzelstaatlichen Systeme sozialer Sicherheit. Die nationalen Gesundheitssysteme sind auf sehr disparaten Struktur- und Funktionsprinzipien aufgebaut und beruhen auf unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen. Grob lassen sich zwei Typen von Gesundheitswesen unterscheiden: Das „Beveridge-System“, das auf einem steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitsdienst beruht (in Großbritannien, Schweden, Irland, Dänemark, Italien, Portugal, Griechenland und Spanien) und das „Bismarck-Modell“, das durch das Prinzip der Sozialversicherung gekennzeichnet ist (in den Benelux-Ländern, Deutschland, Frankreich und Öster-

reich) (vgl. Europäisches Parlament 1998). Innerhalb der beiden unterschiedlichen Systemarten gibt es eine Vielzahl von Differenzierungen, die selbst die Harmonisierung der Gesundheitswesen eines einzelnen Typs nur schwer möglich erscheinen lassen.

Trotz dieser komplizierten Ausgangsbedingungen ist das Feld der Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene nicht unbearbeitet geblieben. Die Europäische Kommission hat bei den Vertragsänderungen der jüngeren Vergangenheit einige, wenn auch eher geringe gesundheitspolitische Kompetenzen erhalten. Hinzu kommt, dass die Verwirklichung des Binnenmarktes Auswirkungen hat, die vor den nationalen Gesundheitssystemen nicht Halt machen. Das europäische Binnenmarkt- und Wettbewerbsrecht, mit dem die vier Grundfreiheiten garantiert und Kartelle verboten werden, ist bereits mehrfach in Konflikt mit gesundheitspolitischen Regulierungen der Mitgliedsländer geraten. Die Gemeinschaft hat versucht, diese Widersprüche durch eine Reihe von Rechtsetzungen zu lösen, in denen gesundheitspolitische relevante Regelungen auf europäischer Ebene harmonisiert werden. Dies ist nicht vollständig gelungen. Gerade in den vergangenen Jahren hatte der Europäische Gerichtshof (EuGH) in einer Reihe von Fällen über die Vereinbarkeit nationalen Gesundheitsrechts mit dem Europarecht zu entscheiden. Die Urteile greifen z.T. tief in die Funktionsweisen der Gesundheitssysteme der Mitgliedsländer ein. Die im EG-Vertrag verankerte nationale Zuständigkeit in Fragen der Organisation des Gesundheitswesens wird durch diese Entwicklung unterlaufen.

Im folgenden wird beschrieben, welche Konsequenzen der Prozess der europäischen Integration auf die nationalen Gesundheitssysteme hat. Die Darstellung orientiert sich an den verschiedenen Ebenen europäischer Rechtsetzung. Nach einem kurzen historischen Abriss über die Verankerung gesundheitspolitischer Aspekte im europäischen Vertragswerk (Primärrecht), werden die gesundheitsrelevanten Aktionsprogramme und Strategien skizziert, die die Gemeinschaft auf der Grundlage eigener Kompetenzen in diesem Bereich entwickelt hat. Anschließend werden die Auswirkungen des europäischen Binnenmarktes auf die Gesundheitspolitik dargestellt. Die voranschreitende ökonomische Integration hat die Kommission veranlasst, verschiedene Verordnungen und Richtlinien auf den Weg zu bringen, die den einheitlichen europäischen Markt gesundheitspolitisch flankieren sollen (Sekundärrecht). Die nachhaltigsten Auswirkungen der europäischen Ebene auf die Gesundheitspolitik haben allerdings die jüngsten Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs. Durch Richterrecht (Tertiärrecht) werden gesundheitspolitisch relevante Urteile gefällt, die die Mitgliedsländer in ihrem Gestaltungsspielraum stark ein-

schränken. Die aktive Rolle des EuGH bei der Weiterentwicklung europäischen Rechts hat manchen Beobachter dazu veranlasst, von einem neuen „Motor“ der europäischen Integration zu sprechen. Problematisch erscheint allerdings, dass diese Funktion nicht auf Grundlage politischer Entscheidungsprozesse basiert, sondern mittels Binnenmarkt- und Wettbewerbsrecht eine marktorientierte Transformation der Gesundheitssysteme vorantreibt. Im abschließenden Ausblick werden die Entwicklungen europäischer Gesundheitspolitik resümiert. Wie bereits in anderen Politikfeldern der europäischen Integration zeichnet sich derzeit eine Übernahme des „Benchmarking“-Verfahrens in die Gesundheitspolitik ab.

1. Europäische Integration und Gesundheit – ein historischer Überblick

1.1. Gesundheitsschutz von den Gründungsverträgen bis zum Binnenmarkt

Die Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl (EGKS), mit der 1952 ein gemeinsamer Markt für die Montanindustrie geschaffen wurde, wies in ihrem Gründungsvertrag keine explizit sozial- oder gesundheitspolitischen Regelungen auf. Die einzige Ausnahme stellte Art. 55 EGKS-Vertrag dar, in dem der Kommission das Recht zugestanden wird, Forschung und Kooperation der Mitgliedsstaaten auf dem Gebiet von Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit der Beschäftigten der Kohle- und Stahlindustrie zu unterstützen. Obwohl die Intention der beteiligten Staaten (insbesondere Frankreichs) vor allem in dem Ziel bestand, die Bundesrepublik Deutschland in ein beständiges supranationales Beziehungsgefüge einzubinden und damit politische Stabilität in Europa zu erreichen, zeichnete sich hier bereits ein europäischer Integrationsmodus ab, der vor allem auf der ökonomischen, weniger auf der politischen Ebene vorangetrieben wurde (vgl. Platzer 1994: 50 f.).

Mit den Römischen Verträgen von 1957 wurde die EGKS um die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) und die Europäische Atomgemeinschaft (EAG) ergänzt. Während die EWG die Errichtung eines gemeinsamen Marktes zum Ziel hatte, sollte die EAG die Entwicklung und Verbreitung der Kernindustrie fördern. Mit den Römischen Verträgen wurden die expliziten Gesundheitsregelungen nicht wesentlich ausgeweitet. Lediglich unmittelbar auf die Gefahren der Atomtechnologie bezogen findet sich im EAG-Vertrag ein Kapitel „Gesundheit und Arbeitsschutz“, das sich mit

dem Schutz vor ionisierender Strahlung, auch für Personen, die nicht in der Atomindustrie arbeiten, beschäftigt. Die Konsolidierung und der Ausbau der Freihandelszone führte im EWG-Vertrag auch zu einer etwas stärkeren, wenngleich sehr allgemeinen und unverbindlichen Beschäftigung mit der sozialen Dimension des Integrationsprojektes.

Nach einer Phase der Stagnation im Prozess der europäischen Integration zwischen den 60er und 80er Jahren („Eurosclerose“) kam erst mit der Einheitlichen Europäischen Akte (EEA) im Jahr 1986 wieder stärkere Bewegung in die Europapolitik. Für das Jahr 1992 wurde die vollständige Umsetzung des Europäischen Binnenmarktes beschlossen. Auch für die EEA galt, dass die zunehmende ökonomische Integration nur unzureichend durch soziale Aspekte flankiert wurde. Vor allem der Gesundheitsbereich wurde aus den Integrationsüberlegungen weitgehend ausgeklammert. „Thus, despite acknowledgement that the SEA [die Einheitliche Europäische Akte, R.S.] would have an effect on health and healthcare outcomes in the Community, only those health-related matters that would foster development of the the single market were dealt with. Although concrete social matters were given more prominence under the text of the SEA, health policy (including public health) was again not treated as a distinct policy area.“ (Mossailos et.al. 2001: 27).

Bis zum Vertrag von Maastricht hatte Gesundheitspolitik in den europäischen Vertragswerken keine eigenständige Stellung. Aspekte des Gesundheitsschutzes fanden sich seit dem EGKS-Vertrag von 1952 lediglich im Bereich Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Die zunehmende ökonomische Integration setzte jedoch zwangsläufig gesundheitsrelevante Themen auf die Agenda der Europäischen Gemeinschaften. Die soziale Sicherheit der „Wanderarbeitnehmer“, bei der es auch um den Gesundheitsschutz dieser Personengruppe ging, die gegenseitige Anerkennung der beruflichen Qualifikationen von Ärzten, Zahnärzten sowie Krankenschwestern und -pflegern oder auch die Vereinheitlichung der europäischen Arzneimittelzulassung zeigen, dass die vier Grundfreiheiten bereits in den Gesundheitsbereich hineingewirkt haben, bevor Gesundheitspolitik 1992 einen eigenen Titel im Vertrag über die Europäische Union erhalten hat. Ein Anzeichen für die Übertragung gesundheitspolitischer Kompetenz auf die europäische Ebene war auch der Auftrag des Europäischen Rates an die Kommission aus dem Jahr 1985, ein Programm zur Krebsbekämpfung zu entwickeln. Noch ohne dass es dafür eine klare Rechtsgrundlage gab, übernahm die Kommission Aufgaben aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die wachsende Bedeutung gesundheitspolitischer Aspekte für die Europäischen Gemeinschaften spiegelte sich zudem darin wider, dass es bereits

seit 1984 informelle Treffen des europäischen Rats der Gesundheitsminister gab (vgl. Schwanenflügel 1996: 10f.).

1.2. EU-Gesundheitspolitik - die Verträge von Maastricht und Amsterdam

Mit dem *Vertrag von Maastricht* (1992) erhielt Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene erstmals eine rechtliche Grundlage. In die allgemeine Auflistung der Tätigkeiten der Europäischen Gemeinschaft in Artikel 3, Buchstabe o EGV wurde ein Abschnitt eingefügt, mit dem explizit der „Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus“ als Gemeinschaftsaufgabe erwähnt wird. Eine Konkretisierung erfährt diese allgemeine Aufgabenbeschreibung durch den neu in das Vertragswerk eingefügten Titel „Gesundheitswesen“. Der alte Art. 129 (neu: Art. 152¹) EGV beschrieb die Rolle der Gemeinschaft beim Gesundheitsschutz mit der Ermutigung von Kooperationen der Mitgliedsländer sowie ggfls. der Unterstützung ihrer Gesundheitsprogramme. Eine eigenständige Zuständigkeit erhielt die Gemeinschaft auf dem Gebiet der Krankheitsprävention, insbesondere bei der Bekämpfung weit verbreiteter Gesundheitsrisiken. Drogenabhängigkeit war dabei die einzige Gesundheitsgefährdung, die im Vertragstext ausdrücklich Erwähnung findet. Die Aufgabe der Prävention sollte durch die Forschung zu Ursachen und Heilungschancen ebenso ergänzt werden wie durch Maßnahmen der Gesundheitsinformation und -erziehung. Der Satz, dem, trotz seiner Unbestimmtheit, in Artikel 129 die größte Bedeutung zugemessen wurde, lautete: "Die Erfordernisse im Bereich des Gesundheitsschutzes sind Bestandteil der übrigen Politiken der Gemeinschaft." Hier deutete sich bereits die Charakterisierung der Gesundheitspolitik als Querschnittsaufgabe an, die wenige Jahre später im Vertrag von Amsterdam ausdrücklich betont wird. Der Artikel 129 EGV enthielt jedoch nicht nur die Grundlagen für Gemeinschaftskompetenzen im Gesundheitswesen, sondern auch deren nachdrückliche Einschränkung. Entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip, das im Maastricht-Vertrag als handlungsleitender Grundsatz der europäischen Integration verankert wurde (Art. 3 b EGV, in der Fassung vom 7. Februar 1992), wird die Gesundheitspolitik (ebenso

¹ Der Vertrag von Maastricht – offiziell: Vertrag über die Europäische Union – wurde durch den Amsterdamer Vertrag von 1997 geändert. In der neuen Fassung, die am 01.05.1999 in Kraft trat, ist die Struktur und Reihenfolge der einzelnen Artikel modifiziert worden. Im vorliegenden wird Text sowohl auf den Vertrag von Maastricht, als auch auf die geänderte Fassung Bezug genommen. Dies wird dadurch kenntlich gemacht dass bei unterschiedlicher Numerierung der Artikel im folgenden von „alt“ (für Maastricht) und „neu“ (für Amsterdam) gesprochen wird.

wie die gesamte Sozialpolitik) als alleinige Aufgabe der Mitgliedsstaaten betont. Eine Harmonisierung der nationalen gesundheitspolitischen Gesetze und Regulierungen wird in Artikel 129 EGV ausdrücklich ausgeschlossen („Harmonisierungsverbot“).

Art. 152 EGV [Beitrag der Gemeinschaft zur Krankheitsverhütung]

- (1) Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.
Die Tätigkeit der Gemeinschaften ergänzt die Politik der Mitgliedsstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. Sie umfaßt die Bekämpfung der weitverbreiteten schweren Krankheiten; dabei werden die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert.
Die Gemeinschaft ergänzt die Maßnahmen der Mitgliedsstaaten zur Verringerung drogenkonsumbedingter Gesundheitsschäden einschließlich der Informations- und Vorbeugungsmaßnahmen.
- (2) Die Gemeinschaft fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten in den in diesem Artikel genannten Bereichen und unterstützt erforderlichenfalls deren Tätigkeit.
Die Mitgliedsstaaten koordinieren untereinander im Benehmen mit der Kommission ihre Politiken und Programme in den in Absatz 1 genannten Bereichen. Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedsstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind.
- (3) Die Gemeinschaft und die Mitgliedsstaaten fördern die Zusammenarbeit mit dritten Ländern und den für das Gesundheitswesen zuständigen internationalen Organisationen.
- (4) Der Rat trägt gemäß dem Verfahren des Artikels 251 und nach Anhörung des Wirtschafts- und Sozialausschusses sowie des Ausschusses der Regionen mit folgenden Maßnahmen zur Verwirklichung der Ziele dieses Artikels bei:
 - a) Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs sowie für Blut und Blutderivate; diese Maßnahmen hindern die Mitgliedsstaaten nicht daran, strengere Schutzmaßnahmen beizubehalten oder einzuführen;
 - b) abweichend von Artikel 27 Maßnahmen in den Bereichen Veterinärwesen und Pflanzenschutz, die unmittelbar den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung zum Ziel haben;
 - c) Fördermaßnahmen, die den Schutz und die Verbesserung der menschlichen Gesundheit zum Ziel haben, unter Ausschluß jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten.Der Rat kann ferner mit qualifizierter Mehrheit auf Vorschlag der Kommission für die in diesem Artikel genannten Zwecke Empfehlungen erlassen.
- (5) Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt. Insbesondere lassen die Maßnahmen nach Absatz 4 Buchstabe a die einzelstaatlichen Regelungen über die Spende oder die medizinische Verwendung von Organen und Blut unberührt.

Mit dem *Vertrag von Amsterdam*, der im Jahr 1999 in Kraft getreten ist, hat Gesundheitspolitik ihre vorläufig letzte Modifikation in den europäischen Rechtsgrund-

lagen erfahren.² Der Artikel 129 wurde revidiert und in veränderter Fassung zum Artikel 152 des EG-Vertrages (siehe Kasten). Eine zentrale Änderung ist die in Absatz 1, Satz 1 verankerte Bestimmung, dass die Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus Maßgabe *aller* Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ist. Der Bedeutungsgewinn des Gesundheitsschutzes im Vertrag von Amsterdam liegt genau darin, dass er zur verpflichtenden Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche der Gemeinschaft geworden ist.

Die Zuständigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheitspolitik wurde gegenüber dem Vertrag von Maastricht in weiteren Punkten modifiziert. Während der alte Artikel 129 EGV die Krankheitsprävention durch Forschungs-, Aufklärungs- und Erziehungsinitiativen in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Tätigkeit der EG stellt, findet sich in der neuen Version erstmals die Zielbestimmung, die „Gesundheit der Bevölkerung“ zu verbessern (Absatz 1, Satz 2). In der englischen Fassung des Artikels wird dieses Ziel mit „improving public health“ bezeichnet. Dies ist deshalb von Interesse, weil der Begriff „Public Health“ im angelsächsischen Raum eine aktivere staatliche Rolle auf dem Gebiet der Gesundheit beinhaltet, als dies durch die allgemeinere Formulierung von der „Gesundheit der Bevölkerung“ ausgedrückt wird. Public Health in einem modernen Verständnis begreift „die Gesundheit der Bevölkerung nicht nur als ein persönliches, sondern auch als ein ‚öffentliches Gut‘, weshalb politische und öffentliche Instanzen eine wichtige Rolle und Verantwortung für die Identifikation der wichtigsten Gesundheitsprobleme, die Festsetzung von Prioritäten in der Gesundheitspolitik und die Beeinflussung von qualitätsgerechten Handlungen der im Gesundheitswesen aktiven Institutionen zu spielen haben“ (Hurrelmann/Laaser 1998: 28f.). Verglichen mit der Zielbestimmung „Prävention“ deutet die zusätzlich in den Artikel aufgenommene Verbesserung von „Public Health“ auf ein umfassenderes Verständnis der Zuständigkeit der europäischen Eben hin. Es bleibt andererseits jedoch auch festzuhalten, dass „Public Health“ bzw. die „Gesundheit der Bevölkerung“ im weiteren Vertragstext keine aussagekräftige Präzisierung erfährt.

Zwei weitere Änderungen im Vertrag von Amsterdam erscheinen erwähnenswert. Die Aufgabe der Gemeinschaft, die Mitgliedsstaaten bei der Bekämpfung des Dro-

² Der Vertrag von Nizza, der beim Europäischen Rat im Dezember 2000 ausgehandelt wurde, hat die gesundheitspolitischen Abschnitte des EGV nicht verändert. Mit der vom Rat beschlossenen Grundrechtscharta (Art. 35) wurden jedoch die gesundheitspolitischen Zielsetzungen unterstrichen, dass alle Bürger ein Recht auf Gesundheitsvorsorge und ärztliche Versorgung besitzen und die EU auf ihren Tätigkeitsfeldern ein hohes Gesundheitsniveau sicherstellt.

genkonsums zu unterstützen, wird noch stärker betont, als dies im Vertrag von Maastricht der Fall war (Absatz 1, Satz 4). Dabei werden die Mittel der Information und Prävention besonders hervorgehoben. Die Bekämpfung illegaler Drogen bleibt zwar in der Kompetenz der Mitgliedsstaaten, durch die Erwähnung in Artikel 152 EGV erhält sie jedoch eine gesundheitsbezogene Ausrichtung. Während Drogenpolitik in vielen Mitgliedsstaaten traditionell im Bereich Justiz und innere Sicherheit verortet wird, unterstreicht ihre Erwähnung im gesundheitspolitischen Abschnitt des EG-Vertrags die Anerkennung der gesundheitsbezogenen Aspekte, die mit dem Konsum illegaler Drogen verbunden sind. Weiterhin enthält Art. 152 EGV einen neuen Abschnitt (4 b), der die Gemeinschaft ermächtigt, Qualitäts- und Sicherheitsstandards „für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs sowie für Blut und Blutderivate“ festzulegen. Die Ausweitung der Kompetenz auf diesem Gebiet, die den Mitgliedsstaaten die Möglichkeit belässt, eigene, höhere Standards zu setzen, ist eine Reaktion auf die mit dem europäischen Binnenmarkt erleichterten Möglichkeiten, auch Blutkonserven und menschliche Organe europaweit zu handeln.

Die stärkere Betonung bzw. graduelle Ausweitung der gesundheitspolitischen Kompetenzen der Gemeinschaft geht allerdings mit einer Stärkung des bereits im Maastricht-Vertrag enthaltenen Harmonisierungsverbots einher. In den Absätzen 4 c und 5 wird die volle „Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung“ betont und Maßnahmen der Gemeinschaft ausdrücklich ausgeschlossen, die eine „Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten“ zum Gegenstand haben. Nach wie vor bleibt die Gesundheitspolitik ganz überwiegend in der Kompetenz der Mitgliedsstaaten.

Neben den Kompetenzen, die die Kommission aufgrund des Art. 152 EGV unmittelbar auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik erhalten hat, enthält der Vertrag in einer Reihe von zusätzlichen Artikeln gesundheitsrelevante Bestimmungen (vgl. Tabelle 1). Die Zuständigkeiten für diese gesundheitsrelevanten Bereiche sind über fast alle Generaldirektionen verstreut. Bei den Regelungen über die vier Grundfreiheiten des Binnenmarktes spielen gesundheitspolitische Aspekte ebenso eine Rolle, wie im Rahmen der Struktur- und Kohäsionsfonds, bei der Forschungs- und Technologiepolitik oder in der beruflichen Bildung. Es erscheint daher durchaus angebracht, gesundheitspolitische Zielvorstellungen als Querschnittsaufgabe zu definieren, um die Maßnahmen der verschiedenen Bereiche zu koordinieren und gemeinsame Prioritäten festzulegen. Die EU-Kommission hat versucht, eine stärkere Koordinierung der gesundheitspolitischen Aktivitäten auf EU-Ebene zur Grundlage ihrer neu-

en gesundheitspolitischen Strategie zu machen. Gleichzeitig zeigt sich jedoch, dass der Gesundheitsbereich selbst in viel stärkerem Ausmaß durch andere Regelungsbereiche des europäischen Integrationsprozesses beeinflusst wird. Das Kernprojekt der EU, die ökonomische Integration mittels der Errichtung des Binnenmarkts, ist in ihrer Querschnittswirkung auf andere Politikfelder weitaus wirkungsvoller als dies der Gesundheitsbereich wohl je sein wird.

Tabelle 1: Die wichtigsten, den Gesundheitsschutz betreffenden Artikel des EG-Vertrags

<i>EG-Vertrag</i>	<i>Inhalt</i>
Art. 43-48	Niederlassungsrecht, betrifft unter anderem Ärzte und andere Heilberufe
Art. 49 und 50	Dienstleistungen einschließlich medizinischer und anderer gesundheitlicher Dienstleistungen
Art. 71	Verkehrssicherheit
Art. 95	Angleichung der Rechtsvorschriften, einschließlich Lebensmittelsicherheit, Tabak, Arzneimittel, Medizinprodukte, Chemikalien und andere gefährliche Stoffe, Anwendungen der Biotechnologie
Art. 131-133	Gemeinsame Handelspolitik, z.B. bei Lebens- und Arzneimitteln
Art. 137	Soziale Sicherheit und sozialer Schutz der Arbeitnehmer
Art. 149	Allgemeine und berufliche Bildung, einschließlich des Austauschs im Gesundheitssektor
Art. 158 und 161	Wirtschaftlicher und sozialer Zusammenhalt, d.h. Struktur- und Kohäsionsfonds, die u.a. gesundheitsrelevante Projekte fördern
Art. 163-173	Forschung und technologische Entwicklung, einschließlich des Gesundheitssektors
Art. 177	Entwicklungszusammenarbeit, einschließlich des Gesundheitssektors
Art. 300 und 302	Abschluß von Abkommen mit Drittländern und internationalen Organisationen, unter anderem über Gesundheitsfragen und verwandte Themen

Quelle: Kommission (2000): 25.

2. Gesundheitspolitische Programme und Strategien

2.1. Die Aktionsprogramme der Gemeinschaft

Schon bevor die EG mit dem Vertrag von Maastricht eigenständige Kompetenzen auf dem Gebiet der Präventionspolitik erhielt, führte sie verschiedene Aktionen im Gesundheitsbereich durch. Die rechtliche Grundlage dieser Programme bildeten „gemischte Entschlüsse“, die vom Rat gemeinsam mit den zuständigen Ministern verabschiedet wurden. Im Mittelpunkt der „Prä-Maastricht-Aktionsprogramme“ stand die Bekämpfung von AIDS, Drogenmißbrauch und Krebserkrankungen. Das Aktionsprogramm „Europa gegen AIDS“ für die Jahre 1991 – 1992 konzentrierte sich auf den Erfahrungsaustausch der Mitgliedsländer bei der AIDS-Bekämpfung, auf den Bereich der Aufklärung und Gesundheitserziehung sowie die Förderung und Koordinierung von Forschungsarbeiten. Die Gemeinschaft unterstützte dieses Programm mit 6 Mio. ECU. Das Thema Drogenabhängigkeit wird seit 1989 im Europäischen Ausschuss zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs erörtert. Der Ausschuss berät die Kommission und entwickelt Vorschläge wie den für die Schaffung einer Europäischen Drogenbeobachtungsstelle und eines Europäischen Informationsnetzes für Drogen und Drogensucht. Die Beobachtungsstelle mit Sitz in Lissabon hat die Aufgabe, europäisch vergleichbare Daten über Drogen, Drogenhandel, Abhängigkeit und deren Auswirkungen zusammenzustellen. Auf dieser Grundlage sollen die Mitgliedsländer in die Lage versetzt werden, wirksame und koordinierte Politiken zur Reduzierung des Drogenkonsums zu entwickeln. Im Jahr 1986 verabschiedete die EG ihr erstes Aktionsprogramm gegen Krebs. Gegenstand des Programms war die Bekämpfung des Tabakkonsums, die über Maßnahmen wie die Harmonisierung der Etikettierung von Zigarettenpackungen, das Verbot für Zigaretten mit hohem Teergehalt oder das Verbot von Tabakwerbung im Fernsehen vorangetrieben werden sollte. Hinzu kamen Aktionen, die eine Verbesserung der Ernährung, den Schutz vor karzinogenen Stoffen und systematische Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsmaßnahmen fördern sollten (vgl. Schwanenflügel 1996: 53 ff.).

Mit der im Maastricht-Vertrag neu verankerten Zuständigkeit der EG für Prävention, Forschungsförderung sowie Gesundheitsinformation und -erziehung hat die Gemeinschaft ihre Aktivitäten auf diesem Gebiet ausgeweitet. Seit Mitte der neunziger Jahre laufen acht Aktionsprogramme mit einem Finanzvolumen von rund 300 Mio. Euro (siehe Tabelle 2). Die (finanziellen) Schwerpunkte liegen bei der Bekämpfung von Krebs bzw. AIDS. Daneben wurden Programme aufgelegt, die bislang unbe-

rücksichtigte Aspekte europäischer Gesundheitspolitik zum Gegenstand haben, wie z.B. zur Gesundheitsberichterstattung und zu „umweltbedingten Krankheiten“.

Tabelle 2: Gesundheitsprogramme der EU

-
- Aktionsprogramm „Europa gegen den Krebs“
Finanzvolumen 1996 bis 2000: 64 Mio. Euro
 - Aktionsprogramm „Europa gegen AIDS“
Finanzvolumen 1995 bis 2000: 60 Mio. Euro
 - Aktionsprogramm „Suchtprävention“
Finanzvolumen 1996 bis 2000: 27 Mio. Euro
 - EU-Programm zur Gesundheitsförderung
Finanzvolumen 1996 bis 2000: 35 Mio. Euro
 - EU-Programm zur Verhütung von Verletzungen
Finanzvolumen 1999 bis 2003: 14 Mio. Euro
 - EU-Programm zur Gesundheitsberichterstattung
Finanzvolumen 1997 bis 2001: 13,8 Mio. Euro
 - EU-Programm „Seltene Krankheiten“
Finanzvolumen 1999 bis 2000: 6,5 Mio. Euro
 - EU-Programm „Umweltbedingte Krankheiten“
Finanzvolumen 1999 bis 2001: 3,9 Mio. Euro
-

Quelle: Weingärtner (2000): 34.

Verantwortlich für gesundheitspolitische Angelegenheiten der EU und damit auch für die Durchführung der Aktionsprogramme ist die Generaldirektion „Gesundheit und Verbraucherschutz“, an deren Spitze derzeit der irische Kommissar David Byrne steht. Die Kombination von Gesundheit und Verbraucherschutz verweist auf die enge Verflechtung, die zwischen diesen beiden Politikfeldern besteht. Nicht erst seit dem vermehrten Auftreten von BSE und der Ausbreitung der Schweinepest im Jahr 2001 ist der Zusammenhang zwischen Nahrungsmittelsicherheit und Gesundheit unübersehbar. Von den sieben Direktoraten, die die Struktur der Generaldirektion bilden, sind zwei mit Fragen der Gesundheitsversorgung im engeren Sinn befasst. Das Direktorat „Wissenschaftliche Gutachten“ ist für die Kooperation mit den Organisationen der Ärzte und der medizinisch relevanten Wissenschaften zuständig. Zusätzlich betreut es die acht Komitees, in denen Vertreter aus allen Mitgliedsländern Fragen der Gesundheits- und Verbraucherpolitik erörtern, um die Kommission in ihrer Entscheidungsfindung zu beraten. Das Direktorat „Öffentliche Gesundheit“ führt die Gesundheitsprogramme der EU durch (vgl. Weingärtner 2000: 34). Neben den Aktionsprogrammen hat sich die Generaldirektion Gesundheit und Verbrau-

cherschutz mit einer Reihe weiterer Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik engagiert (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Sonstige gesundheitspolitische Tätigkeitsfelder der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz

-
- Strategie zur Bekämpfung des Tabakkonsums
 - Richtlinie zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen
 - Bericht über den Schutz vor den schädlichen Wirkungen des Rauchens
 - Vorschlag einer Richtlinie über Tabakerzeugnisse
 - Mitteilung der Kommission über die Sicherheit von Blut und Selbstversorgung mit Blut
 - Empfehlung des Rates über die Eignung von Blut- und Plasmaspendern und das Screening von Blutspenden
 - Berichte der Kommission über den Gesundheitszustand in der Gemeinschaft und über die Integration der Gesundheitsschutzerfordernisse in die übrigen Bereiche der Gemeinschaftspolitik
 - Arbeitspapiere der Kommissionsdienststellen über die epidemiologische Überwachung der Creutzfeld-Jakob-Krankheit und anderer transmissibler spongiformer Enzephalopathien
 - Gemeinschaftsnetz für die epidemiologische Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten in der Gemeinschaft
 - Empfehlungen des Rates zur Begrenzung der Exposition der Bevölkerung gegenüber elektromagnetischen Feldern (0 Hz – 300 GHz)
-

Quelle: Kommission (2000): 26f.

2.2. Eine neue gesundheitspolitische Strategie

Im Jahr 2000 legte die EU-Kommission einen Vorschlag für eine neue „Gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Gemeinschaft“ vor. Sie reagierte damit einerseits auf die Veränderungen der rechtlichen Grundlagen der EU (Verträge von Maastricht und Amsterdam), andererseits auf die Erfahrungen mit und die Kritik an den eigenen Aktionsprogrammen im Bereich Gesundheit. Die EU-Programme wurden kritisiert, weil sie mit ihrer großen Zahl und dem „vertikalen Ansatz“, für jedes Problem ein Programm aufzulegen, zu unübersichtlich und ineffizient waren. Hinzu kam, dass mit den Veränderungen der rechtlichen Grundlagen die gemeinschaftliche Gesundheitspolitik einen Bedeutungszuwachs erfahren hat, der sich auch in der Strategie der Kommission niederschlagen soll. Die Verankerung des Gesundheitsschutzes als Querschnittsziel der Aktivitäten der EU ist der zentrale Ausgangspunkt für die strategische Neuausrichtung der Kommission. „Der Vertrag [von Amsterdam, R.S.] fordert ausdrücklich, daß ‚bei der Festlegung und Durchführung *aller* Gemein-

schaftspolitiken und –maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt werden muß. Dies bedeutet, daß auch Vorschläge in anderen zentralen Bereichen der Gemeinschaftspolitik (Binnenmarkt, soziale Angelegenheiten, Forschung und Entwicklung, Landwirtschaft, Handels- und Entwicklungspolitik, Umwelt usw.) den Gesundheitsschutz aktiv fördern sollen.“ (Kommission 2000: 3). Um dieses Ziel zu verwirklichen hat die neue Gesundheitsstrategie drei „horizontale Schwerpunkte“ gesetzt:

„1. *Verbesserung von Information und Kenntnissen im Bereich der Gesundheit.* Es wird ein umfassendes Informationssystem eingerichtet, das den politischen Entscheidungsträgern (und der Öffentlichkeit) die erforderlichen gesundheitlichen Schlüsseldaten liefert.

2. *Rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren.* Es wird ein wirksames Schnellreaktionssystem eingerichtet, das Gefährdungen der öffentlichen Gesundheit, beispielsweise durch Infektionskrankheiten, begegnet. Die Integration auf der Grundlage der Freizügigkeit in der EU erfordert eine höhere Wachsamkeit.

3. *Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren.* Das Programm wird zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung und zur Verringerung der vorzeitigen Todesfälle in der EU beitragen, indem die Krankheitsursachen durch wirksame Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention bekämpft werden.“ (ebd.: 2f).

Die neue gesundheitspolitische Strategie sollte die laufenden acht gesundheitspolitischen Programme der Gemeinschaft ersetzen, und war für die Jahre 2001 bis 2006 geplant. Meinungsverschiedenheiten der am Rechtsetzungsverfahren beteiligten Akteure haben die Verabschiedung der Strategie verzögert. Die stärkere Koordinierung gesundheitspolitischer Maßnahmen und die Kompetenzausweitung der europäischen Ebene, die sich auf Art. 152 EGV beruft, ist im europäischen Politikprozess nicht unumstritten. Das Aktionsprogramm ist in den Beratungen mit dem Europäischen Parlament auf Widerstand gestoßen (vgl. Kommission 2001a). Einer der Hauptkritikpunkte, der auch von deutschen Europaparlamentarierern vertreten wird, sieht in dem Programmvorschlag eine unzulässige Ausweitung der EU-Zuständigkeit im Bereich Gesundheitspolitik, der entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip im Vertragswerk ausdrücklich den Mitgliedsstaaten vorbehalten bleibe. Die Verabschiedung des Aktionsprogrammes hat sich aufgrund des politischen Widerstands bis zum September 2002 verzögert. (vgl. Friedrich 2002).

Das „Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit“ gilt für die Jahre 2003 bis 2008 und formuliert als Gesamtziel „den Schutz der menschlichen Gesundheit und Verbesserungen im Gesundheitswesen“ (Europäische Gemeinschaften 2002: 6). In Ergänzung der einzelstaatlichen Politiken ist das Programm an den oben formulierten allgemeinen Zielen eines verbesserten Informations- und Wissensstands (Gesundheitsüberwachung und –berichterstattung), der schnellen und koordinierten Reaktion auf Gesundheitsgefahren sowie der Gesundheitsförderung und Prävention orientiert. Es soll dazu beitragen, eine integrierte und sektorübergreifende Gesundheitsstrategie in den verschiedenen Gemeinschaftspolitiken sicherzustellen und Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abzubauen. Der Schwerpunkt des Programms ist darauf ausgerichtet, eine stärkere Koordinierung und Vernetzung der verschiedenen EU-Politikbereiche mit den in den Einzelstaaten verantwortlichen Institutionen sowie Nichtregierungsorganisationen herzustellen. Auch Nicht-EU-Mitgliedsländer können, mit bestimmten Einschränkungen, am Aktionsprogramm teilnehmen.³ Zur Finanzierung des Aktionsprogramms stellt die EU 312 Mio. Euro zur Verfügung. Deren Verwendung soll durch unabhängige Sachverständige u.a. mit Blick auf die Effizienz des Mitteleinsatzes und die für das Gesundheitswesen erzielten Auswirkungen evaluiert werden (vgl. ebd.: 6ff).

3. Binnenmarkt und Gesundheitspolitik

Bereits in den Römischen Verträgen von 1957 war die Verwirklichung eines einheitlichen Binnenmarktes angelegt, ohne dass dieses Projekt in den darauffolgenden Jahrzehnten tatsächlich vollständig umgesetzt wurde. Im Mittelpunkt standen damals wie heute die „vier Grundfreiheiten“, d.h. der freie Verkehr von Personen, Dienstleistungen, Gütern und Kapital. Es lag auf der Hand, dass die Realisierung der vier Freiheiten nicht ohne nachhaltige Auswirkungen auf politische und soziale Angelegenheiten bleiben würden, die im ökonomischen Kern des Binnenmarktprojektes keine Rolle spielten. Dazu gehörte auch der Bereich der Gesundheitspolitik. Ohne die alleinige nationale Zuständigkeit für das Gesundheitswesen in Frage zu stellen, einigten sich die Mitgliedsländer auf verschiedene Rahmenregelungen, die

³ Dies gilt für EFTA- und EWR-Länder, für die assoziierten mittel- und osteuropäischen Länder, für Zypern, Malta und die Türkei. Die genannten Länder können am gesundheitspoliti-

die Grundfreiheiten im Sozial- und Gesundheitsbereich präzisieren sollten. Die Verordnung über die soziale Sicherheit von „Wanderarbeitnehmern“, die gegenseitige Anerkennung der Qualifikationen von Gesundheitsberufen sowie die Vereinheitlichung der Arzneimittelzulassung sind die wichtigsten Maßnahmen auf diesem Gebiet.

Mit dem 1985 von der EG-Kommission vorgelegten „Weißbuch zur Vollendung des Binnenmarktes“ wurde im Prozess der europäischen Integration ein neues Kapitel aufgeschlagen. Bis zum 01.01.1993 sollte der europäische Wirtschaftsraum ohne Binnengrenzen verwirklicht werden. Unter dem Eindruck verschärfter internationaler Konkurrenz und stagnierender wirtschaftlicher Entwicklungen knüpften die Mitgliedsländer große Hoffnungen an dieses Projekt, das mit präzisen rechtlichen Vorgaben und einem strengen zeitlichen Rahmen verbunden wurde. Der „Cecchini-Bericht“, in dem 1988 von einer Expertengruppe die erwarteten Auswirkungen der Binnenmarktverwirklichung dargelegt wurden, skizzierte ein überaus optimistisches Bild der zukünftigen Entwicklungen: Enorme Wachstumsschübe, die Senkung der Verbraucherpreise und die Schaffung von Millionen von Arbeitsplätzen wurden von dem umfangreichen Deregulierungsprojekt erwartet (vgl. Cecchini 1988: 130ff). Skeptische Stimmen, die auf die potentiell destruktiven sozialen und ökologischen Auswirkungen des Binnenmarktes hinwiesen, blieben in der allgemeinen Euphorie weitgehend unerhört. Die Kritik richtet sich u.a. dagegen, dass die Verwirklichung des Binnenmarktes sich im Kern auf die Umsetzung der vier „Grundfreiheiten“ beschränke, dabei jedoch mögliche negative Konsequenzen wie die Ausweitung der sozialen Disparitäten oder ein verschärftes „Sozial-Dumping“ in Europa ausblende (vgl. Platzer 1995: 109 ff).

Das Gesundheitswesen spielte in der Debatte um die sozialen Auswirkungen des Binnenmarktprojektes lange Zeit eine untergeordnete Rolle. Selbst nach der Aufnahme des Titels „Gesundheitswesen“ in den Vertrag von Maastricht schien die stets betonte alleinige Zuständigkeit der Mitgliedsstaaten für ihr Gesundheitssystem diesen Bereich dem Zugriff des Binnenmarktes weitgehend zu entziehen. Diese Einschätzung hat sich erst in der jüngeren Vergangenheit durch die gesundheitspolitisch weitreichenden Urteile des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) verändert. Die Anwendung der „Grundfreiheiten“ auf verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens hat deutlich gemacht, dass die nationalen Zuständigkeiten im Gesundheitsbereich sich in einem Spannungsfeld mit den rechtlichen Regelungen des Binnen-

schen Programm der EU teilnehmen, sind jedoch anderen Finanzierungsmodalitäten unterworfen (vgl. Europäische Gemeinschaften 2002: 8)

marktes befinden. Je nachdem, ob im konkreten Fall die Kompetenzen des Mitgliedsstaates oder die Bedeutung der betroffenen „Grundfreiheit“ höher gewichtet werden, kann es dabei zu nachhaltigen Eingriffen in die Organisation der nationalen Gesundheitssysteme kommen. Dass es hier nicht nur um gesundheitspolitische Randbereiche geht, sondern potentiell alle zentralen Institutionen und Organisationsformen des Gesundheitswesens zur Disposition gestellt werden können, zeigt die Tabelle 4, in der die Bereiche aufgeführt sind, in die die vier Grundfreiheiten hineinwirken.

Tabelle 4: Wirkungsbereiche des Binnenmarktes auf die europäischen Gesundheitssysteme

<i>Freier Personenverkehr</i>	<i>Freier Güterverkehr</i>	<i>Freier Dienstleistungsverkehr</i>	<i>Freier Kapitalverkehr</i>
Arbeitsmarkt: Ärzte und Zahnärzte	Pharma-Markt	Private Krankenversicherung	Krankenhausinvestitionen
Arbeitsmarkt: Pflege- und Gesundheitsberufe	Medizinprodukte-Markt	Gesetzliche Krankenversicherung	
Kurzzeitaufenthalt	Öffentliche Beschaffung Güter	Öffentliche Beschaffung Dienstleistungen	
Langzeitaufenthalt	Patientenwahl Güter	Patientenwahl Dienstleistungen	
Datenverkehr und Datenschutz			

Quelle: Wismar (1998): 29.

Die Europäische Gemeinschaft hat auf verschiedene Herausforderungen, die das Binnenmarktprojekt für das Gesundheitswesen bedeutet, mit Maßnahmen reagiert, die die Vereinbarkeit von Freizügigkeit und Gesundheitsschutz gewährleisten sollen. Dabei ist auf einzelnen Gebieten versucht worden, durch europäische Regelungen gewisse Harmonisierungen im Interesse eines einheitlichen Gesundheitsschutzniveaus zu erreichen. Im Gegensatz zu diesen Maßnahmen, mit denen aufgrund politischer Entscheidungen *intendierte* Veränderungen im Gesundheitsbereich umgesetzt wurden, hat sich in der jüngeren Vergangenheit ein anderer Weg gesundheitspolitischer Rechtsetzung verstärkt Geltung verschafft. Mit Rechtsprechung des EuGH, der die Regelungen des Binnenmarktes auf verschiedene Bereiche nationaler Gesundheitssysteme angewandt hat, wurden Entscheidungen getroffen, für die Gestaltung der nationalen Gesundheitssysteme große Bedeutung besitzen. Da hier, entgegen der Absicht der Regierungen der Mitgliedsländer, vermittelt über die Rechtsprechung des Gerichtshofs das europäische Binnenmarkt- und Wettbewerbs-

recht nachhaltig in die nationale gesundheitspolitische Gestaltungskompetenz eingreift, wird diesbezüglich im folgenden von den „*nicht-intendierten*“ Konsequenzen des europäischen Integrationsprozesses gesprochen (vgl. Paton et.al. 2002: 2f.). Für die Jahre 1958 bis 1998 wurden 233 (intendierte oder nicht-intendierte) rechtliche Interventionen der europäischen Ebene gezählt, die im Zusammenhang mit der Regulierung des Binnenmarktes auch die nationalen Gesundheitswesen betreffen. Dabei handelt es sich mehrheitlich um Verordnungen, Richtlinien und andere Rechtsakte, die aus den europäischen Rechtsetzungsverfahren hervorgegangen sind. Mehr als ein Drittel der Interventionen (35 %) geht jedoch auf die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes zur Umsetzung der vier Grundfreiheiten zurück (vgl. Wismar/Busse 2002: 41). Auch wenn diese Zahlen nichts über die konkreten Auswirkungen der Rechtsetzungen auf die nationalen Gesundheitssysteme besagen, zeichnet sich bereits rein quantitativ die große Bedeutung der Rechtsprechung des EuGH für gesundheitspolitische Entwicklungen ab. Dass sie auch qualitativ nachhaltige Auswirkungen besitzen, zeigt sich bei der Betrachtung einiger wichtiger gesundheitspolitischer EuGH-Entscheidungen der vergangenen Jahre (Abschnitt 3.2.). Zuvor werden jedoch die bewusst vorgenommenen EG-Regulierungen betrachtet, mit denen im Kontext des Binnenmarktes entstandene gesundheitspolitisch relevante Fragen beantwortet wurden.

3.1. Intendierte Harmonisierungen der europäischen Gesundheitssysteme

Als Reaktion auf die voranschreitende wirtschaftliche Integration hat die Gemeinschaft in der Vergangenheit bereits verschiedene Maßnahmen mit unmittelbarer gesundheitspolitischer Relevanz getroffen. Damit sollte gewährleistet werden, dass die Ausübung der Grundfreiheiten nicht durch nationale Regelungen aus dem Gesundheitsbereich unnötig eingeschränkt wird. In Teilbereichen wurden damit auf der Ebene des sekundären Gemeinschaftsrechts Regelungen getroffen, die trotz des Harmonisierungsverbots aus Art. 152 EGV eine Vereinheitlichung gesundheitspolitischer Regelungen beabsichtigten. Die drei zentralen Bereiche, in denen die Gemeinschaft zielgerichtet und mit harmonisierender Absicht in die gesundheitliche Versorgung eingegriffen hat, betreffen die soziale Sicherheit bei Auslandsaufent-

halten, die Freizügigkeit von Arbeitskräften der Gesundheitsberufe sowie die europäische Vereinheitlichung der Arzneimittelzulassung⁴:

- *Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen*

Für die uneingeschränkte Mobilität von Personen innerhalb der Grenzen der EU ist die grenzüberschreitende Möglichkeit medizinischer Versorgung eine notwendige Bedingung. Die Freizügigkeit darf in der Logik des Binnenmarktes nicht durch das in den nationalen Gesundheitssystemen gültige Territorialitätsprinzip, das die gesetzliche Gesundheitsversorgung auf den nationalstaatlichen Raum beschränkt (vgl. Steinmeyer 1999), begrenzt werden. Um dies zu verhindern hat die EG mit der Verordnung über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (VO 1408/71 EWG, ergänzt durch VO 574/72 EWG) zu Beginn der siebziger Jahre eine Regelung geschaffen, die die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Ausland regeln sollte. Danach haben Versicherte der Mitgliedsstaaten ein Anrecht auf Krankenversicherungsschutz nicht nur auf dem Gebiet der EU, sondern auch im gesamten Europäischen Wirtschaftsraum (EWR). Ursprünglich gültig für sog. „Wanderarbeitnehmer“ und ihre Familienangehörigen, wurde der Geltungsbereich der Regelung nach und nach auf alle EU-Bürger ausgeweitet. Die Berechtigung zur medizinischen Versorgung während eines zeitweiligen Auslandsaufenthalts wurde in zwei Kategorien unterteilt. Der erste Fall betrifft dringend notwendige medizinische Behandlungen. Mittels eines Auslandskrankenscheins (Formular E 111) können Krankenversicherte während eines Auslandsaufenthalts in dringenden Fällen eine medizinische Behandlung erhalten, die über den Krankenversicherungsträger ihres Heimatlandes abgerechnet wird. Medizinische Behandlungen im EU-Ausland, die nicht auf einem dringenden Bedarf beruhen, konnten dagegen nur nach einer vorherigen Genehmigung durch die zuständigen nationalen Institutionen der sozialen Sicherheit in Anspruch genommen werden (Formular E 112). Ausnahmen vom Dringlichkeits-Prinzip gelten für verschiedene Personengruppen: Rentner, Arbeitslose auf Jobsuche, Beschäftigte oder Selbständige, die ihre berufliche Tätigkeit im Ausland ausüben,

⁴ Ein weiterer gesundheitspolitisch relevanter Bereich, in dem europäische Harmonisierungsbestrebungen außerordentlich weit vorangeschritten sind, ist der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Dieser Bereich zeichnet sich dadurch aus, dass die europäische Vereinheitlichung der Arbeitsschutzbestimmungen sich an den höchsten nationalen Schutzniveaus orientiert hat. Er wird hier nicht ausführlicher behandelt, weil er keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Organisation der nationalen Gesundheitssysteme besitzt (vgl. Gerlinger / Lenhardt / Stegmüller 2001).

Grenzgänger sowie Studierende und Teilnehmer an beruflichen Fortbildungsmaßnahmen.

Die Bedingungen, unter denen die Mitgliedsstaaten die Genehmigung für eine Auslandsbehandlung verweigern dürfen, wurden nach zwei Urteilen des EuGH vom Europäischen Rat präzisiert. Seit 1981 konnten Genehmigungen nicht mehr verweigert werden, wenn (a) die geplante medizinische Behandlung Bestandteil des Leistungskatalog des einheimischen Kostenträgers ist und (b) die Behandlung nicht in einem vertretbaren Zeitraum auch im Heimatstaat des Patienten stattfinden kann. Obwohl nach der Verordnung 1408/71 EWG nun ein relativ klar umrissenes Verfahren für medizinische Auslandsbehandlungen in der EU existierte, wurde es nur in geringem Umfang wahrgenommen. Wie die Zahlen in Tabelle 5 zeigen, ist der von manchem Beobachter befürchtete „Medizintourismus“ nicht zur Realität geworden.

Tabelle 5: Anzahl der Personen, die eine Vorabgenehmigung für eine medizinische Behandlung im Ausland beantragen und erhalten (in ausgewählten EU-Mitgliedsländern)

<i>Land</i>	<i>Jahr</i>	<i>Anzahl der Genehmigungsanträge</i>	<i>Anzahl der erteilten Genehmigungen</i>
Österreich	jährl. Durchschnitt	keine Angaben	850
Belgien	jährl. Durchschnitt	keine Angaben	2000
Dänemark	jährl. Durchschnitt	40-50	25-35
Frankreich	1996-1999	1240 in vier Jahren	789 in vier Jahren
Luxemburg	1998	7130	7082
Schweden	jährl. Durchschnitt	keine Angaben	20
Großbritannien	jährl. Durchschnitt	800	600

Quelle: Mossailos u.a. (2002): 44.

Die geringen Zahlen der Anträge auf eine Genehmigung für eine Auslandsbehandlung verweisen darauf, dass jenseits der Genehmigungspraxis der einzelnen Staaten weitere, möglicherweise wirksamere Hindernisse für das Interesse an einer medizinischen Behandlung im Ausland existieren. Sprachliche und kulturelle Barrieren, große Distanzen, bürokratische Hindernisse, fehlende Informationen und nicht zuletzt das Interesse an einer vertrauten Arzt-Patient-Beziehung mögen viele EU-Bürger von einem Gang ins Ausland abschrecken. Fraglich ist auch, ob die vom

Europäischen Rat hat auf seinem Treffen in Barcelona im März 2002 beschlossene Vereinfachung des Verfahrens mittels einer europäischen Krankenversicherungskarte die Neigung zur Auslandsbehandlung erhöhen wird (Reker 2002: 240). Modellvorhaben in den sog. „Euregios“, in denen eine grenzüberschreitend gültige Chipkarte eingeführt worden ist, zeigen, dass der Umfang der Krankenbehandlung von Versicherten aus dem jeweiligen Nachbarland nicht wesentlich angestiegen ist.⁵

- *Die Freizügigkeit von Arbeitskräften der Gesundheitsberufe*

Um die Freizügigkeit von Beschäftigten des Gesundheitssystems in Europa zu gewährleisten hat die EU seit 1975 Richtlinien erlassen, mit denen die automatische Anerkennung der Ausbildungsnachweise für Gesundheitsberufe geregelt ist. Die Regelungen betreffen sowohl ärztliche als auch nicht-ärztliche Berufe. Die besonderen Anforderungen an Aus- und Weiterbildung sowie Ausübung von Gesundheitsberufen schlägt sich in Art. 47 Absatz 3 EGV nieder, in dem eine europäische Koordination der Ausübungsbedingungen für Gesundheitsberufe als notwendig erachtet wird. Auf dieser Grundlage wurden europäische Mindestanforderungen an die Ausbildung in verschiedenen Berufsgruppen definiert. 1993 wurden die verschiedenen Richtlinien zur Freizügigkeit der Ärzte zusammengefasst. Seitdem ist die Richtlinie 93/16 EWG „zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise“ die Grundlage der gegenseitigen Anerkennung ärztlicher Ausbildung (vgl. Mossailos u.a. 2001: 40). Den Mitgliedsländern ist freigestellt, für ihren Regelungsbereich höhere Anforderungen an die Ausbildung zu stellen. Dadurch darf die Berufsausübung und Niederlassung z.B. eines ausländischen Arztes, der die Mindest-

⁵ In einigen europäischen Grenzregionen, in denen die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung aufgrund der geographischen Nähe eine größere Bedeutung erlangen kann, haben Krankenversicherungen aus unterschiedlichen EU-Mitgliedsländern in verschiedenen Modellprojekten begonnen, das Verfahren zu vereinfachen. Das bekannteste Projekt begann 1997 in der „Euregio Maas-Rhein“. Mit dem Projekt „Integration Zorg op Maat“ (IZOM) (auf deutsch: „Integrierte Versorgung nach Maß“) erhielten niederländische, deutsche und belgische Versicherte das Recht, sich in den Nachbarländern behandeln zu lassen. Seit dem September 2000 haben die niederländische Versicherung CZ Groep und die AOK Rheinland eine „GesundheitsCard international“ entwickelt, mit dem sich die Versicherten ohne Antrag oder Auslandskrankenschein im Nachbarland behandeln lassen können. In der Euregio Maas-Rhein profitieren von dieser Regelung insbesondere niederländische Patienten, die ansonsten lange Wartezeiten auf fachärztliche Behandlungen (v.a. in der Gynäkologie, der Augenheilkunde und der Orthopädie) in Kauf nehmen müssten. Mit 4.000 Versicherten, die sich eine GesundheitsCard ausstellen ließen (Stand: März 2001) kann man allerdings noch nicht von einer umfassenden grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sprechen. Ähnliche Modellprojekte wurden in anderen Grenzregionen gestartet, wie etwa in der Euregio Rhein-Waal, in der seit September 2000 vergleichbare Regelungen erprobt werden (vgl. Naundorf 2001, Coheur 2001).

anforderungen der EU erfüllt, jedoch nicht behindert werden. Diese Form der „Inländerdiskriminierung“ ist im europäischen Recht zulässig. Sie wird allerdings von deutscher Seite z.T. scharf kritisiert. Die europäischen Mindestanforderungen seien zu knapp und ungenau, sie reduzierten sich im wesentlichen auf Standards des Berufszugangs. Seine Ausübung, die Standards der medizinischen Praxis und die Verpflichtung zur ständigen Weiterbildung seien dagegen nur unzureichend berücksichtigt. Im Interesse einer hohen Qualität der medizinischen Versorgung, gerade auch angesichts der wachsenden Inanspruchnahme grenzüberschreitender medizinischer Leistungen sei die Definition einheitlicher Qualifikationsanforderungen auf höchstem Niveau notwendig (vgl. Reker 2002: 242f). Vor allem die Regelungen über die Ausbildung in der Allgemeinmedizin sind umstritten, da dieses Fach in den verschiedenen Mitgliedsländern eine sehr unterschiedliche Wertigkeit besitzt. Während in Deutschland oder in Dänemark, wo die Allgemeinmediziner im Primärarztssystem eine herausgehobene Stellung besitzen, die Weiterbildungszeit fünf Jahre beträgt, können sich Ärzte in Schweden oder Italien bereits nach zwei Jahren Allgemeinmediziner nennen. Nach europäischem Recht sind sie damit grundsätzlich berechtigt, sich in jedem EU-Mitgliedsland als Allgemeinmediziner niederzulassen. In Deutschland werden ausländische Allgemeinmediziner, die ihre Weiterbildung entsprechend der zweijährigen Mindestdauer absolviert haben, jedoch nur als „praktische Ärzte“ anerkannt. Die EU-Kommission hat daraufhin die fehlerhafte Umsetzung der Richtlinie kritisiert und fordert die Bundesregierung auf, die Anerkennungspraxis dem geltenden europäischen Recht anzupassen (Ärzte Zeitung v. 03.07.2002). Das Beispiel zeigt zweierlei: Zum einen verweist es auf die Schwierigkeit, sich auf europäischer Ebene angesichts unterschiedlicher Strukturen und Traditionen in den Ausbildungssystemen auf einheitliche Qualitätsstandards zu einigen. Zum anderen verdeutlicht es die abgrenzende Funktion von Ausbildungs- und Niederlassungsregeln gegenüber Ärzten aus anderen Mitgliedsländern.

- *Arzneimittel und medizinische Geräte*

Seit 1995 gibt es ein europäisches Zulassungsverfahren für *Arzneimittel*. Dessen Einführung war der vorläufig letzte Schritt in einer Reihe von Harmonisierungsbestrebungen für den europäischen Arzneimittelmarkt seit 1965 (vgl. Lenhardt 1990: 78 ff). Zuvor waren bereits Verordnungen erlassen worden, mit denen Beschriftung und Verpackung, Werbung und Verkaufsmaßnahmen sowie die Verteilung durch Großhändler vereinheitlicht wurden.

Ein Bereich, der von den Harmonisierungsbemühungen bislang allerdings ausgeklammert ist, sind die Preis- und Vergütungssysteme, die nach wie vor in nationaler Zuständigkeit gestaltet werden. Im EU-Durchschnitt wurden im Jahr 1999 pro Kopf der Bevölkerung 252,- € für Arzneimittel ausgegeben. Zwischen den einzelnen Mitgliedsstaaten zeigen sich jedoch große Unterschiede in der Höhe der Ausgaben (vgl. Tabelle 6). Als Erklärung hierfür werden der gesamtwirtschaftliche Wohlstand und die Altersstruktur der Bevölkerung herangezogen (vgl. ÖBIG 2001: 47ff). So weisen Irland, Griechenland und Portugal die geringsten Ausgaben für Arzneimittel in der EU auf, während in Deutschland, Frankreich und Belgien am meisten aufgewendet wird.

Tabelle 6: Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung in Euro im Jahr 1999

<i>Land</i>	<i>Arzneimittelausgaben pro Kopf</i>
Irland	122
Griechenland	174
Portugal	197
Niederlande	208
Dänemark	211
Spanien	213
Großbritannien	232
Italien	250
EU	252
Finnland	254
Schweden	264
Luxemburg	276
Österreich	303
Deutschland	349
Frankreich	356
Belgien	377

Quelle: ÖBIG 2001: 48.

Dass hier allerdings weitere, möglicherweise im Gesundheitswesen selbst liegende Ursachen eine Rolle spielen müssen, zeigt die Tatsache, dass die relativ wohlhabenden Länder Niederlande und Dänemark ebenfalls recht niedrige Arzneimittelausgaben aufweisen. Die Unterschiede verweisen wohl auch auf die Vielfältigkeit der nationalen Systeme der Verschreibung, Finanzierung und Kostenerstattung in diesem Bereich, die von einer europäischen Harmonisierung noch weit entfernt sind.⁶

⁶ Der Einfluss des Binnenmarktes – und damit eine nicht-intendierte gesundheitspolitische Intervention der europäischen Ebene – zeigt sich in einem Teilbereich der nationalen Arz-

Ein nachhaltiger Eingriff in die Arzneimittelversorgung der Mitgliedsstaaten wurde mit der Einführung des EU-weiten Zulassungsverfahrens im Jahr 1995 vorgenommen. Mit der Vereinheitlichung der nationalen Regelungen sind zwei Intentionen verknüpft, die eng miteinander verbunden sind, aber durchaus widersprüchliche Interessen beinhalten. Zum einen sollte ein einheitlicher Qualitätsstandard für Zulassung und Herstellung von Arzneimitteln geschaffen werden, um ein hohes Gesundheitsschutzniveau zu gewährleisten. Zum anderen hat die Vereinheitlichung eine ökonomische Zielsetzung. Mit dem europäischen Zulassungsverfahren wird sichergestellt, dass Arzneimittel auf Grundlage einer einzigen Prozedur für den gesamten europäischen Markt produziert und verkauft werden können. Mit dem „Binnenmarkt für Arzneimittel“ soll nach Ansicht der EU-Kommission die „Wettbewerbsfähigkeit der europäischen Arzneimittelindustrie“ auf dem umkämpften globalen Markt gestärkt werden (vgl. Kommission 2001b: 2).

Das Zulassungsverfahren sieht zwei Wege vor. Im dezentralen Verfahren können Pharmaunternehmen ihre neu entwickelten Arzneimittel in einem der EU-Mitgliedsstaaten einreichen. Die dort ansässigen Zulassungsinstanzen entscheiden, ob das Produkt den Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen entspricht. Die zugrunde liegenden Kriterien bezüglich Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität wurden erstmals in der Arzneimittelrichtlinie von 1965 (65/65 EWG) niedergelegt und seitdem mehrfach modifiziert. Hat ein Arzneimittel ein nationales Verfahren durchlaufen, wird den anderen Mitgliedsländern die Entscheidung mitsamt dem Beurteilungsbericht zugeleitet. Nach Ablauf von 90 Tagen gilt die Zulassung für das Medikament in ganz Europa, d.h. das dezentrale Verfahren beruht auf gegenseitiger Anerkennung. Bei gegensätzlichen Urteilen wird die Entscheidung von der European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA) gefällt. Die Beurteilung eines Arzneimittels durch die EMA stellt eine für alle EU-Mitgliedsländer verbindliche Entscheidung dar. Die EMA, die 1995 von der EU gegründet wurde (VO 2309/93 EWG), ist auch die entscheidende Instanz im zentralen Zulassungsverfahren. Das zentrale Verfahren ist für technologisch hochwertige Arzneimittel verpflichtend. Dabei handelt es sich vor allem um Produkte der Biotechnologie, die eine europäische Marktzulassung nur über die EMA erhalten können. Für andere Arzneimittelklassen, z.B. solche mit neuen Wirkstoffen, ist das zentrale Verfahren fakultativ zu wählen. Die Agentur erteilt verbindliche Zulassungen mit einer fünfjährigen Gültigkeit. Anschlie-

neimittelversorgung. Die Nationalstaaten müssen nachweisen können, dass bei der Entscheidung über die Aufnahme von Präparaten in Erstattungssysteme keine Diskriminierung, z.B. der ausländischen Pharmaindustrie vorliegt (ÖBIG 2001: 75)

ßend müssen die Produkte erneut überprüft werden, um die Zulassung zu verlängern (vgl. Kommission 2001b).

Die Errichtung der EMEA als erster und einziger europäischer Behörde mit unabhängigem Status und regulativem Mandat, das es ermöglicht bindende Entscheidungen auf europäischer Ebene zu treffen, ist als ein Meilenstein in der Geschichte der europäischen Integration betrachtet worden. Ihre Arbeit wird allerdings auch kritisch betrachtet. Die Verlagerung von Entscheidungen auf die europäische Ebene, die unmittelbar mit der Sicherung der öffentlichen Gesundheit verbunden sind, entziehen der nationalen Ebene die Kontrollmöglichkeiten. In diesem Zusammenhang wird die Arbeit der EMEA als zu intransparent kritisiert. Ergebnisse und Begründungen des Zulassungsverfahrens werden nur unzureichend öffentlich gemacht. Hinzu kommt der starke Einfluss der Pharmaindustrie auf den Entscheidungsprozess der EMEA. Die Hersteller besitzen sowohl beim Zugang zu und der Verbreitung von Informationen als auch in den Entscheidungsprozessen der Agentur eine privilegierte Position. Es ist daher fraglich, welche Funktion die EMEA faktisch übernimmt. "While established to regulate the safety, quality and efficacy of new medicines in Europe, the EMEA is widely viewed as serving primarily the interests of industry." (Mossailos u.a. 2001: 62). Die Bedeutung ökonomischer Interessen bei der europäischen Harmonisierung gesundheitspolitischer Regulierungen wird auch mit Blick auf die Zertifizierungspraxis medizinischer Geräte deutlich.

Die Diskussion um europäische Regulierungen für den Markt *medizinischer Geräte* entwickelte sich später als die um Fragen der Arzneimittelzulassung. Seit Mitte der achtziger Jahre ist diese Thematik Gegenstand europäischer Erörterungen. Ausschlaggebend dafür war weniger das Interesse an öffentlicher Gesundheit als der Druck von Industrie und Unternehmensverbänden, die Bemühungen um einen europäisierten Markt für medizinische Geräte zu verstärken. Dementsprechend sind die drei Direktiven, die seit 1990 für diesen Bereich erlassen wurden, in erster Linie darauf ausgerichtet, die Realisierung des Binnenmarktes für diesen Produktbereich zu voranzutreiben (vgl. ebd.: 58). Die Harmonisierung ist dennoch nicht so weit vorangetrieben wie im Markt für pharmazeutische Produkte. Es gibt für medizinische Geräte keine europäische Agentur und kein vergleichbares Zulassungsverfahren. Im Mittelpunkt steht die Zertifizierung der Produkte mit dem CE-Siegel (Conformité Européen), mit dem eine europaweit einheitliche Aussage über Sicherheit und Produktqualität getroffen wird. Die Übertragung der europäischen Richtlinie über medizinische Geräte (42/93 EWG) in die nationale Gesetzgebung ist allerdings im einzelnen sehr unterschiedlich ausgefallen. Hinzu kommt, dass - im Gegensatz zur

Arzneimittelzulassung - die Zertifizierung der Produkte nicht durch ein unabhängiges Verfahren vorgenommen wird, sondern die Hersteller selbst die Beurteilung treffen, dass ihr Produkt den vereinbarten Mindeststandards genügt. Die Verleihung des für den europäischen Markt notwendigen CE-Siegels für medizinische Geräte ist nicht nur im Vergleich mit der europäischen Arzneimittelzulassung weit weniger strikt reguliert. Auch im Vergleich mit den Vorschriften für den US-amerikanischen Markt für Medizingeräte müssen die europäischen Produkte geringeren Ansprüchen genügen. Im Gegensatz zum EU-Zertifikat ist in den USA nicht nur die Sicherheit des Produkts und die vom Hersteller versprochene Leistung Gegenstand des Prüfungsverfahrens, sondern auch der Nutzen für den Patienten. Europäische Hersteller sind somit in der Lage, ihre Produkte mittels eines weniger anspruchsvollen und schnelleren Verfahrens auf den Markt zu bringen. "The CE Mark system has thus helped to promote the European industry in a high-technology sector where the US is otherwise dominant." (ebd.: 60).

3.2. Nicht-intendierte Auswirkungen des Gemeinschaftsrechts: Die Entscheidungen des EuGH

Der Gerichtshof hat in ständiger Rechtsprechung die nationale Zuständigkeit der Mitgliedsstaaten für die Gestaltung ihrer Sozial- und Gesundheitssysteme bestätigt. Gleichzeitig betont er, dass die Mitgliedsstaaten sich dabei an die Regelungen des europäischen Vertragswerkes zu halten haben. Dieses Spannungsfeld hat bereits des öfteren zu Streitigkeiten vor dem Europäischen Gerichtshof geführt.⁷ Kollisionen zwischen nationalem Gesundheitsrecht und dem Recht des europäischen Binnenmarktes haben in der jüngeren Vergangenheit zu folgenreichen Entscheidungen geführt.

- *Pflegeversicherung: Das Molenaar-Urteil*

Am 05.03.1998 erging die Entscheidung des EuGH Im Fall Molenaar (Rechtssache C-160/96). Das niederländisch-deutsche Ehepaar Molenaar, das in Deutschland arbeitete und in Frankreich wohnte, war freiwillig in einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse versichert und zahlte ebenfalls Beiträge für die deutsche Pflegeversi-

⁷ Der EuGH hat in seiner Geschichte eine große Zahl an Entscheidungen getroffen, die den Gesundheitsbereich betreffen. Im folgenden werden jedoch nur die Urteile dargestellt, die in der jüngeren Vergangenheit ergangen sind, und grundsätzliche Auswirkungen auf die nationalen Gesundheitssysteme besitzen.

cherung. Von ihrer Pflegekasse wurde ihnen mitgeteilt, dass sie aufgrund ihres französischen Wohnsitzes keine Leistungsansprüche besäßen. Das von den Molenaars daraufhin angerufene deutsche Sozialgericht legte den Fall dem EuGH zur Vorabentscheidung vor. Dieser entschied, dass Versicherte der Pflegekassen auch dann Anspruch auf Leistungen der deutschen Pflegeversicherung haben, wenn sie sich in anderen EU-Mitgliedsländern aufhalten. Dies gilt aber nur für das Pflegegeld (Kostenerstattung), Sachleistungen sind davon ausgenommen. Die Pflegeversicherung fällt unter die VO 1408/71, nach der Leistungen bei Krankheit als Geldleistungen auch im Ausland zu erbringen sind (vgl. Neumann-Duesberg 1998: 25). Die deutsche Krankenversicherung stimmt im Gegensatz zum deutschen Gesetzgeber mit der Entscheidung überein, sieht nun allerdings weiteren Regelungsbedarf auf europäischer Ebene, wie z.B. die Frage nach der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit im Ausland durch den inländischen Finanzierungsträger.

- *Ambulanter Sektor: Die Urteile Kohll und Decker*

Die Entscheidungen zur den Rechtssachen Kohll (C-158/96) und Decker (C-120/95) wurden vom EuGH am 28.04.1998 gefällt. Im Fall des Luxemburger Versicherten Raymond Kohll ging es um die Verweigerung der Kostenübernahme einer kieferorthopädischen Behandlung seiner Tochter in einer deutschen Zahnarzt-Praxis. Gegenstand des Falles Decker war ebenfalls eine Entscheidung der luxemburgischen gesetzlichen Krankenversicherung. Decker hatte ohne die Genehmigung seiner Krankenkasse Brillengläser in Belgien erworben, worauf ihm die Kostenübernahme verweigert wurde.

Der EuGH entschied, dass die nationalen Sozialversicherungsträger die Kosten der Behandlung in einem anderen EU-Mitgliedsstaat zu tragen haben, auch wenn zuvor keine Genehmigung bei der Krankenkasse eingeholt wurde. Im Mittelpunkt der Argumentation des Gerichtshofs stand die Gewährleistung des freien Verkehrs von Waren und Dienstleistungen⁸. Der Kauf einer Brille im Ausland sowie die Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Behandlung fallen nach Ansicht des Gerichts unter den Regelungsbereich von Art. 30 EGV (neu: Art. 28) sowie der Art. 59 und 60 EGV (neu: Art. 49, 50). Die Praxis der luxemburgischen Krankenversicherung be-

⁸ Beim freien Verkehr von Dienstleistungen ist zwischen aktiver und passiver Dienstleistungsfreiheit zu unterscheiden. „Aktiv“ meint das grenzüberschreitende Anbieten von Dienstleistungen während mit „passiv“ die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Ausland bezeichnet wird. Beim Kohll-Urteil handelt es sich demnach um einen Fall passiver Dienstleistungsfreiheit.

hindere den freien Verkehr von Gütern und Dienstleistungen in unzulässiger Weise. Eine Einschränkung des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs ist nur bei einem nachweisbaren Vorliegen spezifischer Ausnahmetatbestände möglich. Das wäre der Fall, wenn „zwingende Gründe des Allgemeininteresses“ der Ausübung der Grundfreiheiten entgegenstehen. Dies zwingenden Gründe könnten: „eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit“ sowie „Gründe der öffentlichen Gesundheit bzw. des Gesundheitsschutzes“ sein (vgl. Schulz-Weidner 1998: 241). Beides war in den Fällen Kohll und Dekker nach Ansicht der Richter nicht gegeben. Dadurch dass das Gericht für den Erstattungsanspruch bei Auslandsbehandlungen als Obergrenze die Tarife des Versicherungsstaates festlegte, erschien die finanzielle Grundlage der luxemburgischen Krankenversicherung nicht gefährdet. Auch die öffentliche Gesundheit war nach Ansicht des EuGH nicht bedroht, da es mittlerweile eine europaweite Harmonisierung hinsichtlich des Zugangs und der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit gebe. Dies gewährleiste auch bei im Ausland wahrgenommenen ärztlichen Dienstleistungen eine hohe Qualität und einen vergleichbaren Gesundheitsschutz.

Mit der Entscheidung wurde zusätzlich zu den beiden Verfahren nach VO 1408/71, mit denen Auslandsbehandlungen in dringenden Fällen und nach vorheriger Genehmigung möglich waren, ein Weg eröffnet, eine geplante medizinische Behandlung im EU-Ausland ohne vorherige Genehmigung durch den Finanzierungsträger durchzuführen.

- *Stationärer Sektor: Die Urteile Geraets-Smits und Peerbooms sowie Vanbraekel*
Im Sommer 2001 ergingen die Urteile des EuGH „Geraets-Smits und Peerbooms“ (C-167/99) sowie „Vanbraekel u.a.“ (C-368/98), die sich mit dem Krankenhaussektor beschäftigen. Fraglich war, ob die Genehmigungspflicht für die Kostenübernahme bei Krankenhausbehandlung im Ausland mit dem EG-Vertrag (Art. 49, 50 EGV Dienstleistungsfreiheit) zu vereinbaren sind. Geklagt hatten niederländische Versicherte, denen die Kosten ihrer Behandlung im Ausland nicht von ihrer Krankenkasse erstattet wurde. Grundsätzlich stellte der Gerichtshof fest, dass es sich bei Krankenhausleistungen um Dienstleistungen im Sinne des EG-Vertrages handle. Die Dienstleistungsfreiheit gilt demnach auch für den Krankenhaussektor. Der EuGH formulierte in seinem Urteil zu „Geraets-Smits und Peerbooms“, dass die Notwendigkeit einer vorherigen Genehmigung dennoch rechters sei, diese aber nicht zu verweigern sei, wenn die Behandlung „als in ärztlichen Kreisen üblich“ betrachtet wer-

den kann und „die medizinische Behandlung des Versicherten es erfordert“. Spezifizierend wurde die Üblichkeit einer Behandlung so beschrieben, dass sie „in der internationalen Medizin hinreichend erprobt und anerkannt ist“. Die Genehmigung darf nur dann wegen fehlender medizinischer Notwendigkeit versagt werden, „wenn die gleiche oder für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung erlangt werden kann, die eine vertragliche Vereinbarung mit der Krankenkasse geschlossen hat, der der Versicherte angehört.“ (vgl. Schulte 2002: 43f).

Der Grund für den Genehmigungsvorbehalt im stationären Sektor liegt in der Definition der Ausnahmetatbestände, die eine Einschränkung der gemeinschaftsrechtlichen Grundfreiheiten rechtfertigen. Ähnlich wie bei Kohl/Decker gilt auch für Dienstleistungen im stationären Sektor, dass ihre Freizügigkeit eingeschränkt werden kann, wenn das finanzielle Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherung gefährdet ist, oder wenn die Sicherstellung einer ausgewogenen, allen zugänglichen ärztlichen und klinischen Versorgung bedroht ist. Im Unterschied zum ambulanten Sektor ließ der Gerichtshof für den stationären Bereich allerdings einen weiteren Ausnahmetatbestand zu, der auf dem Gedanken der Planungssicherheit beruht. Planung (z.B. über vertragliche Vereinbarungen) dient der Gewährleistung eines qualitativ hochwertigen und ausreichenden Angebots an Krankenhausversorgung sowie der Kostenkontrolle. „Unter diesem doppelten Blickwinkel erweist sich das Erfordernis, die Kostenübernahme für in einem anderen Mitgliedstaat gewährte Krankenhausversorgung durch das nationale System der sozialen Sicherheit einer vorherigen Genehmigung zu unterwerfen, als sowohl notwendig als auch angemessen.“ (EuGH). Allerdings darf das System von Genehmigungen nur auf objektiven und nicht diskriminierenden Kriterien beruhen, insbesondere müssen die Kriterien unabhängig vom Ort der Niederlassung des Erbringers der Versorgungsleistungen sein. Der EuGH formulierte im Urteil „Geraets-Smits/Peerbooms“ das Konzept der „Euro-Speak“, d.h. dass die nationalen Regelungen über Leistungsumfang und Versorgungsansprüche „europäisch übersetzt“ werden müssen. Erlaubt z.B. ein nationales Gesetz dem Versicherten den Besuch eines niedergelassenen Arztes seiner Wahl in dem betroffenen Mitgliedsland, bedeutet dies in „Euro-Speak“, dass der Versicherte das Recht hat, einen Arzt seiner Wahl in der gesamten EU zu konsultieren. Im Gegensatz zu Auffassungen deutscher Beobachter, die nach dem Kohl/Decker-Urteil vertreten wurden, machte die EuGH-Entscheidung deutlich, dass die Gültigkeit der Grundfreiheiten nicht nur für das System der Kostenerstattung, sondern auch für das Sachleistungsprinzip gelten. „For reimbursement mechanisms [Kostenerstattungssysteme, R.S.] that allow patients to visit any doctor in their terri-

tory this now means any doctor in the EU. For benefit-in-kind systems [Sachleistungsprinzip, R.S.] that limit implementation to contracted providers it means that it should be just as easy for a foreign provider to obtain a contract as it is for a domestic one.“ (Nickless 2001: 9).

Ein ergänzendes Urteil zur Kostenerstattung von Auslandsbehandlungen im stationären Sektor fällt der EuGH in der Rechtssache „Vanbraekel u.a.“ (C-368/98). Dabei ging es um die Kostenerstattung einer belgischen Versicherten, die sich einem operativen Eingriff in Frankreich unterzogen hat, obwohl die erforderliche Genehmigung von ihrem belgischen Krankenversicherungsträger verweigert worden war. Der EuGH entschied im Juli 2001, dass die Genehmigung nach belgischem Recht hätte erfolgen müssen. Bezüglich der finanziellen Modalitäten gilt, dass die Kosten einer Auslandsbehandlung grundsätzlich nach den Kostensätzen abgerechnet werden, die im Land der Behandlung gelten. Hat eine Kasse zu Unrecht die Auslandsbehandlung verweigert und der Patient deshalb die Kosten vorgestreckt, so hat der Versicherte einen Kostenerstattungsanspruch gegenüber seiner Kasse. Die Höhe der zu erstattenden Kosten richtet sich nach den Sätzen in dem Mitgliedsstaat, in dem die Behandlung stattfindet. Sind die Behandlungssätze im Versicherungsstaat höher, steht dem Patienten ein Differenzbetrag zu (vgl. Bormann/Petersen 2002: 195f).

3.3. Der EuGH als Motor gesundheitspolitischer Integration?

Die Entscheidungen des EuGH greifen nachhaltig in die nationalen Gesundheitssysteme ein. Entgegen dem „Harmonisierungsverbot“ aus Art. 152 EGV eröffnen die Grundfreiheiten des Binnenmarktes der europäischen Ebene einen Zugang zu nationalstaatlich relevanten gesundheitspolitischen Entscheidungen. Die Urteile haben zu einer lebhaften Debatte über die Rolle des EuGH bei der zukünftigen Entwicklung der Gesundheitssysteme in Europa geführt. Während optimistische Kommentare mit Kohl/Decker das Vordringen der sozialen Dimension in die Europäische Union verbinden (vgl. Windschild 1998), befürchten Kritiker, dass die voranschreitende Europäisierung auf dem Pfad, den der EuGH eingeschlagen hat, zu einer Nivellierung des Gesundheitsschutzes auf niedrigem Niveau führen werde.⁹

⁹ Sowohl aus der Politik, als auch von Leistungserbringern und Finanzierungsträgern wurden die Entscheidungen ablehnend aufgenommen. Der damalige bundesdeutsche Gesundheitsminister Seehofer (CSU) befürchtete eine Aushöhlung nationalen Rechts und lehnte eine Übertragung der Kohl/Decker-Entscheidungen auf das deutsche Krankenversiche-

Die erste und wichtigste Botschaft der EuGH-Entscheidungen ist, dass das Recht des Binnenmarktes und das Wettbewerbsrecht grundsätzlich auch auf die nationalen Gesundheitssysteme anzuwenden ist. Die Mitgliedsstaaten besitzen zwar die alleinige Gestaltungskompetenz für diesen Bereich, müssen sich dabei jedoch an das europäische Recht halten. Mit Kohl/Decker wurde durch das EuGH ein neuer Weg für die Inanspruchnahme grenzüberschreitender medizinischer Versorgung geschaffen. Zusätzlich zu den nach der Verordnung 1408/71 EWG bestehenden Möglichkeiten, in dringenden Fällen bzw. nach einer vorherigen Genehmigung durch den nationalen Finanzierungsträger medizinische Leistungen im Ausland zu nutzen, können Versicherte nun auch ohne Genehmigung und ohne Dringlichkeit medizinische Güter und Dienstleistungen in anderen EU-Mitgliedsländern beanspruchen. Dies gilt nicht nur für den ambulanten sondern auch für den stationären Sektor, der als Dienstleistung entsprechend Art. 50 EVG definiert wurde. Für den stationären Sektor wurden allerdings weitgehendere Ausnahmetatbestände zugelassen, die eine Einschränkung der Grundfreiheiten rechtfertigen.

Auch nach den Entscheidungen des EuGH ist aufgrund der nach wie vor sehr vielfältigen Hindernisse (auch nicht-rechtlicher Art) für Behandlungen im Ausland nicht zu erwarten, dass es zu einem massenhaften „Medizintourismus“ in Europa kommen wird.¹⁰ Worin besteht demnach die eigentliche Bedeutung der EuGH-Urteile? Mit der Anwendung des Binnenmarktrechts, das den Kern eines ökonomischen Deregulierungsprojekts bildet, auf die Organisation der nationalen Gesundheitssysteme

ab. Die nationale Zuständigkeit für das Gesundheitswesen und das in § 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V verankerte Territorialitätsprinzip der GKV sei weiterhin die ausschlaggebende Rahmenbedingung der Gesundheitspolitik (vgl. Neumann-Duesberg, 1998: 24). Skeptisch bis ablehnend waren auch die Reaktionen von Seehofers Kollegen in den anderen Mitgliedsstaaten (vgl. Hovermann/Cohnen 2000). Kritik an der Rolle und der Rechtsprechung des EuGH kam auch von Seiten der Leistungserbringer. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die vom EuGH-Urteil zu den ärztlichen Bereitschaftsdiensten im Krankenhaus nachhaltig betroffen ist, sieht die Eigenständigkeit der nationalen Gesundheitsversorgungssysteme durch den EuGH "mehr und mehr durchlöchert und ausgehebelt" (Robbers 2000). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) befürchtet eine schleichende Abwärtsentwicklung im Niveau der Gesundheitsversorgung (Stahl 2002). Auch aus den Reihen der Gesetzlichen Krankenversicherungen wurde Kritik am EuGH geübt. Der Leiter der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland (GKVA) monierte bspw., dass die Vorschriften des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs nicht auf Sozialversicherung anwendbar seien (vgl. Neumann-Duesberg 1998: 23ff).

¹⁰ Der Umfang, in dem Versicherte sich im Ausland medizinisch behandeln lassen werden, hängt mit den jeweiligen Bedingungen in den nationalen Gesundheitssystemen zusammen. Für das britische Gesundheitswesen z.B., in dem für bestimmte Behandlungen sehr lange Wartelisten existieren, werden die Folgen der EuGH-Urteile möglicherweise größere Auswirkungen haben. Der National Health Service (NHS) hatte Genehmigungen für Auslandsbehandlungen bislang sehr restriktiv erteilt. Nach den EuGH-Urteilen muss man sich in Großbritannien auf umfassendere Patientenbewegungen ins europäische Ausland einstellen (vgl. Boyd 2001).

me wurde ein Einfallstor für einen bis dato geschützten Bereich sozialer Sicherheit geöffnet. Die Entwicklungen der vergangenen Jahr hat gezeigt, „that the relationship between health services as a major sector of Member States' economies and the SEM [Single European Market, R.S.] are intertwined in such a complex manner that it is virtually impossible to separate them. The argument, therefore, that subsidiarity applies to health services is not fully sustainable within the context of the SEM.“ (Paton et.al. 2002: 2). Unter den Vorzeichen des europäischen Binnenmarktes erscheinen die nationalen Gesundheitswesen als lukrative Zukunftsmärkte, die unter deregulierten Bedingungen profitable Betätigungsfelder für Versicherungskonzerne und private Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen bieten. Befürworter einer Liberalisierung der Märkte sehen hier vielfältige Chancen für die Modernisierung des Gesundheitswesens. „Krankenkassen könnten von einem verschärften Preis- und Qualitätswettbewerb profitieren und die Leistungsanbieter sich europaweit profilieren.“ (vgl. Wille 1999: 295). Die Markt-Optimisten ignorieren jedoch die Auswirkungen, die ein verschärfter Wettbewerb auf die Solidarprinzipien im Gesundheitssystem und der Krankenversicherung besitzen. Die Funktion eines sozialen Gesundheitssystems, Risiken abzusichern, die die Bewältigungsmöglichkeiten von Individuen und Familien übersteigen, wird durch die Implementierung von Marktmechanismen unterlaufen. Dies zeigen bereits die Erfahrungen mit der Einführung des Kas senwettbewerbs in Deutschland 1993, der für die GKV Anreize in die Richtung geschaffen hat, sich vor allem um die Versicherten mit „guten Risiken“ zu bemühen, während die gesundheitlich und sozial Benachteiligten zu unattraktiven „Kunden“ werden (vgl. Rosenbrock 2002).

Mit Blick auf die Krankenkassen sind weitere Entscheidungen des EuGH anhängig, die weitreichende Konsequenzen für die nationalen Gesundheitssysteme haben werden. Für die Zukunft des Gesundheitssystems in Deutschland ist von besonderem Interesse, ob die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) Unternehmenscharakter besitzen und damit unter das europäische Wettbewerbsrecht fallen. Die Anwendung des europäischen *Wettbewerbsrecht* auf die Organisationen des Gesundheitssystems ist neben den Auswirkungen der vier Grundfreiheiten der zweite elementare Eingriff europäischen Rechts in die nationalen Gesundheitssysteme. Art. 81 und 82 EGV verbieten wettbewerbsbeschränkende Vereinbarungen und Verhaltensweisen von Unternehmen (Kartelle) sowie den Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung. Die Geltung des Wettbewerbsrechts ist daran gebunden, dass bei der fraglichen Organisation ein Unternehmenscharakter festgestellt werden kann. Dies wird insbesondere dann zu einer Frage der Auslegung, wenn es sich um

öffentliche Institutionen bzw. um Organisationen handelt, die auf der Grundlage eines öffentlichen Auftrags handeln. Der EuGH hat bereits in verschiedenen Fällen sehr komplexe Kriterien und Ausnahmen für das Vorliegen einer Unternehmenseigenschaft erörtert (vgl. Mossailos u.a. 2001: 88 ff.). Ausnahmen vom Wettbewerbsrecht bestehen nur dann, wenn die betreffende Organisation nicht ökonomisch aktiv ist. Ein Kriterium für „nicht-ökonomische-Aktivität“, das insbesondere im Fall der GKV von Interesse ist, ist ein ausschließlich sozialer Charakter der Tätigkeit der Organisation. In den Entscheidungen Poucet und Pistre¹¹ hat der EuGH den Begriff des sozialen Charakters anhand einer französischen Krankenkasse definiert. Zu den Kriterien gehört, dass eine soziale Aufgabe wahrgenommen wird, die auf dem Prinzip der Solidarität basiert, dass die betroffenen Versicherten unabhängig von ihrer finanziellen Situation, ihrem Gesundheitszustand und bezahlter Beiträge behandelt werden, dass die Organisation auf gesetzlicher Grundlage agiert und durch den Staat kontrolliert wird. Das Merkmal der Solidarität hat der EuGH ausdrücklich daran gekoppelt, dass die Höhe der Beiträge von der Höhe der Einkommen abhängt, die Leistungen für alle Empfänger identisch sind, und somit ein Umverteilungseffekt vorliegt, der einen Schutz für finanziell und gesundheitlich benachteiligte Personen darstellt (Mossailos u.a. 2001: 89f.; SpiK 2000, Anlage 2: 3f).

Bezogen auf das Verhältnis von Krankenkassen und Versicherten gilt dementsprechend auch für die deutsche GKV, dass sie auf dem Grundsatz der Solidarität organisiert ist und in diesem Sinne keine wirtschaftliche Aktivität betreibt. Der Grundsatz der Solidarität ist jedoch allein nicht ausreichend, um die GKV vom Wettbewerbsrecht auszunehmen. Die Art der Beziehung zwischen Krankenkassen und Versicherten ist nur ein Merkmal der GKV. Die Beziehung zwischen den Kassen und den Leistungserbringern bzw. den Herstellern von Arzneimitteln ist die andere Seite der Kassentätigkeit. Derzeit ist ein Verfahren beim EuGH anhängig, in dem die Arzneimittelhersteller gegen die deutsche Festbetragsregelung für Hilfs- und Arzneimittel klagen. Der Bundesgerichtshof hat diese Frage dem EuGH im Jahr 2001 vorgelegt, der eine Vorabentscheidung zu dieser Problematik treffen soll. Die Festbetragsregelung nach § 35 SGB V gibt den Spitzenverbänden der Krankenkassen das Recht, für verschiedene Gruppen von Arzneimitteln Höchstbeträge festzusetzen, bis zu deren Erreichen die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung übernom-

¹¹ In den Entscheidungen Poucet und Pistre ging es um die Unternehmenseigenschaft einer französischen Krankenkasse, die als Pflichtversicherung ihren Versicherten Leistungen gewährte, die auf gesetzlicher Grundlage definiert waren. Der EuGH verneinte die Unternehmenseigenschaft dieser Krankenkasse, da sie auf dem „Grundsatz der nationalen Solidarität“ beruhe (C-159/91 und C-160/91).

men werden. Werden Medikamente verordnet, deren Preis über diesen Höchstbetrag hinausgeht, muss der Patient die Mehrkosten (zusätzlich zur Rezeptgebühr) selbst tragen. Während die Arzneimittelhersteller in den Krankenkassen einen Nachfrager am Arzneimittelmarkt sehen, der im Rahmen der Festbetragsfestsetzung eine unternehmerische Tätigkeit ausübe, die gegen das europäische Kartellrecht verstoße, betonen die Spitzenverbände der GKV, dass es sich um eine hoheitliche Funktion unter staatlicher Aufsicht handele. Der Festbetrag sei zudem keine Preisfestsetzung, sondern eine Begrenzung des Leistungsanspruchs der Versicherten, der die Preisgestaltung der Hersteller nicht beschränke (vgl. SpiK 2000).

Das Beispiel macht deutlich, dass die Anwendung des Wettbewerbsrecht auf die nationalen Gesundheitssystem potentiell noch tiefgreifendere Konsequenzen haben kann als die der vier Grundfreiheiten. Im vorliegenden Fall steht die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem zur Disposition, sollte sie juristisch als „Nachfragekartell“ eingeordnet werden. Es zeigt aber auch, dass die Gestaltung der Gesundheitspolitik in den Mitgliedsstaaten einen entscheidenden Einfluss darauf hat, wie weit der Gesundheitsbereich als Markt und seine Akteure als Unternehmen verstanden werden. Das „Versicherungsmonopol“ der GKV wird vom europäischen Wettbewerbsrecht so lange hingenommen, wie es sich auf die Prinzipien der Solidarität und der Umverteilung stützt und auf das staatlich kontrollierte Ziel eines hohen Gesundheitsschutzniveau der Bevölkerung ausgerichtet ist. Werden Solidarelemente durch nationale Gesundheitspolitik abgebaut, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass der Sektor mehr und mehr dem Wettbewerbsrecht unterworfen wird. Die Einführung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen in Deutschland im Jahr 1992 war ein erster Schritt in diese Richtung. Überlegungen hinsichtlich individueller tariflicher Wahlfreiheiten und einer Aufspaltung des einheitlichen Leistungskataloges in Grund- und Wahlleistungen stellen den solidarischen Ausgleich zwischen Armen und Reichen sowie zwischen Gesunden und Kranken in Frage. Auch das sog. „Einkaufsmodell“ für die Krankenkassen würde ihren Unternehmenscharakter erhöhen . „(...) it is easy to see how poorly considered health care reforms, especially where they introduce market-mechanisms and decentralisation, might render organisations unexpectedly subject to competition law.“ (Mossailos u.a. 2001: 102). Es wäre also verkehrt, dem EuGH die alleinige Schuld an der Aushöhlung der nationalen Gesundheitssysteme zu geben. Der Gerichtshof bringt diejenigen Rechtsvorschriften zur Anwendung, die ihm zur Verfügung stehen. Dies sind in erster Linie ökonomische Regelungen. Hier macht sich das Ausklammern der sozialen Dimension auf der europäischen Ebene bemerkbar. Um den ökonomistischen „Bias“ der europäi-

schen Integration zu verringern, wäre eine Verankerung sozialer und damit auch gesundheitspolitischer Normen im europäischen Vertragswerk notwendig. „Ohne eine deutliche und massive Änderung des EG-Vertrages selbst besteht aber für die europäischen Organe - einschließlich des EuGH - kein Anlaß, die in sich konsequente ausschließlich binnenmarktorientierte Linie der europäischen Integration aufzugeben.“ (Schulz-Weidner 1998: 245). Einer marktorientierten Verrechtlichung der Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene kann nur durch die politische Verankerung solidarischer Prinzipien und umfassender gesundheitlicher Versorgungsansprüche begegnet werden. So lange dies nicht geschieht, wird der EuGH der „Deregulierungs-Motor“ europäischer Gesundheitspolitik bleiben.

Ausblick

Die Europäische Union wirkt auf verschiedenen Ebenen in die Gesundheitspolitik ihrer Mitgliedsstaaten hinein. Primärrechtlich, im Vertrag von Amsterdam, wurde das Subsidiaritätsprinzip, mit dem die Gesundheitspolitik der Zuständigkeit der Nationalstaaten zugeschlagen wird, weiter gefestigt. Dennoch hat die Gesundheitspolitik seit Maastricht und Amsterdam einen höheren Stellenwert auf der europäischen Ebene erhalten. Als Querschnittsaufgabe soll ein hohes Gesundheitsschutzniveau Kriterium für alle Gemeinschaftspolitiken sein. Die gesundheitspolitischen Maßnahmen der Gemeinschaft im engeren Sinne beschränken sich auf **Präventions- und Aufklärungsprogramme** sowie die Koordination verschiedener gesundheitsrelevanter Politikbereiche der Mitgliedsstaaten. Die Auseinandersetzungen um die von der Kommission vorgeschlagene neue gesundheitspolitische Strategie der Gemeinschaft zeigte allerdings, dass bereits die eher vorsichtigen Versuche, eine stärkere gesundheitspolitische Kompetenz auf der europäischen Ebene zu verankern, von heftigem Widerstand aus den Mitgliedsländern begleitet werden.

Mit der ihr verliehenen Kompetenz hat die Gemeinschaft insbesondere seit den siebziger Jahren verschiedene **Harmonisierungsprojekte** im Gesundheitsbereich umgesetzt. Das auf Verordnungen und Richtlinien basierende sekundäre Gemeinschaftsrecht zielte insbesondere darauf ab, die seit den Römischen Verträgen von 1957 angestrebte Realisierung der vier Grundfreiheiten auf verschiedenen, das Gesundheitswesen betreffenden Feldern voranzutreiben. Die persönliche Freizügigkeit

sollte u.a. durch die Sicherstellung gesundheitlicher Absicherung im europäischen Ausland und durch die gegenseitige Anerkennung von Ausbildungszertifikaten für Gesundheitsberufe unterstützt werden. Mit der Vereinheitlichung der Zulassungsvorschriften für Arzneimittel und medizinische Geräte wurde ein europäischer Markt für diesen Produktbereich geschaffen. Die Maßnahmen sollten der doppelten Zielstellung gerecht werden, ein hohes Gesundheitsschutzniveau zu gewährleisten und Hindernisse für die wirtschaftliche Entwicklung des Binnenmarktes zu beseitigen. Ein Blick auf die Regelungen der Arzneimittelzulassung zeigt allerdings, dass hier die ökonomischen Motive eine größere Bedeutung besitzen als die politischen.

Den größten Einfluss der europäischen Ebene auf die Gesundheitswesen der Mitgliedsländer hatte die **Rechtsprechung des EuGH**. Dessen Anwendung des Binnenmarktrechts auf die nationalen Gesundheitssysteme haben sich in der jüngeren Vergangenheit als ein wirkungsvolles Einfallstor der europäischen Ebene in die nationalen Gesundheitssysteme erwiesen. Aufgrund seiner rechtlich bindenden Urteile hat der EuGH eine mächtige Position (auch) in der Gesundheitspolitik erhalten. Während die Prozesse zur Ausgestaltung des primären und sekundären Gemeinschaftsrechts von politischen Akteuren gestaltet werden – und selbst in diesen Verfahren ein beträchtliches Demokratiedefizit konstatiert wird -, entzieht sich das Richterrecht des EuGH der unmittelbaren politischen Kritik. Auf diesem Wege setzt sich eine binnenmarktorientierte Verrechtlichung europäischer Gesundheitspolitik durch, die die nationalen Gesundheitssysteme nachhaltig in ihren Funktionsprinzipien betrifft.

Die Vorstellung, die wirtschaftliche Integration Europas voranzutreiben, und gleichzeitig die sozial- und gesundheitspolitischen Angelegenheiten auf nationaler Ebene zu belassen, hat sich als unrealistisch erwiesen. Die Verflechtungen zwischen beiden Bereichen sind zu eng, als dass sie unabhängig voneinander behandelt werden könnten. Derzeit ist der EuGH der Gesundheitspolitik mindestens einen Schritt voraus. Will man die Gestaltung der Gesundheitspolitik nicht dem binnenmarktorientierten Richterrecht überlassen, bedarf es aktiver politischer Gestaltungsprozesse auch auf der europäischen Ebene. Ohne eine Verankerung gesundheitspolitischer Ziele in den europäischen Verträgen wird sich die auf die Mechanismen des Marktes zugeschnittene Entwicklung der Europäischen Union fortsetzen.

Auf nationaler Ebene wurde das Eindringen des Europarechts in die Gesundheitssysteme von verschiedenen Akteuren kritisiert. Ein Verlust nationalstaatlicher Kompetenz auf diesem Gebiet wurde mit einer Schwächung der Steuerungs- und Funk-

tionsfähigkeit gleichgesetzt, die das Niveau der Gesundheitsversorgung bedrohe. Es wäre jedoch falsch, zu glauben, die nationale Ebene spiele nur noch eine passive Rolle bei der Umgestaltung ihrer Gesundheitssysteme. Die verschiedenen Gesundheitsreformen des vergangenen Jahrzehnts in Deutschland haben gezeigt, dass nationale Politiken keineswegs ein Garant für die Gewährleistung oder Sicherung eines umfassenden, solidarischen Gesundheitssystems sind. Seit knapp dreißig Jahren wird in der politischen Debatte ein großer Druck auf die Sozialsysteme ausgeübt. Die verschärfte internationale Standortkonkurrenz hat in allen Industrieländern neoliberalen Politikkonzepten zum Durchbruch verholfen, die auf Einsparungen in den öffentlichen Haushalten und eine Reduzierung der Lohnnebenkosten setzen. Davon blieben auch die nationalen Gesundheitssysteme nicht verschont. In Deutschland kann seit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 ein „Paradigmenwechsel“ in der Gesundheitspolitik beobachtet werden, der mit der verstärkten Integration von Wettbewerbsmechanismen im Gesundheitssektor die Kosten reduzieren möchte (vgl. Gerlinger 2002). Ähnliche Entwicklungen, wenngleich unter verschiedenen institutionellen Rahmenbedingungen, sind auch in den anderen EU-Mitgliedsländern zu beobachten. Die nationalen Gesundheitssysteme geraten folglich nicht nur von der europäischen Ebene her unter Druck.

Das Harmonisierungsverbot des Art. 152 EGV wird durch die beschriebenen Prozesse im engeren Sinne nicht berührt. Die Vielfalt der nationalen Gesundheitssysteme wird auch auf absehbare Zeit bestehen bleiben. Die historisch gewachsenen komplexen Institutionengebilde sind in ihren Grundprinzipien nicht auf die Schnelle zu vereinheitlichen. Hinzu kommt ihre politisch-kulturelle Verankerung in den Bevölkerungen der einzelnen Mitgliedsländern, die den Versuch eines gesundheitspolitischen Systemwechsels politisch kaum durchsetzbar erscheinen lässt. Statt dessen zeigt sich, geprägt durch neoliberal ausgerichtete Politiken in den Mitgliedsländern und die stabilitätspolitische „Klammer“ der europäischen Wirtschafts- und Währungsunion eine Gleichrichtung der politischen Strategien innerhalb der Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedsländer. Es zeichnen sich die folgenden gemeinsamen Entwicklungstendenzen ab: „Privatisierung rentabler öffentlicher Einrichtungen, Ausgliederung von Leistungen aus der sozialen/öffentlichen Finanzierung, Ausweitung der zusätzlichen Kostenbeteiligung der Sozialversicherten, Rationalisierungen und Budgetierungen. (...) Die Angleichung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union erfolgte zunächst weniger durch gesundheitspolitische Entscheidungen, als vielmehr durch die Kommerzialisierung der jeweiligen Gesundheitssysteme. Seit dem Vertrag von Amsterdam ist die unter politischen und juristischen Druck

geraten.“ (Deppe 2002: 108). Diese Veränderungen in den staatlichen Gesundheitssystemen entsprechen den Tendenzen in anderen wohlfahrtsstaatlichen Sektoren. Im Spannungsfeld „zwischen wohlfahrtsstaatlicher Konvergenz und institutioneller Vielfalt“ lässt sich ein widersprüchlicher Entwicklungsprozess beobachten: „Zum einen konvergieren infolge der übergreifenden Marktdynamik die sozialen Problemlagen; und zum anderen fördert die Standortkonkurrenz die strategische Gleichrichtung der wohlfahrtsstaatlichen Reorganisation. Beide Konvergenzdimensionen reichen allerdings keineswegs so weit, daß auf der nationalstaatlichen Ebene die institutionellen Arrangements und Regulationsmuster einfach hinfällig werden.“ (Bieling 1997: 369).

Derzeit zeichnet sich ab, dass sich die Rolle der EU bei der weiteren Entwicklung der Gesundheitssysteme in Richtung einer Benchmarking-Agentur entwickeln wird, wie dies in anderen Politikfeldern (z.B. der Beschäftigungspolitik) bereits der Fall ist. Dies ist eine der Intentionen, die EU-Kommissar Byrne mit der neuen gesundheitspolitischen Strategie der Gemeinschaft verbindet. „Under our new public health programme we will be working together with Member States to identify and disseminate best practices so that people can profit from ideas in use elsewhere.“ (Byrne 2001: 4). Die Kommission hat im Auftrag des Europäischen Rates im Dezember 2001 die Mitteilung „Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern“ vorgelegt. Der Bericht soll die Anwendung der sogenannten **„offenen Methode der Koordinierung“** vorbereiten, die ein eigenständiges politisches Verfahren darstellt, mit dem die Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten im Bereich der sozialen Sicherheit verbessert werden soll. Nach der Beschäftigungspolitik (seit 1997) werden auch die Alterssicherung und die Gesundheitspolitik dieser Methode unterzogen (vgl. Eichenhofer 2002). Auf freiwilliger Basis werden auf EU-Ebene Ziele und Leitlinien festgelegt und den Mitgliedsländern qualitative und quantitative Indikatoren (Benchmarks) an die Hand gegeben, anhand derer sich bewährte Praktiken (Best Practice) identifizieren und vergleichen lassen. Die Umsetzung der Ziele wird den Mitgliedsländern überlassen. Damit soll die nationale Zuständigkeit erhalten bleiben, während gleichzeitig eine gemeinsame Zielorientierung geschaffen wird. Durch ein Berichtssystem werden die Ergebnisse in den einzelnen Mitgliedsstaaten erfasst und in einem Ranking abgebildet.¹² Da-

¹² In diesem Zusammenhang besitzt auch die Entwicklung einer europaweit einheitlichen Gesundheitsberichterstattung von Bedeutung, wie sie im aktuellen gesundheitspolitischen Aktionsprogramm der EU vorgesehen ist. Erst eine Verständigung über gemeinsame Gesundheitsindikatoren und -ziele, von der die Mitgliedsstaaten derzeit noch weit entfernt sind, ermöglicht den Vergleich unterschiedlicher Versorgungssysteme (vgl. Hajen 2002: 199).

durch werden nicht nur Erfolge sichtbar, sondern auch Mißerfolge begründungspflichtig (vgl. SpiK 2002: 3). Die Vorstellung, gemeinsame Zielsetzungen in der Gesundheitspolitik zu entwickeln und ihre Umsetzung in einem europäischen Diskussionsprozess zu überprüfen, erscheint zunächst sehr sinnvoll. Die Formulierung gemeinsamer Ziele könnte Ausgangspunkt einer Politisierung der bis dato binnenmarktrechtlich dominierten Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene sein. Die Erfahrungen aus anderen Politikfeldern sprechen jedoch eine andere Sprache. Im Rahmen des europäischen Benchmarkings der Beschäftigungspolitik hat sich gezeigt, dass die Definition der „Best Practice“ eine Machtfrage ist, die unter den Bedingungen neoliberaler Hegemonie in Europa nur zugunsten einer Ökonomisierung der steuerungspolitischen Leitbilder ausfallen kann (vgl. Tidow 1999: 308f.). Ein Benchmarking der Gesundheitspolitik würde unter diesen Vorzeichen wohl darauf hinauslaufen, die nationalen Gesundheitssysteme noch stärker und systematischer den Interessen der internationalen Wettbewerbsfähigkeit unterzuordnen, als dies momentan bereits der Fall ist.

Literatur

- Bieling, Hans-Jürgen (1997), Arbeitsmarkt- und sozialpolitische Regulation in Westeuropa - zwischen wohlfahrtsstaatlicher Konvergenz und institutioneller Vielfalt, in: Bieling, Hans-Jürgen / Deppe, Frank (Hrsg.), Arbeitslosigkeit und Wohlfahrtsstaat in Westeuropa. Neun Länder im Vergleich, Opladen, S. 352-373.
- Bormann, Ulrike / Petersen, Ulrich (2002), Entscheidungen aus dem Europa- und Verfassungsrecht, in: Die Angestellten Versicherung 5/6 2002, S. 194-205
- Boyd, Nick (2001), Impact of the ECJ judgements on national healthcare delivery: The case of the UK, in: Eurohealth, Vol. 7, No. 4, Autumn 2001, p. 6.
- Busse, Reinhard / Wismar, Matthias / Berman, Philipp C. (Eds.)(2002), The European Union And Health Services. The Impact Of The Single European Market On Member States, Amsterdam.
- Byrne, David (2001), Public Health in the European Union: Breaking down barriers, in: Eurohealth, Vol. 7, No.4, Autumn 2001, pp. 2-4.
- Cecchini, Paolo (1988), Europa ´92. Der Vorteil des Binnenmarktes, Baden-Baden.
- Coheur, Alain (2001), Integrating care in the border regions. An analysis of the Euro-regio projects, in: Eurohealth, Vol. 7, No. 4, Autumn 2001, pp. 10-12.
- Deppe, Hans-Ulrich (2002), Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Frankfurt a.M.
- Deppe, Hans-Ulrich / Lenhardt, Uwe (1990), Westeuropäische Integration und Gesundheitspolitik, Marburg.
- Eichenhofer, Eberhard (2002), Der aktuelle Stand europäischer Sozialpolitik, in: Deutsche Rentenversicherung 6/2002, S. 322-331.
- Europäische Gemeinschaften (2002), 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), in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften L 271 vom 09.10.2002, S. 1-11.
- Europäisches Parlament (Hg.) (1998), Das Gesundheitswesen in der EU. Eine vergleichende Untersuchung, Verfasserin: Elke Jakubowski, Luxemburg.

- Friedrich, Thomas A. (2002), Europäisches Parlament erstreitet mehr Mittel für Gesundheit, in: Ärzte Zeitung v. 05.07.2002.
- Gerlinger, Thomas (2002), Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel, WZB Discussion Paper P02-204, Berlin.
- Gerlinger, Thomas / Lenhardt, Uwe / Stegmüller, Klaus (2001), Arbeit und Gesundheit zwischen supranationaler und betrieblicher Regulierung, in: Bieling, Hans-Jürgen (u.a.)(Hg.), Flexibler Kapitalismus, Hamburg, 2001, S. 177-192.
- Hajen, Leonhard (2002), Gesundheitspolitik in der Europäischen Gemeinschaft, in: Paetow, Holger / Fiedler, Manfred / Leonhardt, Marion (Hrsg.), Therapien für ein krankes Gesundheitswesen. Orientierungspunkte für Versicherte, PatientInnen und Beschäftigte, Hamburg, S. 190-207.
- Hovermann, Eike / Cohnen, Corinna (2000), Die Liberalisierung des Gesundheitswesens im europäischen Wettbewerb - Chancen und Risiken, in: Die Ersatzkasse 8/2000, S. 302-306.
- Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (1998), Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften, in: Dies.(Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim/München, S. 17-45.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2000), Mitteilung der Kommission an den Rat, das europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Gemeinschaft. Vorschlag für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001-2006), KOM (2000) 285, Brüssel.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2001a), Geänderter Vorschlag für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001-2006), KOM (2001) 302, Brüssel.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2001b), Reform der EU-Rechtsvorschriften für Arzneimittel, Memo/01/267 vom 18. Juli 2001, Brüssel.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2001c), The Internal Market And Health Services. Report Of The High Level Committee On Health, Brüssel.

- Lenhardt, Uwe (1990), EG-Binnenmarkt und Arzneimittelpolitik, in: Deppe /Lenhardt, S. 63-104.
- Mossialos, Elias (et.al.)(2001), The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union. Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union, Brussels.
- Naundorf, Frank (2001), Zum Arzt über die Grenze, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 10, 9. März 2001, S. B 489 - B 490.
- Neumann-Duesberg, Rüdiger (1998), Die EuGH-Position ist angreifbar, in: Gesundheit und Gesellschaft 10/1998, S. 22-27.
- Nickless, Jason (2001), Smits/Peerbooms: Clarification of Kohll and Decker?, in: Eurohealth, Vol 7, No 4, Autumn 2001, pp 7-10.
- ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen)(2001), Benchmarking Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union, Wien.
- Paton, Calum et.al. (2002), The European Union and Health Services: Summary, in: Busse, Reinhard / Wismar, Matthias / Berman, Philipp C. (Eds.), Pages 1-13.
- Platzer, Hans-Wolfgang (1995), Lernprozeß Europa. Die EU und die neue europäische Ordnung, Bonn.
- Reker, Elisabeth (2002), Der europäische Einfluss auf das deutsche Gesundheitswesen, in: Knieps, Franz (Hg.), Stichwort: Gesundheitspolitik. Aspekte, Analysen, Argumente, Bonn 2002, S. 236-257.
- Robbers, Jörg (2000), Editorial, in: Das Krankenhaus 11/2000, S. 847.
- Rosenbrock, Rolf (2002), Kann die soziale Krankenversicherung in der Marktgesellschaft überleben?, in: Deppe, Hans-Ulrich / Burkhardt, Wolfram (Hrsg), Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Hamburg, S. 24-35.
- Schulte, Bernd (2002), Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit im gemeinsamen Markt: Auswirkungen auf das Deutsche Gesundheitswesen, Teil 1: Perspektiven, in: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/2002, S. 43-57.
- Schulz-Weidner, Wolfgang (1998), Rechtliche Entwicklungen bei Krankenkassenleistungen im Ausland, in: Die Krankenversicherung August/September 1998, S. 241-245.

- Schwanenflügel, Matthias v. (1996), Die Entwicklung der Kompetenzen der Europäischen Union im Gesundheitswesen, Berlin.
- SpiK (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen) (2000), Strategischer Umgang der GKV mit den aktuellen europarechtlichen Entwicklungen, Positionspapier.
- SpiK (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen) (2002), Die offene Methode der Koordinierung im Bereich des Gesundheitswesens, Positionspapier.
- Stahl, Roland (2002), Europäisches Gesundheitswesen. Ein schleichender Prozess, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, Heft 13, 29. März 2002, S. B 684.
- Steinmeyer, Heinz-Dietrich (1999), Hat das Territorialitätsprinzip in der GKV noch Zukunft?, in: Die Krankenversicherung, Oktober 1999, S. 288-291.
- Tidow, Stefan (1999), Benchmarking als Leitidee. Zum Verlust des Politischen in der europäischen Perspektive, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 3 / 1999, S. 301-309.
- Weingärtner, Thomas (2000), Im Visier der Kommissare, in: Gesundheit und Gesellschaft, 11/2000, S. 32-35.
- Wille, Eberhard (1999), Das Sachleistungsprinzip der GKV im Spannungsfeld der europäischen Integration, in: Die Krankenversicherung Oktober 1999, S. 292-296.
- Windschild, Günther (1998), Global und historisch - Erwägungen zu den EuGH-Urteilen, in: Die Krankenversicherung August/September 1998, S. 254.
- Wismar, Matthias (1998), Europa regiert schon lange heimlich mit, in: Gesundheit und Gesellschaft 10/1998, S. 28-35.
- Wismar, Matthias / Busse, Reinhard (2002), Analysis of SEM legislation and jurisdiction, in: Busse / Wismar / Berman (Eds.), Pages 41-48.

In der Reihe

Arbeitspapiere aus der Abteilung für Medizinische Soziologie
sind bisher erschienen:

- Nr. 1/1986: Walter Baumann / Hans-Ulrich Deppe: Aspekte der Arbeitsmarktsituation von Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland (Januar 1986)
- Nr. 2/1986: Klaus Priester / Hans-Ulrich Deppe: Materialien zur Entwicklung der Ärzte-Einkommen in der Bundesrepublik (Juli 1986)
- Nr. 3/1987: Hans-Ulrich Deppe / Klaus Priester: Modelluntersuchung Ambulante Krankenpflege. Arbeitsweise und Stellung im Gesundheitswesen. Kurzfassung (Oktober 1987)
- Nr. 4/1988: Volker Wanek / Hans-Ulrich Deppe: Ärztestreiks und -proteste in der Bundesrepublik (Februar 1988)
- Nr. 5/1989: Hans-Ulrich Deppe / Klaus Priester: Bevölkerungsentwicklung und Pflegebedürftigkeit in Hessen bis zum Jahre 2009. Ergebnisse einer Modellrechnung (Mai 1989)
- Nr. 6/1989: Hans-Ulrich Deppe / Klaus Priester: Perspektiven ambulanter Pflege in Hessen. Möglichkeiten bedarfsorientierter Angebotsgestaltung. Kursfassung (November 1989)
- Nr. 7/1990: Hans-Ulrich Deppe/Uwe Lenhardt: Gesundheitswesen zwischen supranationalen Politikstrukturen und einzelstaatlicher Regelungskompetenz. Zu einigen gesundheitspolitischen Aspekten der westeuropäischen Integration (Mai 1990)
- Nr. 8/1991: Hans-Ulrich Deppe: Gesellschaftsstruktur und Gesundheitssystem. Zur Einführung für Mediziner (April 1991)
- Nr. 9/1992: Uwe Lenhardt: Regionalanalyse der kassenärztlichen Versorgung in Hessen 1977-1989. Zusammenfassung erster Ergebnisse (Februar 1992)
- Nr. 10/1992: Klaus Stegmüller: Wettbewerb und Solidarprinzip - Determinanten der Unvereinbarkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung (Oktober 1992)
- Nr. 11/1992: Hans-Ulrich Deppe: 20 Jahre Medizinische Soziologie an der J.W. Goethe-Universität in Frankfurt am Main (Oktober 1992)
- Nr. 12/1993: Andrea Antolic / Hans-Ulrich Deppe / Reinhard Schaffert: Umfrage unter MedizinstudentInnen: Daten zur sozialen Lage und zu medizinischen Vorerfahrungen von StudienanfängerInnen in Frankfurt a.M. 1989-1992 (März 1993)
- Nr. 13/1995: Thomas Gerlinger / Klaus Stegmüller: Wettbewerbskonzeptionen und „dritte Stufe der Gesundheitsreform. Positionen zur Zukunft der GKV aus Sicht der Krankenkassen, der KBV, der BDA und des DGB (Januar 1995)
- Nr. 14/1995: Thomas Gerlinger / Klaus Stegmüller: „Nachfrageprivatisierung“ und „Anbieterkonkurrenz“. Zu Positionen für eine zukünftige Wettbewerbsordnung in der GKV (März 1995)

- Nr. 15/1995: Hans-Ulrich Deppe: Zur aktuellen Entwicklung der Gesundheitspolitik in Ungarn (März 1995)
- Nr. 16/1996: Hans-Ulrich Deppe / Stjepan Oreskovic: Back to Europe – Back to Bismarck? Consequences of implementation of a health insurance scheme to the health care systems of Central and Eastern European countries (März 1996)
- Nr. 17/1998: Sebastian Irps / Kerstin Jahn / Hans-Ulrich Deppe: Umfrage unter MedizinstudentInnen, Daten zur sozialen Lage, zur Studienmotivation und zu medizinischen Vorerfahrungen von StudienanfängerInnen und Fortgeschrittenen in Frankfurt am Main 1993 – 1997 (Juli 1998)
- Nr. 18/1998: Hans-Ulrich Deppe: 25 Jahre Medizinische Soziologie an der J.W. Goethe-Universität in Frankfurt am Main (Mai 1998)
- Nr. 19/1998: Alexis Benos / Hans-Ulrich Deppe / Steve Iliffe: Equity and freedom in health care (Mai 1998)
- Nr. 20/2001: Wolfram Burkhardt: Der Ministerwechsel im Bundesgesundheitsministerium 2001 (November 2001)
- Nr. 21/2002: Marcelo Firpo de Souza Porto: Public Health and Environmental (In)justice in Brazil (Juli 2002)
- Nr. 22/2002: Nadja Rakowitz: Zwischen Sozialstaat und Wettbewerb – Gewerkschaften zur Gesundheitsreform (August 2002)
- Nr. 23/2003: Rolf Schmucker: Europäische Integration und Gesundheitspolitik (Januar 2003)

Die Arbeitspapiere sind gegen eine Schutzgebühr erhältlich bei:

Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
 Institut für Medizinische Soziologie
 Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a.M.
 Tel. 069/6301-7610 / Fax 069/6301-6621