

**Grenzüberschreitende Aktivitäten als Trieb-
federn des
Europäisierungs- und Integrationsprozesses
in der Gesundheitspolitik**

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel

Vorgelegt von

Per Henrik Hedde

Kiel 2008

Referent: Prof. Dr. Johannes Varwick
Korreferent: Prof. Dr. Joachim Krause

Tag der mündlichen Prüfung:
Zur Vervielfältigung genehmigt: Kiel, den

Dekanin: Prof. Dr. Anja Pistor-Hatam

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

I	Einleitung	1
1	Fragestellung und Vorgehensweise	9
2	Forschungslage und theoretische Verortung	18
3	Definitionen	22
II	Gesundheitspolitische Herausforderungen – Systemspezifika und Problemanalogien	28
1	„Systemkompatibilität“ und Eignung europäischer Gesundheitssysteme zu multilateraler Kooperation	29
1.1	Pfadabhängigkeit und Ziele der Gesundheitspolitik	34
1.2	Merkmale von Gesundheitssystemen	37
1.2.1	Finanzierung der Gesundheitsversorgung	38
1.2.2	Organisation der Leistungserbringung	41
1.2.3	Politische Steuerung	43
1.3	System(in)kompatibilität der europäischen Gesundheitssysteme	46
2	Allgemeine und spezifische Entwicklungstrends in der Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten	52
2.1	Demographische, ökonomische und fortschrittsbedingte Problemana.	53
2.2	Perspektiven multilateraler Lösungsansätze	59
2.3	Sozialversicherungssysteme: Fallbeispiel Deutschland	61
2.3.1	Struktur der Gesundheitsversorgung	63
2.3.2	Defizite des Gesundheitssystems	67
2.3.2.1	Entwicklung der Gesamtgesundheitsausgaben	68
2.3.2.2	Solidaritätsdefizite im deutschen Sozialversicherungssystem	72
2.3.2.3	Qualität und Verfügbarkeit ärztlicher Leistungen	76
2.3.3	Politische Reformansätze	78
2.3.3.1	Finanzierungsalternative Gesundheitsfonds: Zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale	80
2.3.3.2	Reform der Versorgungsstrukturen	82
2.3.4	Europäische Implikationen für das Gesundheitssystem Deutschlands	83
2.3.5	Fazit	87
2.4	Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme: Fallbeispiel Schweden	88
2.4.1	Struktur der Gesundheitsversorgung	92
2.4.2	Defizite des Gesundheitssystems	94
2.4.2.1	Wartezeiten	94
2.4.2.2	Ärztmangel	100
2.4.2.3	Rationierung im Gesundheitswesen	102
2.4.3	Europäische Implikationen für das Gesundheitssystem Schwedens	103
2.4.4	Fazit	105
2.5	Nationale Kooperationseignung und -affinität	106

III Implikationen grenzüberschreitender Aktivitäten für die Integration und Europäisierung der Gesundheitspolitik, Evidenz und Prognose	108
1 Kategorien grenzüberschreitender Aktivitäten	108
1.1 Unabhängige und intervenierende Variablen grenzüberschreitender Aktivitäten	112
1.1.1 ‚Spielarten‘ der grenzüberschreitenden Patientenmobilität	117
1.1.2 Rechtsrahmen für grenzüberschreitende Patientenmobilität und Leistungserbringung	121
1.2 Auswertung institutioneller grenzüberschreitender Aktivitäten	129
1.2.1 Grenzüberschreitende Aktivitäten mit deutscher Beteiligung	133
1.2.2 Grenzüberschreitende Aktivitäten mit schwedischer Beteiligung	139
1.2.3 Merkmale institutioneller Kooperationsformen	141
1.3 Individuelle Patientenmobilität – eine unbekannte Größe	143
1.3.1 Vorgehensweise und Methodik	147
1.3.1.1 Struktur der deutsch-dänischen Grenzregion	150
1.3.2 Quantitative Analyse	151
1.3.2.1 Anzahl dänischer Arztbesuche	152
1.3.2.2 Zunahme der Patientenmobilität	155
1.3.2.3 Geographische Verteilung	157
1.3.3 Qualitative Analyse	158
1.3.3.1 Vergütungsformen	158
1.3.3.2 Informationsmaterial und Sprachkenntnisse	160
1.3.4 Bedeutungszuwachs und Strukturverfestigung	162
1.4 Grenzüberschreitende Aktivitäten als Ergänzung nationaler und europäischer Handlungsstrategien in der Gesundheitspolitik	163
2 Gesundheitspolitische Kompetenzen der EU	165
2.1 Funktionen europäischer Gesundheitspolitik	166
2.1.1 Ergänzungsfunktion	169
2.1.2 Koordinierungsfunktion	170
2.1.3 Ausgleichsfunktion	171
2.2 Rechtsetzungskompetenzen der Gemeinschaft	172
2.2.1 Zum Föderalismus in der Union	173
2.2.2 Die Rechtsetzung in der EG	175
2.2.3 Europäische Rechtssetzungskompetenz in der Wirtschafts- und Sozialpolitik	179
2.3 Entwicklungsstufen europäischer Gesundheitspolitik	181
2.3.1 Die Anfänge der sozialpolitischen Integration	182
2.3.2 Fortschritte der 1970er Jahre	187
2.3.3 Die Einheitliche Europäische Akte und die Charta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer	190
2.3.4 Der Vertrag von Maastricht und das Abkommen über die Sozialpolitik	193
2.3.5 Vertrag von Amsterdam	198
2.3.6 Der Vertrag von Nizza und die Lissabon-Strategie	201
2.3.6.1 Die Offene Methode der Koordinierung	202
2.3.6.2 Die Dienstleistungsrichtlinie	209
2.3.7 Europäischer Verfassungsvertrag	210
2.4 Konsolidierungsansätze europäischer Gesundheitspolitik	211
2.5 Fazit	213
3 Integration ‚hinter dem Rücken‘	214
3.1 Zur politikwissenschaftlichen Interpretation des europäischen Integrationsprozesses	219
3.2 Zur Funktion von Integrationstheorien	221
3.3 Grenzüberschreitende Aktivitäten – Bestandteil indirekter Integrationsprozesse	223
3.3.1 Negative Integration	224

3.3.2	Spillover	227
3.3.3	Europäisierung	232
3.3.4	Beipässe und Umgehungsstrategien	243
3.4	Indirekte Integration – Zusammenfassung	249
IV	Zusammenfassung	251
V	Ergebnisse: Opportunitätsbedingte Entwicklungsperspektiven europäischer Gesundheitspolitik	257
VI	Ausblick: Jüngste gesundheitspolitische Initiativen der EU – neue Impulse oder ‚pfadabhängige‘ Evolution des bestehenden Europäisierungsprozesses?	260
	Literaturverzeichnis	
	Anhang	

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: HYPOTHESEN UND VORGEHENSWEISE	17
ABBILDUNG 2: VERORTUNG DES UNTERSUCHUNGSGEGENSTANDS.....	21
ABBILDUNG 3: POLITISCHE VERORTUNG DES PUBLIC-HEALTH-SEKTORS	25
ABBILDUNG 4: DIE DREI TYPEN/REGIME DES WOHLFAHRTSSTAATES	33
ABBILDUNG 5: KOMPETENZVERTEILUNG ZWISCHEN DEN VIER STEUERUNGSEBENEN DER GESUNDHEITSPOLITIK.....	46
ABBILDUNG 6: PROZENTUALER ANTEIL DER GESAMTGESUNDHEITSAUSGABEN AM BIP	55
ABBILDUNG 7: LEBENSERWARTUNG BEI GEBURT	56
ABBILDUNG 8: GESAMTGESUNDHEITSAUSGABEN IN DEUTSCHLAND 1970 – 2005 IN PROZENT DES BIP	69
ABBILDUNG 9: ENTWICKLUNG DES BEITRAGSSATZES DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG 1976 – 2007	70
ABBILDUNG 10: ANZAHL DER HAUSÄRZTE IN OSTDEUTSCHLAND	78
ABBILDUNG 11: ZEITABLAUF MEDIZINISCHER VERSORGUNG NACH DER GESUNDHEITSFÜRSORGEGARANTIE	96
ABBILDUNG 12: ZUSTIMMUNG UND ABLEHNUNG DES SCHWEDISCHEN VERSICHERUNGSWESENS ZU STATIONÄREN AUSLANDSBEHANDLUNGEN IM JAHR 2004	99
ABBILDUNG 13: ANTEIL DER ARZTGRUPPEN AN GRUNDGESAMTHEIT UND RESPONDERN.....	149
ABBILDUNG 14: ENTFERNUNG DER ÄRZTE ZUR DEUTSCH-DÄNISCHEN GRENZE.....	150
ABBILDUNG 15: ANZAHL DER ÄRZTE, DIE WÄHREND DES VERGANGENEN JAHRES PATIENTENBESUCHE AUS DÄNEMARK HATTEN	152
ABBILDUNG 16: ANZAHL BEHANDELTEN DÄNISCHER PATIENTEN GESTAFFELT NACH FACH- UND HAUSÄRZTEN	153
ABBILDUNG 17: VERTEILUNG DER PATIENTENBESUCHE GESTAFFELT NACH FACHÄRZTLICHEN DISZIPLINEN.....	154
ABBILDUNG 18: VERÄNDERUNG DER ANZAHL DÄNISCHER PATIENTENBESUCHE IM VERGLEICH ZU VOR FÜNF JAHREN (NACH EIGENER WAHRNEHMUNG DER BEFRAGTEN ÄRZTE).....	156
ABBILDUNG 19: ANZAHL ÄRZTE MIT DÄNISCHEN PATIENTEN IM VERHÄLTNIS ZUR ENTFERNUNG ZUR DÄNISCHEN GRENZE	157
ABBILDUNG 20: ANZAHL ÄRZTE MIT DÄNISCHEN PATIENTEN IM VERHÄLTNIS ZUR ORTSGRÖßE	158
ABBILDUNG 21: HÄUFIGKEIT VERSCHIEDENER VERGÜTUNGSARTEN.....	159
ABBILDUNG 22: FÄHIGKEIT ZUR BETREUUNG IN DÄNISCHER SPRACHE	161
ABBILDUNG 23: ENTWICKLUNG RECHTE DER WANDERARBEITER BIS 1971.....	185
ABBILDUNG 24: AKTIONSPROGRAMME IM RAHMEN DER EUROPÄISCHEN GESUNDHEITSPOLITIK.....	195

I Einleitung

Die demographische Entwicklung, die Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts sowie die steigenden Erwartungen der Bürger an die Kranken- und Heilfürsorge zwingen die Regierungen der EU-Mitgliedstaaten zu umfassenden Reformen der jeweiligen Gesundheitspolitik.¹ Nicht nur die deutsche Regierung wird durch die anhaltende Ausgabensteigerung für die Gesundheitsversorgung zum Handeln gezwungen, um letztlich die Staatsausgaben insgesamt zu beschränken.² Diese notwendigen Reformen führen die europäischen Mitgliedstaaten dabei weitestgehend eigenständig auf nationaler Ebene durch – die EU kann nur in den Bereichen tätig werden, die ihr vertraglich zugewiesen worden sind: Hierzu gehören unter anderem die Bekämpfung global auftretender Infektionskrankheiten oder die Suchtbekämpfung sowie der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.³

Trotz dieser rechtlichen Beschränkung der Gemeinschaftskompetenzen haben die aktive Weiterentwicklung und Liberalisierung des europäischen Binnenmarkts anhand vielfältiger Maßnahmen der EU und der Beitritt neuer Mitgliedstaaten zur Heranreifung eines (wenngleich noch immer durch nationale Regulierungen eingeschränkten) Wettbewerbs auf dem europäischen Gesundheitsmarkt geführt und den Konkurrenzdruck zwischen den sozialen Sicherungssystemen innerhalb Europas erhöht. Dieser Wettbewerb äußert sich beispielsweise darin, dass der innereuropäische Handel mit Medikamenten, medizinischen Geräten und Dienstleistungen infolge durchlässiger werdender Binnengrenzen immer intensiver wird.⁴ Die bestehenden wirtschaftlichen und sozialen Disparitäten zwischen den alten und den neuen Mitgliedstaaten verstärken diese Dy-

¹ Vgl. den Beschluss Nr. 1350/2007/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 23. Oktober 2007 über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008 - 2013). Siehe auch Weidenfeld, Werner: „Ein Wirtschafts- und Sozialmodell für Europa? – Wettbewerb der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union“. In Klusen, Norbert/Meusch, Andreas (Hrsg.): „Wettbewerb und Solidarität im europäischen Gesundheitsmarkt“. Baden-Baden 2006, S. 24 - 39 und Hertwig, Rike/Kröck, Harald/Steffen, Margret: „Gesundheitsmarkt Europäische Union: Chancen und Risiken aus gewerkschaftlicher Sicht“. In Klusen, Norbert/Meusch, Andreas (Hrsg.): a.a.O., S. 123 - 139 sowie Thurner, Paul W./Kotzian, Peter: „Comparative Health Care Systems – Outline for an empirical application of New Institutional Economics approaches“. Vortrag im Rahmen einer ECPR-Tagung in Grenoble April 2001, S. 2.

² Die jährlichen Gesamtgesundheitsausgaben lagen allein in Deutschland im Jahr 2005 über 239 Milliarden Euro. Vgl. OECD HealthData 2007.

³ Vgl. Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EGV), Art. 152, Abs. 1.

⁴ Siehe Weidenfeld, Werner: „Ein Wirtschafts- und Sozialmodell für Europa? – Wettbewerb der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union“. a.a.O., S. 37.

namik zusätzlich. Die Union ist in gesundheitspolitischer Hinsicht zu weitestgehender Passivität verdammt worden, doch zugleich führt die Ausübung ihrer Kernkompetenz – der Ausbau des Binnenmarktes – zu erheblichen gesundheitspolitischen Nebeneffekten. Wenngleich der entstehende Wettbewerb im Optimalfall dazu führen wird, dass sich besonders effektive und Kosten sparende Organisationsstrukturen im Bereich der europäischen Gesundheitssysteme⁵ durchsetzen werden („best practice“-Prinzip), so wird von mancher Seite befürchtet, dass ein so genannter „race to the bottom“-Effekt ausgelöst wird, falls eine intensive Einflussnahme durch die Europäische Union ausbleibt:⁶

“Moreover, and if nothing else changes, the "competition of regulatory systems" that is generally welcomed by neoliberal economists (...) and politicians may well turn into a downward spiral of competitive deregulation and tax cuts in which all competing countries will find themselves reduced to a level of protection that is in fact lower than that preferred by any of them.”⁷

Doch bislang fehlt der EU die rechtliche Grundlage, Mindeststandards von den Mitgliedstaaten einzufordern: Die Union darf gemäß dem Europäischen Gemeinschaftsvertrag die Politik der Mitgliedstaaten im Bereich der sozialen Sicherung nur „unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung von Rechts- und Verwaltungsvorschriften“⁸ unterstützen und ergänzen⁹. Trotz dieser Regelung stellt sich die Frage, ob sich die Beibehaltung der bisherigen nationalen Zuständigkeiten in den sozialen Sicherungssystemen mit den faktischen Entwicklungen auf europäischer Ebene noch vereinbaren lässt. Die vielfältigen grenzüberschreitenden Aktivitäten im Gesundheitsbereich (z.B. die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der europäischen Bürger jenseits ihrer nationalen Grenzen, die Niederlassungsfreiheit von Ärzten und Krankenpflegern im europäischen Ausland oder die Vermarktung von Arzneimitteln auf dem gemeinsamen europäischen Markt) haben schon heute neben den vorhandenen zwischen-

⁵ Die Aufgabe des Gesundheitswesens ist die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung. vgl. Nagel, Eckhard (Hrsg.): „Das Gesundheitswesen in Deutschland“. Köln 2007, S. 29. Der Begriff Gesundheitssystem reicht weiter und beinhaltet über das Gesundheitswesen hinaus gehend auch die politische Steuerung der Versorgungsstrukturen.

⁶ Zur Einschätzung dieser Befürchtung Siehe Schaub, Vanessa E.: „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union – die gesetzlichen Gesundheitssysteme im Wettbewerb“. Baden-Baden 2001.

⁷ Scharpf, Fritz W.: „Balancing Positive and Negative Integration: The Regulatory Options for Europe“. MPIfG Working Paper 97/8, November 1997, S. 1.

⁸ EGV, Art. 137, Abs. 2.

⁹ Ebd., Art. 152, Abs.1.

staatlichen Abkommen eine Koordinierung auf europäischer Ebene erforderlich gemacht. Doch auch der im Juni 2008 am Veto der irischen Bevölkerung vorerst gescheiterte Vertrag von Lissabon sieht hinsichtlich der Gesundheitspolitik vor, dass die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des eigenen Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt bleibt:

„Die Verantwortung der Mitgliedstaaten umfasst die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel“ (Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, Art. 168, Abs. 7).

Die nationalen Regierungen zeigen bisher wenig Enthusiasmus, sich im Gesundheitsbereich auf europäischer Ebene abzustimmen. Lediglich das Instrument der ‚Offenen Methode der Koordinierung‘ (OMK) wird seit dem Beschluss der ‚Lissabonner Strategie‘ von 2002 zur Erreichung eines einigermaßen homogenen Gesundheitsniveaus in den europäischen Staaten als kleinster gemeinsamer Nenner akzeptiert. Dieser Mechanismus zielt darauf ab, die Reformfortschritte in diesem Politikfeld in regelmäßigen Abständen zu vergleichen (‚benchmarking‘), um somit Druck auf die weniger aktiven Staaten auszuüben (zugleich sollen die ‚langsameren‘ Staaten anhand dieser Methode von den erfolgreicherer Staaten ‚lernen‘ können, indem sie besonders erfolgreiche Maßnahmen in die eigene (Gesundheits-)Politik implementieren.¹⁰ Zu rechtlichen Konsequenzen führt dieser Prozess jedoch nicht – die nationalstaatliche Zuständigkeit im sozialen Sektor bleibt auch bei der Anwendung der OMK unangetastet. Diese Kompetenzverteilung entspricht (de jure) sowohl dem europäischen Vertragswerk als auch den politischen Konzepten der nationalen Parteien (und im Übrigen auch dem Wunsch großer Teile der europäischen Bevölkerung¹¹).

Dabei wird indes übersehen, dass große Bereiche der sozialen Sicherungssysteme bereits durch den jetzigen Stand der europäischen Integration (de facto) indirekt beeinflusst werden: Freizügigkeit, Öffnung der Märkte und gemeinsame Richtlinien führen dazu, dass die nationalen Regierungen der europäischen

¹⁰ Vgl. Europäische Kommission, KOM 2002:28.

¹¹ Laut einer Eurobarometerbefragung aus dem Jahr 2003 befürwortet eine deutliche Mehrheit der deutschen Bevölkerung (71%) nationale Zuständigkeit im Gesundheitswesen; nur 24% der Bevölkerung sind der Ansicht, dass dieser Politikbereich in den Zuständigkeitsbereich der EU fallen sollte. Vgl. Eurobarometer Herbst 2003; Quelle: http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/eb/eb60/eb60_de.pdf, Stand: 8.3.2005.

Mitgliedstaaten längst nicht mehr die alleinige Verantwortung für Entwicklungen im sozialpolitischen Bereich haben.

Definition ‚grenzüberschreitende Aktivitäten‘

Obwohl auch der Vertrag von Lissabon klare rechtliche Grenzen zwischen nationalen und europäischen Zuständigkeiten in der Sozialpolitik zieht, lässt sich ein kontinuierlich anwachsender Einfluss der EU-Institutionen (besonders des Europäischen Gerichtshofes und der Kommission) auf die Gesundheitspolitik der Nationalstaaten feststellen.¹² Diese Veränderungen führen dazu, dass die Bürger, die Beschäftigten im Gesundheitssektor und die Pharmaunternehmen sich nicht mehr ausschließlich am nationalen Markt orientieren, sondern auch die Vorzüge der anderen europäischen Gesundheitsmärkte nutzen.

Der in dieser Arbeit verwendete Begriff ‚grenzüberschreitende Aktivitäten‘ lehnt sich an die international gebräuchliche Formulierung ‚cross-border (health) activities‘¹³ an und umfasst eine Reihe höchst unterschiedlicher Prozesse. Aufbauend auf der Beschreibung des durch die EU geförderten und durch das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögd) dokumentierten Projektes ‚Evaluation of border regions in the European Union‘ werden als ‚grenzüberschreitend‘ zunächst all jene gesundheitsbezogenen Aktivitäten definiert, „in which partners from two or more countries (...) are working together“¹⁴. Hierunter fallen nach der Definition des lögd Aktivitäten, die unter anderem die folgenden Ziele verfolgen:

- eine möglichst wohnortnahe Gesundheitsversorgung der Patienten (die sich in manchen Regionen eher jenseits der nationalen Grenze verwirklichen lässt, etwa weil sich dort das nächstliegende Krankenhaus befindet),

¹² Vgl. u.a. Schulte Bernd: „Europäische Vorgaben für die nationalen Gesundheitssysteme – Ziele und Instrumente“. G+G Wissenschaft, Heft 4/2005.

¹³ Dieser Begriff findet nicht nur in der auf die EU bezogenen Erforschung grenzüberschreitender Aktivitäten Verwendung, sondern kann auch in ähnlichen nordamerikanischen und asiatischen Forschungsprojekten nachgewiesen werden, Vgl. z.B. das Border Health Programm der Weltgesundheitsorganisation zwischen Thailand und Myanmar (siehe <http://w3.who.thai.org/EN/Section3/Section39.htm>) oder die intensive Untersuchung der Zusammenarbeit zwischen den USA und Mexico (siehe u.a.: <http://borderhealth.raconline.org/topics/topic.php?topic=Public%20health>).

¹⁴ Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögd), Dokumentation zum Workshop: „Cross-border activities – good practice for better health“. Bielefeld 2006, S. 22.

- Abbau von Wartezeiten (wie sie vor allem in steuerfinanzierten Systemen vorkommen),
- Qualitätssteigerung in der medizinischen Versorgung (beispielsweise durch die Konzentration medizinischen Know-hows in gemeinsamen Institutionen),
- gemeinsame Nutzung bestehender Ressourcen (wie etwa kostenintensive medizinische Geräte),
- gleichmäßige Nutzung bestehender Kapazitäten (z.B. von zur Verfügung stehenden Krankenhausbetten in nahe gelegenen Krankenhäusern),
- Organisation der Notfallmedizin (wie der gemeinsame Aufbau und Gebrauch des Rettungsdienstes),
- Abbau von Gesundheitsgefahren (z.B. durch gemeinsames Vorgehen gegen Wasserverschmutzungen in der Grenzregion) oder
- die Vermeidung von gesundheitsgefährdendem Verhalten, wie etwa Drogenmissbrauch oder Tabak- und Alkoholkonsum (durch gemeinsame Aufklärungskampagnen).¹⁵

Doch während im lögd-Projekt ausschließlich Aktivitäten untersucht wurden, die zwischen Staaten mit gemeinsamen Grenzen stattfinden, werden in dieser Arbeit auch solche Aktivitäten einbezogen, die zwischen Mitgliedstaaten ohne gemeinsame Grenze vorkommen (z.B. ein Projekt zur gemeinsamen Nutzung gesundheitsrelevanter Einrichtungen durch Großbritannien und Malta). Des Weiteren umfasst das hier angewandte Verständnis von grenzüberschreitenden Aktivitäten über institutionelle Kooperationen hinaus auch die so genannte individuelle Patientenmobilität und die Ärztemigration innerhalb der EU. Zusammenfassend lässt sich der in dieser Arbeit verwendete Begriff somit wie folgt definieren:

Als grenzüberschreitende Aktivitäten im Gesundheitsbereich sollen all jene Aktivitäten bezeichnet werden, bei denen einzelne Personen, öffentliche oder private Einrichtungen und Leistungserbringer Grenzen innerhalb der Europäischen Union überwinden, um gesundheitsbezogene Leistungen zu empfangen, anzubieten oder zu organisieren. Dabei können bi-, tri- oder multilaterale Kooperati-

¹⁵ Vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögd), Final Report: „Evaluation of border regions in the European Union“. Bielefeld 2007, S. 3.

onen zwischen nationalen, regionalen, kommunalen und individuellen Partnern stattfinden; zudem können europäische Institutionen in die Aktivitäten eingebunden werden. Nicht berücksichtigt werden in dieser Arbeit Aktivitäten, die über die Grenzen der EU hinaus reichen, da sich in diesen Fällen Rückwirkungen der Integration des europäischen Binnenmarktes nur bedingt nachweisen lassen.

Wie die folgenden Beispiele grenzüberschreitender Aktivitäten verdeutlichen, werden die nationalen Zuständigkeiten im gesundheitspolitischen Bereich auf unterschiedliche Weise untergraben:

1. Das Recht der EU-Bürger, Gesundheitsleistungen im Prinzip auch im EU-Ausland in Anspruch zu nehmen und durch ihre einheimischen Krankenkassen (unter Einhaltung bestimmter Vorgaben) erstatten zu lassen, ist durch verschiedene Urteile des Europäischen Gerichtshofes bestätigt worden.¹⁶
2. Ein weiterer Beleg für die Konsequenzen der fortschreitenden Integration für den gesundheitspolitischen Bereich betrifft diejenigen Bürger der Europäischen Union, die berufsbedingt zwischen verschiedenen Staaten pendeln (so genannte Grenzgänger) oder sich längere Zeit im europäischen Ausland aufhalten. Diese müssen sich bei einer geplanten ärztlichen Behandlung bereits im Vorfeld mit ihrer heimischen Krankenkasse in Verbindung setzen, wenn sie erfahren wollen, welche Leistungen erstattet werden können.¹⁷ Dabei stellt die Mobilität der Bürger das Territorialprinzip in Frage, da der Einzelne nicht immer eindeutig einem Solidar-system zugeordnet werden kann, wenn er Leistungen in weiteren Staaten als in jenem, in dem er sich an der Finanzierung beteiligt, in Anspruch nimmt.

¹⁶ Besonders namhaft ist der so genannte Kohl/Decker-Prozess geworden, in dem den Klägern die Erstattungspflicht für ein Brillengestell bzw. einen im europäischen Ausland erworbenen Zahnersatz durch ihre Krankenkassen zugesprochen wurde. Siehe EuGH (1998) Rechtssache C-120/95 (Decker) und 158/96 (Kohl) und **Kapitel** III.1.1.2 in dieser Arbeit.

¹⁷ Nur so können sie klären, welche in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen von ihrem Versicherungsträger übernommen werden. Andernfalls laufen sie Gefahr, dass sie einen beträchtlichen finanziellen Eigenanteil übernehmen müssen.

3. Die Niederlassungsfreiheit eröffnet Ärzten und im Pflegebereich Berufstätigen die Möglichkeit, ihre Dienste auch in anderen Staaten anzubieten. Das europäische Recht auf Freizügigkeit führt dazu, dass Ärzte und Dienstleister im Pflegebereich innerhalb der EU vermehrt in jenen Staaten tätig werden, in denen sie die besten Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten vorfinden.¹⁸
4. Nationale Gesundheitspolitik kann expandierende Krankenhausketten und Apotheken nicht grundlegend vom nationalen Markt ausschließen. Im Zuge der Integration und der damit einhergehenden Liberalisierung des europäischen Marktes ist es für Pharmaunternehmen immer leichter geworden, ihre Waren und Dienstleistungen auch jenseits der nationalen Grenzen auf dem gesamteuropäischen Markt anzubieten.¹⁹ Dies bedeutet für die zuvor streng national regulierten Pharmamärkte, dass nunmehr neuartige europäische Strukturen und Marktzugangsbestimmungen akzeptiert werden müssen.

Da diese Grenzüberschreitungen durch die wachsende Mobilität der Bürger und der Investoren auf dem europäischen Markt eher zunehmen werden, ist es sinnvoll anzunehmen, dass dieses Politikfeld durch die viel beschworene ‚normative Kraft des Faktischen‘ zukünftig zu einem integralen Bestandteil des europäischen Integrationsprozesses wird. Im Zuge dieses Prozesses dürfte zukünftig auch eine allmähliche Harmonisierung der marktrelevanten Bestandteile der europäischen Gesundheitspolitik unausweichlich sein.

Gerade die Osterweiterung von 2004 hat diesem Thema neue Brisanz verliehen, da die wirtschaftlichen und sozialen Disparitäten innerhalb Europas vielen Bürgern und Unternehmen neue ökonomische Optionen schaffen. Dabei profitieren vor allem Bürger der alten Mitgliedstaaten von günstigen Gesundheitsdienstleis-

¹⁸ Infolge der Integration haben europäische Ärzte die Freiheit, sich überall in der Union niederzulassen, da die gegenseitige Anerkennung von Zulassungen zwischen den Mitgliedstaaten der EU vertraglich festgeschrieben worden ist – zugleich ist aber keine Regelung auf europäischer Ebene geschaffen worden, die einem aus dieser Freizügigkeit entstehenden Ärztemangel in strukturschwachen Regionen entgegenwirken könnte. Daher müssen sich die Mitgliedstaaten der Union zunehmend einem Konkurrenzkampf um qualifizierte Ärzte stellen. Verlierer dieses Wettbewerbs sind die Bewohner strukturschwacher Regionen Europas.

¹⁹ Vgl. Permanand, Govin/Mossialos, Elias: „The Europeanization of regulatory policy in the EU pharmaceutical sector“. In Steffen, Monika (Hrsg.): a.a.O., S. 49 – 79.

tungen in und aus den neuen Mitgliedstaaten (z.B. Kuren, Zahnbehandlungen oder Pflegedienstleistungen).

Da eine reibungslose Abwicklung dieser Dienstleistungen und eine entsprechende Nachsorge bei operativen Eingriffen gewährleistet sein müssen, ist eine Harmonisierung der Rechtsvorschriften auf europäischer Ebene sinnvoll. Über diese Kompetenz verfügt die EU aber (wie bereits erwähnt) nicht. Erfolgversprechende Initiativen hierfür müssten daher auf mitgliedstaatlicher Ebene entwickelt und eingebracht werden. Doch diese Perspektive scheint bislang unwahrscheinlich, da die Mitgliedstaaten ihre Zuständigkeit in der Gesundheitspolitik bewahren möchten, eben auch um darauf einzuwirken, auf welche Weise die einheimischen Fachkräfte und Dienstleister mit günstigeren Angeboten aus dem (östlichen) Ausland konkurrieren müssen. Auch die neuen Mitgliedstaaten sind nur bedingt an einer Harmonisierung der Gesundheitspolitik interessiert, da sie befürchten, dass die attraktiveren Verdienstmöglichkeiten im Westen eine massenhafte Abwanderung ihres Ärzte- und Pflegepersonals zur Folge haben könnte.²⁰

Die Themen Europa, Europäische Union oder auch europäische Integration nehmen seit jeher einen untergeordneten Platz in der öffentlichen Diskussion über eine Optimierung und Restrukturierung der nationalen Gesundheitssysteme ein²¹ – dies trifft sowohl auf Deutschland als auch auf andere Mitgliedstaaten der Union zu.²² Eine vorläufige Erklärung für den geringen Stellenwert, den die europäische Dimension der Gesundheitspolitik in der öffentlichen Wahrnehmung einnimmt, mögen neben den rechtlichen Rahmenbedingungen auch die traditionell große Bedeutung des Subsidiaritäts- und des Territorialprinzips in der Gesundheitsversorgung geben. Diese stecken einen engen Rahmen für supranationale Aktivitäten in der Gesundheitspolitik. Das Subsidiaritätsprinzip – also das Prinzip, nachdem

²⁰ Zur Ärztemigration in Europa und Deutschland Siehe u.a. Borchardt, Katja: „Ärztemigration von und nach Deutschland: theoretische und empirische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung der deutsch-polnischen Grenzregion Brandenburg“. Baden-Baden 2006 und Kopetsch, Thomas: „Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung“. Studie der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin 2007.

²¹ Lediglich in wenigen kleineren Mitgliedstaaten, wie etwa Luxemburg und Malta, beinhaltet nationale Gesundheitspolitik auch eine nennenswerte europäische Dimension. Hierauf wird an anderer Stelle näher eingegangen werden.

²² Vgl. Güllner, Manfred: „Europäischer Gesundheitsmarkt: Hoffnungen und Ängste der Bürger“. In Klusen, Norbert/Meusch, Andreas (Hrsg.): a.a.O., S. 59 - 68.

„staatliche Eingriffe (EU, Bund) und öffentliche Leistungen grundsätzlich nur dann erfolgen sollen, wenn die jeweils tiefere Ebene (Länder, Kommunen, Familien) nicht in der Lage ist, die erforderliche (Eigen-) Leistung zu erbringen“²³

stellt sicher, dass die Leistungserbringung im Gesundheitswesen so nah am Leistungsempfänger organisiert wird wie möglich und in der Wahrnehmung der Bürger somit kaum mit der EU in Verbindung gebracht wird. Das Territorialprinzip, „demzufolge alle Personen, die sich auf dem Gebiet eines Staates befinden, dem Recht und der Staatsgewalt des entsprechenden Staates unterliegen“²⁴ begründet die traditionelle Verantwortung der Nationalstaaten in der Gesundheitspolitik. So haben sich (trotz zahlreicher Gesundheitsreformen) im Laufe der letzten 150 Jahre ausgesprochen statische und wenig kompatible Gesundheitssysteme in den jeweiligen Nationalstaaten herausgebildet.²⁵ Die Grundlage dieser Systeme bilden Solidargemeinschaften, die (auf den einzelnen Staat beschränkt) Krankheitsrisiken abwehren und Gesundheitskosten tragen sollen. Überschneidungen dieser Solidargemeinschaften sind nicht vorgesehen. Ein Individuum gehört nach diesem Prinzip also immer nur zu einer Solidargemeinschaft – in der Regel zu jener, deren Staatsbürger er ist. Somit erklärt auch dieses Prinzip, weshalb Gesundheitspolitik in erster Linie als nationalstaatliche Domäne wahrgenommen wird und europäische Aktivitäten in diesem Bereich nur geringe öffentliche Aufmerksamkeit erhalten.

1 Fragestellung und Vorgehensweise

Die geringe Aufmerksamkeit, die der gesundheitspolitischen Dimension des europäischen Integrationsprozesses zuteil wird, ist in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert: zum einen befinden sich die meisten europäischen Staaten in einer vergleichbaren Situation – die Kosten für die Gesundheitsversorgung der Bürger steigen, während sich die Einnahmenseite negativ entwickelt – und eine gesamteuropäische Herangehensweise könnte über die Entwicklung gemeinsamer Strategien helfen, diese Herausforderungen zu bewältigen. Zum anderen

²³ Schubert, Klaus/Klein, Martina: „Politiklexikon“, Stichwort „Subsidiarität“, Bonn 2007, S. 295.

²⁴ Ebd., Stichwort „Territorialprinzip“, S. 298.

²⁵ Dieser auch als ‚Pfadabhängigkeit‘ bezeichnete Umstand wird in Kapitel II.1.1 näher erläutert.

machen Krankheiten nicht vor nationalen Grenzen Halt – Krankheitsbekämpfung lässt sich somit nicht ausschließlich auf nationaler Ebene betreiben.

Schließlich – und dies steht im Mittelpunkt dieser Arbeit: die Bevölkerung, die Leistungserbringer, die Privatwirtschaft und die öffentlichen Institutionen sozialer Sicherung und Gesundheitsversorgung nutzen im Rahmen individueller oder organisierter grenzüberschreitender Aktivitäten in zunehmendem Maße die Möglichkeiten, die ihnen die Liberalisierung des europäischen Marktes bieten.

Während sich die überwiegende Zahl an Forschungsprojekten zur Integration und Europäisierung der Gesundheitspolitik mit der politischen und juristischen Kompetenzverteilung zwischen der nationalen und der europäischen Ebene befasst, wählt diese Arbeit einen alternativen Einfallswinkel. Die Kompetenzverteilung zwischen europäischer und nationaler Ebene dient dieser Arbeit zunächst nur als Hintergrundfolie – der eigentliche Forschungsschwerpunkt liegt indes auf der Untersuchung der Aktivitäten zwischen den Mitgliedstaaten. Jedoch wird angenommen, dass diese Aktivitäten aufgrund von „Problemanalogien“²⁶ in den Mitgliedstaaten zu einer Stärkung der europäischen Gesundheitspolitik führen dürften. Schließlich hat der europäische Integrationsprozess die heutige Bandbreite an grenzüberschreitenden Aktivitäten ermöglicht und zugleich ist die Union die einzige supranationale Institution, die für eine weitreichende Koordination dieser Aktivitäten in Betracht kommt und somit einen entsprechenden Mehrwert bieten könnte. Deshalb soll, ausgehend von den dominierenden gesundheitspolitischen Herausforderungen der Mitgliedstaaten, in dieser Arbeit der Frage nachgegangen werden, **welche Auswirkung diese grenzüberschreitenden Aktivitäten auf die Europäisierung der Gesundheitspolitik haben**. Darüber hinaus soll untersucht werden, welchen Bedeutungszuwachs die europäische Gesundheitspolitik aus den qualitativ und quantitativ zunehmenden Interaktionen zwischen den Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten wird erfahren können. Dabei werden entsprechende gesundheitspolitische Entwicklungen bis zum Herbst 2007 berücksichtigt

Durch die Untersuchung dieser Fragestellungen werden nicht nur mögliche europäische Entwicklungen in der Gesundheitspolitik aufgezeigt; die Arbeit wird auch einen Beitrag zur europäischen Integrationsforschung leisten, indem diese

²⁶ Siehe Schaub, Vanessa E.: a.a.O., S. 33.

Untersuchung als Beispiel für andere Bereiche der Sozialpolitik angewandt werden kann.

Durch die Prüfung der folgenden Hypothesen wird eine stichhaltige Einschätzung der Bedeutung grenzüberschreitender Aktivitäten für den zukünftigen Europäisierungsprozess in der Gesundheitspolitik gegeben werden können. Die Hypothesen beeinflussen sich jedoch wechselseitig, sodass sich die Leitfrage erst durch deren abschließende Zusammenführung mehr oder weniger hinreichend wird beantworten lassen. Dennoch sei bereits an dieser Stelle angemerkt, dass auch die hier präsentierte Analyse grenzüberschreitender Aktivitäten nicht alle maßgeblichen Einflussfaktoren für die zukünftige Evolution der Gesundheitspolitik im europäischen Mehrebenensystem aufgreifen und deuten können wird.

Der Prüfung und Bewertung der Hypothesen wird in dieser Arbeit jeweils ein eigenes Kapitel mit entsprechender Schwerpunktsetzung zugeordnet. Im Rahmen der beiden ersten zu prüfenden Hypothesen wird die genannte ‚Hintergrundfolie‘ geschaffen, indem

- zunächst untersucht wird, wie die verschiedenen Gesundheitssysteme ‚ticken‘, also wie sie organisiert sind und an welchen Schnittstellen Fähigkeit zur Kooperation besteht. Hierzu wird die Systemkompatibilität der Gesundheitssysteme in Bezug auf grenzüberschreitende Aktivitäten untersucht.
- zusätzlich werden die ‚Problemanalogien‘ in den Mitgliedstaaten aufgezeigt, welche die überwiegende Zahl grenzüberschreitender Aktivitäten motivieren können.
- Anschließend wird bei der Diskussion der drei weiteren Hypothesen auf das Ausmaß und die Bedeutung der grenzüberschreitenden Aktivitäten und ihre Entwicklung eingegangen.
- Diese Ergebnisse werden in eine allgemeine Untersuchung der Kompetenzverteilung in der Gesundheitspolitik zwischen den Mitgliedstaaten und der EU eingebettet, wobei analysiert wird, welchen Spielraum die aktuelle Kompetenzverteilung in der Gesundheitspolitik den betroffenen Akteuren eröffnet. Daran schließt sich abschließend die Beantwortung der Frage an,

- welche Auswirkungen grenzüberschreitende Aktivitäten auf den Integrationsprozess und die Europäisierung der Gesundheitspolitik zukünftig haben werden.

Im Folgenden werden die zu prüfenden Hypothesen kurz vorgestellt:

Gesundheitspolitische Herausforderungen – Systemspezifika und Problemanalogien

Ziel der ersten beiden Kapitel dieser Arbeit ist es, die allgemeinen Ausgangsbedingungen für grenzüberschreitende Aktivitäten in der Gesundheitspolitik auszuloten. Es werden ‚Problemanalogien‘ aufgezeigt und durch die zwei Fallbeispiele Deutschland und Schweden illustriert. Hierzu werden zunächst ein genereller Überblick über die systemtypischen Kompetenzverteilungen in den europäischen Gesundheitssystemen und potentielle Anknüpfungspunkte für grenzüberschreitende Aktivitäten gegeben. Dieser Analyse werden die folgenden Hypothesen zugrunde gelegt:

Hypothese 1: Sowohl grenzüberschreitende Aktivitäten als auch eine zunehmende Verflechtung mitgliedstaatlicher Gesundheitspolitik setzen ein Mindestmaß an ‚Systemkompatibilität‘ voraus.

Laut Weidenfeld sind

„die Gesundheitssysteme in der Europäischen Union untereinander kaum permeabel, sondern abgeschottete Systeme, zwischen denen keine institutionalisierten und kontinuierlichen Andockstellen bestehen.“²⁷

Demnach, so Weidenfeld weiter, würden über das Verfahren der Best Practice hinaus zwar Anpassungsprozesse zwischen den verschiedenen nationalen Systemen stattfinden, aber mittelfristig sei eine Harmonisierung ausgeschlossen.²⁸ Der Einschätzung, dass mittelfristig weder eine Harmonisierung der Gesundheitssysteme noch eine weitreichende Systemkonvergenz wahrscheinlich ist, wird in dieser Arbeit prinzipiell zugestimmt. Dennoch soll anhand geeigneter Gesundheitssystemtypologisierungen aufgezeigt werden, dass sehr wohl ‚An-

²⁷ Weidenfeld, Werner: „Ein Wirtschafts- und Sozialmodell für Europa? – Wettbewerb der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union“. a.a.O., S. 30ff.

²⁸ Vgl. ebd.

dockstellen' zwischen den verschiedenen europäischen Gesundheitssystemen bestehen, die bereits heute vielfältig genutzt werden, um sowohl auf inter- als auch auf supranationaler Ebene gesundheitspolitisch bedeutsame Projekte umzusetzen. Mit Hilfe dieser Typologisierung, die neben den Dimensionen der Finanzierung und der Leistungserbringung besonderen Schwerpunkt auf die politische Steuerung und Regulierung der nationalen Gesundheitssysteme legt, wird bei der Diskussion der ersten Hypothese aufgezeigt, dass jüngere Liberalisierungstendenzen zu einer zunehmenden ‚Systemkompatibilität‘ geführt haben, die als Grundlage für entsprechende grenzüberschreitende Aktivitäten dient.

Hypothese 2: Die nationale Affinität zu grenzüberschreitenden Aktivitäten ist dann besonders ausgeprägt, wenn gerade in der Interaktionen mit anderen Gesundheitssystemen, Möglichkeiten erkannt werden, nationalen Mängeln entgegenzuwirken.

In diesem Abschnitt wird die Annahme getroffen, dass die Bereitschaft der EU-Mitgliedstaaten zur Kooperation, zur Koordinierung und zum Souveränitätstransfer auf die europäische Ebene in der Gesundheitspolitik bei vergleichbaren nationalen Herausforderungen, so genannten ‚Problemanalogien‘, begünstigt wird. Daher werden in diesem Teil der Arbeit die aktuellen Konfliktlinien auf nationaler Ebene untersucht – inwieweit bestehen parallele Trends und vergleichbare Problemlagen in der Gesundheitspolitik der einzelnen Staaten, die Interaktionen miteinander und Konfliktlösungsprozesse auf supranationaler Ebene fördern könnten?

Anhand eines Vergleichs der deutschen mit der schwedischen Gesundheitspolitik soll ein aussagekräftiges Bild davon geschaffen werden, wie sehr die Nationalstaaten bereits heute einem Trend zur Europäisierung unterliegen. Wenngleich die Analyse zweier Fallbeispiele keine allumfassenden Antworten für die Probleme aller nationalen Gesundheitssysteme der EU wird geben können, so eignen sich gerade diese beiden Beispiele dazu, die Grundlage für weitere Untersuchungen zu schaffen, da sie als Repräsentanten grundlegend verschiedener Sozialstaatsstrukturen angesehen werden können.

Implikationen grenzüberschreitender Aktivitäten für die Integration und Europäisierung der Gesundheitspolitik – Evidenz und Prognose

Die Prüfung der drei weiteren Hypothesen dient der ausführlichen Analyse grenzüberschreitender Aktivitäten und ihrer Auswirkungen. Dabei wird untersucht, wie sich diese in die bisherige gesundheitspolitische Kompetenzverteilung zwischen der EU und ihren Mitgliedstaaten einordnen lassen und welchen Einfluss sie theoretisch und empirisch auf die Evolution der europäischen Gesundheitspolitik haben:

Hypothese 3: Die Integration des Binnenmarkts hat zu einem quantitativen und qualitativen Bedeutungszuwachs grenzüberschreitender Aktivitäten geführt.

Auf den Erkenntnissen aufbauend, die aus der Diskussion der vorangestellten Hypothesen gewonnen wurden, soll in diesem Abschnitt der Arbeit empirisch untersucht werden, welches Ausmaß grenzüberschreitende Aktivitäten im Gesundheitswesen bis heute tatsächlich erreicht haben. Im Zentrum dieses Abschnitts steht, neben der Systematisierung von unterschiedlichen grenzüberschreitenden Projekten innerhalb der EU, die Auswertung einer Befragung unter niedergelassenen (Fach-)Ärzten in den nördlichen Kreisen Schleswig-Holsteins. Ziel der im Vorfeld der Dissertation durchgeführten Befragung war es, Auskünfte über die Erfahrungen mit Patienten aus den dänischen Nachbarregionen zu erhalten: Neben der Quantität der Besuche wurden die Ärzte hierbei auch nach der Qualität dieser Besuche befragt (beispielsweise, ob sich die Praxen gezielt auf die Behandlung dänischer Patienten vorbereitet haben). Im Vergleich mit ähnlichen Studien zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität aus anderen Bereichen der EU lässt sich auf diese Weise eine relativ klare Aussage über das tatsächliche Ausmaß der grenzüberschreitenden Aktivitäten im ambulanten Bereich treffen.

Hypothese 4: Durch eine kontinuierliche Ausweitung ihrer gesundheitspolitischen Kompetenzen verfügt die EU nunmehr über ein wirkmächtiges Instrumentarium ‚weicher‘ Steuerungsmechanismen.

Hauptbestandteil dieses Abschnitts ist eine Chronik, in der die bisherige Entwicklung der Gesundheits- und Sozialpolitik auf europäischer Ebene nachgezeichnet wird. Dabei wird zugleich analysiert, durch welche Entwicklungen und Maßnahmen auf europäischer Ebene grenzüberschreitende Aktivitäten im Gesundheitsbereich gefördert oder behindert worden sind. Besondere Aufmerksamkeit erhält außerdem die Unterteilung der Gesundheitspolitik in Bereiche positiver und negativer Integration, also in solche Bereiche, in denen die EU direkte Rechtsetzungskompetenzen besitzt und in solche Bereiche, in denen gesundheitspolitische Aktivitäten hauptsächlich als Auswirkung der vier Grundfreiheiten interpretiert werden können. In diesem Zusammenhang wird auch diskutiert, welches Potential die ‚Offene Methode der Koordinierung‘, als ein Versuch, ähnlich gelagerte Strukturschwächen in den Mitgliedstaaten abzubauen, im gesundheitspolitischen Bereich bietet.

Hypothese 5: Die Integration und Europäisierung der Gesundheitspolitik wird indirekt durch grenzüberschreitende Aktivitäten begünstigt.

Wer sich mit der sozialpolitischen Integration der EU befasst, stößt auf verschiedene Begriffe, die auf den ersten Blick ein ähnliches Phänomen zu beschreiben scheinen – nämlich einen ursprünglich nicht von den Mitgliedstaaten intendierten und initiierten sondern stattdessen indirekt wirkenden Integrationsprozess, dessen Ursprung sich eher auf der supranationalen Ebene findet als auf der nationalen Ebene. Zu diesem Phänomen, das gelegentlich auch als ‚Integration durch die Hintertür‘ bezeichnet wird, zählen die Begriffe *negative Integration*, *Europäisierung*, *Spillover* und (weniger verbreitet) *Beipass* (auch *Umgehungsstrategie* genannt). Diese scheinbare semantische Überlappung kann bei näherer Untersuchung und Übertragung auf die Auswirkung grenzüberschreitender Aktivitäten auf die Integration der Gesundheitspolitik jedoch nur unter Vorbehalt bestätigt werden.

Zur Überprüfung der fünften Hypothese widmet sich dieser Abschnitt der theoretischen Analyse der bisherigen gesundheitspolitischen Aktivitäten auf intergouvernementaler und supranationaler Ebene. Dabei finden neben dem ‚klassischen‘ integrationstheoretischen Ansatz ‚Neofunktionalismus‘ (dessen Kern das Spillover-Prinzip ist) auch jüngere Ansätze, wie eben die ‚Europäisierung‘ und

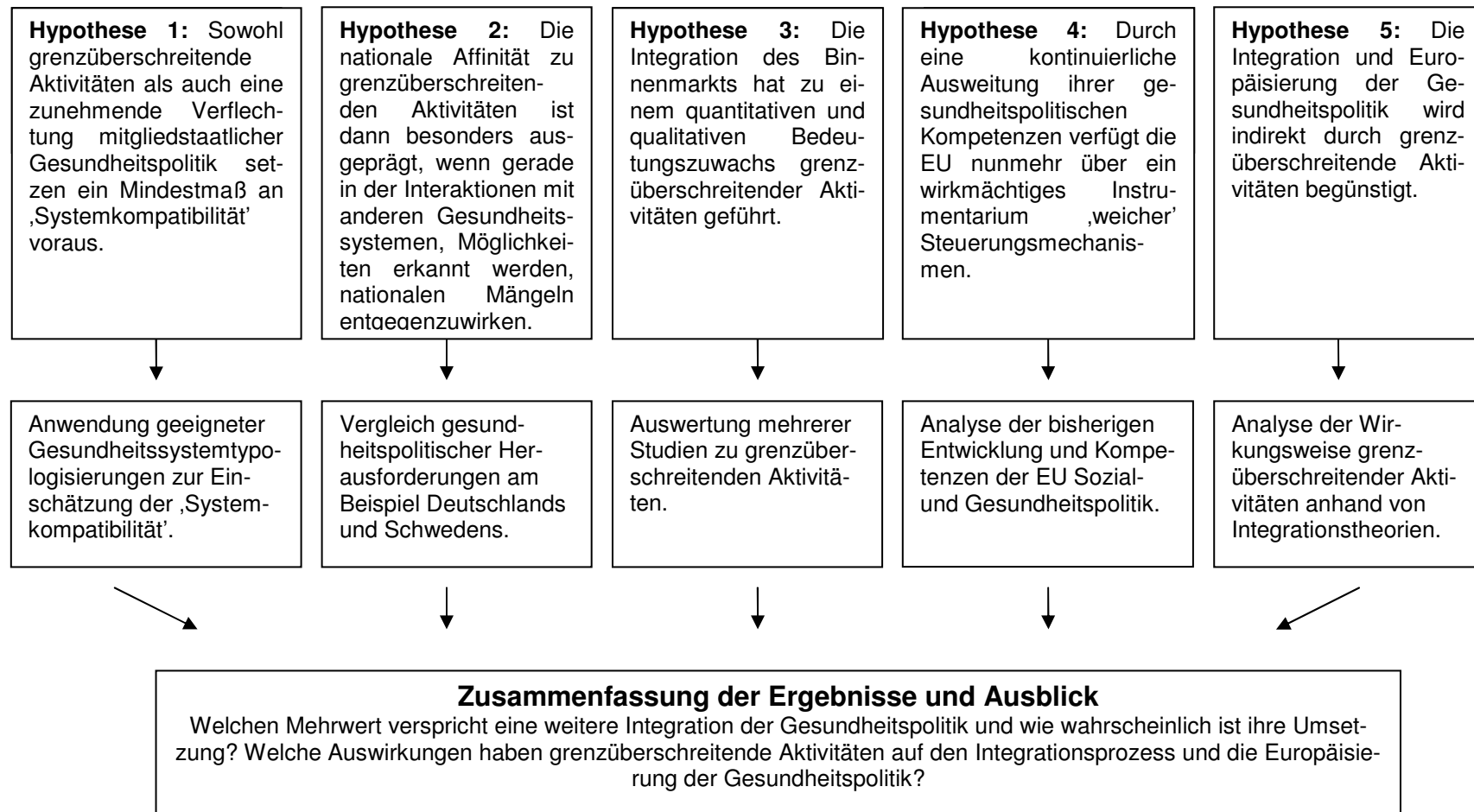
der ‚Multi-level Governance-Ansatz‘, dem die Begriffe negative Integration und Bypass zuzuordnen sind, Verwendung.

Den Abschluss der Arbeit bildet eine Zusammenführung und Überprüfung der genannten Hypothesen. Mit Hilfe der hierbei gewonnenen Ergebnisse soll die Leitfrage beantwortet werden sowie geklärt werden, ob grenzüberschreitende Aktivitäten tatsächlich einen Beitrag zur weiteren Integration der Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene werden leisten können. Hierbei werden die Bedeutung und Erfolgsaussichten der jüngsten gesundheitspolitischen Anstrengungen der EU in der Gesundheitspolitik diskutiert – insbesondere der Kommissionsvorschlag zur Erneuerung und Konsolidierung der bisherigen Verordnung 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern.²⁹

Zur besseren Übersicht ist die beschriebene Vorgehensweise in Abbildung 1 noch einmal schematisch zusammengefasst.

²⁹ Vgl. den „Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ vom 2.7.2008, KOM(2008) 414 endgültig.

Abbildung 1: Hypothesen und Vorgehensweise



2 Forschungslage und theoretische Verortung

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit grenzüberschreitenden Aktivitäten zwischen den Gesundheitssystemen der EU-Mitgliedstaaten findet in dieser Arbeit an der Schnittstelle zweier Forschungsbereiche statt. Um auszuloten, welchen Mehrwert eine weitere Einbindung der supranationalen Ebene für die Problemlösungskapazität der Gesundheitspolitik hervorrufen kann, werden Erkenntnisse der Europäisierungs- und Integrationsforschung herangezogen und mit Analysen der vergleichenden Gesundheitssystemforschung zusammengeführt.³⁰ Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf der politischen Steuerung und auf dem Zusammenspiel zwischen den entsprechenden europäischen, staatlichen und regionalen Akteuren und weniger auf den ökonomischen Implikationen.

In der Forschungsdisziplin Europäische Integration als einem Teilbereich der Politik- und Sozialwissenschaften kommt der Gesundheitspolitik bislang lediglich eine untergeordnete Bedeutung zu.³¹ Meist wird sie im Kontext der ‚Sozialstaatswerdung Europas‘ untersucht. Hierzu gehört dann neben der Gesundheitspolitik auch die Untersuchung der europäischen Aktivitäten in anderen Bereichen der Sozialpolitik, wie etwa der Beschäftigungs- und Arbeitsmarktpolitik, der Rentenpolitik, der Kinder- und Jugendpolitik sowie der Bildungspolitik.³²

Die überwiegende Zahl wissenschaftlicher Vergleiche europäischer Gesundheitssysteme widmet sich der analytischen Bewertung des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Bevölkerung, den Res-

³⁰ Eine eingehende integrationstheoretische Interpretation grenzüberschreitender Aktivitäten wird in dieser Arbeit anhand der Prüfung der fünften (oben genannten) Hypothese vorgenommen. Auf eine breite Darstellung entsprechender Theorien und Ansätze wird daher an dieser Stelle, mit Verweis auf das Kapitel III.3 ‚zur politikwissenschaftlichen Interpretation des europäischen Integrationsprozesses‘, verzichtet.

³¹ Lehrstühle, die sich explizit mit dem Forschungsgegenstand Gesundheitspolitik befassen sind in Deutschland nur vereinzelt vorzufinden. Es wäre allerdings irreführend, aus dieser Feststellung ein generelles gesundheitspolitisches Forschungsdefizit abzuleiten. Die Erforschung und Analyse der Inhalte, Strukturen und Akteursgeflechte der Gesundheitspolitik sind Gegenstand einer Vielzahl verschiedener Forschungseinrichtungen. Nur tragen diese meist sehr unterschiedliche Bezeichnungen und sind zudem selten an politikwissenschaftlichen Instituten angesiedelt.

³² Vgl. u.a. Kaelble, Hartmut: „Das europäische Sozialmodell – eine historische Perspektive“. In: ders., Schmid, Günther (Hrsg.): „Das europäische Sozialmodell – auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat“. 2. unveränderte Auflage, Berlin 2006, S.31 – 50; Treib, Oliver.: „Der EU-Verfassungsvertrag und die Zukunft des Wohlfahrtsstaates in Europa“. In: Institut für Höhere Studien, Reihe Politikwissenschaft, Ausgabe 99/2004; Scharpf, Fritz. W.: „The European Social Model: Coping with the Challenges of Diversity“. In: Journal of Common Market Studies, Heft 40/2002, S. 645 – 670; Ribhegge, Hermann: „Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik“. Heidelberg 2007 und Vahlpahl, Tobias: „Europäische Sozialpolitik. Institutionalisierung, Leitideen und Organisationsprinzipien“. Wiesbaden 2007.

sourcen, Strukturen und Prozessen, die der Gesundheitspolitik zur Verfügung stehen, sowie den Ergebnissen und Outputs.³³ In diesem Zusammenhang wird insbesondere untersucht, welche Indikatoren für die Effizienz und Wirtschaftlichkeit der jeweiligen sozialen Sicherungssysteme ausschlaggebend sind, wobei zumeist die Möglichkeiten zur Kostensenkung im Gesundheitsbereich bei einer zugleich zunehmenden Inanspruchnahme gesundheitssichernder und -fördernder Maßnahmen durch immer älter werdende Gesellschaften im Mittelpunkt der Analyse stehen.³⁴ Diese gesundheitspolitischen Vergleichsstudien versuchen zu erklären, inwieweit sich bewährte Instrumente zur Kostendämmung einzelner Staaten auf soziale Sicherungssysteme anderer Staaten übertragen lassen.³⁵ Doch solche Untersuchungen berücksichtigen in der Regel kaum die Bedeutung der europäischen Integration für die innerstaatlichen Entwicklungen.³⁶ Selbst wenn in einigen Analysen anerkannt wird, dass die Globalisierung und die europäische Integration die Reformen in den Nationalstaaten stark beeinflussen, bleibt die Option einer intensiven Koordinierung oder gar Übertragung dieses Politikbereiches auf die supranationale Ebene häufig unberücksichtigt.³⁷

³³ Vgl. Henke, K.-D./Knabner, K./Mühlbacher, A.: „Deutschland im Strukturvergleich von Gesundheitssystemen“. In Gethmann, Carl Friedrich u.a.: „Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems“. Berlin 2004, S. 239 - 307, hier S. 241.

³⁴ Vgl. u.a. Döhler, Marian: „Gesundheitspolitik nach der ‚Wende‘. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und Deutschland“. Berlin 1990; Hartmann, Anja K.: „Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland“. Opladen 2002; Beske, Fritz/Drabinski, Thomas/Zöllner, Herbert: „Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Eine Antwort auf die Kritik“. Kiel 2004; Holland, Walter/Mossailos, Elias (Hrsg.): „Public Health Policies in the European Union“. Aldershot 1999 oder auch Moran, Michael: „Governing the Health Care State: A comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany“. Manchester 1999; Obinger, Herbert/Wagschal, Uwe: „Der gezügelte Wohlfahrtsstaat. Sozialpolitik in reichen Industrienationen“. Frankfurt a.M. 2000 und Seeleib-Kaiser, Martin: „Globalisierung und Sozialpolitik. Ein Vergleich der Diskurse und Wohlfahrtssysteme in Deutschland, Japan und den USA“. Frankfurt a.M. 2001.

³⁵ Siehe Riesberg, Anette/Weinbrenner, Susanne/Busse, Reinhard: „Gesundheitspolitik im europäischen Vergleich – Was kann Deutschland lernen?“. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Band 33/34, 2003, S. 29 - 38.

³⁶ Eine Ausnahme bilden die äußerst detaillierten Länderprofile zu den europäischen Gesundheitssystemen der ‚Healthcare in Transition‘-Reihe (HiT), die durch das europäische Regionalbüro der Weltgesundheitsbehörde (WHO) herausgegeben werden und online abrufbar sind unter: http://www.euro.who.int/InformationSources/Evidence/20011015_2?language=German, Stand: 24.5.2008.

³⁷ Siehe hierzu beispielsweise Pilz, Frank: „Der Sozialstaat. Ausbau – Kontroversen – Umbau“. Bonn 2004 und Neumann, Lothar F./Schaper, Klaus: „Die Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland“. 4. aktualisierte Auflage, Frankfurt a. M., New York 1998.

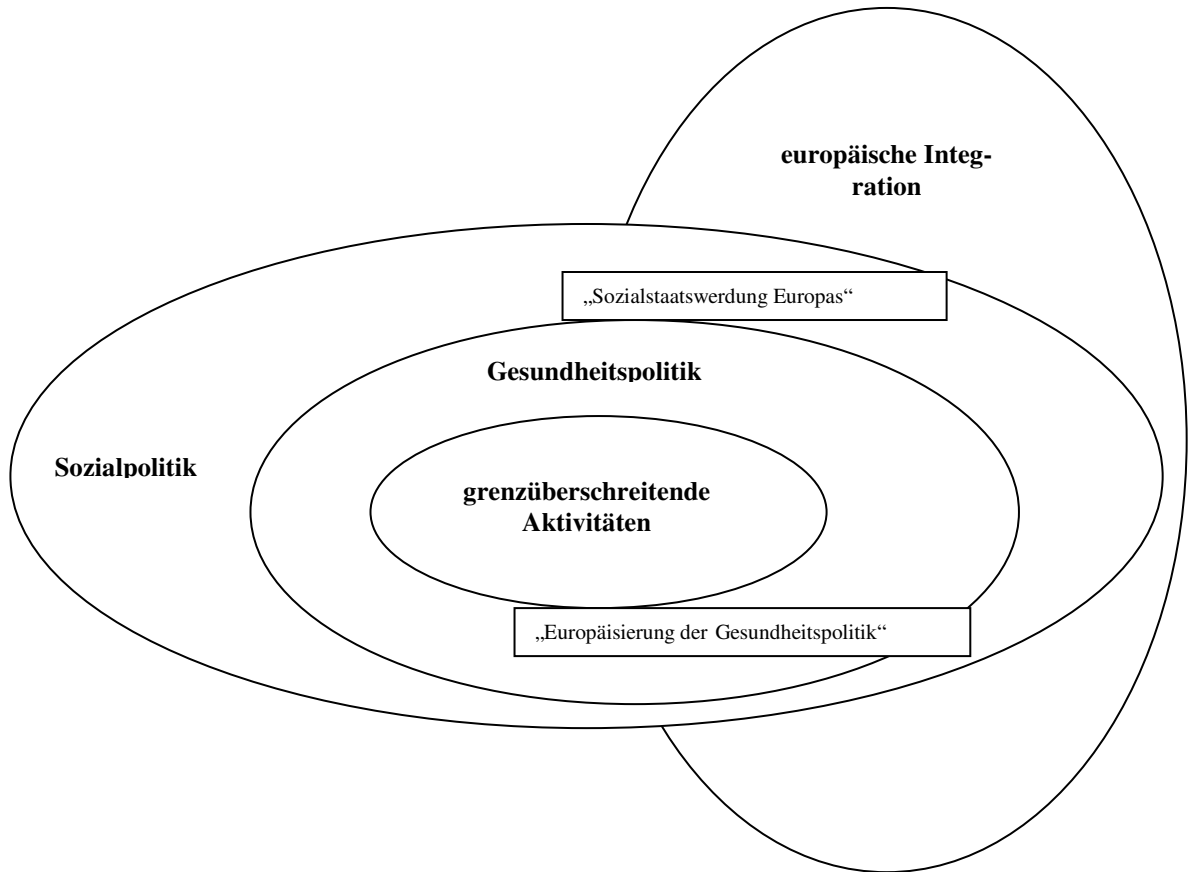
Somit wurde europäischen Themen bislang relativ geringe Aufmerksamkeit in der Gesundheitssystemforschung zuteil. Selbst umfassende und vielseitige Grundlagenwerke zur Gesundheitspolitik behandeln die europäische Dimension des Themas kaum. Lediglich in den Rechtswissenschaften werden europapolitische Implikationen auf nationale Gesetzgebung intensiver beleuchtet, da eine Vielzahl der Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes einschneidende Auswirkungen auf die nationalen Gesundheitssysteme gehabt hat.³⁸

Darüber hinaus sind in den letzten Jahren verschiedene Forschungsbeiträge zu den Perspektiven einer sozialpolitischen Dimension der EU erschienen, in denen jedoch hauptsächlich technisch-juristische Fragestellungen bezüglich der rechtlichen Kompetenzen (oder Kompetenzüberschreitungen) seitens der Union thematisiert werden.³⁹ Die Tatsache, dass sich die Organisationsstrukturen der Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten deutlich voneinander unterscheiden und eine Integration demnach nicht nur eine rechtliche, sondern vor allem auch eine Frage der politischen Durchsetzbarkeit ist, wird nur selten im ausreichenden Maße berücksichtigt.⁴⁰ In dem bevorstehenden Forschungsvorhaben soll daher der Versuch unternommen werden, diese beiden Ansätze miteinander zu verknüpfen. Dabei stellt die bisher kaum untersuchte Bedeutung grenzüberschreitender Aktivitäten die in Abbildung 2 veranschaulichte Schnittstelle dar.

³⁸ Vgl. z.B. Couchier, Michael: "The Characteristics of the Welfare State. The Treaty Based Method of Patient Mobility". In: Tijdschrift voor Sociaal Recht / Revue de Droit Social, Ghent 2005.

³⁹ Vgl. Busse, Reinhard/Wismar, Matthias/Berman, Philip C. (Hrsg.): "The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States". Amsterdam 2002; Leibfried, Stephan: „Nationaler Wohlfahrtsstaat, Europäische Union und „Globalisierung“. Erste Annäherungen“ In: Allmendinger, Jutta/Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (Hrsg.): „Soziologie des Sozialstaats. Gesellschaftliche Grundlagen, historische Zusammenhänge und aktuelle Entwicklungstendenzen“. Weinheim, München 2000, S. 79-108 oder Leibfried, Stephan/Pierson, Paul (Hrsg.): „Standort Europa. Sozialpolitik zwischen Nationalstaat und Europäischer Integration“. Frankfurt a.M. 1998.

⁴⁰ Hierzu siehe ebenfalls die Beiträge der ‚HiT‘-Reihe des europäischen Regionalbüros der WHO.

Abbildung 2: Verortung des Untersuchungsgegenstands

eigene Darstellung

Die Anzahl an Institutionen und Interessenvertretungen deren Tätigkeiten, Programme oder Projekte in die Schnittmenge der politischen Arenen ‚Europa‘ bzw. ‚Europäische Union‘ und ‚Gesundheit‘ fallen, ist kaum bezifferbar. Unter ihnen finden sich neben der supranationalen EU-Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz und ihrer Kommissarin Androulla Vassiliou etwa das wissenschaftliche Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik der Weltgesundheitsorganisation, das internationale Forum der europäischen Sozialversicherung (European Social Insurance Platform - ESIP), der Dachverband der europäischen Ärzte (Comité Permanent des Médecins Européens - CPME) wie auch regionale und nationale Stakeholder. Bei näherer Betrachtung fällt allerdings auf, dass sich diese Akteure trotz ihrer thematischen Nähe mit recht unterschiedlichen Inhalten befassen. Diese umfassen die best-

mögliche medizinische Zusammenarbeit zwischen nationalen Kompetenzzentren, die europaweite Interessensvertretung der Ärzteschaft, eine effektive gesamteuropäische Seuchenbekämpfung und die Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card; EHIC) sowie eine gemeinsamen Durchführung von Präventionsmaßnahmen.

Von außerordentlicher Bedeutung für die Evaluation grenzüberschreitender Aktivitäten und ihre Einbettung in einen theoretisch-wissenschaftlichen Kontext sind zudem die Ergebnisse zahlreicher Studien und empirischer Erhebungen zu Aktivitäten in den Euregios⁴¹, wie etwa die Ergebnisse des genannten Lögd-Projektes ‚Evaluation of border regions in the European Union‘ und zur Patientenmobilität, wie das ebenfalls erwähnte und von der EU geförderte E4P-Projekt ‚Patient Mobility in the European Union – Learning from Experience‘.

3 Definitionen

Um zu analysieren, was das explizit ‚europäische‘ in der Gesundheitspolitik ausmacht und wo die Grenzen zur nationalen Gesundheitspolitik verlaufen, muss zunächst definiert werden, was Gesundheitspolitik im Allgemeinen bedeutet. In der öffentlichen Einschätzung dessen, was Gesundheitspolitik beinhaltet, steht meist jenes, was in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung als ‚Gesundheitswesen‘ bezeichnet wird, also die „Gesamtheit der Einrichtungen und Personen, welche die Gesundheit der Bevölkerung fördern, erhalten und wiederherstellen sollen.“⁴² Zum Gesundheitswesen gehören demnach neben den Leistungserbringern (Ärzte, Krankenschwestern, Krankenhauspersonal, Pflegedienste, etc.) und ihren Verbänden (Ärztékammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften, etc.) auch das Finanzierungssystem (also die Krankenkassen, der Staat, Verrechnungsstellen, etc.) und staatliche, landeseigene und kommunale Einrichtungen (Sozialstationen, Gesundheitsämter, etc.). Der in der vorliegenden Arbeit vorwiegend verwendete Begriff ‚Gesund-

⁴¹ Das EU-Fachinformationssystem (EUFIS) definiert Euregios wie folgt: „Euregios (Europäische Grenzregionen, EURO-Regionen) sind grenzüberschreitende Zweckverbände von Gemeinden, Städten und Kreisen mit gemeinsamen Geschäftsstellen. Sie fördern die Zusammenarbeit auf sozialem, kulturellem, wirtschaftlichem und infrastrukturellem Gebiet durch Information, Beratung, Vernetzung und Durchführung von Projekten in (Binnen- und Außen-) Grenzgebieten.“ Quelle: <http://www.eufis.de/eu-glossar.html?&type=0&uid=95&cHash=4232823663>, Stand: 6.7.2008.

⁴² Nagel, Eckhard (Hrsg.): a.a.O., S.29.

heitssystem' reicht noch etwas weiter – nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umfassen nationale Gesundheitssysteme „alle Organisationen, Einrichtungen und Ressourcen, deren Zweck gesundheitsrelevante Maßnahmen sind.“⁴³ Die Gesundheitssystemforschung befasst sich folglich mit der Ausgestaltung des Gesundheitswesens,

*„mit Bedarf, Inanspruchnahme, Ressourcen, Strukturen, Prozessen, Ergebnissen und zuschreibbaren Resultaten („Outcomes“) von systemisch organisierten Ansätzen der Krankheitsverhütung, bekämpfung oder –bewältigung (...) und verknüpft diese Elemente analytisch-bewertend.“*⁴⁴

Eine wichtige Unterdisziplin der Gesundheitssystemforschung ist die Versorgungsforschung, die untersucht, auf welche Weise sich ein gleichmäßiger und sozial gerechter Zugang zu medizinischen Leistungen herstellen lässt. Die Aufzählung der mit der Gesundheitsversorgung betrauten Akteure und Institutionen und die Analyse ihres Zusammenwirkens reichen indes nicht aus, um das Wesen der ‚Gesundheitspolitik‘ vollständig zu erfassen. Diese umfasst mehr als die Organisation des Gesundheitswesens. Rosenbrock und Gerlinger definieren Gesundheitspolitik

*„als die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen – gleich ob sie die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-) herstellen oder auch nur die individuellen und sozialen Folgen von Krankheit lindern.“*⁴⁵

Gesundheitspolitik reicht also über die bloßen Aspekte der Heilung von Krankheiten und Linderung von Schmerzen durch einzelne Leistungserbringer hinaus. Zur Gesundheitspolitik gehört, dieser Definition folgend, insbesondere auch die Steuerung, Organisation und Durchführung von Maßnahmen zur geeigneten

⁴³ Als eine gesundheitsrelevante Maßnahme, sei es in der individuellen Gesundheitsversorgung, im öffentlichen Gesundheitswesen oder im Rahmen sektorübergreifender Initiativen wird dabei all jenes bezeichnet, was vorrangig der Verbesserung der Gesundheit dient. Vgl. Weltgesundheitsorganisation: „Der europäische Gesundheitsbericht 2002“. Kopenhagen 2002, S. 108.

⁴⁴ Schwartz F/Busse R.: „Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung“. In: Schwartz F. et al., (Hrsg.): „Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen“. München, Jena 2003. S. 518-45. Hervorhebung im Originaltext.

⁴⁵ Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: „Gesundheitspolitik, eine systematische Einführung“, Bern 2004, S. 12.

Bereitstellung von gesundheitsfördernden Institutionen und Maßnahmen. Die organisierten Anstrengungen umfassen somit

„den gesamten Politikzyklus von der Problemdefinition über die Politikformulierung (Definition von Zielen und Instrumenten) bis hin zur Implementation und Evaluation der Maßnahmen und schließen insbesondere die Bemühungen zur Gestaltung der mit Gesundheit befassten Institutionen und zur Steuerung des Handelns der entsprechenden Berufsgruppen ein.“⁴⁶

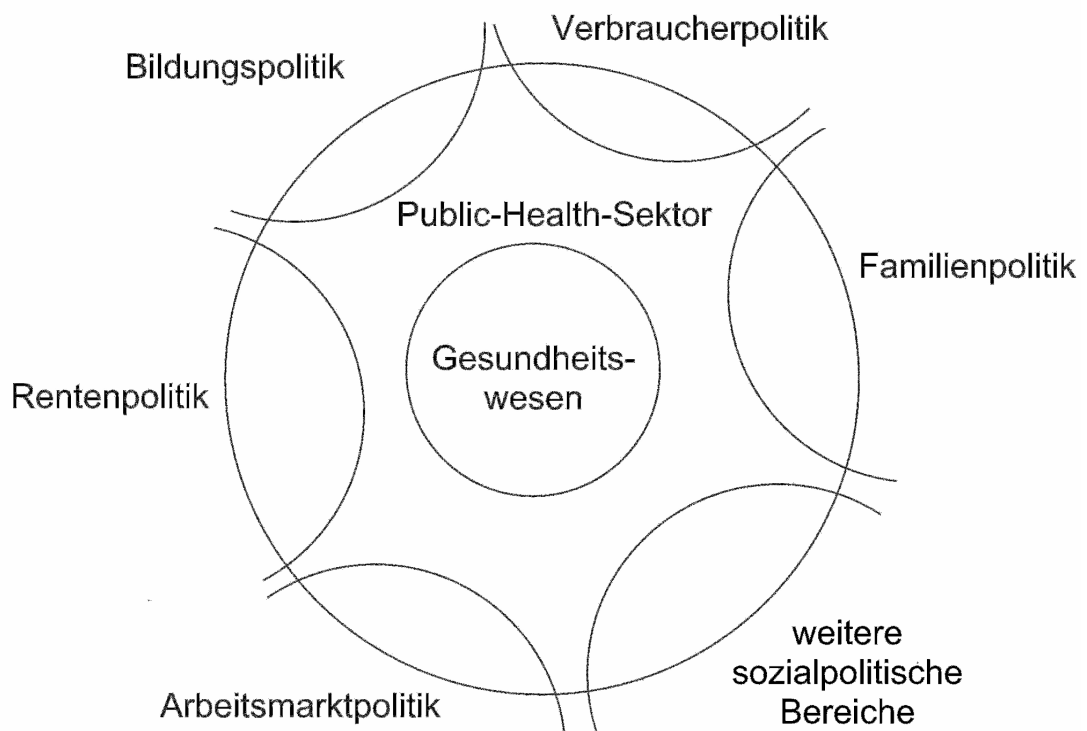
Teilhabe an Gesundheitspolitik haben also sämtliche Akteure deren Wirken darauf abzielt, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, zu erhalten oder (wieder-) herzustellen. Die Public-Health-Forschung, die auch in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewinnt, reicht über eine isolierte politikwissenschaftliche Betrachtung der Gesundheitspolitik noch weiter hinaus:

„Public Health beschäftigt sich mit den Bedingungen für Gesundheit und den Ursachen von Krankheit, den Wechselwirkungen zwischen Menschen und ihrer natürlichen, technischen und sozialen Umwelt, der Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung, den Leistungen des Gesundheitssystems und den Möglichkeiten, dieses politisch zu steuern, sowie mit der Evaluation und Qualitätssicherung dieses Systems.“⁴⁷

Wie in Abbildung 3 dargestellt, verknüpft der Bereich Public-Health folglich die die Gesundheitspolitik und anderen sozialpolitischen Feldern, wie Arbeitsmarkt-, Bildungs- Familien- und Verbraucherpolitik. Das Gesundheitswesen steht zwar auch in der Public-Health-Forschung im Zentrum des Interesses, wird aber nur als ein (wichtiger) Teil neben anderen gesundheitsbedingenden Faktoren gewertet.

⁴⁶ Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: a.a.O., S. 12.

⁴⁷ Überla, K.: „Bayerischer Forschungsverbund Public Health - Öffentliche Gesundheit. Erfolg für die Gesundheit der Bevölkerung“. München 1999. Quelle: <http://bfv.web.med.uni-muenchen.de/wasis.pdf>, Stand: 3.6.2008.

Abbildung 3: Politische Verortung des Public-Health-Sektors

eigene Darstellung

Neben der Public-Health-Forschung lässt sich eine intensive Beschäftigung mit Gesundheitspolitik auch in anderen verwandten Disziplinen vorfinden. Insbesondere die Soziologie (Medizinsoziologie), die Wirtschaftswissenschaften (Gesundheitsökonomie) und die Medizin (Gesundheitswissenschaften) leisten ihren jeweiligen Beitrag zur Erforschung dieses Politikfeldes. Angesichts des großen öffentlichen Interesses an Gesundheitspolitik und angesichts der hohen Komplexität dieses Politikfeldes verblüfft die relativ geringe Verflechtung politikwissenschaftlicher Ansätze mit den genannten Disziplinen in dieser Arena.⁴⁸

⁴⁸ Noweski und Engelmann fordern zur Überwindung dieser wissenschaftlichen Lücke die Etablierung der Disziplin „Gesundheitspolitikologie“ als Subdisziplin der Politikwissenschaft. Sie könnten nach ihrer Ansicht dazu beitragen, die Ergebnisse der politikwissenschaftlichen Politikfeld-Analyse mit den Erkenntnissen der anderen Disziplinen zu verknüpfen. Vgl. Noweski, M./Engelmann, F.: „Was ist Gesundheitspolitikologie? Entwicklungsstand und Entwicklungspotenziale des politikwissenschaftlichen Beitrages zur Gesundheitssystemforschung“, Discussion Paper „Public Health“ des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung, SP/2006-307. Berlin 2006. Quelle: <http://skylla.wzb.eu/pdf/2006/i06-307.pdf>, Stand: 3.2.2008.

Doch welche Bedeutung kommt der EU in den genannten Bereichen zu? An den Maßgaben des europäischen Vertragswerkes gemessen, gehört auch sie zu den gesundheitspolitischen Akteuren, denn in Artikel 152 des europäischen Gemeinschaftsvertrages wird festgestellt, dass bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt wird.⁴⁹ Des Weiteren sollen nach Art 152 die Tätigkeit der Gemeinschaft die Politik der Mitgliedstaaten ergänzen und auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet sein.⁵⁰ Zusätzlich kommt der Union durch Aktivitäten und Rechtsprechung in zahlreichen weiteren Gebieten ein beträchtlicher Einfluss auf die Ausgestaltung der nationalen Gesundheitssysteme zu.⁵¹ Angesichts der Auswirkungen der europäischen Gesetzgebung zum freien Waren- und Dienstleistungsverkehr stellen Busse und Riesberg fest:

„Die nationale Gesundheitspolitik wird zunehmend EU-Recht in nationales Recht integrieren und proaktiv die Gesundheitspolitik auf EU-Ebene mitgestalten müssen.“⁵²

Wie dargelegt, fallen weder die Leistungserbringung, noch die Finanzierung, noch die Organisation der ärztlichen Versorgung in den Zuständigkeitsbereich der EU. Insbesondere jene Bereiche der Gesundheitspolitik, die in der oben beschriebenen Lebenswirklichkeit der Bevölkerung von unmittelbarer Bedeutung sind – also die Versorgung im Notfall, die individuelle und praktische Bekämpfung von Krankheiten aber auch die Beitragserhebung zur Finanzierung

⁴⁹ Siehe EGV Art. 152.

⁵⁰ Siehe ebd.

⁵¹ Vgl. auch Gerlinger, Thomas/Urban, Hans Jürgen: „Gesundheitspolitik in Europa – Über die Europäisierung und Ökonomisierung eines Wohlfahrtsstaatlichen Politikfeldes“. In: Wendt, Claus/Wolf (Hrsg.): „Soziologie der Gesundheit“. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Wiesbaden 2006, 342-363, hier S. 351. Durch die Förderung der europäischen Gesundheitswirtschaft ließen sich (so Gerlinger und Urban) zudem die fiskalpolitischen Konsolidierungsambitionen unterstützen und die darüber hinausgehenden wettbewerbs- und beschäftigungspolitischen Ziele befördern. Welchen Stellenwert der europäische Gesundheitsmarkt für die Gesamtwirtschaft bereits heute besitzt, zeigt der Anteil der deutschen Beschäftigten im Gesundheitssektor. Neben den 2,3 Millionen Personen, die im Jahr 2005 einer beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen nachgingen, waren weitere zwei Millionen Personen in Berufen der Gesundheitswirtschaft tätig. Diese 4,3 Millionen Beschäftigten machen insgesamt rund 12% aller Erwerbstätigen in Deutschland aus. Quelle: Statistisches Bundesamt 2007.

⁵² Busse, Reinhard/Riesberg, Annette: „Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland“. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen 2005, S. 250.

entstehender Versorgungskosten - lassen nur wenig Spielraum für EU-Aktivitäten. Der Anteil der EU an der ‚Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen‘, ist somit zwar gering aber nicht unerheblich.

‚Europäische Gesundheitspolitik‘ lässt sich demnach wie folgt definieren: Europäische Gesundheitspolitik umfasst sämtliche Aktivitäten der Europäischen Union, die darauf abzielen, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu erhöhen. Sie ergänzt die nationale Gesundheitspolitik ihrer Mitgliedstaaten und findet dort ihre Grenzen, wo nach dem Subsidiaritätsprinzip die nationalstaatlichen Kompetenzen greifen. Zusätzlich kommt europäischer Gesundheitspolitik eine weniger zielgerichtete Dimension zu, die aus Aktivitäten und Gesetzesvorgaben aus anderen Politikbereichen des Gemeinschaftsrechts resultiert und die Gesundheitspolitik und die Gesetzgebung der Mitgliedstaaten beeinflusst.

II Gesundheitspolitische Herausforderungen – Systemspezifika und Problemanalogien

In der Lebenswelt der Bürger tritt die Europäische Union als gesundheitspolitischer Akteur kaum in Erscheinung. Bei genauer Analyse lassen sich zwar einige wenige Bereiche identifizieren, auf die der Einfluss der europäischen Gesundheitspolitik zumindest indirekt feststellbar ist, etwa bei einer akuten Behandlung während des Urlaubs, bei der Behandlung durch einen ausländischen Arzt im heimischen Krankenhaus oder beim Blick auf die Warnhinweise auf Zigarettenschachteln. In diesen Bereichen kommen Maßnahmen und Kompetenzen der EU zur Geltung, indem die Strukturen und Aktivitäten der nationalen Gesundheitssysteme ergänzt werden. Dennoch, zwischen den vorhandenen europäischen Aktivitäten in der Gesundheitspolitik und den in der Lebenswirklichkeit der europäischen Bürger wahrnehmbaren Auswirkungen liegt eine beträchtliche Distanz: „Die so oft geforderte, nur selten realisierte Bürgernähe fehlt auch in der europäischen Gesundheitspolitik.“⁵³ Die Organisation der Versorgungsstrukturen bzw. die Leistungserbringung und die Finanzierung der Gesundheitssysteme, also jene Bereiche, mit denen sich die Bürger unmittelbar konfrontiert sehen, beruhen nahezu ausschließlich auf nationalem Recht. Die Europäische Union ist von deren Ausgestaltung rechtlich weitestgehend ausgeschlossen. Lediglich durch einzelne binnenmarktflankierende Rechtsetzungen, wie etwa durch die Verordnung Nr. 1408/71 zur sozialen Sicherheit von Wanderarbeitnehmern⁵⁴ und durch deren weitreichende Auswirkungen besitzt die Union überhaupt einen für die Bürger wahrnehmbaren Einfluss auf die Gesundheitssysteme. Doch wie die Zunahme an grenzüberschreitenden Aktivitäten und Patientenmobilität, sowie die immer dichter werdende gesundheitspolitisch relevante Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) und die Berücksichtigung binnenmarktrelevanter Aspekte bei der Reform der nationalen Gesundheitssysteme zeigen, wird Gesundheitspolitik trotz mangelnder europäischer Kompetenzen immer ‚europäischer‘.

⁵³ Stein, Hans: „Der fehlende Mut zum europäischen Gesundheitsmarkt – Unterschiedliche Auffassungen und gemeinsame Verantwortung europäischer Institutionen“. In: Klusen, Norbert/Meusch Andreas: a.a.O., S. 87 - 103, hier S. 87.

⁵⁴ Siehe VO (EWG) Nr. 1408/71.

1 ‚Systemkompatibilität‘ und Eignung europäischer Gesundheitssysteme zu multilateraler Kooperation

Dieses Kapitel dient der Prüfung der Hypothese, dass sowohl grenzüberschreitende Aktivitäten als auch eine zunehmende Verflechtung mitgliedstaatlicher Gesundheitspolitik ein Mindestmaß an ‚Systemkompatibilität‘ voraussetzen.

Dem Defizit an supranationaler europäischer Kompetenz in der Gesundheitspolitik steht eine Zunahme an multilateralen Aktivitäten und vertikalen Verflechtungen der mitgliedstaatlichen Gesundheitssysteme gegenüber. Grenzüberschreitende Aktivitäten und Patientenmobilität haben in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich an Bedeutung hinzugewinnen können und zahlenmäßig zugenommen.⁵⁵ Eine Harmonisierung der nationalen Gesundheitssysteme ist zwar mittel- und langfristig ebenso wenig wahrscheinlich wie eine weitreichende Systemkonvergenz, dennoch kann anhand von Gesundheitssystemtypologisierungen aufgezeigt werden, dass sehr wohl ‚Andockstellen‘ zwischen den verschiedenen europäischen Gesundheitssystemen bestehen, die bereits heute vielfältig genutzt werden, um sowohl auf inter- als auch auf supranationaler Ebene gesundheitspolitische Projekte umzusetzen, und die geeignet sind die Europäisierung dieses Politikfelds zu beschleunigen. Anhand einer Gesundheitssystemtypologisierung, die neben den Finanzierungs- und Leistungserbringungsdimensionen besonders auf die politische Steuerung und Regulierung nationaler Gesundheitssysteme eingeht, soll zudem aufgezeigt werden, dass jüngere Liberalisierungstendenzen zu einer zunehmenden Systemkompatibilität und Durchlässigkeit zwischen den Gesundheitssystemen geführt haben.

Seit dem Jahr 2007 besteht die Europäische Union aus 27 Mitgliedstaaten und umfasst ebenso viele Gesundheitssysteme. Streng genommen existieren sogar mehr Gesundheitssysteme als Mitgliedstaaten, da in einigen Staaten teilautonome Gebiete über eigene Gesundheitssysteme verfügen (beispielsweise be-

⁵⁵ Rosenmöller, Magdalene u.a.: „Patient mobility: the context and issues“. In: Dieselbe: „Patient Mobility in the European Union – Learning from experience“, Trowbridge 2006, S. 1 - 7, hier S. 1. Der quantitative und qualitative Bedeutungszuwachs grenzüberschreitender Aktivitäten wird auch in Kapitel III.1.3.4 dieser Arbeit empirisch bestätigt.

stehen in England, Schottland, Wales und Nordirland vier administrativ und finanziell getrennte Versionen des *National Health Service* (NHS)). Die institutionellen Arrangements und der Aufbau der Gesundheitsversorgung unterscheiden sich zwischen diesen Systemen maßgeblich. So ist etwa die Kompetenzverteilung zwischen den nationalen Regierungen und den ihnen untergeordneten regionalen Verwaltungseinheiten von Staat zu Staat unterschiedlich organisiert. Hinzu kommt, dass mehrere Staaten wesentliche Bereiche der Gesundheitsversorgung (teil-)privatisiert oder an öffentliche Körperschaften übertragen haben.

Der Nutzen von Gesundheitssystemtypologisierungen ist vielfältig. So dienen sie ganz grundlegend dem Vergleich wichtiger Merkmale und Kenngrößen in verschiedenen Systemen.⁵⁶ Auf diese Weise können sie von der nationalen Politik zur Bewertung der Performanz des eigenen Systems herangezogen werden, indem Output, Effizienz und Effektivität mit anderen Systemen verglichen werden. Gegenstand des Vergleichs können Fragen nach der Verteilung von Leistungen und Kosten auf Institutionen und Personen(-kreise) sein, nach der Verteilungsgerechtigkeit von Kosten und Nutzen, nach den Zugangsmöglichkeiten und -beschränkungen, nach geeigneten Anreiz- und Nachfragesystemen für Leistungsanbieter und -nachfrager sowie nach der Wirtschaftlichkeit und Effektivität der einzelnen Subsysteme.⁵⁷ Auf Grundlage solcher Vergleiche lassen sich gegenseitige Lernprozesse initiieren und erfolgreiche Handlungsstrategien anderer Systeme übernehmen, indem besonders erfolgreiche Lösungsansätze adaptiert werden („best-practice“).⁵⁸ Die verwendeten Parameter und Kriterien verschiedener Gesundheitssystemtypologisierungen hängen somit von ihrem jeweiligen Verwendungszweck ab.

Die institutionelle Verflechtung der Gesundheitssysteme mit anderen Politikbereichen und die Fähigkeit, mit anderen Gesundheitssystemen zu kooperieren, sind für eine Bewertung der Europäisierungstendenzen in der Gesundheitspolitik von Bedeutung, wurden im Rahmen der Gesundheitssystemvergleiche bis-

⁵⁶ Vgl. Schneider, Markus u.a.: „Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen“. Augsburg 1998.

⁵⁷ Siehe Henke, K.-D./ Knabner, K./ Mühlbacher, A.: a.a.O., S. 242.

⁵⁸ Vgl. Europäisches Parlament, GD Wissenschaft: „Das Gesundheitswesen in der EU – eine vergleichende Untersuchung“, SACO 101/DE, Luxemburg 1998, S. 6.

lang aber nur unzureichend erfasst. Dies ist bemerkenswert, da eine Bewertung der horizontalen Verflechtung der Gesundheitssysteme auch für die damit korrespondierende Entwicklung der vertikal verlaufenden Integration von Bedeutung sein dürfte. Ein Verständnis der horizontalen Verflechtung der mitgliedstaatlichen Gesundheitssysteme könnte also helfen, die ‚Pfade‘ der Gesundheitspolitik in der europäischen Mehr-Ebenen-Politik zu verstehen.⁵⁹ So dürfte beispielsweise mit einem Souveränitätstransfer auf die europäische Ebene dann zu rechnen sein, wenn der politische, finanzielle und organisatorische Aufwand geringer ausfällt als der erwartete Gewinn, der bei horizontalen Verflechtungen entstehen kann, und dies hängt eben auch von der Systemkompatibilität der Gesundheitssysteme ab. Das bedeutet, dass grenzüberschreitende Kooperationen als Wegbereiter einer gesundheitspolitischen Integration umso wahrscheinlicher sind, je mehr institutionelle Schnittstellen zwischen den kooperierenden Gesundheitssystemen vorhanden sind. Für den Beleg dieser Hypothese bedarf es daher einer stichhaltigen Gesundheitssystemtypologisierung, die nicht nur systeminterne und ökonomische Zusammenhänge, sondern insbesondere auch die Systemkompatibilität berücksichtigt. Eine solche Typologisierung ist bislang weder von den Sozialwissenschaften noch von den Wirtschaftswissenschaften entwickelt worden.

Insgesamt hinkt die Herausbildung einer anerkannten und sowohl theoretisch als auch empirisch fundierten Typologisierung von Gesundheitssystemen der Entwicklung allgemeiner Wohlfahrtsstaatstypologisierungen bis heute hinterher.⁶⁰ Dies ist in zweierlei Hinsicht verwunderlich. Zum einen gehört die Gesundheitsversorgung zum Kern der sozialen Sicherungssysteme und bindet dementsprechend finanzielle, personelle und politische Ressourcen, zum anderen bedarf die Kategorisierung von Gesundheitssystemen aufgrund der gerin-

⁵⁹ Vgl. u.a. Falkner, Gerda : „EG-Sozialpolitik nach Verflechtungsfälle und Entscheidungslücke: Bewertungsmaßstäbe und Entwicklungstrends“. In: Politische Vierteljahresschrift, Heft 2/2000, S. 279-301; Freeman, Richard/Moran, Michael: „Reforming Health Care in Europe“. In: West European Politics, Heft 2/2000, S. 35 - 58 und Pierson, Paul (Hrsg.): „The New Politics of the Welfare State.“ Oxford 2001.

⁶⁰ Vgl. Wendt, C./ Rothgang, H.: „Gesundheitssystemtypen im Vergleich. Konzeptionelle Überlegungen zur vergleichenden Analyse von Gesundheitssystemen“. TranState Working Papers, 61, Bremen 2007.

gen Gemeinsamkeiten mit anderen Feldern der Sozialpolitik einer spezifischen und auf sie zugeschnittenen Typologisierung.⁶¹

Die überwiegende Zahl der vorhandenen Gesundheitssystemtypologisierungen rekurriert auf die gängigen Wohlfahrtsstaatstypologisierungen, wobei sich insbesondere diejenige des dänischen Soziologen Gøsta Esping-Andersen durchgesetzt hat.⁶² In *The Three Worlds of Welfare Capitalism* unterteilt Esping-Andersen die sozialen Sicherungssysteme nach verschiedenen quantitativen und qualitativen Indikatoren sowie ihren Zielen. Für die Zuordnung der Wohlfahrtsstaaten sind bei seiner Typologisierung zwei Faktoren von zentraler Bedeutung: die so genannte ‚Dekommodifizierung‘ und die ‚Stratifizierung‘. Der Grad an Dekommodifizierung zeigt dabei auf, inwieweit der Anspruch auf Sozialleistungen vom Verkauf der Arbeitsleistung des einzelnen Bürgers (‚commodity‘) am Markt entkoppelt ist bzw. in welchem Maße der Staat alternative und nicht marktförmige Mittel der Wohlfahrtsproduktion bereitstellt und die Bürger ihren Unterhalt gesichert sehen, ohne auf den Markt angewiesen zu sein: „Decommodification occurs when a service is rendered as a matter of right, and when a person can maintain a livelihood without reliance in the market.“⁶³

Mit Stratifizierung ist der Grad gemeint, mit dem die jeweiligen Wohlfahrtsstaaten zur Unterteilung bzw. Schichtung der Gesellschaft beitragen:

„The welfare state is not just a mechanism that intervenes in, and possibly corrects, the structure of inequality; it is, in its own right, a system of stratification. It is an active force in the ordering of social relations.“⁶⁴

⁶¹ Eigenarten der Gesundheitsversorgung gegenüber anderen sozialpolitischen Bereichen bestehen etwa im logistischen Umfang der Gesundheitsversorgung. Kein anderer Bereich der Sozialpolitik benötigt zur Realisierung ein solch umfangreiches Angebot an Einrichtungen und Leistungserbringern.

⁶² Eine weitere verbreitete Klassifizierung unterteilt die europäischen Gesundheitssysteme lediglich danach, ob Gesundheitsleistungen vornehmlich durch Steuern finanziert werden („Beveridge-System“, zu diesem System werden neben den nordeuropäischen Staaten die angelsächsischen Staaten gezählt und seit den achtziger Jahren auch Spanien, Portugal und Griechenland) oder, ob sich die Finanzierung des Wohlfahrtsstaats hauptsächlich auf die Sozialversicherungsbeiträge der Bürger stützt („Bismarck-System“, Deutschland gilt als der ‚klassische‘ Vertreter dieses Systems; außerdem werden auch Frankreich, Luxemburg und die meisten osteuropäischen Staaten diesem Typus zugerechnet). Vgl. Riesberg, Anette/Weinbrenner, Susanne/Busse, Reinhard: a.a.O., S. 32.

⁶³ Esping-Andersen, Gøsta: „The Three Worlds of Welfare Capitalism“. Cambridge 1990, S. 21ff.

⁶⁴ Ebd., S. 23.

Demnach ist die Schichtung der Gesellschaft systemimmanent und von der Verfasstheit des einzelnen Staates abhängig.

Anhand empirischer Analysen zur Ausprägung dieser beiden Faktoren ordnet Esping-Andersen die westlichen Wohlfahrtsstaaten drei Idealtypen mit spezifischen Zielen zu: liberalen Systemen (Ziel: Stärkung des freien Marktes), konservativ/korporatistischen Systemen (Ziel: Stärkung der Zivilgesellschaft und Förderung der traditionellen Formen des familiären Zusammenlebens) sowie sozialdemokratischen Systemen (Ziel: Stärkung der sozialen Integration durch Vollbeschäftigung und universellen Zugang zu den Leistungen des Wohlfahrtsstaates).⁶⁵ Die wesentlichen Merkmale dieser Systemtypen sind in Abbildung 4 aufgeführt.

Abbildung 4: Die drei Typen/Regime des Wohlfahrtsstaates

	Liberal	Christlich-konservativ	Sozialdemokratisch
Organisation	marktgestützt	korporatistisch	staatlich
Hauptakteure	Markt	Familie, Staat (subsidiär)	Staat
Zielsetzung	Armutsbekämpfung, ansonsten freie Marktentfaltung	Statuserhalt	Vollbeschäftigung, Solidarität
Finanzierung	staatliche Unterstützung, wo der Markt versagt	Beiträge	Steuern
Zugang	bedarfsgeprüft	beitragsabhängig	universell (Staatsbürgerschaft)
Mittel	Sozialhilfe	Versicherungen	Redistribution, Serviceleistungen
Beispiele	Großbritannien, USA	Deutschland, Italien	Schweden, Norwegen

Darstellung basierend auf Esping-Andersens „The Three Worlds of Welfare Capitalism“, übernommen von Windwehr, Jana.⁶⁶

⁶⁵ Vgl. Esping-Andersen, Gøsta: a.a.O..

⁶⁶ Siehe Windwehr, Jana: "Das nordische Sozialmodell - Erfolgsgeschichte oder Anachronismus?" unveröff. Magisterarbeit. Kiel 2006, S. 7. Vergleichbare Darstellungen zu der Typologisierung Esping-Andersens finden sich auch an anderer Stelle. Siehe beispielsweise Kohl, Jürgen: „Der Sozialstaat: Die deutsche Version des Wohlfahrtsstaates – Überlegungen zu seiner typologischen Verortung“. In: Leibfried, Stephan/Wagschal, Uwe (Hrsg.): „Der deutsche Sozialstaat“. Frankfurt/New York 2000, S. 115-152, hier: S. 128 oder Tiemann, Andreas: "Stability of Gosta Esping-Andersen's 'The Three Worlds of Welfare Capitalism'". In: Luxembourg Income Study Working Paper Series. Konstanz 2006, S. 11.

Nach dieser Kategorisierung zählt er etwa die USA, Kanada, Großbritannien (mit Einschränkungen) und Australien zu den liberalen Systemen, Deutschland, Österreich, Frankreich und Italien sowie weitere kontinentaleuropäische Staaten zu den konservativ/korporatistischen und die nordeuropäischen Staaten zu den sozialdemokratischen Wohlfahrtssystemen.⁶⁷

Eine solch konkrete Unterteilung birgt die Gefahr einer Generalisierung und Abgrenzung, die aus empirischer Sicht nur bedingt gerechtfertigt erscheint. Insbesondere Wohlfahrtsstaatliche Mischtypen, also Systeme, in denen einige sozialpolitische Bereiche von einer hohen Dekommodifizierung geprägt sind, während andere eine ausgeprägte Marktabhängigkeit aufweisen, werden bei dieser Typologisierung nicht ausreichend differenziert. Zudem bezieht sich Esping-Andersens Typologie nahezu ausschließlich auf die staatliche Gewährung von Geldleistungen und deren Umverteilungsprinzipien, aber kaum auf die Organisation der Leistungserbringung, wie ebenfalls aus Abbildung 4 hervorgeht. Doch trotz der vorhandenen Kritik an Esping-Andersens Typologie ist sie bis heute „Dreh- und Angelpunkt der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung“ geblieben.⁶⁸

1.1 Pfadabhängigkeit und Ziele der Gesundheitspolitik

Die Entwicklung und Kontinuität der europäischen Gesundheitssysteme lässt sich als Beleg der so genannten ‚Pfadabhängigkeit‘ sozialer Sicherungssysteme verstehen.⁶⁹ Diesem Konzept zufolge weichen Staaten bei der Weiterentwicklung ihrer (sozial-)staatlichen (und ökonomischen) Strukturen von einer einmal

⁶⁷ Zu den vielfältigen Weiterentwicklungen und Revisionen der Kategorisierung von Esping-Andersen in Bezug auf Gesundheitssysteme vgl. Bamba, Clare: „Sifting the Wheat from the Chaff’: A Two-dimensional Discriminant Analysis of Welfare State Regime Theory“. In: *Social Policy and Administration* 41(2007)1, S. 1 - 28.

⁶⁸ Schmid, Josef: „Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme“. 2. Aufl., Opladen 2002, S. 91.

⁶⁹ Seinen Ursprung findet dieser Erklärungsansatz in den Wirtschaftswissenschaften und wird zumeist auf die Ökonomen W. Brian Arthur und Paul A. David zurückgeführt. Siehe u.a. David, Paul A.: „Why Are Institutions the ‘Carriers of History’?: Path Dependence and the Evolution of Conventions, Organizations and Institutions“. In: *Structural Change and Economic Dynamics*. 1994, S. 205 - 220 und North, Douglass C.: „Economic Performance Through Time“, In: *The American Economic Review* 1994, S. 359 - 368 sowie Arthur, W. Brian: „Increasing Returns and Path Dependence in the Economy“. Michigan 1994. Zum allgemeinen Verständnis und zur Kritik der Pfadabhängigkeit siehe auch Beyer, Jürgen: „Pfadabhängigkeit ist nicht gleich Pfadabhängigkeit! Wider den impliziten Konservatismus eines gängigen Konzepts“. In: *Zeitschrift für Soziologie* 34,1, 2005, S. 5 - 21 und Pierson, Paul: „Increasing returns, Path dependence and the study of politics“. In: *American Political Science review* 94, 2000, S. 251 - 267.

eingeschlagenen Ausrichtung selten ab, was zu einer hohen Systemstabilität führt, zugleich aber auch eine gewisse Resistenz gegen potentiell effizienzsteigernde Reformvorhaben zur Folge haben kann. Als Erklärungsansatz wird auf die Historizität von Institutionen verwiesen, die dazu führe, dass in der Vergangenheit getroffene Entscheidungen und eingebürgerte Denkweisen und Routinen sich auch auf die Gegenwart auswirkten.⁷⁰ Demnach können die bis heute wirkenden Gegensätze zwischen dem kontinentaleuropäischen Gesundheitssystem mit seinen ausgeprägten korporatistischen Organisationsstrukturen und seiner gesetzlichen Krankenversicherungspflicht (*konservativer Prägung*) und den steuerfinanzierten Gesundheitssystemen Nordeuropas (*sozialdemokratischer Prägung*) bzw. den stärker auf Wettbewerb ausgerichteten angelsächsischen Gesundheitssystemen (*liberaler Prägung*) als das Ergebnis weit zurückliegender und gegenläufiger Entstehungsprozesse interpretiert werden.

Trotz unterschiedlicher Gewichtungen bestehen universelle gesundheitspolitische Ziele, die alle drei Systemtypen (*konservativ, sozialdemokratisch und liberal*) verfolgen. Der Erfolg oder Misserfolg von Gesundheitspolitik wird in allen drei Systemtypen daran gemessen, ob es gelingt, soziale Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit zu vermeiden (*Solidarität*), eine nachhaltige Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens zu gewährleisten (*Finanzierbarkeit*) und die bestmögliche Qualität und Verfügbarkeit ärztlicher Leistungen zu sichern (*Qualität*).⁷¹ Seit dem rapiden Wachstum des Gesundheitsmarktes in den letzten Jahrzehnten wird als weiteres Ziel außerdem die Sicherung und Schaffung von Arbeitsplätzen und Gewinnmöglichkeiten für die Leistungsanbieter im Gesund-

⁷⁰ Siehe Mayntz, Renate: „Zur Theoriefähigkeit makro-sozialer Analysen“. In ders.(Hrsg.): „Akteure – Mechanismen – Modelle. Zur Theoriefähigkeit makro-sozialer Analysen“. Frankfurt a. M./New York 2002, S. 7 - 43, hier S. 27. Paul A. David verdeutlichte das Konzept der Pfadabhängigkeit am populären Beispiel der so genannten QWERTY-Tastatur von Schreibmaschinen und Computern. Demnach richte sich die Anordnung der Tasten auf einer handelsüblichen Tastatur nicht nach heute gültigen und sinnvollen Gesichtspunkten, sondern sei ein Resultat ursprünglicher Konstruktionsmotive für Schreibmaschinen. Die Anordnung sollte dazu dienen, Blockierungen bei Typenhebel-Schreibmaschinen zu minimieren. Dass sie sich trotz ihrer Inkonsistenzen bis heute durchgesetzt habe, sei auf sich selbst verstärkende Prozesse (wie etwa die Verbreitung des gängigen Zehn-Finger-Systems) zurückzuführen und somit ein Resultat der Pfadabhängigkeit bei der Entwicklung technologischer Produkte.

⁷¹ Vgl. Murswieck, Axel: „Gesundheitspolitik“. In: Andersen, Uwe/Woyke, Wichard (Hrsg.): „Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland“. Opladen 2003, S. 211ff.

heitsmarkt (*Wachstum*) zur Beurteilung herangezogen,⁷² worauf in diesem Kapitel jedoch nur am Rande eingegangen werden soll.⁷³

Doch wenngleich die gesundheitspolitischen Ziele in den drei Systemtypen ähnlich gefasst werden können, bestehen deutliche Unterschiede in der Gewichtung dieser Ziele. Während etwa liberale Systeme die Solidarität eher als ein Mittel zur Armutsbekämpfung betrachten und somit lediglich eine Grundsicherung aller Bürger befürworten, beinhaltet die solidarische Gesundheitsversorgung nordeuropäischer Prägung einen umfassenden und gleichartigen Gesundheitsschutz aller Bürger. Das deutsche Gesundheitssystem nimmt hier als Repräsentant des konservativen Systemtyps eine Mittelstellung ein. Während etwa liberale Systeme die Preissetzung für Gesundheitsleistungen weitestgehend den Marktmechanismen überlassen, gibt in sozialdemokratischen Systemen üblicherweise der Staat (bzw. die ihm untergeordnete Verwaltungsebene) den Preisrahmen vor. Auch hier nehmen konservative Systeme eine Mittelposition ein, da, wie in Deutschland, der Preisrahmen meist durch Verhandlungen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer (Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), Krankenhausgesellschaft, etc.) und den Krankenkassen festgesetzt wird.

Diese Ziele stehen in Konkurrenz zueinander und lassen sich nur in begrenztem Ausmaß gleichzeitig optimieren.⁷⁴ So gehen sowohl die Erreichung einer bestmöglichen Qualität und Verfügbarkeit ärztlicher Leistungen als auch die Gewährleistung einer größtmöglichen Solidarität zwangsläufig zu Lasten der nachhaltigen Finanzierbarkeit; das Wachstum des Gesundheitsmarktes hängt davon ab, in welchem Ausmaß die Gesellschaft in der Lage ist, medizinisch-technische Innovationen abzurufen.

⁷² Vgl. Bandelow, Nils C.: „Gesundheitspolitik: Zielkonflikte und Politikwechsel trotz Blockaden“. In: Schmidt, Manfred G./Zohlnhöfer, Reimut (Hrsg.): „Politik in der Bundesrepublik Deutschland“. Wiesbaden 2006, S. 159 - 176.

⁷³ Neben den 2,3 Millionen Personen, die im Jahr 2005 einer beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen nachgingen, waren weitere zwei Millionen Personen in Berufen der Gesundheitswirtschaft tätig. Diese 4,3 Millionen Beschäftigten machen insgesamt rund 12% aller Erwerbstätigen in Deutschland aus (Statistisches Bundesamt 2007).

⁷⁴ Vgl. Bandelow, Nils C.: „Gesundheitspolitik: Zielkonflikte und Politikwechsel trotz Blockaden“. a.a.O., S. 159 - 176.

1.2 Merkmale von Gesundheitssystemen

Für eine Einschätzung, welche Auswirkungen grenzüberschreitende Aktivitäten auf die Europäisierung der Gesundheitspolitik haben, bedarf es einer Typologie, die neben den Finanzierungsmechanismen und Umverteilungsprinzipien der Gesundheitssysteme auch deren Leistungsumfang und -erbringung, das jeweils vorherrschende institutionelle Arrangement sowie die politische Regulierung berücksichtigt. Daher sollen im Folgenden verschiedene Gesundheitssystemtypologisierungen und Ergänzungen der Wohlfahrtsstaatlichen Typologie von Esping-Andersen hinsichtlich ihrer Brauchbarkeit für die Analyse grenzüberschreitender Aktivitäten diskutiert werden.

Wendt und Rothgang konstatieren, dass die von Esping-Andersen entwickelten Dimensionen ‚Dekommodifizierung‘, ‚Stratifizierung‘, sowie ‚Zusammenspiel von Markt, Staat und Familie‘ keinesfalls die zentralen Unterscheidungsmerkmale zur Analyse von Gesundheitssystemen bildeten. Insbesondere vernachlässigte diese Perspektive soziale und speziell gesundheitsbezogene Dienstleistungen, die für die Analyse und Bewertung von Gesundheitssystemen von grundlegender Bedeutung seien. Für die Bildung von Gesundheitssystemtypen seien folglich andere Dimensionen erforderlich als für den Wohlfahrtsstaatsvergleich im Allgemeinen.⁷⁵ Stattdessen schlagen sie eine Typologisierung vor, die über die Finanzierung und Leistungserbringung in Gesundheitssystemen hinaus insbesondere auch deren Regulierung einbezieht (also „die Regelung der Beziehungen von Leistungserbringern, Finanzierungsträgern und (potenziellen) Nutzern“).⁷⁶ Gerade die Organisation der Leistungserbringung stellt ein außerordentlich prägnantes und relevantes Unterscheidungsmerkmal zwischen den Gesundheitssystemen hinsichtlich deren Eignung zu horizontalen Verflechtungen und Systemkompatibilität dar. Nur unter Berücksichtigung der Kompatibilität und Permeabilität können die Realisierungspotentiale grenzüberschreitender Aktivitäten in verschiedenen Systemen abgeschätzt werden.

⁷⁵ Siehe Wendt, C./ Rothgang, H.: a.a.O., S. 3.

⁷⁶ Ebd., S. 7.

1.2.1 Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Unabhängig vom gewählten Analyseansatz kommt bei der Unterscheidung von Gesundheitssystemen der Finanzierungsgrundlage stets eine prominente, wenn nicht gar die dominierende Rolle zu. Sowohl bei den Typologisierungen, die sich von Esping-Andersens Modell ableiten als auch bei der häufig genutzten Unterscheidung zwischen Bismarck- und Beveridge-Systemen oder dem Gegensatzpaar ‚gesetzliches Krankenversicherungssystem‘ und ‚nationaler Gesundheitsdienst‘ steht die Finanzierung als Unterscheidungsmerkmal stets im Mittelpunkt. Diese Dominanz des Finanzierungskriteriums kann auch auf den Umstand zurückgeführt werden, dass die Schwerpunktsetzung bei Systemvergleichen immer auch von Werthaltungen geprägt ist. Da die Gesundheitspolitik aller westlichen Wohlfahrtsstaaten bis heute mit einer anhaltenden Ausgabenproblematik zu kämpfen hat und Ressourcen nicht in beliebiger Art und Menge kostenlos zur Verfügung stehen, kann eine besondere Gewichtung der Finanzierung nicht verwundern. Dies erklärt auch die Vorherrschaft der Gesundheitsökonomie bei der Formulierung von Gesundheitssystemtypologien.⁷⁷ Ökonomischen Typologisierungen liegen dabei „die Effizienz der verwendeten monetären und personellen Mittel, die Kontrolle der Gesundheitsausgaben sowie Verteilungsgerechtigkeit auf der Finanzierungs- und Leistungsseite“⁷⁸ als vorrangige Erkenntnisinteressen zugrunde. Durch den Vergleich unterschiedlicher Gesundheitssysteme lassen sich beispielsweise die wirtschaftlichen Auswirkungen verschiedener Anreizmechanismen und Vergütungsformen untersuchen und ihre Übertragbarkeit auf andere Systeme abschätzen. Solche Analysen bereiten auch die Grundlage für die Verwendung der Offenen Methode der Koordinierung in der europäischen Gesundheitspolitik, die in Kapitel III.2.3.6.1 eingehend diskutiert wird.

Die Finanzierung wird bei der Typologisierung von Gesundheitssystemen in doppelter Hinsicht als Unterscheidungskriterium genutzt. Zum einen wird unterschieden, welchen Anteil die Gesundheitsausgaben am Gesamthaushalt ausmachen und zum anderen, auf welche Weise die Finanzierung des Gesund-

⁷⁷ Vgl. Wendt, Claus: „Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven“. Arbeitspapiere – Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung. 88, Mannheim 2005, S. 2.

⁷⁸ Ebd. S. 5.

heitssysteme organisiert ist.⁷⁹ Dabei werden in der Gesundheitssystemforschung üblicherweise drei Finanzierungsmodelle unterschieden: (1.) Steuerfinanzierung; in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen erfolgt die Finanzplanung auf staatlicher Ebene. Das Gesundheitswesen steht somit in Konkurrenz zu allen anderen staatlichen Ausgabenbereichen. Da die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel begrenzt sind und der Bürger durch die Zahlung von Steuern keinen direkten Anspruch auf explizit definierte Gegenleistungen besitzt (im Gegensatz zu Sozialversicherungssystemen), besteht in diesen Gesundheitssystemen auch immer die Gefahr einer Unterfinanzierung der Gesundheitsversorgung, die zu Rationierung führen kann. Beispiele hierfür sind etwa die Zugangsbeschränkung zu ärztlichen Leistungen insbesondere durch Budgetierungen, welche wiederum zu Wartezeiten führen können. (2.) Private Finanzierung; in liberalen Systemen entscheidet nicht der Staat, sondern der Bürger, wieviel er von seinen Geldmitteln für Gesundheitsleistungen ausgibt. Angebot und Nachfrage entscheiden über Preis und Umfang der Gesundheitsversorgung. Der Bürger selbst muss beurteilen, welche medizinischen Leistungen er finanzieren möchte. Dieses Höchstmaß an Selbstbestimmung setzt zum einen medizinische Kenntnisse voraus, um die Notwendigkeit der angebotenen Leistungen einzuschätzen, über die der Durchschnittsbürger jedoch nicht verfügt, und zum anderen einen finanziellen Spielraum, der die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen überhaupt erst ermöglicht. Übliche Abwandlungen dieses idealtypischen (und so also nirgends nachweisbaren) Systems radikalliberaler Prägung sind ein staatlich festgelegter Grundleistungskatalog, den zu wählen jeder Bürger verpflichtet ist, und ein Ausgleich für sozial Schwache durch Steuermittel. (3.) Sozialversicherungssysteme; Gesundheitssysteme mit einer Pflichtversicherung nehmen eine Zwischenstellung zwischen den beiden erstgenannten Modellen ein. Durch die Zahlung von Kassenbeiträgen wird das Recht auf eine definierte Versorgung erworben. Die Krankenkassen handeln mit den vertraglich gebundenen Leistungserbringern eine angemessene Vergütung medizinischer Leistungen aus, und die Vertragspartner einigen sich auf Umfang

⁷⁹ Ein drittes Kriterium, dessen Diskussion hier zu weit führen würde und das für diese Arbeit nur von untergeordneter Bedeutung ist, stellt die Frage nach der Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsleistungen dar, wie beispielsweise die Kosten-Nutzen-Bewertung von Medikamenten oder des Einsatzes bestimmter medizinisch-technischer Geräte. Siehe hierzu Leidl, Reiner: „Was leisten ökonomische Methoden in der Gesundheitssystemforschung?“ In König, Hans-Helmut/ Graf von Stillfried, Dominik (Hrsg.): „Gesundheitssystemforschung in Wissenschaft und Praxis: Beiträge zum Stand eines multidisziplinären Forschungsgebiets“. Stuttgart 1999, S. 24-32.

und Kosten des Leistungskatalogs. Der Staat gibt in diesem Verhandlungsprozess lediglich Rahmenbedingungen vor. Ein solches System trägt medizinischen Notwendigkeiten insofern Rechnung, als dass nicht der staatliche Finanzrahmen, sondern die Versicherungspartner über die Verwendung der finanziellen Mittel entscheiden. Die Finanzierung ist im Prinzip bedarfsgerecht, da in einem Versicherungssystem die Einnahmen und damit die Beiträge die Ausgaben decken müssen.

„Die Finanzierung über Sozialversicherungsbeiträge ist dabei als eine ‚gesellschaftliche‘ Finanzierung anzusehen, die zwischen einer direkten Steuerfinanzierung des Staates auf der einen und einer Finanzierung über private Krankenversicherungsbeiträge sowie private Selbst- und Zuzahlungen auf der anderen Seite einzuordnen ist.“⁸⁰

Eine Analyse der europäischen Gesundheitssysteme zeigt jedoch, dass eine eindeutige Zuordnung anhand des Merkmals Finanzierung aus verschiedenen Gründen nicht immer möglich ist.⁸¹ In vielen Staaten finden sich stattdessen Mischtypen, deren Finanzierung sich aus einer Kombination der genannten Modelle zusammensetzt.⁸² Außerdem können Patienten in allen drei Modellen verpflichtet werden, private Zuzahlungen in unterschiedlichem Ausmaß zu leisten, sodass selbst in steuerfinanzierten Systemen ein erheblicher privater Eigenanteil zu leisten ist. Um auch Mischtypen einordnen zu können, schlagen Wendt und Rothgang daher eine finanzierungsbezogene Unterscheidung vor, die sich nach dem jeweils dominanten Finanzierungsmodell richtet.

⁸⁰ Siehe Wendt, C./Rothgang, H.: a.a.O., S. 5.

⁸¹ Erschwert wird die Zuordnung zum einen durch unterschiedliche Zuschnitte und Abgrenzungen der Gesundheitspolitik gegenüber anderen Politikfeldern in den jeweiligen Staaten. Während etwa die Gesundheitspolitik und ihre Repräsentanz in den nationalen Regierungen der skandinavischen Staaten traditionell mit weitreichenden Kompetenzen (z.B. im Verbraucherschutz und in der Familienpolitik) ausgestattet werden, nimmt das Gesundheitsressort in vielen südeuropäischen Staaten eine vergleichsweise untergeordnete Rolle ein. Zum anderen erschwert die zusätzliche Ausdifferenzierung der Finanzierungssysteme auf den Teilgebieten der Gesundheitsversorgung eine eindeutige Zuordnung. So kann die Finanzierung des Krankenhausmarktes nach staatlichen Maßgaben vorgenommen werden, während etwa die Arzneimittelversorgung stärker durch Mechanismen des freien Markt es geprägt ist. Vgl. Henke, K.-D./ Knabner, K./Mühlbacher, A.: a.a.O., S. 243.

⁸² Obwohl das deutsche Gesundheitssystem als typisches Beispiel der Sozialversicherungsfinanzierung gilt, so sind auch hier Bestandteile der beiden anderen Finanzierungssysteme vorhanden, etwa durch die Existenz der privaten Krankenversicherung.

1.2.2 Organisation der Leistungserbringung

Der Bereich der Leistungserbringung ist von einer Vielfalt an Organisationstypen geprägt, sodass eine ähnliche Bündelung in wenigen Grundtypen wie im Bereich der Finanzierung nur unter Vorbehalt durchgeführt werden kann. Eng gefasste Idealtypen sind nicht in der Lage, die Besonderheiten einzelner Systeme ausreichend zu würdigen. Hierzu trägt auch die Tatsache bei, dass sich die Leistungserbringung in zahlreiche Bestandteile untergliedern lässt. Unter anderem kann unterschieden werden,

- ob die Leistungserbringung durch private oder angestellte Fachkräfte angeboten wird,
- welches Verhältnis zwischen fachärztlicher und allgemeinärztlicher Versorgung besteht,
- welche Kompetenzüberschneidungen und Abgrenzungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich bestehen,
- nach empirischen Gesichtspunkten, wie etwa der Arzt-, Facharzt- und Krankenhausdichte, der Anzahl an Krankenhausbetten oder der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im stationären Bereich,
- wie der Zugang zu Gesundheitsleistungen organisiert wird, ob beispielsweise die freie Arztwahl gewährleistet wird oder ob Zugangsbeschränkungen bestehen,⁸³
- wie die Vergütung der Leistungserbringer organisiert ist,
- ob der Patient für die in Anspruch genommenen Leistungen in Vorkasse treten muss und diese von seiner Kasse erstattet bekommt (Kostenleistungsprinzip) oder ob die Kosten zwischen dem Leistungserbringer und dem Kostenträger (Versicherung bzw. Staat) abgegolten werden (Sachleistungsprinzip),⁸⁴
- wie groß der Leistungsumfang ist, der durch das Gesundheitssystem generell abgedeckt wird, gemessen in Sach- und Geldleistungen und inwieweit Präventionsmaßnahmen durch gesetzliche Vorgaben gefördert werden.⁸⁵

⁸³ Vgl. Beske, Fritz/Drabinski, Thomas/Golbach, Ute: „Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich, eine Analyse von 14 Ländern“. Band 1, Kiel 2005.

⁸⁴ Vgl. Schaub, Vanessa E.: a.a.O.

⁸⁵ Entsprechende Tabellen zum Vergleich des Leistungsspektrums und -zugangs in EU-Mitgliedstaaten erstellt das gegenseitige Informationssystem zur Sozialen Sicherheit

Der rechtliche Rahmen für die Organisation der Leistungserbringung und deren Finanzierung wird in allen Wohlfahrtsstaatlichen Systemen durch die Politik vorgegeben. Auch im Bereich der Leistungserbringung lässt sich aufgrund der genannten Vielfalt an Bestandteilen eine klare Differenzierung zwischen verschiedenen Idealtypen nur bedingt vornehmen. Dennoch lassen sich bei einer Analyse der europäischen Gesundheitssysteme Korrelationen zwischen den Finanzierungsmodellen und der Organisation der Leistungserbringung aufdecken. So lässt sich für steuerfinanzierte Gesundheitssysteme feststellen, dass das Angebot an Gesundheitsleistungen meist durch staatliche oder kommunale Gesundheitszentren, Arztpraxen und Krankenhäuser bereitgestellt wird (z.B. Schweden, Dänemark, Finnland). In diesen Einrichtungen arbeitet das Personal überwiegend im Angestelltenverhältnis. Freiberuflich arbeitende Ärzte sind dahingegen die Ausnahme.⁸⁶

Die Organisation der Leistungserbringung in liberalen Gesundheitssystemen ist hingegen stärker an der Nachfrage orientiert. In dicht besiedelten Regionen mit zahlungskräftigen Patienten besteht meist eine höhere Dichte an Gesundheitseinrichtungen und Leistungsanbietern, was zu Überversorgung führen kann, während strukturschwache Regionen in diesen Systemen häufig eine entsprechend niedrigere Versorgungsdichte aufweisen. Ärzte arbeiten in diesen Systemen in privatwirtschaftlichen Strukturen und stellen ihren Patienten Rechnungen nach dem Kostenleistungsprinzip.

In Systemen mit gesetzlicher Sozialversicherungspflicht wird die Leistungserbringung im Rahmen weitreichender Autonomie der Anbieter gestaltet. Dabei

„haben Regierungen herkömmlicherweise Kompetenzen an mitgliederbasierte, selbstregulierte, nicht-profitorientierte Organisationen von Ausgabenträgern und Leistungserbringern delegiert“.⁸⁷

in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union MISSOC (Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union).

Siehe: http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/missoc98/german/f_main.htm, Stand: 10.6.2007.

⁸⁶ Vgl. Beske, Fritz/Drabinski, Thomas/Golbach, Ute: a.a.O..

⁸⁷ Busse, Reinhard/Riesberg, Annette: a.a.O., S. 35.

Die Politik verpflichtet in diesen Systemen die Leistungsanbieter dazu, den Versicherten einen bestimmten Leistungsumfang und den Zugang zu medizinischer Versorgung zu sichern, hält sich aber bei der eigentlichen Organisation und Umsetzung zurück. Diese Autonomie der Leistungserbringer kann zu verschiedenartigen Versorgungsstrukturen führen. Eine Variante ist die Versorgung durch niedergelassene Ärzte, die sich in einer Vereinigung zusammenschließen, um gemeinsam Vertragsverhandlungen mit den Versicherungen zu führen. Dies kann auch gesetzlich vorgegeben werden, wie in Deutschland mit seinen Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Kennzeichnend für diese Systeme ist eine Versorgungsstruktur, die sowohl aus angestellten als auch aus freiberuflichen Ärzten besteht. Die Vergütung kann in diesen Systemen nach dem Kostenleistungsprinzip (z.B. Belgien, Frankreich) oder nach dem Sachleistungsprinzip (z.B. Deutschland, Italien, Niederlande, Österreich) organisiert werden, wobei die stationäre Versorgung meist über das letztgenannte Prinzip vergütet wird.⁸⁸

1.2.3 Politische Steuerung

Auch die politische Steuerung und die gesundheitspolitische Kompetenzverteilung zwischen den nationalen Regierungen und ihren untergeordneten politischen Ebenen zeichnen sich in den einzelnen Mitgliedstaaten durch ein hohes Maß an Heterogenität aus. Während die nationalen Regierungen in allen europäischen Staaten über die Kernkompetenzen in der Gesundheitsversorgung verfügen, indem sie die Rahmenvorgaben formulieren, – Gesundheitspolitik lässt sich somit als „staatsnaher“ Politiksektor bezeichnen,⁸⁹ – unterscheidet sich die Kompetenzübertragung an untergeordnete regionale Strukturen erheblich.

„Auf der oberen Ebene erfolgt eine rein staatliche Regulierung (...). Auf dieser Ebene werden die Kompetenzen hinsichtlich der Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung (...) innerhalb des Ge-

⁸⁸ Vgl. Tiemann, Susanne: „Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwischen Staat und Markt“. Köln 2006.

⁸⁹ Siehe Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W.: „Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren“. In: Dies.: Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung, Frankfurt/New York 1995, S. 9 – 39.

sundheitssysteme zugewiesen, hier liegt mit anderen Worten die ‚Kompetenzkompetenz‘.⁹⁰

Diese Kompetenzkompetenz erlaubt es der nationalen Ebene grundlegende Reformmaßnahmen im Gesundheitssystem einzuleiten. In der EU findet sich (trotz eines mancherorts ausgeprägten Föderalismus) kein System, in dem die untergeordnete Ebene über eine entsprechende Kompetenz in der Gesundheitspolitik verfügt.

„Auf der unteren Regulierungsebene verfügen im Gegensatz hierzu staatliche, gesellschaftliche und private Instanzen bzw. Akteure über Regulierungsaufgaben. Die Übernahme von Regulierungsfunktionen durch gesellschaftliche und private Stellen entlastet den Staat und entzieht zumindest teilweise der Kritik an einer zunehmenden Intervention des Staates in immer weitere Lebensbereiche den Boden.“⁹¹

Für den Zweck dieser Arbeit sollen die Darstellung der Kompetenzverteilung jedoch noch weiter untergliedert und vier verschiedene Ebenen unterschieden werden. Während Rosenbrock und Gerlinger supranationale Institutionen und nationale Regierungen gemeinsam zur *Makroebene* zählen, ist es für die Untersuchung grenzüberschreitender Aktivitäten notwendig, nationale und supranationale Entscheidungsarenen getrennt zu betrachten.⁹² Diese beiden Ebenen sollen im Folgenden als *Makro-Ebene I* bzw. *EU-Ebene* (hierzu gehören die GD Gesundheit der Europäischen Kommission, die mit gesundheitspolitischen Fragestellungen betrauten Ausschüsse und Mandatsträger aller europäischen Institutionen)⁹³ und *Makro-Ebene II* bzw. *nationale Ebene* (nationale Regierungen, ggf. Spitzenverbände der mit der Versorgung beauftragten Verbände, Versicherungen und Organisationen) bezeichnet werden.

Zwischen der nationalen Ebene und der Ebene der eigentlichen Leistungserbringung sind in sämtlichen Mitgliedstaaten verschiedenartige Institutionen und Verwaltungsorgane mit der konkreten Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung und der Finanzierung betraut. Zu dieser *Mesoebene* zählen Rosenbrock und Gerlinger sämtliche regionalen und korporativen Akteure des Ge-

⁹⁰ Wendt, C./Rothgang, H.: a.a.O., S. 7.

⁹¹ Wendt, C./Rothgang, H.: ebd.

⁹² Siehe Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: „Gesundheitspolitik, eine systematische Einführung“, Bern 2004, S. 13ff.

⁹³ Auf internationaler Ebene gewinnen auch manche global tätige Organisationen und Institutionen zunehmend an Bedeutung (z.B. Weltgesundheitsorganisation oder OECD). Diese sind jedoch nicht an der Gesundheitsversorgung in den jeweiligen Staaten beteiligt und werden daher in dieser Kategorisierung nicht berücksichtigt.

sundheitssystem (z.B. Landesregierungen und Regionalverwaltungen, regionale Verbandsstrukturen, regionale Strukturen von Kammern und kassenärztlichen Vereinigungen). Zur *Mikroebene* zählen schließlich Leistungserbringer, lokale Strukturen der Krankenversicherungen sowie kommunale Verwaltungsstrukturen, Polikliniken und Krankenhäuser, Gesundheitsämter und mit Prävention befasste Einrichtungen. Da die Kompetenzverteilung zwischen Makro-, Meso- und Mikroebene in den Mitgliedstaaten jedoch unterschiedlich organisiert ist, entziehen sich die jeweiligen Zuständigkeiten einer eindeutigen Zuordnung (siehe Abbildung 5). Auf den unteren Ebenen ist eine allzu statische Zuteilung der Zuständigkeiten aufgrund der zahlreichen Systemunterschiede nicht zielführend. Stattdessen kann verallgemeinernd zusammengefasst werden, dass die nationale Ebene in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen meist unmittelbaren Einfluss auf die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen nehmen kann (und somit auch die Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen stärker beeinflussen kann), um die Finanzierbarkeit des Systems zu gewährleisten, während in Systemen, in denen die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung an parafiskale Strukturen übertragen worden ist, eine stärkere Entkopplung der Versorgungsstrukturen von der nationalen Ebene die Regel ist. Auch in liberalen Systemen zieht sich der Staat weitgehend aus der Organisation der Gesundheitsversorgung zurück, was insgesamt zu einer niedrigeren Regelungsdichte und entsprechend höherer Autonomie der Leistungserbringer führt.

Abbildung 5: Kompetenzverteilung zwischen den vier Steuerungsebenen der Gesundheitspolitik

Ebenen	Organe/Einrichtungen	Kompetenzen
<i>Makro-Ebene I Europäische Ebene</i>	EU-Institutionen, insbesondere Kommission und EuGH	Ergänzung und Unterstützung nationaler Gesundheitspolitik gemäß Art. 137, Abs. 2. und Art. 152, Abs.1 Vertrag von Nizza
<i>Makro-Ebene II Nationale Ebene</i>	Gesundheitsministerien, Spitzenverbände, Versicherungen und Organisationen etc.	Kompetenzkompetenz, grundlegende Ausgestaltung des Gesundheitssystems
<i>Mesoebene</i>	regionale Gesundheitsverwaltungen, Landesregierungen, regionale Verbandsstrukturen und entsprechende Strukturen von Kammern und kassenärztlichen Vereinigungen etc.	Keine eindeutige Unterteilung möglich, da unterschiedliche Ausgestaltung insbesondere zwischen den grundlegenden Gesundheitssystemen.
<i>Mikroebene</i>	Leistungserbringer, lokale Strukturen der Krankenversicherungen, kommunale Verwaltungsstrukturen, Polikliniken, Krankenhäuser, Gesundheitsämter etc.	

eigene Darstellung und Erweiterung nach Rosenbrock/Gerlinger⁹⁴

1.3 System(in)kompatibilität der europäischen Gesundheitssysteme

Der Begriff ‚Systemkompatibilität‘ entstammt eigentlich dem Vokabular des IT-Bereichs und beschreibt dort die Vereinbarkeit und die Fähigkeit zur Kooperation verschiedener Hard- und Softwarekomponenten miteinander. Liegt eine solche Kompatibilität nicht vor, lassen sich die verschiedenen Komponenten nicht miteinander verknüpfen und eine Zusammenarbeit kann nicht stattfinden.⁹⁵ Um

⁹⁴ Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: a.a.O., S. 13ff.

⁹⁵ So werden z.B. manche Produkte von ihren Herstellern bewusst in ihrer Funktionalität eingeschränkt, um eine Kombination mit Produkten anderer Hersteller zu verhindern. Auf diese Weise können Kunden zum Kauf ihrer eigenen Produkte gezwungen werden. Inkompatibilität kann

eine Schnittstellenproblematik zwischen mehreren Komponenten zu verhindern, müssen die einzelnen Bestandteile daher möglichst für einen flexiblen Einsatz konstruiert werden. Eine solche Systemkompatibilität lässt sich auf der Basis ähnlicher Grundstrukturen leichter realisieren als etwa bei IT-Komponenten, die auf unterschiedlichen Betriebssystemen basieren.

Diese Idee der Systemkompatibilität lässt sich (mit Einschränkungen) auch auf Gesundheitssysteme und deren Eignung zu grenzüberschreitenden Aktivitäten übertragen.⁹⁶ Als kompatibel können deren (Teil-)Systeme und ihre jeweiligen Organisationsebenen (national, regional und Ebene der Leistungserbringung) dann gelten,

- wenn sie zu entsprechender Zusammenarbeit rechtlich befugt sind.⁹⁷ Bei Kooperationen auf lokaler Ebene können rechtliche Zusammenhänge berührt sein, die auf höherer politischer Ebene rechtlich geregelt sind und daher einer entsprechenden Zustimmung bedürfen.
- wenn eine tragfähige Finanzierungsbasis besteht. So muss etwa bei staatlich organisierter Patientenmobilität oder bei der gemeinsamen Nutzung von Kapazitäten geklärt sein, durch wen und auf welcher Basis die entstehenden Kosten getragen werden können. Eine strenge Mittelzuweisung und Budgetierungen im Gesundheitssystem können sich hierbei als gravierende Hindernisse erweisen. Schaub weist in diesem Zusammenhang auf den verwaltungsorganisatorischen und abrechnungstechnischen Vorteil hin, den jene Systeme mit gesetzlicher Krankenversicherung (GKV), die das Kostenleistungsprinzip gegenüber GKV-Systemen, in denen die Vergütung nach dem Sachleistungsprinzip organisiert ist

aber auch schlicht aufgrund veralteter Bauteile entstehen, die mit der Funktionalität jüngerer IT-Produkte nicht ‚Schritt halten‘ können.

⁹⁶ Die folgenden Ausführungen beziehen sich nur auf grenzüberschreitende Aktivitäten, an denen Institutionen beteiligt sind, die Teil des öffentlichen Gesundheitssystems sind. Nicht berücksichtigt werden somit die individuelle Patientenmobilität oder die Zusammenarbeit im privatwirtschaftlichen Sektor. Welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit individuelle Patientenmobilität oder privatwirtschaftliche Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich gelingen kann, wird in Kap. III.1 erläutert. Auch Greß et.al. verwenden den Begriff ‚Kompatibilität‘, jedoch nur in Bezug auf die Anpassungsfähigkeit der deutschen GKV an das Wettbewerbsrecht der EU. Vgl. Greß, Stefan u.a.: „Europäisierung des Gesundheitswesens, Perspektiven für Deutschland“, Gütersloh 2003.

⁹⁷ Beispielsweise können sich schwedische Polikliniken nur nach einem entsprechenden politischen Beschluss auf kommunaler Ebene für eine Versorgung der Bevölkerung aus dem benachbarten Ausland öffnen.

haben, – denn mit dem letztgenannten Prinzip könne „solange nicht operiert werden, wie EU-ausländische Leistungserbringer nicht in das inländische kassenärztliche Vertragsrecht eingebunden werden können.“⁹⁸ Dieser Vorteil verlöre erst dann an Bedeutung, wenn die nationalen Vertragssysteme für Kassenärzte über die nationalen Grenzen hinweg ins EU-Ausland ausgedehnt werden könnten (und somit die Systemkompatibilität hergestellt wäre), wovon die Rechtslage in der EU allerdings noch weit entfernt sei. Noch einschneidender wirken sich hierbei die generellen Finanzierungsunterschiede zwischen steuerfinanzierten Systemen gegenüber Systemen mit GKV aus, da in steuerfinanzierten Systemen meist eine Freigabe der finanziellen Mittel von politischen Entscheidungen abhängt. In GKV-Systemen dürfte die Finanzautonomie der GKVen dahingegen grundsätzlich etwas größer sein, sodass die Finanzierung entsprechender Aktivitäten mit geringerem bürokratischem Aufwand vollzogen werden könnte. Vorläufig lassen sich diese Annahmen wie folgt zusammenfassen: Je liberaler die Gesundheitssysteme organisiert sind, desto flexibler lassen sich grenzüberschreitende Aktivitäten finanzieren. Inwieweit diese Annahme zutrifft, wird anhand der empirischen Analyse der existierenden grenzüberschreitenden Aktivitäten in Kapitel III.1 untersucht.

- wenn Zugriff auf notwendige Ressourcen besteht; so muss nicht nur eine finanzielle Basis für grenzüberschreitende Aktivitäten vorhanden sein, damit die Systeme kooperieren können – es müssen darüber hinaus auch personelle Ressourcen (wie etwa Ärzte, Pflegekräfte, administrativ und politisch kompetentes Personal etc.) und die notwendige Infrastruktur (z.B. Krankenhausbetten, medizinische Geräte, Transportmittel) zugänglich sein.

- wenn diese Systeme zu einer praktischen Durchführung in der Lage sind, indem eine gemeinsame sprachliche, kulturelle und ethische Grundlage besteht.

⁹⁸ Schaub, Vanessa E.: a.a.O., S. 33.

- und schließlich, wenn in der Zusammenarbeit ein Nutzen gesehen wird. Dieser Aspekt reicht zwar über die eigentliche institutionelle Kompatibilität hinaus, ist für die Umsetzbarkeit von grenzüberschreitenden Aktivitäten dennoch eine grundlegende Voraussetzung. Denn nur wenn alle beteiligten Akteure einen eigenen Nutzen in der Kooperation erkennen können, ist eine wirksame Zusammenarbeit wahrscheinlich, wie die Evaluation des lögd gezeigt hat:

„The most important promoting factor seems to be the personal commitment of the project actors.“⁹⁹ und „The goodwill from all actors (e.g. GP’s (General Practitioners, Anm.d.Verf.), health insurances, politicians) is important for crossborder cooperation in health care. Factors such as misgivings or fear, the absence or existence of incentives or the cost of services in the neighbouring country have an influence on the willingness or unwillingness to cooperate or to support cross-border activities.“¹⁰⁰

„Andockstellen“, die für entsprechende Aktivitäten genutzt werden, sind in allen hier vorgestellten Gesundheitssystemtypen auf allen drei Ebenen nationaler Gesundheitspolitik identifizierbar. Als Schnittstellen können all jene öffentlichen Institutionen und Akteure dienen, die in irgendeiner Weise mit der Steuerung, Regulierung und Koordination im Gesundheitssystem betraut sind. Hierzu zählen staatliche und regionale Ministerien, die mit gesundheitsrelevanten Fragen befasst sind, ferner (sofern sie mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet wurden) öffentliche Einrichtungen, die in irgendeiner Weise an der Gesundheitsversorgung oder an der Verbesserung des Gesundheitsniveaus beteiligt sind, wie beispielsweise öffentliche Krankenhäuser, Polikliniken, Gesundheitsämter etc. Darüber hinaus können auch so genannte Parafiski¹⁰¹ und sonstige Körperschaften öffentlichen Rechts als Schnittstellen zur Kooperation mit anderen Gesundheitssystemen dienen. Projektpartner bei grenzüberschreitenden Aktivitäten sind nicht zuletzt auch Verbände (Ärzteverbände, Gewerkschaften, NGOs) und private Vertreter des Gesundheitsmarkts (frei praktizierende Ärzte,

⁹⁹ Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögd), Final Report: „Evaluation of border regions in the European Union“. a.a.O., S. 69.

¹⁰⁰ Ebd., S. 39

¹⁰¹ Als Parafiski werden weitgehend autonom tätige öffentlich-rechtliche Haushalte bezeichnet, die berechtigt sind, (Zwangs-)Abgaben zu erheben, oder die staatlich finanziert werden, um gesellschaftliche Aufgaben zu erfüllen. Hierzu können neben den deutschen GKVen auch Kirchen und weitere Träger der Sozialversicherungen gezählt werden. Siehe Schubert, Klaus/Klein, Martina: „Politiklexikon“, Stichwort „Parafiskus“, Bonn 2007, S. 222 ff.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft etc.) Wie die in Kapitel III.1.2 zu präsentierenden Beispiele grenzüberschreitender Aktivitäten zeigen werden, sind nicht zwangsläufig nur Akteure mit vergleichbarem hierarchischem Rang zur Kooperation über nationale Grenzen hinweg fähig. Stattdessen können gänzlich unterschiedliche Institutionen und Akteure miteinander kooperieren, bedingt durch den Zweck der Kooperation und abhängig von der nationalen Kompetenzverteilung. Eine solche Asymmetrie kann beispielsweise an der Kooperation niederländischer Krankenversicherungen mit belgischen Krankenhäusern nachvollzogen werden. Um Wartelisten zu vermeiden, haben vier niederländische Versicherungen ein Kooperationsabkommen mit mehreren belgischen Krankenhäusern mit freien Kapazitäten geschlossen. Vergleichbare Projekte fanden auch zwischen dem englischen NHS und belgischen Krankenhäusern sowie zwischen nordeuropäischen Gesundheitssystemen und deutschen Krankenhäusern statt.¹⁰²

Die Wahrscheinlichkeit, dass grenzüberschreitende Aktivitäten erfolgreich umgesetzt werden können, steigt erstens je größer sich die Kompatibilität der einzelnen Gesundheitssysteme und ihrer Teilsysteme erweist und zweitens wenn sich diese Kooperationspartner wechselseitig als geeignete Andockstellen erkennen. Hierzu tragen vergleichbare Arten der Finanzierung, der Verwaltung und des Versorgungsaufbaus bei. Umgekehrt stellen die unterschiedlichen Organisationsformen der Gesundheitssysteme und damit verbundene komplizierte Verwaltungsprozesse ein entscheidendes institutionelles Hindernis für grenzüberschreitende Aktivitäten dar.¹⁰³

Während steuerfinanzierte Gesundheitssysteme mit ihrer typischen Kombination aus einer überwiegend staatlichen Finanzierung, staatlich organisierter Leis-

¹⁰² Vgl. Glinos, Irene A./Baeten, Rita/Boffin, Nicole: „Cross-border contracted care in Belgian hospitals“. In: Rosenmöller, Magdalene u.a.: „Patient Mobility in the European Union – Learning from experience“, Trowbridge 2006, S. 97 - 118.

¹⁰³ Vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögD): Final Report: a.a.O., S. 44. Als weitere hemmende Faktoren grenzüberschreitender Aktivitäten können genannt werden: nationale Budgetierungsregeln, unterschiedliche Abrechnungsregeln, Tarifunterschiede, kulturelle oder sprachliche Barrieren, rechtliche Unsicherheit, Mangel an Information. Diese Hindernisse werden in Kapitel III.1.2 eingehend diskutiert. Siehe hierzu auch den Vortrag von Winter, Stefan zum Thema: „Beiträge zur Überwindung der Grenzen und Hemmnisse in der europäischen Zusammenarbeit“ gehalten am 5./6. März 2007 auf der European Health Policy Conference. Die Präsentation kann eingesehen werden unter: http://www.loegd.nrw.de/publikationen/pub_tagungen_vortraege/tagungen/frameset_070306_europe-duesseldorf.html, Stand: 10.5.2008.

tungserbringung mit überwiegend angestellten Ärzten in kommunal oder regional verwalteten Polikliniken und Krankenhäusern, einer hohen Regelungsdichte und staatlicher Kontrolle aufgrund der aufgeführten Kriterien für Systemkompatibilität relativ einfach an andere steuerfinanzierte Gesundheitssysteme ‚andocken‘ können, stellt eine Kooperation mit Sozialversicherungssystemen eine größere Herausforderung dar. In den letztgenannten Systemen, die sich durch gesetzliche Pflichtversicherungen, eine weitreichende Autonomie der Beteiligten, eine mittlere Regelungsdichte und geringe staatliche Kontrollen auszeichnen, verfügen die einzelnen Akteure der verschiedenen Systemebenen über relativ hohe individuelle Entscheidungskompetenzen, die die Systemkompatibilität grundsätzlich steigern.

Dies bedeutet auch, dass die Wahrscheinlichkeit für grenzüberschreitende Aktivitäten mit dem Grad an Autonomie und Entscheidungskompetenz der beteiligten Akteure wächst. Liberale Systeme, die sich durch private Finanzierung, Wettbewerbsprinzip, Freiberuflichkeit, niedrige Regelungsdichte, geringe staatliche Kontrolle und hohe individuelle Entscheidungsfreiheit auszeichnen, dürften somit für grenzüberschreitende Aktivitäten in besonderem Maße geeignet sein.

Dem von Weidenfeld postulierten Mangel an Permeabilität zwischen den Gesundheitssystemen wird angesichts der vorangegangenen Schilderungen nur bedingt zugestimmt.¹⁰⁴ Zwar bestehen tatsächlich beträchtliche systemimmanente und institutionelle Hürden, die einer weitreichenden Zusammenarbeit im Sinne grenzüberschreitender Aktivitäten im Wege stehen. Umgekehrt kann aber konstatiert werden, dass eine Vielzahl an potentiellen Schnittstellen zwischen den verschiedenen Gesundheitssystemen besteht, die helfen können derartige Kooperationen zu verfestigen. Die Europäische Union hat auf die Systemkompatibilität keine unmittelbare Auswirkung, da sie dem Nicht-Harmonisierungsgebot unterliegt und die Mitgliedstaaten somit nicht zu einer entsprechenden Anpassung ihrer Versorgungsstrukturen verpflichtet kann. Wie sich indes die europäischen Rechtsetzungskompetenzen im Binnenmarkt auf die Versorgungssysteme auswirken, soll bei der Diskussion der beiden folgenden Hypothesen diskutiert werden.

¹⁰⁴ Vgl. Weidenfeld, Werner: a.a.O., S. 30ff.

2 Allgemeine und spezifische Entwicklungstrends in der Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten

Dieses Kapitel dient der Prüfung der zweiten Hypothese, dass die nationale Affinität zu grenzüberschreitenden Aktivitäten dann besonders ausgeprägt ist, wenn gerade in der Interaktionen mit anderen Gesundheitssystemen, Möglichkeiten erkannt werden, nationalen Mängeln entgegenzuwirken.

Ziel dieses Kapitels ist die Auslotung nationaler Herausforderungen in der Gesundheitspolitik, die eine Einbindung grenzüberschreitender Aktivitäten als alternative, die nationalen Handlungsoptionen komplettierende Maßnahme begünstigen könnten. Es wird davon ausgegangen, dass die Affinität zur Teilnahme und Initiierung grenzüberschreitender Aktivitäten in den Mitgliedstaaten dann besonders hoch ist, wenn dadurch wesentlichen Fehlentwicklungen besser begegnet werden kann, als dies durch nationale Lösungen möglich wäre. Diese Fehlentwicklungen lassen sich in gesamteuropäische und in nationale Herausforderungen unterteilen. Deshalb werden zunächst vergleichbare Entwicklungen aller Systeme, so genannte ‚Problemanalogien‘, untersucht und anschließend im zweiten Teil dieses Kapitels anhand der Beispiele Schwedens und Deutschlands systemspezifische Herausforderungen herausgefiltert. Schweden und Deutschland eignen sich für diesen Vergleich in besonderem Maße, da sie zum einen als die klassischen Vertreter der beiden in Europa am häufigsten vertretenen Gesundheitssysteme gelten und zum anderen im europäischen Vergleich besonders aktiv an grenzüberschreitenden Aktivitäten beteiligt sind.¹⁰⁵ Zugleich dient die eingehende Schilderung der ‚gesundheitspolitischen Verhältnisse‘ in Deutschland und Schweden als grundlegender Einblick in die aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen zweier typischer EU-Mitgliedstaaten. Daher reichen die Schilderungen in diesem Kapitel über euro-

¹⁰⁵ Gemessen an der Teilnahme an entsprechenden multilateralen Projekten, beteiligt sich kein anderer der untersuchten Staaten aktiver an grenzüberschreitenden Aktivitäten als Deutschland. An zweiter Stelle stehen die Niederlande und Frankreich, die aufgrund der Zugehörigkeit zum selben Gesundheitssystemtyp wie Deutschland bei diesem Vergleich nicht berücksichtigt werden. Einer der diesbezüglich aktivsten Vertreter der steuerfinanzierten Gesundheitssysteme ist Schweden, das an achter Stelle aller untersuchten Gesundheitssysteme steht. Vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Iögd), Final Report: a.a.O., S. 18.

päisierungsrelevante Aspekte hinaus und vermitteln als Exkurs zusätzliche Einblicke in die nationalen gesundheitspolitischen Debatten, um die jeweiligen Verhaltensmuster verständlich zu machen.

2.1 Demographische, ökonomische und fortschrittsbedingte Problem-analogien

Trotz ihrer höchst unterschiedlichen und voneinander abweichenden Ausformung und Entwicklung sehen sich die europäischen Gesundheitssysteme mit vergleichbaren Herausforderungen konfrontiert. Bereits in den Schlussfolgerungen des Europäischen Rates von Lissabon aus dem Jahr 2000 wurde die Notwendigkeit einer Reform der Systeme der sozialen Sicherheit als Voraussetzung für die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten von hoher Qualität betont. Auch in der darauf folgenden Mitteilung der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2001 zur Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege wurden gemeinsame Herausforderungen der Gesundheitssysteme aller Mitgliedstaaten benannt, welche trotz vielfältiger Anstrengungen seitens der EU und ihrer Mitgliedstaaten bis heute unverändert Aktualität besitzen.¹⁰⁶ Die Kommission, die mit ihrer Mitteilung die Absicht verfolgte, eine Definition EU-weiter Ziele für die Reform der gesundheitlichen Versorgungssysteme abzuleiten, identifizierte drei maßgebliche Herausforderungen:

- Die Auswirkungen der Überalterung der Bevölkerung auf die Gesundheitssysteme und die Gesundheitsausgaben: Dieser demographische Wandel habe einerseits bereits dazu geführt, dass die Lebenserwartung im europäischen Durchschnitt zwischen 1970 und 2000 für beide Geschlechter um mehr als fünf Jahre gestiegen sei und werde andererseits dazu führen, dass sich der Anteil der über 65-Jährigen an der europäischen Bevölkerung von 16,1% im Jahr 2000 auf voraussichtlich etwa 27,5% im Jahr 2050 erhöhen werde. Diesen Prognosen zufolge würde auf die öffentlichen Haushalte (je nach Szenario und Staat) eine zusätzliche Belastung von weiteren 0,7% bis 2,3% des jeweiligen Bruttoinlandsprodukts (BIP) zukommen.

¹⁰⁶ Vgl. KOM (2001) 723 vom 5.12.2001.

- Die Entwicklung neuer Technologien und Therapien in der Medizin, welche helfen könnten, das Krankheitsrisiko zu vermindern, zugleich aber auch weitere Kostensteigerungen zur Folge haben würden.
- Die gemessen am Pro-Kopf-Einkommen wachsende Nachfrage der Bevölkerung nach medizinischen Leistungen und entsprechenden Angeboten im Zuge der Steigerung des Wohlstands, des Lebensstandards und des Bildungsniveaus: Die Patienten erwarteten, von den Vertretern der Heilberufe ebenso wie von den öffentlichen Stellen als ebenbürtige Partner und Akteure der Gesundheitssysteme behandelt zu werden und forderten darüber hinaus mehr Transparenz in Bezug auf die Leistungsfähigkeit und die Qualität der Gesundheitsdienste ein. Ein optimierter Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen lasse sich hierbei durch gemeinschaftliche Anstrengungen nutzen, um die Bevölkerung zu einer gesünderen Lebensweise und vorbeugendem Verhalten zu bewegen.¹⁰⁷

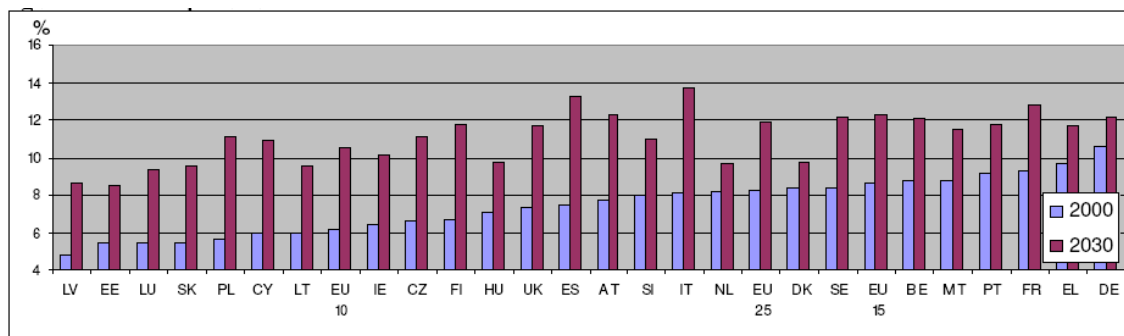
Mit dieser Mitteilung wurde erstmals von offizieller europäischer Seite bestätigt, was bereits in den vorangegangenen Jahrzehnten aus dem Vergleich nationaler Statistiken und Analysen ersichtlich wurde – nämlich, dass es sich bei diesen Herausforderungen nicht um einzelstaatliche Ausnahmen, sondern, wie Daten des Statistischen Amtes der Europäischen Gemeinschaften (Eurostat) aufzeigten, um gesamteuropäische Trends handelt – und zwar unabhängig von der Organisation und Finanzierung der jeweiligen Gesundheitssysteme. Im Rahmen einer Studie des ‚Centre for European Social and Economic Policy‘ wurde errechnet, dass der durchschnittliche Anteil der Gesundheitskosten am nationalen BIP in der EU25 angesichts des demographischen Wandels zwischen 2000 und 2030 voraussichtlich von 8,2% auf 11,9% steigen wird (siehe Abbildung 6).¹⁰⁸ Dies erklärt, weshalb in allen europäischen Gesundheitssystemen die Entwicklung nachhaltiger Finanzierungsstrukturen im Zentrum gesundheitspolitischer Reformen steht.¹⁰⁹

¹⁰⁷ Vgl. KOM (2001) 723 vom 5.12.2001, S. 6.

¹⁰⁸ Vgl. Centre for European Social and Economic Policy: „Implications of Demographic Ageing in the Enlarged EU in the Domains of Quality of Life, Health Promotion and Health Care“. Brüssel 2005.

¹⁰⁹ Zur Gegenüberstellung der Gesamtgesundheitsausgaben in den EU-Mitgliedstaaten wird die folgende Definition der OECD genutzt: „Total expenditure on health is defined as the sum of expenditure on activities that – through application of medical, paramedical, and nursing knowledge and technology – has the goals of: Promoting health and preventing disease; Curing illness and reducing premature mortality; Caring for persons affected by chronic illness who re-

Abbildung 6: Prozentualer Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben am BIP



Quelle: CESEP 2005

Während sich die Kommission in ihrer Mitteilung auf statistische Erhebungen aus dem Jahr 2000 stützte, bestätigen jüngere Daten auch, dass sich die demographischen Trends in allen Mitgliedstaaten fortgesetzt haben. Wie aus Abbildung 7 hervorgeht, ist die Lebenserwartung in der EU zwischen 1994 und 2004 bei Männern durchschnittlich um weitere 2,8 Jahre auf 75,1 Jahre und bei Frauen um weitere 2,0 Jahre auf 81,2 Jahre gestiegen.¹¹⁰ Während dieser Anstieg mit 1,4 Jahren (bei Männern) in Griechenland und in Österreich mit 0,8 Jahren (bei Frauen) am niedrigsten lag, konnte Lettland mit einer Steigerung um 6,2 Jahre (bei Männern) und um 4,5 Jahre (bei Frauen) den höchsten Zuwachs an Lebenserwartung erzielen.

quire nursing care; Caring for persons with health-related impairments, disability, and handicaps who require nursing care; Assisting patients to die with dignity; Providing and administering public health; Providing and administering health programmes, health insurance and other funding arrangements." Quelle:

<http://www.ecosante.fr/index2.php?base=OCDE&langs=ENG&langh=ENG&valeur=&source=1>, Stand: 11.7.2007.

¹¹⁰ Siehe Eurostat Jahrbuch 2006-07, S. 60. Diese Zahlen beziehen sich auf die EU25. Die Daten der jüngsten Mitgliedstaaten Rumänien und Bulgarien wurden in dieser Erhebung noch nicht berücksichtigt. Ähnliche Erhebungen durch die WHO und durch die OECD werden an dieser Stelle nicht aufgegriffen, da sie im Wesentlichen zu identischen Ergebnissen gelangen. Siehe OECD Health Data 2007.

Abbildung 7: Lebenserwartung bei Geburt

	Männer						Frauen					
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	1994	1996	1998	2000	2002	2004
EU-25	72,6	73,2	73,5	74,4	75,0	75,6	79,5	79,9	80,2	80,8	81,2	81,7
EU-15	73,8	74,2	74,6	75,4	75,9	76,6	80,3	80,6	80,9	81,4	81,7	82,2
Eurozone	73,7	74,1	74,6	75,4	75,9	76,7	80,5	80,9	81,2	81,6	82,0	82,5
Belgien	73,4	73,8	74,3	74,6	75,1	:	80,1	80,5	80,5	80,8	81,1	:
Tschech. Republik	69,5	70,4	71,1	71,6	72,1	72,6	76,6	77,3	78,1	78,4	78,7	79,0
Dänemark	72,7	73,1	73,9	74,5	74,8	75,2	78,1	78,2	78,8	79,3	79,5	79,9
Deutschland	73,1	73,6	74,5	75,0	75,4	75,7	79,6	79,9	80,6	81,0	81,2	81,4
Estland	61,0	64,7	64,6	65,6	65,3	:	73,1	75,7	75,6	76,4	77,1	:
Griechenland	75,2	75,1	75,4	75,6	76,4	76,6	80,2	80,4	80,4	80,5	81,1	81,4
Spanien	74,3	74,4	75,1	75,8	76,2	77,2	81,4	81,7	82,1	82,5	82,9	83,8
Frankreich	73,7	74,1	74,8	75,3	75,8	76,7	81,8	82,0	82,4	82,7	83,0	83,8
Irland	73,0	73,1	73,4	73,9	75,2	76,4	78,6	78,7	79,0	79,1	80,3	81,2
Italien	74,6	75,3	75,7	76,6	76,8	:	81,0	81,4	81,8	82,5	82,9	:
Zypern	:	:	75,3	:	:	76,6	:	:	80,4	:	:	81,7
Lettland	59,3	63,3	63,8	65,0	64,8	65,5	72,7	74,9	74,9	76,0	76,0	77,2
Litauen	62,6	64,7	66,0	66,8	66,3	66,4	74,8	75,8	76,6	77,4	77,5	77,8
Luxemburg	73,2	73,3	73,7	74,8	74,9	76,0	79,7	79,9	80,5	81,1	81,5	82,2
Ungarn	64,8	66,1	66,1	67,4	68,4	68,6	74,2	74,7	75,2	75,9	76,7	76,9
Malta	74,9	74,9	74,4	76,2	75,9	:	79,1	79,8	80,1	80,3	81,0	:
Niederlande	74,6	74,7	75,2	75,5	76,0	76,4	80,3	80,3	80,6	80,5	80,7	81,1
Österreich	73,2	73,7	74,5	75,1	75,8	76,4	79,6	80,1	80,8	81,1	81,7	82,1
Polen	67,5	68,1	68,9	69,7	70,4	70,0	76,1	76,6	77,3	77,9	78,7	79,2
Portugal	71,8	71,4	72,2	73,2	73,8	74,9	78,7	78,8	79,3	80,0	80,5	81,4
Slowenien	69,9	70,8	69,9	72,3	72,6	73,5	77,8	78,3	77,8	79,7	80,5	80,7
Slowakei	68,3	68,9	68,6	69,1	69,8	70,3	76,5	76,8	76,7	77,4	77,7	77,8
Finnland	72,8	73,0	73,5	74,2	74,9	75,3	80,1	80,5	80,8	81,0	81,5	82,3
Schweden	76,1	76,5	76,9	77,4	77,7	78,4	81,4	81,5	81,9	82,0	82,1	82,7
Verein. Königreich	74,1	74,3	74,8	75,4	75,9	:	79,3	79,5	79,7	80,2	80,5	:

Quelle: Eurostat- Jahrbuch 2006-07

Die in Abbildung 7 dargestellten Zahlen zeigen, dass die Lebenserwartung in allen EU-Staaten gestiegen ist, wobei der Zuwachs in den mittel- und osteuropäischen Staaten (MOEL) deutlicher ausgeprägt ist als in den westeuropäischen Staaten, was allerdings auch auf einen niedrigeren Ausgangswert in den MOEL zurückzuführen ist. In Deutschland stieg die Lebenserwartung während dieses Zeitraums bei Männern um 2,6 Jahre auf 75,7 Jahre und bei Frauen um 1,8 Jahre auf 81,4 Jahre.¹¹¹

Der Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung wird nach neueren Prognosen von Eurostat im Jahr 2050 auf 29,9% der Gesamtbevölkerung geschätzt und somit noch schneller ansteigen als dies 2000 erwartet wurde. 2007 lag der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe im EU-weiten Durchschnitt bei etwa 17%. Während nach diesen Prognosen für das Jahr 2050 in den Niederlanden 24,1% der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein werden, wird der entsprechende Bevölkerungsanteil 35,7% der spanischen Bevölkerung ausmachen. Für Deutschland

¹¹¹ Die durch Eurostat errechneten Daten aller Mitgliedstaaten finden sich in Tabelle 1 im Anhang zu dieser Arbeit.

wird ein Anteil von 31,5% errechnet.¹¹² Die typischen Erkrankungen dieser Altersgruppe sind Herzversagen, koronare Herzkrankheiten, akute Herzinfarkte, Hüftgelenkschäden, Schlaganfälle, Krebs und Schenkelhalsfrakturen. Diese erfordern „neben der akuten Behandlung eine intensive rehabilitative Betreuung, um Lebensbedrohung, Schmerz und Funktionsausfall zu überwinden“¹¹³ und werden aller Voraussicht nach zu einem Anstieg an Pflegefällen führen. Nach der so genannten ‚Medikalisierungsthese‘, die besagt, dass infolge der Funktionseinschränkungen mit zunehmenden Lebensjahren mit einer steigenden Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen zu rechnen sei, dürften die Gesundheitsausgaben für die Versorgung der älteren Bevölkerung (65+), die bislang (je nach Mitgliedstaat) 30% bis 43% der Gesamtgesundheitsausgaben ausmachen, angesichts des wachsenden Anteils der älteren Bevölkerung nochmals erheblich steigen.¹¹⁴ Der deutliche Zugewinn an Lebensjahren in der EU zeugt somit einerseits von der hohen Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in allen Mitgliedstaaten. Doch in Anbetracht des immer höher werdenden Anteils der älteren Bevölkerung stellt diese Entwicklung andererseits alle europäischen Staaten vor die Herausforderung, eine nachhaltige Strategie zur Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

Während der prozentuale Anstieg des Anteils der älteren Bevölkerung für alle Mitgliedstaaten prognostiziert wird, werden bezüglich des Bevölkerungswachstums der einzelnen Staaten äußerst gegensätzliche Entwicklungen vorhergesagt. So wird für Frankreich innerhalb der kommenden 40 Jahre ein Bevölkerungszuwachs von 5,5 Millionen Einwohnern prognostiziert. Den Vorausberechnungen für Deutschland folgend muss hierzulande hingegen von einem Rückgang der Gesamtbevölkerung um ca. acht Millionen Einwohner ausgegangen werden.¹¹⁵ Insgesamt wird nach dieser Prognose die Gesamtbevölkerung

¹¹² Siehe Eurostat Jahrbuch 2006-07, S. 60.

¹¹³ Oberender, Peter O./Hebborn, Ansgar/Zerth, Jürgen: „Wachstumsmarkt Gesundheit“. Stuttgart 2006, S. 111ff.

¹¹⁴ Der Medikalisierungsthese steht jedoch die Morbiditätskompressionsthese entgegen, wonach die nachwachsende Generation aufgrund verschiedener Faktoren (bessere Arbeitsbedingungen, höherer Aktivitätsgrad, bessere Ernährung etc.) weniger Funktionseinschränkungen im Alter aufweisen wird. In der Gesundheitsökonomie scheint sich aber die Medikalisierungsthese durchsetzen zu können. Vgl. ebd., S.113.

¹¹⁵ Zu den stark wachsenden Bevölkerungen zählen außerdem Irland (von 4,1 auf 5,5 bis 2050, Angaben in Millionen Einwohner), Schweden (von 9 auf 10,2) und das Vereinigte Königreich (von 59,9 auf 64,3). Insgesamt wird für zehn Staaten ein Bevölkerungszuwachs bis 2050 prognostiziert, für zwei Staaten eine konstant bleibende Einwohnerzahl und in 13 Staaten mit einem

der heutigen Mitgliedstaaten der EU von 458 Millionen Einwohner bis 2050 auf 449 Millionen Einwohner zurückgehen. Angesichts älter werdender Bevölkerungen und geringer Reproduktionszahlen werden die Kosten für die Versorgung somit in den meisten EU-Staaten zukünftig von immer weniger Erwerbstätigen finanziert werden müssen.¹¹⁶

Die politischen Möglichkeiten zur Ausgabenreduktion werden durch den medizinisch-technischen Fortschritt zusätzlich erschwert. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Mehrzahl an medizinisch-technischen Neuerungen zwar in der Lage ist, das Leben eines Menschen zu verlängern, aber ihn nicht wieder vollkommen gesunden lässt.¹¹⁷ Somit wird den behandelten Personen ein Weiterleben ermöglicht, zugleich werden aber erhebliche Folgekosten für pflegerische Maßnahmen und Folgeuntersuchungen verursacht. Seien die Möglichkeiten einer Therapie durch medizinisch-technische Innovationen jedoch einmal gegeben, werde es politisch nicht durchsetzbar sein, diese aus Kostengründen nicht zu realisieren, so Luhmann. Diese ‚Hypostasierung der eigenen Funktion‘ bzw. die Verselbständigung dieses Prozesses führe unweigerlich zu einer unkontrollierbaren Ausgabensteigerung.¹¹⁸ Die von Wendt aufgeworfene Frage, ob aus dieser Perspektive Gesundheitssysteme durch Eingriffe des politischen Systems in einem Ausmaß steuerbar seien, das über kurzfristige Bremseffekte hinausgehe, wird von Luhmann wie folgt beantwortet: „Die Antwort der Systemtheorie ist eindeutig: nein! Soziale Systeme sind in höchstem Maße umweltigno-

Rückgang der Bevölkerungszahlen gerechnet Zu den stark schrumpfenden Bevölkerungen zählen neben Deutschland auch Italien (von 58,2 auf 52,7), Polen (von 38,1 auf 33,7) und die Slowakei (von 5,4 auf 4,7). An dieser Stelle werden jedoch nur die Vergleichszahlen zwischen 2005 und 2050 dokumentiert. In den dazwischen liegenden Jahren können vereinzelt auch abweichende Trends festgestellt werden, da die Bevölkerungsentwicklung aufgrund unterschiedlich starker Jahrgänge nicht immer kontinuierlich verlaufen wird.

¹¹⁶ Darüber hinaus müssen sich die Gesundheitssysteme darauf einstellen, dass eine kontinuierliche Anpassung der Versorgungsstrukturen stattfinden müssen. So werden Staaten mit positivem Bevölkerungswachstum ihre Versorgungskapazitäten ausbauen müssen, während Staaten mit negativem Bevölkerungswachstum, wie etwa Deutschland, diese Kapazitäten zurückfahren müssen. Eine mögliche Auswirkung des demographischen Wandels für die deutsche Versorgungslandschaft wäre beispielsweise ein Rückgang der bestehenden Krankenhausedichte.

¹¹⁷ Siehe Oberender Peter O./Hebborn, Ansgar/Zerth, Jürgen: a.a.O., S.114.

¹¹⁸ Vgl. Luhmann, Niklas: „Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht“. In: Herder-Dorneich, Philipp/Schuller, Alexander (Hrsg.): „Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt?“. Stuttgart 1983, S. 28-49 zitiert in Wendt, Claus: „Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven“. Arbeitspapiere – Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, Nr. 88, Mannheim 2005, S. 11.

rant und weisen alle deterministischen Steuerungsversuche von Außen ab“.¹¹⁹ Die auch zukünftige Weiterentwicklung der Medizintechnologie stellt für die Bevölkerung somit zugleich Segen und Fluch dar. Einerseits werden durch entsprechende Fortschritte die allgemeine Lebenserwartung gesteigert und der Gesundheitszustand verbessert, andererseits entsteht auf diese Weise eine Kostenspirale, die die Gesundheitsausgaben immer weiter steigen lässt. Da eine realistische Prognose der zu erwartenden Kosten durch den medizinisch-technischen Fortschritt nicht möglich ist, wird an dieser Stelle auf Spekulationen verzichtet.

2.2 Perspektiven multilateraler Lösungsansätze

Das Zustandekommen paralleler Trends in der demographischen Entwicklung, im medizinisch-technischen Fortschritt und die damit zusammenhängende Finanzierungskrise in allen europäischen Gesundheitssystemen sind umso bemerkenswerter, wenn berücksichtigt wird, dass sich die Strukturen der Gesundheitssysteme der 27 Mitgliedstaaten wesentlich voneinander unterscheiden und diesen Herausforderungen auf nationaler Ebene bislang auf unterschiedliche Art und Weise begegnet wurde.¹²⁰ Lösungsansätze, die zu einer Kostenreduktion in den Gesundheitssystemen führen können, stehen daher in allen europäischen Mitgliedstaaten hoch auf der gesundheitspolitischen Agenda. Die Synergieeffekte und Einsparungen, die sich aus grenzüberschreitenden Aktivitäten ergeben können, nehmen dennoch nur eine untergeordnete Rolle ein: „These projects as well as their experiences are up to now, however, hardly known by

¹¹⁹ Bauch, Jost: „Läßt sich das Gesundheitswesen politisch steuern? Die Gesundheitsreform in systemtheoretischer Sicht“. In Ders.: „Krankheit und Gesellschaft als gesellschaftliche Konstruktion. Gesundheits- und medizinsoziologische Schriften 1979-2003“. Konstanz 2004, S. 42-47, hier S. 43.

¹²⁰ Wobei Schaub aufzeigt, dass sich die ‚Rezepte‘ zur Ausgabenreduktion durchaus ähneln. Als Reformmaßnahmen, die in den zahlreichen Mitgliedstaaten zur Geltung gekommen sind, nennt sie: Globalbudgets für die gesamten Gesundheitsausgaben, Trennung von Ausgabenträger und Leistungserbringer, der Versuch, Preiswettbewerb zwischen den Leistungserbringern einzuführen, Pauschalvergütung für Primärärzte, Kontrolle der ärztlichen Leistungen insgesamt, die Kontrolle des ärztlichen Ordnungsverhaltens, Arzneimittellisten, Arzneimittelbudgets und der Versuch, Prioritäten zu bestimmen und Leistungsaspekte für die kollektive Finanzierung festzulegen. Vgl. Schaub, Vanessa E.: a.a.O., S. 33ff. Zusätzlich zu dieser Aufzählung können noch die Einführung von Zuzahlungen und die Ausweitung des Spielraums für Zusatzversicherungen genannt werden.

the broader public.“¹²¹ Dabei zeigen insbesondere solche Projekte, die eine gemeinsame Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen vorsehen, wie beispielsweise grenzüberschreitende Krankenhauskooperationen, dass auf diese Weise nicht nur Wartezeiten abgebaut werden, sondern zugleich Kosten eingespart werden können, da eine Doppelung der Versorgungsstrukturen vornehmlich in grenznahen Regionen vermieden wird.¹²² Zwar sind nicht alle Regionen der EU gleichermaßen für entsprechende Aktivitäten geeignet, insbesondere die größeren Mitgliedstaaten verfügen meist über breit gefächerte Versorgungsstrukturen und bieten Zugang zu hoch spezialisierten Einrichtungen im eigenen Staatsgebiet. Dennoch werden die Möglichkeiten einer grenzüberschreitenden Nutzung bestehender Ressourcen bislang erstaunlich wenig berücksichtigt. Die Cluster-Bildung in der hoch spezialisierten medizinischen Forschung hat zwar in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen, dennoch ließe sich eine weitere Konzentration von Know-how fördern, was die Konkurrenzfähigkeit der europäischen Medizinforschung zusätzlich steigern würde. Wenn auch nur auf die regionale Ebene bezogen, wird diese Einschätzung durch die Erkenntnisse der in der Einleitung erwähnten Studie des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Iögd) nahe gelegt:

“A similar background, joint problem situation, joint interests and benefit for the partners in all participating regions (“win-win-situation”) make sure that all partners are committed to the project in the same way.”¹²³

Zusätzliche Schwerpunkte bestehender grenzüberschreitender Aktivitäten haben sich dagegen nicht aus Problemanalogien, sondern gerade aus der Heterogenität der Systeme und dem entstehenden Leistungs- und Versorgungsgefälle ergeben.¹²⁴ Aus diesem Gegensatz ergeben sich Wanderungsbewegun-

¹²¹ Vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Iögd), Final Report: a.a.O., S. 1.

¹²² Diese Motive lagen der Zusammenarbeit in den Projekten „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Euregio Rhein-Waal“ und „Integration Zorg op Maat“ (IZOM) zugrunde, denjenigen institutionellen grenzüberschreitenden Aktivitäten, denen bislang die größte Aufmerksamkeit zuteil wurde. Vgl. Kapitel III.1.

¹²³ Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Iögd), Final Report: a.a.O., S. 32.

¹²⁴ Entsprechende Beispiele werden in Kapitel III.1.2 aufgezeigt.

gen der europäischen Patienten auf der Suche nach einer adäquaten Versorgung.

Im Folgenden soll untersucht werden, auf welche Weise sich die nationalen Gesundheitspolitiken den aktuellen Herausforderungen stellen, und welche Eigenarten und individuellen Herangehensweisen sich aus den jeweiligen institutionellen Arrangements ergeben. Daraus abgeleitet werden Freiräume, die sich für individuelle und institutionelle grenzüberschreitende Aktivitäten eröffnen. Zudem soll eine Einschätzung abgegeben werden, ob solche Aktivitäten tatsächlich als alternative, die nationalen Handlungsoptionen komplettierende Maßnahmen zur Problemlösung in der Gesundheitspolitik herangezogen werden können und ob ein multilaterales Vorgehen gegenüber nationalen Einzellösungen einen Mehrwert verspricht. Hierzu werden als Beispiele Schweden und Deutschland stellvertretend für die im vorangegangenen Kapitel präsentierten Gesundheitssystemtypen in der EU herangezogen.

2.3 Sozialversicherungssysteme: Fallbeispiel Deutschland

Während der vergangenen 40 Jahre wurden in Deutschland insgesamt 43 gesundheitspolitische Gesetzesinitiativen und -reformen verabschiedet.¹²⁵ Trotz oder wegen dieses Reformeifers steht das deutsche Gesundheitssystem unter medialer und wissenschaftlicher Dauerkritik. Hauptkritikpunkte sind steigende Ausgaben, strukturelle Fehlsteuerungen des Systems sowie sozial und ökonomisch bedingte Unterschiede beim Zugang zu Gesundheitsleistungen. Im Sommer 2006 kamen heftige Proteste der Leistungserbringer hinzu. Die verschiedenen Ärzteverbände forderten unter anderem eine angemessene Vergütung der erbrachten Leistungen, den Abbau von Überstunden, eine intensiviertere Mitsprache bei den Verhandlungen zur Gesundheitsreform und weniger Bürokratie im Berufsalltag.¹²⁶

Doch trotz der vielfältigen Kritik an der gesundheitspolitischen Lage stand eine generelle Neuausrichtung bzw. ein Systemwechsel hin zu einem steuerfinan-

¹²⁵ Die folgenden Schilderungen beziehen sich ausschließlich auf die Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklungen in der DDR werden somit nicht berücksichtigt.

¹²⁶ Vgl. u.a. Ärztezeitung: „Geschlossen und solidarisch - die Ärzteproteste“. Artikel vom 19.05.2006.

zierten oder zu einem liberalen System bislang nie ernsthaft zur Debatte.¹²⁷ Diese Kontinuität des deutschen Gesundheitssystems lässt sich mit der genannten Pfadabhängigkeit erklären.¹²⁸ So ist das deutsche System trotz weitreichender Veränderungen durch seine über 120 Jahre zurückliegenden Ursprünge geprägt. Die Wurzeln der heutigen Versicherungspflicht und der gemeinsamen Finanzierung der Krankenversicherung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer reichen in das Jahr 1883 zurück, als das „Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter“ unter Bismarck verabschiedet wurde.¹²⁹ Auch die Selbstverwaltung der Kassen wurde bereits in dieser Zeit eingeführt, wobei den Landesregierungen die Aufgabe der Zulassung und die Aufsicht über die Kassen übertragen wurde. Die hohe Systemstabilität lässt sich auch daran erkennen, dass es selbst nach den beiden Weltkriegen und der Weltwirtschaftskrise zu keiner grundlegenden Neuausrichtung des (west-)deutschen Gesundheitssystems kam.¹³⁰

In Folge des Wirtschaftswachstums Ende der 1960er/Anfang der 1970er Jahre und eines damit einhergehenden Ausgabenzuwachses in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kam es jedoch gegen Ende der 1970er Jahre zu ersten einschneidenden Kostendämpfungsreformen.¹³¹ Die darauf folgende Reformflut und die bis heute steigenden Beitragssätze in der GKV führten zwar zu erheblichen zusätzlichen Belastungen der Versicherten und zu einer intensiven Reglementierung der ärztlichen Leistungsabrechnung, dennoch ist die Grundausrichtung des deutschen Gesundheitssystems bis heute beibehalten worden. Neben der genannten Selbstverwaltung und der Freiberuflichkeit der Ärzte zeichnet sich dieses System durch eine insgesamt hohe Autonomie der Leistungserbringer bei der Ausübung ihrer Tätigkeit aus.

Spätestens seit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz von 1999 lässt sich allerdings ein Trend zu wachsender staatlicher Einflussnahme erkennen. Zunächst beschränkte sich diese Einflussnahme auf eine zunehmende Kontrolle des Gesundheitswesens durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Doch beginnend mit dem GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 (GMG) und noch deutlicher durch das 2007 verabschiedete GKV-

¹²⁷ Vgl. Busse, Reinhard/Riesberg, Annette: a.a.O., S. 219.

¹²⁸ Siehe Kapitel II.1.1.

¹²⁹ Vgl. Busse, Reinhard/Riesberg, Annette: a.a.O., S. 15.

¹³⁰ Ebd., S. 17ff.

¹³¹ Siehe Oberender Peter O./Hebborn, Ansgar/Zerth, Jürgen: a.a.O., S.114ff.

Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden grundlegende Strukturen des Gesundheitswesens durch staatliche Vorgaben verändert.¹³² Die Selbstverwaltung ist in ihrer Autonomie eingeschränkt worden, indem regionale Strukturen dezimiert wurden und die Zentralisierung zugenommen hat. Beispiele hierfür sind die Nivellierung des Beitragssatzes durch die Einführung des Gesundheitsfonds, die Vereinheitlichung der Entscheidungsgremien im Gemeinsamen Bundesausschuss und die Schaffung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

Eine stichhaltige Aussage über den Zustand des deutschen Gesundheitssystems wird des Weiteren durch die Festlegung geeigneter Indikatoren erschwert. Sowohl Bevölkerungsbefragungen als auch die Analyse der einschlägigen Fachliteratur offenbaren, dass der Zustand des Gesundheitssystems anhand einer Fülle teils widersprüchlicher Parameter bewertet werden kann und von der Definition der zu erreichenden Ziele abhängt. Bei dieser Konsenssuche muss außerdem berücksichtigt werden, dass zwischen den eigentlichen Adressaten – also den Bürgern – und den fachlichen Akteuren – also den Leistungserbringern, Gesundheitswissenschaftlern und -politikern – eine grundlegende Informationsasymmetrie besteht. Nur wenige Bürger sind in der Lage, den Nutzen verschiedener medizinischer Leistungen oder die Vorteile einer Therapie gegenüber einer anderen einzuschätzen. Daher können sie meist ebenso wenig beurteilen, ob Leistungen bedarfsgerecht eingesetzt werden oder nicht. Aufgrund dieser Informationsasymmetrie und der allgemeinen Komplexität gesundheitspolitischer Zusammenhänge kann der überwiegende Teil der Bürger kaum abschätzen, ob die in der Gesundheitspolitik getroffenen Kompromisse dazu geeignet sind, die wesentlichen Ziele Finanzierbarkeit, Solidarität, Qualität und Verfügbarkeit ärztlicher Leistungen sowie Wirtschaftlichkeit zu erreichen.¹³³

2.3.1 Struktur der Gesundheitsversorgung

Die Verantwortung für die Finanzierung des Gesundheitssystems teilen sich der Bund (Makroebene I) und die Länder (Mesoebene), wobei der Bund bei der

¹³² Zur Chronik der GKV-Reformen Vgl. Steffen, J. :“Sozialpolitische Chronik“ der Arbeitnehmerkammer Bremen, Bremen 2006. Siehe auch: Herles, D./Quasdorf, I.: „Die Gesetzliche Krankenversicherung“, KBV-Akademie 2004.

¹³³ Vgl. Schaub, Vanessa E.: a.a.O., S.101.

Ausgestaltung der Sozialversicherung (und damit einhergehend bei der Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung) im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung¹³⁴ eine dominante Stellung einnimmt.¹³⁵ An oberster Stelle der gesundheitspolitischen Hierarchie steht das Bundesministerium für Gesundheit. Die Arbeit des BMG konzentriert sich auf die Erarbeitung von Gesetzesentwürfen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften in den

- **Bereich** Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung,
- Reform des Gesundheitswesens, Prävention,
- Gesundheitsschutz und Krankheitsbekämpfung,
- Herstellung, Prüfung, Zulassung und Überwachung von Arzneimitteln und Medizinprodukten,
- Berufsgesetze für die Zulassung zu den bundesrechtlich geregelten Heil- und Gesundheitsberufen einschließlich entsprechender Ausbildungsregelungen,
- und nicht zuletzt europäische und internationale Gesundheitspolitik.¹³⁶

Zur inhaltlichen Unterstützung und Umsetzung seiner Arbeit unterstehen dem Ministerium zahlreiche Behörden und Kommissionen.¹³⁷ Hierzu zählen insbesondere der ‚Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen‘, dessen Aufgabe die Erstellung von Jahres- und Sondergutachten zur Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist¹³⁸ und der 2004 eingerichtete ‚Gemeinsame Bundesausschuss‘ (G-BA), der das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland ist. Zu seinen Aufgaben zählt die Erarbeitung von Richtlinien, die den Leistungskatalog der GKV definieren. Somit legt er fest, welche Leistungen

¹³⁴ Artikel 74, Nr.12, GG.

¹³⁵ Die Länder können nur dann die Befugnis zur Gesetzgebung nutzen, wenn der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht keinen Gebrauch macht. Siehe Nagel, Eckhard (Hrsg.): a.a.O., S. 31ff.

¹³⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Quelle: http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600120/DE/Ministerium-BMG/Aufgaben/aufgaben-node,param=.html__nnn=true, Stand: 10.11.2007.

¹³⁷ Von besonderer Bedeutung sind außerdem das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, das Robert-Koch-Institut zur Gesundheitsberichterstattung und Erforschung virologischer und bakterieller Krankheiten, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und das deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information. Vgl. Nagel, Eckhard (Hrsg.): a.a.O., S. 35ff.

¹³⁸ Dem Sachverständigenrat gehören Fachleute aus den Gebieten Medizin und Volkswirtschaftslehre an. Für weitere Informationen siehe: <http://www.svr-gesundheit.de>. Stand: 10.03.2007.

der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Außerdem fasst er Beschlüsse zu Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.¹³⁹

Für die Durchführung der Bundesgesetze sind im deutschen Gesundheitssystem die Länder zuständig. In Bereichen, in denen der Bund seine Gesetzgebungskompetenzen nicht geltend macht, verfügen sie darüber hinaus zusätzlich über eigene rechtliche Gestaltungskompetenz. Die Zuständigkeit für das Gesundheitswesen ist in den Ländern unterschiedlich organisiert. Während in einigen Bundesländern ein eigenes Gesundheits- und Sozialministerium existiert, wird dieser Aufgabenbereich in anderen Bundesländern mit anderen Politikbereichen (z.B. Arbeit, Familie, Bildung etc.) zusammengefasst. Eine gewisse unverbindliche Abstimmung der Landesgesundheitspolitiken findet im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder statt. Dem Bundesministerium kommt bei der GMK lediglich eine beratende Funktion zu.¹⁴⁰ Bis auf die Verwaltung und Aufsicht der Gesundheitsämter, deren Aufgabe vor allem im Bereich der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten liegt, spielt die kommunale politische Ebene (Mikroebene) im deutschen Gesundheitssystem eine kaum wahrnehmbare Rolle. Und selbst diese Aufgabe wird in einigen Bundesländern durch die Landesebene wahrgenommen.¹⁴¹ Diese geringe Bedeutung der Kommunalverwaltung mag erstaunen, da die eigentliche Gesundheitsversorgung in Deutschland einer deutlichen Dezentralisierung unterliegt. Dies ist dem systemtypischen Umstand geschuldet, dass der überwiegende Teil der Leistungserbringung und der Gesundheitsversorgung durch weitgehend von der Politik entkoppelte und selbstverwaltete Körperschaften – wie die GKV, die KVen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft – organisiert wird. Die Selbstverwaltung basiert auf dem Grundprinzip, dass die konkrete Ausgestaltung des staatlich vorgegebenen Handlungsrahmens nah an den Bedürfnissen der Bürger erfolgen soll. Diese Nähe wird erreicht, indem der Staat Teile seiner Verwaltungsaufgaben auf Einrichtungen oder Organe überträgt, in denen legitimierte Vertreter jener Bürger sitzen, die von den beschlossenen Regelungen betroffen sein werden. So sitzen etwa im G-BA neben gewählten Vertretern der

¹³⁹ Für weitere Informationen zum Gemeinsamen Bundesausschuss siehe: <http://www.g-ba.de>. Stand: 10.03.2007.

¹⁴⁰ Vgl. Nagel, Eckhard (Hrsg): a.a.O., S. 35ff und Internetseiten der GMK: <http://www.gmkonline.de>, Stand: 15.3.2007.

¹⁴¹ Vgl. Nagel, Eckhard (Hrsg): a.a.O., S. 42.

Leistungserbringer und der Krankenkassen auch mitberatungsberechtigte Patientenvertreter.

Die GKV umfasste im April 2007 233 selbständige Krankenkassen, in denen ca. 70,6 Millionen Personen versichert waren.¹⁴² Daneben besteht die private Krankenversicherung (PKV), in der rund 8,4 Millionen Personen versichert sind und die ebenfalls in viele Einzelkrankenkassen gegliedert ist. Weitere 3,3 Millionen Versicherte erhalten ihren Versicherungsschutz durch die so genannten Besonderen Kostenträger (z.B. MVG/Bundeswehr).¹⁴³ Während in der PKV das Kostenleistungsprinzip angewandt wird und somit keine Vertragsbeziehung zwischen Versicherung und Leistungserbringer besteht, erhalten die KVen von der GKV eine gemeinsam ausgehandelte Gesamtvergütung, die sie zur Versorgung der gesetzlich Versicherten mit „befreiender Wirkung“ verpflichtet. Dies bedeutet, dass die GKV den KVen ein Globalbudget zur Vergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder im jeweiligen Bezirk zukommen lässt, das für sämtliche Einzelleistungen der Kassenärzte ausreichen soll.

Die ambulante Leistungserbringung wird zum überwiegenden Teil durch freiberuflich praktizierende niedergelassene Ärzte sichergestellt, die bei ihrer Berufsausübung an die rechtlichen Bestimmungen des fünften Teils des Sozialgesetzbuchs (SGB V) gebunden sind, nicht aber an kommunale Vorgaben. In den KVen besteht für jene Ärzte, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassen werden möchten, eine Pflichtmitgliedschaft.¹⁴⁴ Zugleich unterwerfen sich die zugelassenen Ärzte der Bedarfsplanung durch die KVen. Diese richtet sich nach einer Verhältniszahl von Kassenärzten zu Versicherten. Durch sie

„soll einerseits eine ausreichende und flächendeckende ambulante Versorgung der Bevölkerung gewährleistet werden, ande-

¹⁴² Siehe Quasdorf, Ingrid: „Die gesetzliche Krankenversicherung“. Berlin 2007, S. 34. Quasdorf weist auf den anhaltenden Konzentrationsprozess in der GKV hin: „Zu Beginn der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 gab es in Deutschland rund 35 000 einzelne Krankenkassen. Während der mehr als 100-jährigen Geschichte der GKV fand ein ständiger Konzentrationsprozess statt unter gleichzeitiger Ausweitung des versicherten Personenkreises. Dabei stehen die einzelnen Krankenkassen in einem Wettbewerb, der zu einem beschleunigten Konzentrationsprozess in der Kassenlandschaft geführt hat. Das GKV-WSG erlaubt nunmehr auch kassenartenübergreifende Fusionen.“ Ebd..

¹⁴³ Siehe ebd.

¹⁴⁴ Darüber hinaus gibt es eine relativ geringe Zahl privat praktizierender Ärzte, die Leistungen nur nach dem Kostenleistungsprinzip erbringen und sich im Wesentlichen auf die Behandlung privat versicherter Patienten beschränkt.

rerseits aber auch Überkapazitäten in Form einer zu großen Arztdichte vermieden werden.“¹⁴⁵

Die stationäre Versorgung findet in aktuell über 2.100 Krankenhäusern statt. Diese stehen in öffentlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft und werden staatlich gefördert, sofern sie in den Krankenhausplan eines Bundeslandes aufgenommen worden sind:

„Duale Finanzierung heißt, dass Investitionskosten von den öffentlichen Haushalten getragen werden, während die Behandlungs- und Betriebskosten der Benutzer übernimmt, im Allgemeinen über seinen Versicherungsträger, z.B. die GKV.“¹⁴⁶

Gerade das Beispiel der Krankenhausfinanzierung zeigt, wie komplex die einzelnen Steuerungsmechanismen ausgestaltet sind, um den vornehmlichen Zielen des Gesundheitssystems gerecht zu werden. Welche Schwierigkeiten hiermit einhergehen, soll im Folgenden diskutiert werden.

2.3.2 Defizite des Gesundheitssystems

Ausgangspunkt für die gesundheitspolitischen Reformansätze der im Bundestag vertretenen Parteien sind die Resultate der bisherigen Gesundheitspolitik. In der deutschen Gesundheitspolitik äußern sich die Zielkonflikte zwischen Solidarität, nachhaltiger Finanzierung sowie bestmöglicher Qualität und Verfügbarkeit in mehrfacher Hinsicht. Uneinigkeit besteht z.B. darüber, wie weit sich die Gesundheitspolitik und davon abhängig das Gesundheitssystem über die bloße Wiederherstellung der Gesundheit im Krankheitsfall hinaus einbringen soll und welche Maßnahmen hierfür sachdienlich sind.¹⁴⁷

¹⁴⁵ Nagel, Eckhard (Hrsg): a.a.O., S. 122.

¹⁴⁶ Ebd. S. 149.

¹⁴⁷ Hierbei zeigt sich die unterschiedliche Ausrichtung steuerfinanzierter Gesundheitssysteme, die die Gesundheitsversorgung meist in einen breiteren Kontext stellen und beispielsweise die gesundheitsfördernden Maßnahmen maßgeblich in die gesundheitspolitischen Strategien einbeziehen. Bäcker et.al. sehen in der Tatsache, dass aktuell weniger als fünf Prozent der Gesundheitsausgaben auf Prävention und Gesundheitsschutz entfallen, die Vernachlässigung einer wichtigen Strategie zum effizienteren Einsatz der vorhandenen Ressourcen: „Mehr Ärzte, wirksamere Arzneimittel und bessere medizinisch-technische Versorgung sind kein Allheilmittel, wenn es um die frühzeitig eingreifende Ursachenbekämpfung insbesondere chronischer Erkrankungen geht. Auch angesichts der demographischen Entwicklung kommt wirksamer Prävention eine zunehmende Bedeutung zu.“ Bäcker, Gerhard/Naegele, Gerhard u.a.: „Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland“. Band 2. Wiesbaden 2008, S.109.

2.3.2.1 Entwicklung der Gesamtgesundheitsausgaben

Dass Gesundheitsreformen in Deutschland bislang immer dann eingeleitet wurden, wenn der GKV ein zusätzliches finanzielles Defizit drohte,¹⁴⁸ kann als Beleg dafür gewertet werden, dass die nachhaltige Finanzierbarkeit zu den wichtigsten Zielen der Gesundheitspolitik zählt. Dieser ökonomisch bedingte Reformdruck lässt sich auf zwei wesentliche Faktoren zurückführen. Zum einen drängen die Bürger auf möglichst niedrige Beitragssätze (wobei ausgabenreduzierende Einschränkungen des bisherigen Leistungsangebots der Krankenkassen bislang nicht akzeptiert werden¹⁴⁹). Zum anderen fordern die Arbeitgeber niedrige Beitragssätze in der GKV, um den stetigen Anstieg der Lohnnebenkosten zu bremsen und somit negative Auswirkungen auf die internationale Wettbewerbsfähigkeit deutscher Unternehmen zu vermeiden, die als Folge niedrigerer Sozialabgaben in anderen Staaten drohen würden.¹⁵⁰

Doch obwohl diese Forderungen nicht neu sind, sind die Gesamtgesundheitsausgaben in Deutschland auf 239.357 Millionen Euro angestiegen. In diesen Ausgaben inbegriffen sind neben den gesundheitsrelevanten Sozialversicherungsausgaben auch die Ausgaben privater und öffentlicher Haushalte für Gesundheitsleistungen sowie die Beiträge der Arbeitgeber zur GKV.¹⁵¹

Im Verhältnis zum BIP sind die Gesamtgesundheitsausgaben während der vergangenen 40 Jahre deutlich angestiegen. Abbildung 8 zeigt, dass der Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben 1970 lediglich 6,0% des BIP betrug. 2005 hatte sich dieser Wert knapp verdoppelt und lag bei 10,7%. Ein besonders starker Anstieg der Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP fand während der

¹⁴⁸ Vgl. Busse, Reinhard/Riesberg, Annette: a.a.O..

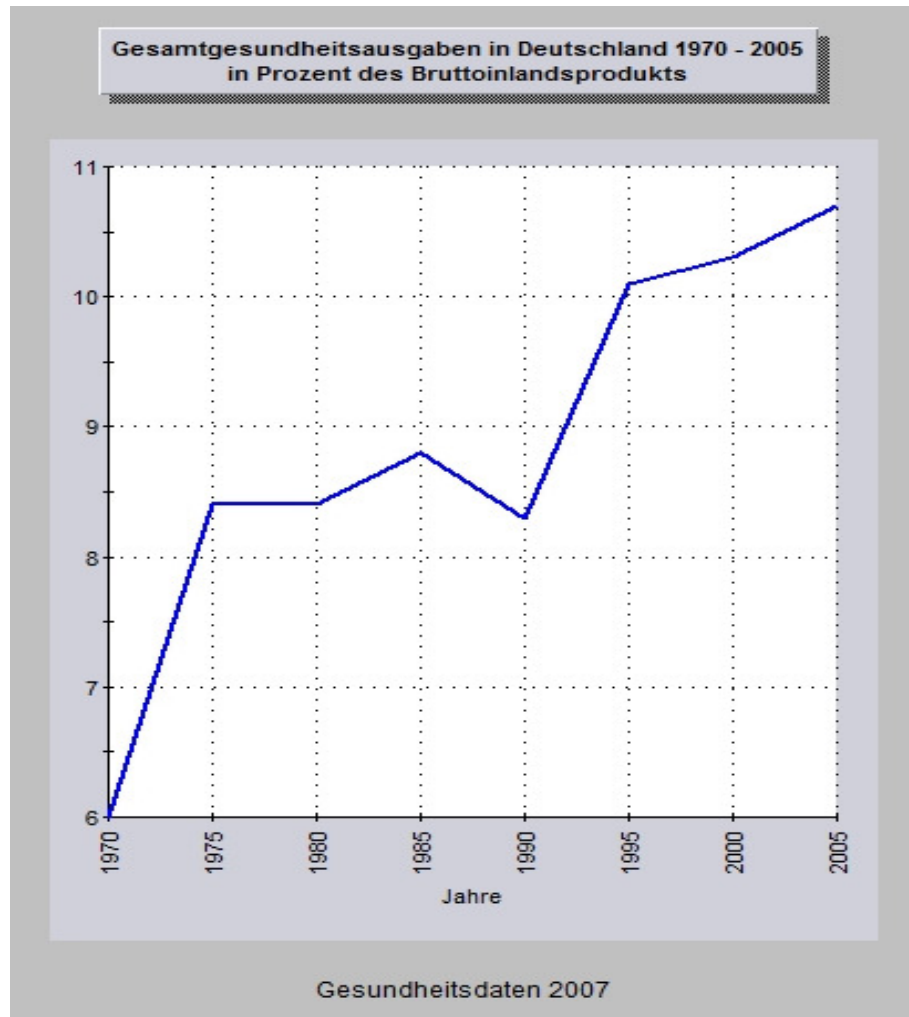
¹⁴⁹ Dass das Thema Rationierung bei der Reformdiskussion im deutschen Gesundheitssystem zunehmend an Bedeutung gewinnt, zeigten die Reaktionen auf die entsprechenden Warnungen des 111. deutschen Ärztetages. Siehe u.a. die Pressemitteilung: „Rationierung muss transparent gemacht werden. Delegierte beschließen ‚Gesundheitspolitische Leitsätze‘ vom 21.5.2008 der Bundesärztekammer. Quelle: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.5711.6202.6235>, Stand: 28.5.2008.

¹⁵⁰ Vgl. Oberender, Peter O./Hebborn, Ansgar/Zerth, Jürgen: a.a.O., S. 207.

¹⁵¹ Um die Größenordnung dieser Ausgaben besser einschätzen zu können, lohnt ein Vergleich mit den Gesamtsteuereinnahmen von Bund, Ländern und Gemeinden, die 2005 bei 452.079 Millionen Euro lagen. Vgl. Bundesministerium der Finanzen: „Kassenmäßige Steuereinnahmen nach Gebietskörperschaften 2003 – 2005“ vom 18.4.2008. Quelle: http://www.bundesfinanzministerium.de/nn_4158/DE/BMF__Startseite/Service/Downloads/ Stand: 23.4.2008.

1970er Jahre statt.

Abbildung 8: Gesamtgesundheitsausgaben in Deutschland 1970 – 2005 in Prozent des BIP



Quelle: OECD Health Data 2007

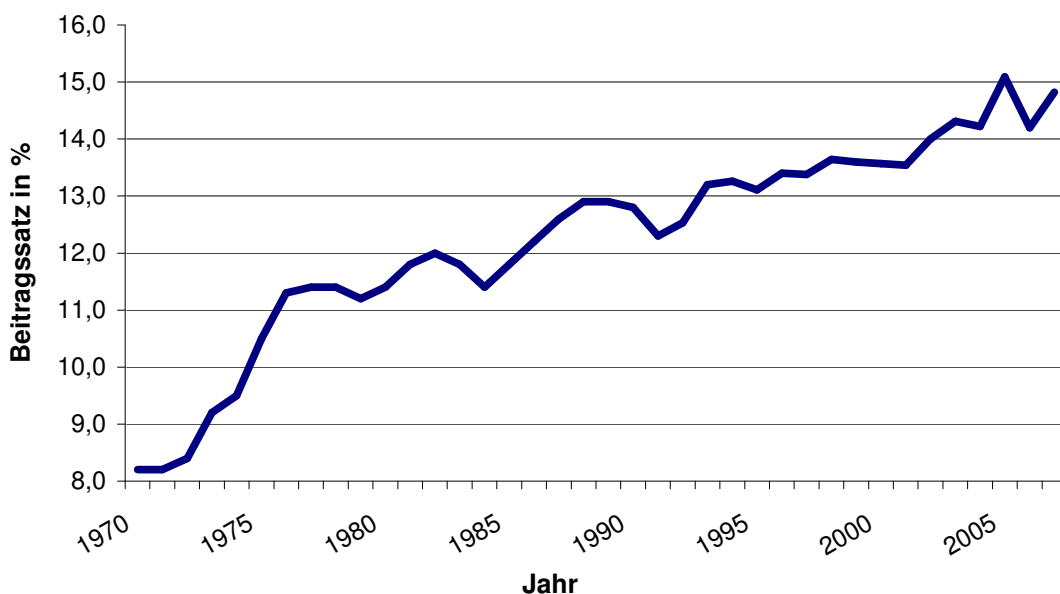
Bis zum Inkrafttreten der ersten Kostendämpfungsgesetze 1977 war der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP seit 1970 um mehr als zwei Prozent gestiegen, was vor allem auf eine Ausweitung des Leistungskatalogs unter der sozial-liberalen Regierung zurückgeführt werden kann.¹⁵² Nach einer relativ erfolgreichen Phase der Ausgabenreduzierung bis 1990 stieg der Ausgabenanteil am BIP nach der Wiedervereinigung erneut an. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass sich das BIP während dieser Zeit unterproportional entwickelte und sich zudem der Ausgabenanteil infolge der Wiedervereinigung in den neuen Bundesländern spürbar erhöhte. Von einer relativen Stabilität (des Ausga-

¹⁵² Vgl. Oberender, Peter O./Hebborn, Ansgar/Zerth, Jürgen: a.a.O., S. 65.

benanteils) kann während der zehnjährigen Phase von 1995 und 2005 gesprochen werden, in der ein Anstieg von lediglich 0,6% stattfand. Dennoch – auch während dieser zehn Jahre ist der Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben am BIP, wenngleich etwas langsamer als zuvor, gestiegen.¹⁵³

Mit insgesamt 43 Gesundheitsreformen und Gesetzesänderungen seit den siebziger Jahren wurde von politischer Seite versucht, die Ausgaben mit den Einnahmen in Einklang zu bringen. Oberste Priorität hatte dabei (neben der Sicherung der Qualität und Verfügbarkeit der medizinischen Versorgung sowie der angemessenen Vergütung dieser Leistungen) die Beitragssatzstabilität. Abbildung 9 zeigt jedoch, dass die Gesundheitsreformen zu keiner Trendwende in der Beitragssatzentwicklung geführt haben, im Gegenteil: Der durchschnittliche Beitragssatz stieg von 8,2% 1970 auf 14,8% 2007.

Abbildung 9: Entwicklung des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung 1976 – 2007



eigene Darstellung auf Basis von: Dienst für Gesellschaftspolitik. Mai 2007.¹⁵⁴

Selbst auf staatlich verordnete Beitragssenkungen folgten bisher stets erneute Beitragssatzsteigerungen. Insgesamt ist der durchschnittliche Beitragssatz der

¹⁵³ Zur Ausgabenentwicklung in der GKV siehe Hajen, Leonhard/Paetow, Holger/Schumacher, Harald: „Gesundheitsökonomie, Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele“. Stuttgart 2004, S. 93.

¹⁵⁴ Ab 2005 Beitragssätze inklusive des Zusatzbeitrags von 0,9%.

GKV innerhalb der letzten dreißig Jahre um mehr als sechs Prozentpunkte gestiegen.

Um die Steigerung der Beitragssätze mit Hilfe politischer Vorgaben zu begrenzen, soll den Krankenkassen im Rahmen des 2007 verabschiedeten GKV-WSG die Möglichkeit der eigenständigen Festsetzung der Beitragssätze zum 1.1.2009 genommen werden. Stattdessen wird die Bundesregierung dann erstmals einen bundeseinheitlichen und für alle Krankenkassen verbindlichen Beitragssatz festsetzen. Mit der zeitgleich geplanten Einführung des Gesundheitsfonds werden die Beiträge der gesetzlich Versicherten und der Arbeitgeber sowie die Bundesmittel in einen gemeinsamen Fonds fließen, der durch das Bundesversicherungsamt (BVA) verwaltet werden soll. Für die Ermittlung der Höhe des Beitragssatzes ist ein Findungsverfahren gesetzlich vorgeschrieben. Den so ermittelten einheitlichen Beitragssatz setzt das Bundesgesundheitsministerium für alle gesetzlichen Krankenkassen verbindlich fest. Verantwortlich für die Beitragserhebung sind weiterhin die Krankenkassen, deren Recht zur Beitragsgestaltung bis auf die Erhebung eines begrenzten Zusatzbeitrags entfällt. Dieser Zusatzbeitrag darf jedoch nicht mehr als ein Prozent des Bruttoarbeitseinkommens der Versicherten ausmachen. Gut wirtschaftende Kassen haben im Gegenzug die Möglichkeit, Überschüsse in begrenztem Maße an ihre Versicherten zurückzuzahlen.¹⁵⁵

Ab 2009 soll der Bund außerdem einen Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds leisten, der ausgehend von 2,5 Milliarden Euro jährlich um 1,5 Milliarden Euro bis auf 14 Milliarden Euro aufgestockt wird. Dieser Bundeszuschuss ist für Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen gedacht und soll gewährleisten, dass die Finanzierung der Krankenkassen auf eine „langfristig gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt“¹⁵⁶ wird. Außerdem wird der Arbeitgeberanteil eingefroren, um einen weiteren Anstieg der Lohnnebenkosten einzuschränken.

¹⁵⁵ Zur Kritik an der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds und insbesondere am Zusatzbeitrag vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: „Widerstreitende Interessen – ungenutzte Chancen“. Jahresgutachten: 2006/07, S. 222.

¹⁵⁶ Art. 221, GKV-WSG. Zu den gesamtgesellschaftlichen Leistungen der GKV gehört unter anderem die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder. Versicherungsfremde Leistungen sind außerdem etwa das Mutterschaftsgeld oder das Krankengeld bei Betreuung eines erkrankten Kindes.

Da angesichts einer alternden Bevölkerung und einer voranschreitenden kostenintensiven Medizinforschung nicht davon auszugehen ist, dass die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung sinken werden, sondern die Nachfrage nach medizinisch-technischen Innovationen eher zunehmen wird, muss sich die Gesundheitspolitik auch zukünftig mit der Frage einer nachhaltigen Finanzierung beschäftigen. Der Gesundheitsfonds bietet der Gesundheitspolitik zwar die Möglichkeit, größere Kontrolle über den Beitragssatz auszuüben, befreit die Bevölkerung aber nicht vor weiter steigenden Kosten für das Gut Gesundheit. Das Verständnis der Versicherten für steigende Kosten setzt eine gerechte Verteilung der Lasten bzw. der solidarischen Finanzierung voraus.

2.3.2.2 Solidaritätsdefizite im deutschen Sozialversicherungssystem

Zum einen verfolgt die deutsche Gesundheitspolitik das Ziel, allen Bürgern *gleiche Chancen* auf ein hohes Gesundheitsniveau zu ermöglichen. Dies bedeutet, dass sie darauf hinwirkt, den Gesundheitszustand der Bevölkerung von sozialen Faktoren wie Einkommen, Wohnlage, Bildungsstand, Alter etc. zu entkoppeln. Zum anderen möchte die Gesundheitspolitik gewährleisten, dass auch der *Zugang* zu notwendigen ärztlichen und pflegerischen Leistungen jedem Bürger gleichermaßen offen steht und nicht von der finanziellen Lage, dem Alter oder dem Wohnort abhängt.

In sozialmedizinischen Studien wurden allerdings wiederholt Korrelationen nachgewiesen, die eine Kausalität zwischen ungünstigen sozialen Verhältnissen und einem erhöhten Krankheitsrisiko in Deutschland nahe legen.¹⁵⁷ Eine solche Korrelation konnte beispielsweise in einer Studie des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie zum Zusammenhang von Einkommen und Lebenserwartung nachgewiesen werden.¹⁵⁸ Demnach liegt in Deutschland die Lebenserwartung der oberen Einkommensgruppen signifikant höher als die der unteren Einkommensgruppen. Während etwa für Frauen mit

¹⁵⁷ Vgl. Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: a.a.O. und Marstedt, Gerd: „Solidarität und Wahlfreiheit in der GKV“. In: Böcken, J./ Braun, B./ Schnee, M. (Hrsg.): „Gesundheitsmonitor 2002, Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft“. Gütersloh 2002, S. 112-129.

¹⁵⁸ Siehe Lauterbach, Karl/Lüngen, Markus u.a.: „Zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung“. In: Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, 1, 2006, S. 1 - 13.

einem Bruttoeinkommen von unter 1.500 Euro lediglich eine Lebenserwartung von 78,4 Jahren errechnet werden kann (bei Männern: 71,1 Jahre), liegt die berechnete Lebenserwartung von Frauen mit einem Bruttoeinkommen von über 4500 Euro mit 87,2 um fast zehn Jahre höher (bei Männern: 80,0 Jahre).¹⁵⁹

Eine ähnliche Korrelation wurde im Rahmen der *Nationalen Verzehrsstudie II* im Januar 2008 aufgezeigt, bei der rund 20.000 Bürger und Bürgerinnen zwischen 14 und 80 Jahren im gesamten Bundesgebiet befragt, gemessen und gewogen wurden (Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel 2008). Diese Studie konnte eine Korrelation zwischen Bildung und Körpergewicht nachweisen: je höher der Schulabschluss, desto geringer ist der Anteil der Personen mit Übergewicht bzw. Adipositas. Während unter den männlichen Absolventen der Haupt- bzw. Volksschule 74,5% übergewichtig oder von Adipositas betroffen waren, lag diese Zahl bei männlichen Absolventen mit (Fach-)Hochschulreife mit 54,9% um knapp 20%-Prozentpunkte niedriger. Bei Absolventinnen der Haupt- bzw. Volksschule waren 65,6% von Übergewicht oder Adipositas betroffen. Unter den Absolventinnen mit (Fach-) Hochschulreife waren dies 30,9%. Der Anteil der Übergewichtigen bzw. Fettleibigen lag somit bei den Absolventinnen der Haupt- bzw. Volksschule um 34,7% höher als bei Absolventinnen mit (Fach-)Hochschulreife.

Wenngleich sich in einem freiheitlich organisierten Sozialstaat weder die Ernährungsgewohnheiten noch der Lebensstil der Bevölkerung gesetzlich vorschreiben lassen, kann die Gesundheitspolitik auf eine gesundheitsfördernde Lebensführung hinwirken, indem entsprechende Aufklärungskampagnen durchgeführt werden und verhaltenspräventive Maßnahmen unterstützt werden.¹⁶⁰ Doch dies ist eben nur eine Komponente sozial gerechter Gesundheitspolitik.

Eine Möglichkeit zur direkten Einflussnahme auf die Förderung der solidarischen Gesundheitsversorgung bietet hingegen die Organisation des Gesund-

¹⁵⁹ Der Indikator *Lebenserwartung* kann allerdings nur bedingt zur Beurteilung des Erfolgs oder Misserfolgs eines Gesundheitssystems herangezogen werden, da er auch von weiteren Faktoren abhängt, die nicht direkt durch die Gesundheitspolitik beeinflusst werden können, z.B. Umweltfaktoren wie Luftverschmutzung oder Zugang zu sauberem Trinkwasser und gesunden Lebensmitteln. Die Gesundheitspolitik kann Missstände an diesen Schnittstellen nur in begrenztem Umfang kompensieren. Besonders die Public-Health-Forschung weist auf die Zusammenhänge zwischen Gesundheitspolitik und anderen sozialen Politikfeldern wie etwa der Verbraucherpolitik hin.

¹⁶⁰ Vgl. Bäcker, Gerhard/Naegele, Gerhard u.a. : a.a.O..

heitswesens. Die Politik kann darauf hinwirken, dass der Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen allen Gesellschaftsschichten gleichermaßen offen steht, unabhängig vom Wohnort, dem Alter oder der Einkommenssituation.

Diese Art sozialer Gerechtigkeit soll im deutschen Gesundheitswesen vor allem durch das Solidarprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung herbeigeführt werden. Demnach richtet sich der individuelle Beitrag nach dem Einkommen des Versicherten, was gewährleisten soll, dass alle Mitglieder gemäß ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit beitragen und zugleich den gleichen Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen haben. Dabei sollen die folgenden Mechanismen zur Solidarität in der GKV beitragen:

- Kontrahierungszwang: Der GKV ist es untersagt, Bewerber aufgrund ihres Gesundheitszustandes oder ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit abzulehnen.
- Ausgleich des Morbiditätsrisikos: Gesunde Versicherte zahlen für kranke mit. Die GKV darf (im Gegensatz zur PKV) keinen Risikozuschlag bei einer befürchteten höheren Krankheitsanfälligkeit (Morbidität) einzelner Bewerber verlangen. Somit zahlen gesunde Beitragszahler für krankheitsanfälligeren mit. Um zu vermeiden, dass eine Krankenkasse ungleich höhere Ausgaben hat, weil sie über besonders viele krankheitsanfällige Versicherte verfügt, ist zusätzlich ein Umverteilungsverfahren in die GKV eingeführt worden, das diese Risiken gerechter zwischen den Kassen verteilen helfen soll (der so genannte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich).
- Einkommensunabhängige Inanspruchnahme: Jeder Versicherte hat in der GKV das gleiche Anrecht auf medizinische Leistungen, unabhängig von seinem einkommensbezogenen Versicherungsbeitrag.
- Generationengerechtigkeit: Die höheren Ausgaben für Rentner werden nur zum Teil durch deren eigene Beiträge ausgeglichen. Die überschüssigen Kosten werden durch erwerbstätige Versicherte mitgetragen.
- Familienlastenausgleich: Nicht berufstätige Ehepartner und Kinder sind ohne Zusatzkosten mitversichert. Dies bedeutet, dass Ledige und Kinderlose an den entstehenden Mehrkosten überproportional beteiligt werden.

Trotz dieser Mechanismen kann der deutschen Gesundheitspolitik gemessen am Ziel der gesundheitsbezogenen Solidarität aus mehreren Gründen keine positive Diagnose ausgestellt werden.

(1.) Die Beitragsbemessungsgrenze schränkt das Solidaritätsprinzip ein. Der Beitrag für Erwerbstätige, deren monatliches Bruttoeinkommen oberhalb der gesetzlich festgelegten Grenze von 3.600 Euro liegt, wird nur bis zu dieser Grenze berechnet. Das heißt, dass Versicherte mit einem deutlich über dieser Grenze liegenden Einkommen relativ weniger belastet werden als Versicherte der unteren und mittleren Einkommensgruppen. (2.) Einkommensstarke Bürger, Beamte und Selbständige sind von der Versicherungspflicht ausgenommen. Die gesetzliche Versicherungspflicht bezieht sich nur auf die unteren und mittleren Einkommensbezieher und deren Familienmitglieder. Arbeitnehmer, deren monatliches Bruttoeinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von aktuell 4.012 Euro liegt, sind ebenso wie Selbständige und Beamte nicht gezwungen, sich an der solidarischen Finanzierung des gesetzlichen Krankenversicherungssystems zu beteiligen. Stattdessen können sie einen Vertrag mit einer privaten Krankenversicherung abschließen, deren Leistungsspektrum in der Regel breiter ausfällt als das der GKV. Zu den üblichen Sonderleistungen der privaten Krankenversicherungen (die im Gegensatz zum Sachleistungsprinzip der GKV nach dem Kostenerstattungsprinzip erstattet werden) gehören beispielsweise bei Krankenhausaufenthalten die Unterbringung im Einzelzimmer und die Chefarztbehandlung. 2006 verfügten ca. neun Millionen Bundesbürger über eine private Krankenversicherung. (3.) Die steigenden Kosten für die Versorgung der Rentner stellen das System der Generationengerechtigkeit zunehmend in Frage. Die gesamten Beitragszahlungen der Rentner beliefen sich im Jahr 2007 auf 32,3 Milliarden Euro, was 23% der gesamten Einnahmen der GKV ausmacht. Diesen Einnahmen standen im selben Jahr Leistungsausgaben von 67,5 Milliarden Euro gegenüber, was exakt 50% der gesamten Ausgaben der GKV entspricht. Da dieses Missverhältnis weiter zunehmen dürfte, besteht die Gefahr, dass die Chancengleichheit der jüngeren Generation zunehmend beeinträchtigt wird. Aufgrund des demographischen Wandels ist davon auszugehen, dass die Beiträge zur GKV einen weiter steigenden Anteil am Einkommen ausmachen werden. (4.) Die Finanzierung der GKV ist der neu ausgerich-

teten Familienpolitik (bislang) nicht angeglichen worden. Angesichts der zunehmenden staatlichen Investitionen in Kinderbetreuungsangebote wird diskutiert werden müssen, inwieweit die kostenlose Mitversicherung erwerbsfähiger, aber nicht erwerbstätiger Ehepartner dem Solidarprinzip widerspricht. Das staatlich organisierte und geförderte ganztägige Kinderbetreuungsangebot ist schließlich ökonomisch betrachtet erst dann sinnvoll, wenn auf diese Weise eine höhere Erwerbstätigenquote erzielt werden kann. Die kostenlose Mitversicherung erwerbsloser Ehepartner schafft gegenläufige Anreize.

2.3.2.3 Qualität und Verfügbarkeit ärztlicher Leistungen

Der Leistungsumfang, der deutschen Versicherten geboten wird, umfasst ein größeres Spektrum als die entsprechende Versorgung in den meisten anderen Sozialstaaten und reicht über eine Grundversorgung im Krankheitsfall hinaus.¹⁶¹ Die meisten Krankenkassen bieten ihren Versicherten über die hochwertige Versorgung im Krankheitsfall individuelle Zusatzleistungen (wie z.B. spezielle Kursangebote in Fitnessstudios oder auch Vorsorgeuntersuchungen), die gesundheitsbewusstes Verhalten fördern und die Prävention stärken sollen. Wenngleich die privaten Zuzahlungen im Rahmen der Kostendämpfungsmaßnahmen der vergangenen 40 Jahre zugenommen haben,¹⁶² fallen sie nicht höher aus als in anderen europäischen Staaten. Im internationalen Vergleich spielt die Rationierung von Leistungen im deutschen Gesundheitswesen eine kaum feststellbare Rolle.

Auch Wartezeiten, wie sie vor allem in staatsnahen Systemen üblich sind, waren in der deutschen Gesundheitsversorgung bislang weitestgehend unbekannt. Die wohnortnahe Versorgung sowohl durch Allgemeinmediziner als auch durch Fachärzte war bislang eines der Qualitätsmerkmale des deutschen Gesundheitswesens.¹⁶³

Doch aufgrund der Emigration von Ärzten, des Wegzugs aus strukturschwachen Regionen und der verschlechterten Arbeitsbedingungen der Ärzte mehren sich die Anzeichen für eine drohende flächendeckende Unterversorgung in

¹⁶¹ Vgl. Beske, Fritz/Drabinski, Thomas/Golbach, Ute: „Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich, eine Analyse von 14 Ländern“. Band 1, Kiel 2005.

¹⁶² Vgl. Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: a.a.O., S. 96.

¹⁶³ Vgl. Beske, Fritz/Drabinski, Thomas/Golbach, Ute: a.a.O.

dünn besiedelten Regionen Deutschlands, in deren Folge künftig mit einer Zunahme an Wartezeiten zu rechnen sein dürfte. Betraf diese Entwicklung bislang hauptsächlich den Osten Deutschlands, lässt sich dieser Trend nun zunehmend auch in den alten Bundesländern erkennen. Die Verfasser des vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO) herausgegebenen Ärzteatlas betonen, „dass die aktuelle vertragsärztliche Versorgung nicht durch einen generellen Mangel an Ärzten, sondern durch erhebliche Allokationsprobleme in der Versorgungsdichte“¹⁶⁴ gefährdet sei. Dieser Einschätzung widerspricht hingegen eine Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer.¹⁶⁵ Diese kommt zu dem Schluss, dass deutlich mehr Absolventen für den Arztberuf gewonnen werden müssten, damit es nicht „auf breiter Front“ zu Versorgungsengpässen in Deutschland komme. Letztlich sei die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in Gefahr.¹⁶⁶ Die unterschiedlichen Einschätzungen finden ihre Erklärung in der unterschiedlichen Bestimmung dessen, was in Bezug auf die gültigen Verhältniszahlen für den allgemein bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung als Unterversorgung zu bezeichnen ist. Während die Verfasser des Ärzteatlas Unterversorgung (in Anlehnung an die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses) dann als gegeben sehen, wenn der Grad in der hausärztlichen Versorgung weniger als 75, in der fachärztlichen weniger als 50% der gesetzlich vorgesehenen Verteilungsdichte der Ärzte beträgt, spricht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im hausärztlichen Bereich bereits bei einem Versorgungsgrad von unter 90% von einem „extremen Ärztemangel“.¹⁶⁷

Von Unterversorgung im ambulanten Bereich sind nach der Definition der KBV die ostdeutschen Bundesländer besonders stark betroffen. So sank etwa die Zahl der Hausärzte im Zeitraum von 1999 bis 2006 in den neuen Bundesländern um 7,8%, wie Abbildung 10 zeigt.¹⁶⁸ Hinzu kommt, dass im Jahre 2006

¹⁶⁴ Siehe Klose, J./Rehbein, I./Uhlemann, T.: „Ärzteatlas – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten“. Bonn 2008, S. 5.

¹⁶⁵ Kopetsch, Thomas: „Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung“. Studie der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin 2007.

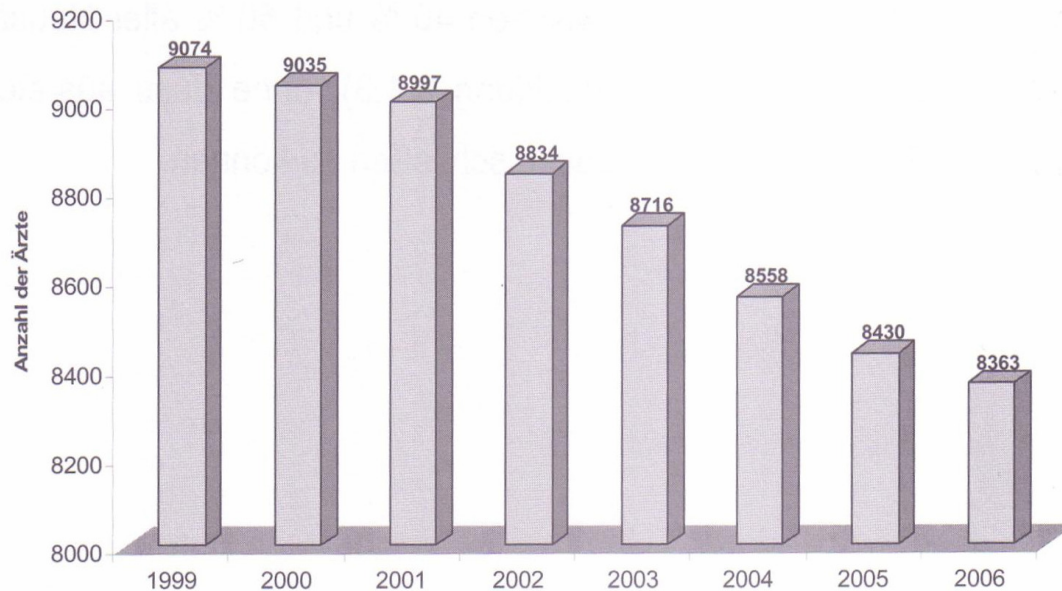
¹⁶⁶ Ebd. S. 157.

¹⁶⁷ Ebd. S. 86.

¹⁶⁸ Kopetsch, Thomas: a.a.O., S. 84.

30% aller ostdeutschen Hausärzte über 59 Jahre alt waren, sodass mit einer weiteren Verschärfung der Lage in den nächsten Jahren zu rechnen sein dürfte.

Abbildung 10: Anzahl der Hausärzte in Ostdeutschland



Quelle: Bundesarztregister der KBV, 2006

Trotz der sich anbahnenden Wartezeitenproblematik erzielt das deutsche Gesundheitssystem gemessen am Ziel Qualität und Verfügbarkeit ärztlicher Leistungen ein insgesamt positives Ergebnis.

2.3.3 Politische Reformansätze

Die gesundheitspolitischen Steuerungsmechanismen sind komplex und erschweren die Vermittlung notwendiger Reformmaßnahmen gegenüber den Bürgern. Dies liegt zum einen an den zahlreichen staatlichen, semistaatlichen und privatwirtschaftlichen Akteuren mit ihren spezifischen Interessen und zum anderen an den unterschiedlichen Ebenen, auf denen weitreichende gesundheitspolitische Entscheidungen gefällt werden.¹⁶⁹ Trotz dieser Komplexität lässt sich die Gesundheitspolitik zur Profilierung parteipolitischer Konzepte nutzen. Denn gerade

¹⁶⁹ Vgl. Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: a.a.O.. Zu den Entscheidungsebenen und Akteuren in der Gesundheitspolitik siehe außerdem Kapitel II.1.2 und Kapitel II.2.2.3. dieser Arbeit.

„die Gesundheitspolitik eignet sich wie kaum ein anderes Feld für den politischen Tausch von staatlichen (Sozial-)Leistungen gegen Akzeptanz bzw. Wählerstimmen zwischen Regierung und Bevölkerung.“¹⁷⁰

So wird etwa die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als ein grundsätzliches Recht aller Bürger wahrgenommen. Einschränkungen des meist umfangreichen Leistungsangebots durch offene oder verdeckte Rationierung würden entsprechend von den jeweils in der Opposition befindlichen Parteien als politisches Versagen der jeweiligen Regierung interpretiert werden können. In Zeiten steigender Kosten für die Gesundheitsversorgung können daher jene politische Parteien profitieren, die sich zu wählerwirksamen Behauptungen hinreißen lassen, denen zufolge der bestehende Leistungsumfang auch ohne einschneidende finanzielle Belastungen beibehalten werden könne. Derartige Behauptungen gehörten stets zum Repertoire von (in der Opposition befindlichen) Parteien, wenn es um die Einführung neuer Zuzahlungen, um die Erhöhung des Beitragssatzes oder etwa um die Einführung der Praxisgebühr ging.

Die für soziale Sicherungssysteme typische Pfadabhängigkeit hat dazu beigetragen, dass die Bismarcksche Grundausrichtung auch heute noch als wesentliche Grundlage für die aktuellen Reformansätze im deutschen Gesundheitssystem dient. Dennoch zeigen die jüngsten gesundheitspolitischen Entwicklungen, dass daneben vermehrt Einflüsse aus anderen Gesundheitssystemen zum Tragen kommen, dass also (auch) bestimmte Merkmale der sozialdemokratischen und liberalen Systemtypen aufgegriffen werden. Die jüngsten Gesundheitsreformen, insbesondere das 2007 verabschiedete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, dokumentieren das problematische Unterfangen, diese zum Teil widersprüchlichen gesundheitspolitischen Neuausrichtungen bzw. Reformansätze zusammenzuführen.

¹⁷⁰ Urban, Hans Jürgen: „Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System“. Berlin 2003, S. 16.

2.3.3.1 Finanzierungsalternative Gesundheitsfonds: Zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale

Das GKV-WSG war der Versuch eines Kompromisses grundverschiedener Reformansätze. Ein solcher Kompromiss war in der Großen Koalition notwendig geworden, da die im Vorfeld diskutierten Reformvorschläge von CDU/CSU und SPD zur Finanzierung des Gesundheitssystems einander diametral gegenüberstanden.¹⁷¹ Die Unionsparteien befürworteten in ihrem Regierungsprogramm 2005 im Wesentlichen eine Beibehaltung der traditionellen Bismarckschen Strukturen und legten sowohl aufgrund der angebotsorientierten wirtschaftspolitischen Überzeugung als auch mit Blick auf die Klientel der Arbeitgeber ihren Schwerpunkt auf die Finanzierbarkeit des Systems.¹⁷² Vor dem Regierungsbündnis mit der SPD warb die CDU zur Lösung der finanziellen Herausforderungen des Gesundheitssystems für die Gesundheitsprämie (auch ‚Kopfpauschale‘ genannt). Vornehmliches Ziel dieses Finanzierungsinstruments, bei dem die GKVen für jeden erwachsenen Versicherten einen einheitlichen kostendeckenden Beitrag erhalten hätten, war die Loslösung des Arbeitgeberanteils von der allgemeinen Ausgabensteigerung in der GKV. Der Arbeitgeberanteil wäre festgeschrieben worden und somit von weiteren Beitragssatzsteigerungen nicht mehr betroffen gewesen. Hauptkritikpunkt an diesem Konzept war, dass es der solidarischen Finanzierung des Gesundheitssystems widerspräche. Schließlich hätte nach diesem Modell jeder Versicherte, unabhängig von seinem individuellen Einkommen, den gleichen Beitrag an die GKV abführen müssen; lediglich sozial Schwache hätten einen Anspruch auf staatliche Zuschüsse gehabt. Die SPD stellt aufgrund nachfrageorientierter wirtschaftspolitischer Überzeugungen und als Repräsentantin der Arbeitnehmer traditionell das Solidaritätsziel in den Mittelpunkt ihrer Gesundheitspolitik, wobei auch sie dem Ziel Finanzierbarkeit zunehmend Bedeutung beimisst.¹⁷³ Um diese beiden Ziele möglichst ins Gleichgewicht zu bringen, schlug sie 2005 als Alternative zur Gesundheitsprämie die Einführung einer Bürgerversicherung als Finanzierungsgrundlage vor. Hierbei hätten sämtliche Bürger (also neben den Besserverdienenden auch Be-

¹⁷¹ Zu den verschiedenen Reformoptionen siehe Hajen, Leonhard/Paetow, Holger/Schumacher, Harald: a.a.O., S. 295ff.

¹⁷² Vgl. Bandelow, Nils C.: „Gesundheitspolitik: Zielkonflikte und Politikwechsel trotz Blockaden“. a.a.O., S. 159 - 176.

¹⁷³ Ebd.

amate und Selbständige) einen individuellen, an das Arbeitseinkommen prozentual gekoppelten Beitrag in die GKV als Pflichtversicherung einzahlen sollen (siehe Wahlmanifest der SPD 2005).¹⁷⁴ Dieses Finanzierungsmodell hätte zwar die Solidarität unter den Versicherten gefördert, zugleich aber die Äquivalenz zwischen den gezahlten Beiträgen und den tatsächlich verursachten Kosten, insbesondere bei den Besserverdienenden, weiter beeinträchtigt.

Da aufgrund dieser gegensätzlichen Ansätze weder die Kopfpauschale noch die Bürgerversicherung in der Großen Koalition durchsetzbar waren, einigten sich die Koalitionsparteien nach eineinhalb Jahren harter Auseinandersetzungen auf die Einführung des Gesundheitsfonds, der Merkmale beider Finanzierungsmodelle aufgreift. Einerseits zeigt der Fonds Merkmale des Prämienmodells auf, da die Krankenkassen zukünftig einen (von Alter, Geschlecht und Morbidität abhängigen) einheitlichen Beitrag pro Versichertem erhalten sollen, andererseits werden die Beiträge weiterhin einkommensabhängig erhoben, was dem Prinzip der Bürgerversicherung entspricht. Dennoch bleibt bei diesem Kompromiss die Frage nach einer nachhaltigen Finanzierung weitgehend unberücksichtigt, da der Beitragssatz zwar nivelliert, aber die Einkommensbasis der Krankenkassen nicht erhöht wird. Es bleibt abzuwarten, ob der Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds zu einer graduellen Neuausrichtung der Finanzierung führen wird. Eine Ausweitung des Steueranteils würde das deutsche Gesundheitssystem dabei näher an die staatsnahen Gesundheitssysteme sozialdemokratischer Prägung heranführen und die Autonomie der Selbstverwaltungsorgane einschränken.¹⁷⁵

¹⁷⁴ Diskutiert wurde jedoch, inwieweit auch Kapitalerträge wie Mieteinnahmen, Zinsen und Aktiengewinne zur Berechnung des individuellen Beitragssatzes hätten herangezogen werden sollen.

¹⁷⁵ Es ist bislang allerdings ungewiss, ob sich der Gesundheitsfonds als Finanzierungsmodell langfristig durchsetzen wird, oder ob es im Rahmen einer veränderten Regierungskonstellation zu einer Revision oder Weiterentwicklung kommen wird. In welche Richtung der Gesundheitsfonds umgestaltet werden könnte, oder ob er überhaupt Bestand haben wird, dürfte dabei von der Zusammensetzung einer künftigen Regierungskoalition und somit wohl auch von den ‚kleineren‘ Parteien abhängen, also der FDP, den Grünen und der Linken. Die beiden letztgenannten Parteien sprachen sich im Vorfeld der vergangenen Wahlen ebenfalls für mehr oder weniger radikale Bürgerversicherungsmodelle aus. So forderte die Linke (damals Die Linke. PDS) in ihrem Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2005 zusätzlich eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100 Euro. Außerdem forderte sie auf den Arbeitgeberanteil bezogen, die bisherigen Lohnnebenkosten durch eine Wertschöpfungsabgabe zu ersetzen, um sicherzustellen, dass auch Unternehmen mit wenigen Beschäftigten in die Finanzierung des Gesundheitssystems einbezogen werden.

2.3.3.2 Reform der Versorgungsstrukturen

Durch die vorgesehene Angleichung des Beitragssatzes bleibt den Krankenkassen auf der Einnahmeseite nur wenig Raum, sich im Wettbewerb voneinander zu unterscheiden. Lediglich der Zusatzbeitrag und die Rückzahlung von Überschüssen an die Versicherten bieten besser wirtschaftenden Kassen die Möglichkeit, Versicherte durch finanzielle Anreize anzuwerben. Um dennoch ein Wettbewerbsverhältnis zwischen den Kassen zu bewahren, wurde ihnen mit dem GKV-WSG die Möglichkeit eingeräumt, ihren Versicherten Selbstbehalt- und Rückerstattungstarife anzubieten. So können Kassen ihren Versicherten künftig Beiträge zurückerstatten, wenn diese im Laufe eines Jahres keine Kosten verursachen. Ein solches Anreizsystem soll zudem zu einer höheren Konkurrenzfähigkeit im Vergleich zu den privaten Kassen führen, wo solche Tarife seit jeher üblich sind. Außerdem sind die gesetzlichen Krankenkassen nunmehr dazu verpflichtet, den Versicherten alternative Tarife zu bestimmten Versorgungsstrukturen, wie etwa dem Hausarztmodell, anzubieten. Bei diesen Modellen werden die Versicherten verpflichtet, sich bei Erkrankungen zunächst an ihren Hausarzt zu wenden, der als „Lotse“ bei Bedarf Facharztbesuche veranlassen kann. Auf diese Weise soll unter anderem vermieden werden, dass Patienten zur Behandlung von Bagatellerkrankungen teure Facharztleistungen in Anspruch nehmen. Um verschiedene Modelle dieser hausarztzentrierten Versorgung zu erproben, sieht das GKV-WSG vor, dass die Krankenkassen entsprechende Verträge direkt mit qualifizierten Hausärzten oder Hausarztverbänden abschließen, ohne Beteiligung der KVen.

Über die Neuregelung der Versicherungsstrukturen hinaus wurden im Rahmen des GKV-WSG auch einige Strukturreformen in der Selbstverwaltung und der Versorgungslandschaft eingeleitet. Insbesondere die gesetzlich vorgeschriebene Zusammenlegung der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen zu

Die FDP fordert hingegen die Beseitigung des Umlageverfahrens und stattdessen die Einführung einer privaten Pflichtversicherung für alle Bürger, die allerdings nur Leistungen erbringt, die im Krankheitsfall unabdingbar sind. Alle weiteren Leistungen sollen nach diesem Konzept für jeden einzelnen Versicherungsteilnehmer optional sein. Oberender stützt diese liberale Ausrichtung. Er beklagt den Verzicht auf die Steuerung mit Hilfe von Preisen. Dadurch werde nicht nur die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen völlig preisunempfindlich (was zu einer *Freifahrermentalität* führe), sondern dieser Verzicht erzeuge bei den Versicherten zudem den Anreiz, die Summe der nachgefragten Leistungen zu maximieren und zugleich eigene Anstrengungen, die dem Erhalt der eigenen Gesundheit dienen, zu verringern. Es ist daher unwahrscheinlich, dass der Gesundheitsfonds bei einer Regierungsbeteiligung der FDP Bestand haben könnte.

einem gemeinsamen Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die sektorübergreifende Zusammenführung der Beschlussgremien des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Verpflichtung der privaten Krankenversicherungen zur Einführung eines Basistarifs ohne Kontrahierungszwang wird von den Selbstverwaltungsorganen und von großen Teilen der Leistungserbringer als eine Zunahme staatlicher Einflussnahme auf Kosten der bisherigen Autonomie gewertet. Ebenso wenig wie die Vereinheitlichung des Beitragssatzes sind nach Auffassung der führenden Ärzteverbände diese Maßnahmen dazu geeignet, mehr Wettbewerb in das System zu bringen.¹⁷⁶

2.3.4 Europapolitische Implikationen für das Gesundheitssystem Deutschlands

Wer den Integrationsprozess in der Gesundheitspolitik mit einem ‚Kampf um Kompetenzen‘ umschreiben möchte, kann dessen Implikationen für die nationalen Gesundheitssysteme treffend als ‚zweischneidiges Schwert‘ bezeichnen. Schließlich lassen sich Auswirkungen des gesundheitspolitischen Integrationsprozesses auf die nationalen Systeme meist in zweifacher Weise – nämlich positiv und negativ – bewerten. In Bezug auf die Implikationen die der Integrationsprozess für die deutsche Gesundheitspolitik bislang gehabt hat, lassen sich mindestens drei Aspekte entsprechend ambivalent interpretieren:

1. Von der innereuropäischen Ärztemigration profitieren die Gesundheitsversorgungsstrukturen in Deutschland insofern als entstehendem Ärztemangel in strukturschwachen Regionen durch eine gezielte Anwerbung ausländischer Ärzte entgegengewirkt werden kann. Während im Jahr

¹⁷⁶ Auch durch die Stärkung der ‚Integrierten Versorgung‘ erhofft sich das BMG einen wettbewerbsfördernden Effekt. Die zusätzliche finanzielle Förderung soll die Leistungserbringer im Rahmen dieses Versorgungskonzeptes zu einer verstärkt sektorübergreifenden Zusammenarbeit zwingen und auf diese Weise kostspielige Doppeluntersuchungen verringern. Zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung können sich verschiedene Leistungsanbieter zusammenschließen, die dann, wie bei der hausarztzentrierten Versorgung, ohne die KVen direkt Versorgungsverträge mit den Krankenkassen vereinbaren können und somit nicht auf die gleiche Weise von den üblichen Budgets abhängig sind. Es ist davon auszugehen, dass die KVen zukünftig immer häufiger aus den Honorarverhandlungen ausgeschlossen werden, da die gesetzlichen Krankenkassen die neu geschaffenen Versorgungsmodelle nutzen werden, um direkt mit den einzelnen Leistungserbringern zu verhandeln. Entsprechende Entwicklungen können bereits in Baden-Württemberg beobachtet werden, wo sich Hausärzte bei ihren Verhandlungen mit der AOK nicht länger ausschließlich von ihrer KV, sondern vom Ärzteverband Medi vertreten lassen. Dies würde zwangsläufig zu einer weiteren Schwächung der KVen führen.

2000 nur 682 ausländische Ärzte in den neuen Bundesländern tätig waren, erhöhte sich diese Zahl bis 2006 auf 2.259, was eine Steigerung um 230% bedeutet.¹⁷⁷ In den alten Bundesländern nahm diese Zahl im gleichen Zeitraum von 10.969 auf 13.821 zu, was immerhin einer Steigerung von 26% entspricht. Zugleich wandern jedoch deutsche Ärzte vermehrt ins europäische Ausland ab, um ihren Beruf dort vorübergehend oder langfristig auszuüben. Während im Jahr 2001 nur 1.437 Ärzte ins Ausland abwanderten, waren es im Jahr 2006 bereits 2.575.¹⁷⁸ Wie die Zulassungen deutscher Ärzte in anderen EU-Staaten zeigen, sind inzwischen über 10.000 deutsche Ärzte im EU-Ausland beschäftigt, davon 4.129 in Großbritannien, 1.457 in Österreich und 1.116 in Schweden.¹⁷⁹ Leider existieren keine stichhaltigen Angaben zur Altersstruktur der emigrierenden Ärzte. Mehrere Projekte der Wirtschaftsakademie Schleswig-Holstein, im Rahmen derer deutsche Ärzte für eine Tätigkeit im schwedischen Gesundheitssystem vorbereitet wurden, zeigen jedoch, dass es vor allem junge deutsche Medizinabsolventen sind, die vorübergehend oder langfristig abwandern. Als Hauptargumente für die Migration werden dabei unbefriedigende Arbeitsbedingungen in Deutschland, die Vorzüge des Angestelltenverhältnisses im schwedischen Gesundheitssystem, die finanzielle Herausforderung einer eigenen Praxisgründung in Deutschland und Abenteuerlust genannt.

2. In einer Entscheidung des EuGHs aus dem Jahr 2003 wurde bestätigt, dass die freie Wahl von ambulanten Gesundheitsdienstleistungen und -gütern mit Kostenerstattung auch für die deutsche eigentlich auf dem Sachleistungsprinzip beruhende GKV zutrifft.¹⁸⁰ Dies eröffnet einen großen Entfaltungsraum für sowohl individuelle als auch institutionelle grenzüberschreitende Aktivitäten mit deutscher Beteiligung, da sich Patienten nun gezielt zur ambulanten Behandlung ins EU-Ausland begeben

¹⁷⁷ Worunter jedoch auch eine Vielzahl Ärzte fällt, die aus dem außereuropäischen Ausland (vor allem Russland) nach Deutschland gekommen sind. Vgl. Kopetsch, Thomas: a.a.O., S. 84. Tab. 9.2 auf S. 145.

¹⁷⁸ Kopetsch weist darauf hin, dass diese Zahlen erst seit dem Jahr 2001 und nur in 14 der 17 Ärztekammern erhoben werden. Um die Abwanderung der übrigen drei Kammern einzubeziehen, basieren die genannten Zahlen auf entsprechenden Hochrechnungen.

¹⁷⁹ Vgl. ebd., S. 147. Die größte Zahl emigrierter deutscher Ärzte findet sich jedoch in den USA (2.694) und in der Schweiz (2.565).

¹⁸⁰ Siehe Busse, Reinhard/Riesberg, Annette: a.a.O., S. 250.

können, was die Angebotsvielfalt erhöht. Busse und Riesberg gehen allerdings davon aus, dass grenzüberschreitende ambulante Dienstleistungen finanziell im deutschen Gesamtsystem kaum auffallen werden, und dass die zu erwartenden Zunahmen sich auf die Grenzregionen beschränken werden.

„Dennoch könnten zahnärztliche Leistungen, elektive Behandlungen und gewisse hochpreisige medikamentöse Behandlungen in EU-Ländern mit niedrigen Preisen einigen Einfluss auf Gesundheitsausgaben ausüben. Im Krankenhaussektor wird erwartet, dass die Behandlung europäischer und internationaler Patienten weiter zunehmen wird, insbesondere von Ländern mit Wartelisten.“¹⁸¹

Darüber hinaus können, ausgehend von dieser Rechtsprechung, Projekte zwischen Krankenversicherungen und den drei gesundheitspolitischen Handlungsebenen zur gezielten Kosten sparenden und Wartezeiten abbauenden Nutzung gemeinsamer Versorgungsstrukturen entwickelt und abgeschlossen werden. Zugleich ist abzusehen, dass diese Entwicklung die KVen bei ihrer Bedarfsplanung zukünftig vor neue Herausforderungen stellen wird, da sich der Bedarf an ärztlichen Leistungen in Grenzregionen schwieriger einschätzen lassen wird.

3. Auch die Anpassung des nationalen Gesundheitsmarktes an die Vorgaben des europäischen Binnenmarktes wirkt sich ambivalent auf das deutsche Gesundheitssystem aus. Bislang schränken die tendenziell überregulierten Gesundheitssysteme, strikte Kosten- und Qualitätskontrollen sowie die Versorgung, die im nationalen Kontext erfolgt, den Handel mit Gesundheitsleistungen in der EU erheblich ein:

„Während der europäische Binnenmarkt in vielen Bereichen bereits gelebte Realität ist, genießen viele Gesundheitsleistungen noch den protektionistischen Schutz der nach außen weitgehend abgeschotteten nationalen Gesundheitssysteme. Aber die nationalen Gesundheitssysteme öffnen sich schritt-

¹⁸¹ Ebd., S. 250.

weise, und damit auch der innereuropäische Markt für Gesundheitsleistungen.“¹⁸²

Dieser Protektionismus hat sowohl die Leistungserbringer als auch die Krankenversicherungen in Deutschland bislang weitgehend vor Konkurrenz aus dem Ausland geschützt. Dies könnte sich mit einer weiteren Öffnung des Gesundheitsmarktes ändern. Zukünftig steht zu erwarten, dass sich diese Öffnung neben dem bisher stattfindenden Handel mit Gesundheitsgütern wie Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, auch auf den Handel mit Gesundheitsdienstleistungen, wie ärztlichen Leistungen und Versicherungsleistungen, auswirken wird.¹⁸³ Durch eine vorausschauende Anpassung des Angebots lassen sich die neuen Freiräume dieser Marktöffnung jedoch auch positiv für die deutschen Anbieter nutzen. Eine solche Entwicklung würde zudem eine beschäftigungsfördernde Wirkung hervorrufen können:

„In einem deregulierten Gesundheitssystem, in dem die wachstums- und beschäftigungshemmenden Faktoren beseitigt wären, könnte sich die Zahl (der zusätzlich geschaffenen Arbeitsplätze im Jahr 2020; Anm. d. Verf.) gar auf insgesamt 1,2 Millionen Arbeitsplätze verdoppeln.“¹⁸⁴

Trotz der ambivalenten Bewertung der europäischen Implikationen für das deutsche Gesundheitssystem und trotz der Hürden, die zur Integration des EU-Rechts in nationales Recht überwunden werden müssen, überwiegen in der Bilanz die positiven Auswirkungen, die der europäische Einfluss auf die deutsche Gesundheitspolitik entfaltet hat. Notwendig ist für die weitere Entwicklung jedoch, dass die deutsche Politik die Gesundheitspolitik auf EU-Ebene proaktiv mitgestaltet.¹⁸⁵ Nur auf diese Weise lässt sich sicherstellen, dass den spezifischen Interessen und Bedürfnissen von Sozialversicherungssystemen bei der Integration der europäischen Gesundheitspolitik Rechnung getragen wird.

¹⁸² Siehe Zimmermann, Thomas: „WATTS going on? – Der europäische Gesundheitsmarkt und wie die europäische Gesundheitspolitik die nationalen Gesundheitssysteme beschäftigt“. In: Klusen, Norbert/ Meusch, Andreas: „Wettbewerb und Solidarität im europäischen Gesundheitswesen“. Baden-Baden 2006, S. 104 - 119, hier S. 105.

¹⁸³ Siehe Zimmermann, Thomas: a.a.O., S. 105.

¹⁸⁴ Ebd., S. 106.

¹⁸⁵ Vgl. Busse, Reinhard/Riesberg, Annette: a.a.O., S. 250.

2.3.5 Fazit

Gemessen an den gesundheitspolitischen Zielen nachhaltige Finanzierbarkeit, Solidarität sowie Qualität und Verfügbarkeit ärztlicher Leistungen können die Ergebnisse der Reformanstrengungen seit den siebziger Jahren für das deutsche Gesundheitssystem nur bedingt überzeugen. Zwar erreichen sowohl das Gesundheitsniveau als auch die Versorgung in Deutschland vordere Platzierungen im internationalen Vergleich, die Chance auf eine „gute“ Gesundheit hängt indes auch von sozialen Faktoren ab – wer besser verdient, muss sich beispielsweise nicht am solidarischen Umlageverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligen. Zudem werden die finanziellen Auswirkungen des demographischen Wandels und die Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts noch immer hauptsächlich durch steigende Belastungen der Beitragszahler aufgefangen, was auch durch die Einführung des Gesundheitsfonds nicht geändert würde. Politische Maßnahmen haben bisher keine Kehrtwende in der Gesundheitspolitik einzuleiten vermocht und bislang existiert auch kein Reformansatz, der eine ausgewogene Optimierung aller drei genannten Ziele ermöglichen würde.

Auch das GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz war lediglich ein gesundheitspolitischer Kompromiss und wird nicht die ‚Heilung‘ des kränkelnden Gesundheitssystems gewährleisten können. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob diese Reform der erste Schritt in Richtung einer weitreichenden gesundheitspolitischen Restrukturierung gewesen ist. Denn wenngleich die einzelnen Maßnahmen des GKV-WSG keine eindeutige Stoßrichtung für die zukünftige Entwicklung des Gesundheitssystems aufzeigen, wurde durch die Lockerung der bislang starren Strukturen des Gesundheitssystems der Weg für eine weitreichende Neuausrichtung bei entsprechenden politischen Mehrheitsverhältnissen in Bundestag und Bundesrat gelegt. Beispiele hierfür sind die Einführung alternativer Versorgungsmodelle und neuer Wahltarife, die zu einer Schwächung der KVen führen, oder auch die Umstrukturierung der Selbstverwaltungsorgane, die durch staatliche Eingriffe in ihrer Autonomie eingeschränkt wurden und künftig wohl intensiver als bisher durch parteipolitische Interessen beeinflusst werden.

In welche Richtung sich das deutsche Gesundheitssystem in Zukunft entwickeln wird – ob vermehrt Elemente des sozialdemokratischen oder des liberalen Systemtyps aufgegriffen werden – lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt kaum abschätzen und hängt von den zukünftigen politischen Konstellationen ab. Mit Sicherheit lässt sich lediglich feststellen, dass die Kosten für ein „gesundes“ Gesundheitssystem zukünftig weiter steigen werden. Für die Politik bedeutet dies zum einen, dass sie nach weiteren Möglichkeiten zur Verbreiterung der Einnahmehasis wird suchen müssen, und zum anderen dass die Bürger noch intensiver als bisher auf diese Kostensteigerung vorbereitet werden müssen. Die europäische Dimension nimmt in der deutschen Gesundheitspolitik bisher noch immer einen untergeordneten Rang ein. Dieser geringe Stellenwert lässt sich auf die befürchteten Nachteile zurückführen, die sich aus einer Anpassung an den europäischen Gesundheitsmarkt ergeben könnten, missachtet jedoch die Vorteile, die das deutsche Gesundheitssystem bereits heute aus der Integration im Gesundheitsbereich gezogen hat und vernachlässigt ebenso die Chancen, die sich für die Bürger in versorgungstechnischer und wirtschaftlicher Hinsicht zukünftig ergeben können.

2.4 Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme: Fallbeispiel Schweden

Das schwedische Gesundheitswesen hat seinen Ursprung in der skandinavischen Ausprägung des Wohlfahrtsstaates, dem so genannten „Nordischen Modell“. ¹⁸⁶ Wesentliche Bestandteile dieses Modells sind der umfassende und durch Steuern finanzierte soziale Schutz aller Bürger und eine Dominanz des staatlichen Sektors bei der Verwirklichung dieses Schutzes. Kennzeichnend für das schwedische Gesundheitssystem in seiner heutigen Form ist eine Verflechtung der Gesundheitsversorgung mit anderen Zweigen des Sozialschutzes. Nach diesem (weiter als etwa in Deutschland reichenden) Verständnis von Ge-

¹⁸⁶ Stellvertretend für die Masse an Literatur zur Entwicklung und Reform des „Nordischen Modells“ siehe: Nordlund, Anders: „Resilient welfare states – Nordic welfare state development in the late 20th century“. Umeå 2002; Rothholz, Walter: „Wohlfahrts-Skandinavien“. Berlin 2003; Timonen, Virpi: „Restructuring the Welfare State. Globalization and Social Policy Reform in Finland and Sweden“. Cheltenham/Northampton 2003; Hishow, Ognian N.: „Das Wirtschafts- und Sozialmodell der nordischen EU-Mitglieder. Wachstum, Innovation und gesunde Haushalte trotz hoher Staatsquote.“ SWP-Aktuell 47/2005 oder auch Windwehr, Jana: „Das nordische Sozialmodell – Erfolgsgeschichte oder Anachronismus“. In: Gawrich, A./Knelangen, W. Windwehr, J., (Hrsg.): „Sozialer Staat – soziale Gesellschaft? Stand und Perspektiven deutscher und europäischer Wohlfahrtsstaatlichkeit. Opladen 2008 (im Erscheinen).

sundheitspolitik kommt dem Staat, auch im Bereich des Gesundheitsschutzes, eine erhebliche Verantwortung zu. Beispiele sind die Verpflichtung der Provinzverwaltungen, umfassende Präventionsprogramme für Kindergartenkinder anzubieten, kontinuierliche Gesundheitsaufklärung anhand von Anzeigenkampagnen und Fortbildungsmaßnahmen zu organisieren und die Vorbeugung des Alkoholmissbrauchs durch einen streng staatlich reglementierten Zugang zu alkoholischen Getränken.

Konnten bei der Analyse des deutschen Gesundheitssystems in jüngerer Zeit Ansätze einer stärkeren staatlichen Kontrolle und Zentralisierung ausgemacht werden und die Übernahme einzelner (weniger) Merkmale steuerfinanzierter Gesundheitssysteme festgestellt werden, so lässt sich hingegen für das schwedische Gesundheitssystem – bis heute das Paradebeispiel steuerfinanzierter Gesundheitssysteme – eine allmähliche Zunahme liberaler Merkmale ausmachen. Hierzu zählen insbesondere die Dezentralisierung der Gesundheitsversorgung, die ihren Anfang in den siebziger und achtziger Jahren fand, sowie die seit den neunziger Jahren zunehmende Einbindung privater Leistungserbringer sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Diese Liberalisierungstendenzen beziehen sich jedoch kaum auf die Einnahmenseite des Gesundheitssystems. Das schwedische Gesundheitswesen wird noch immer zu 85% über Steuern finanziert.¹⁸⁷ Die Kosten für das Gesundheitssystem belaufen sich auf rund neun Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Dabei macht die durch die Provinziallandtage erhobene Einkommenssteuer mit 71% den größten Teil aus. Staatliche Beihilfen (16%) und Patientenzuzahlungen (drei Prozent) sowie andere Einnahmequellen tragen zur Finanzierung des Gesundheitssystems nur geringfügig bei.¹⁸⁸ Lediglich ca. 1,5 Promille der Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung werden von privaten Krankenversicherungen getragen.¹⁸⁹

¹⁸⁷ Siehe OECD Health Data 2007.

¹⁸⁸ Vgl. Sweden.se: „Das schwedische Gesundheitswesen“. Januar 2007.

¹⁸⁹ Meist werden private Versicherungen von Unternehmen abgeschlossen, die ihre Angestellten zusätzlich absichern wollen. Durch den direkten Zugang zur privatärztlichen Versorgung versuchen Arbeitgeber einen hohen Krankenstand zu vermeiden. Lange Wartezeiten im staatlichen Gesundheitssystem können auf diese Weise umgangen werden. Allerdings sind privat versicherte Bürger nicht von der staatlichen Pflichtversicherung befreit, sodass es sich bei den privaten Versicherungen immer um zusätzlich abgeschlossene Versicherungen handelt. Eine private Versicherung kostet für eine Person mittleren Alters zwischen 220 und 350 Euro im Jahr und setzt eine Gesundheitsprüfung voraus. Insgesamt verfügten 2003 ca. 200.000 Perso-

Glenngård et al. unterteilen die Entwicklung des schwedischen Gesundheitssystems der vergangenen vierzig Jahre in fünf Phasen, denen jeweils prägende Zielsetzungen zu Grunde lagen: (1.) Während der siebziger und achtziger Jahre lag der Reformschwerpunkt auf der *Gleichberechtigung*. Dies umfasste einerseits das Vorhaben, gleiche Voraussetzungen für eine gute Gesundheit zu schaffen, indem ein gesundheitsschonendes Lebensumfeld für alle Bürger geformt werden sollte, und andererseits den Versuch, die Gesundheitsversorgung so auszubauen, dass allen Bürgern ein gleichartiger Zugang zu Gesundheitsleistungen ermöglicht würde. 1970 wurde hierzu die so genannte ‚7-Kronen-Reform‘ durch die sozialdemokratische Regierung verabschiedet. Der Name bezog sich auf den Grundgedanken des Gesetzes, dass jeder Patient maximal sieben schwedische Kronen für einen Arztbesuch bezahlen sollte. Der Staat verpflichtete sich, für alle übrigen Kosten aufzukommen. Vor der Reform mussten Patienten die Kosten eines Arztbesuchs nach dem Kostenleistungsprinzip in voller Höhe selbst begleichen und anschließend der staatlichen Versicherungskasse die Rechnung vorlegen. Erstattet wurden jedoch nur drei Viertel der Kosten. Mit dieser Reform änderten sich auch die Arbeitsbedingungen und Einkommensverhältnisse der meisten Ärzte, die zu einem Großteil zu Angestellten der Provinzen mit einem einheitlichen Lohn und geregelten Arbeitszeiten wurden. Die Ärzte mussten dafür auf die Möglichkeit verzichten, außerhalb der festgelegten Arbeitszeit privat Patienten zu behandeln.¹⁹⁰ In diese Zeit fallen auch die ersten Schritte zur Dezentralisierung der Leistungserbringung. Die Zuständigkeiten wurden im Gesetz zur Kranken- und Gesundheitsversorgung (‚hälso- och sjukvårdslagen‘, (HSL)) von 1982 festgelegt, das bis heute als rechtliche Basis für die Organisation des schwedischen Gesundheitssystems Geltung besitzt. Während zu Beginn der siebziger Jahre lediglich die Verantwortung für die ambulante Versorgung in öffentlichen Krankenhäusern von der staatlichen auf die Ebene der Provinzen (‚län‘) übertragen wurde, erhielten die Provinzen durch das HSL die volle Verantwortung für die Organisation der Leistungserbringung und Versorgung. Diese Entwicklung berührte jedoch nicht die

nen (bzw. 2,3% der Gesamtbevölkerung) über eine solche Versicherung. Vgl. Glenngård, A.H./Hjalte, F./Svensson, M./u.a.: „Health Systems in Transition: Sweden“. Kopenhagen 2005, S. 33.

¹⁹⁰ Zu den Auswirkungen der 7-Kronen-Reform siehe Johansson, K./Serner, U.: „The effects of the 7-crowns reform. II“. In: *Läkartidningen*, Heft 69/1972.

Finanzierung der Gesundheitsversorgung. (2.) In den späten achtziger Jahren verlagerte sich der Schwerpunkt der Reformbemühungen auf eine notwendig gewordene *Kosteneindämmung*. So veränderte die 1985 verabschiedete ‚Dagmar-Reform‘¹⁹¹ die Zuweisung des staatlichen Budgets an die Provinzen. Während die Provinzen zuvor staatliche Zuweisungen auf Grundlage der behandelten Fälle im ambulanten Bereich erhalten hatten, erteilte ihnen der Staat fortan ein Globalbudget, das auf der Bevölkerungsanzahl (unter Berücksichtigung sozialer und demographischer Aspekte) beruhte. Auf diese Weise wurde den Provinzen eine höhere Autonomie auch bei der Vergütung privater Leistungserbringer eingeräumt. Die staatlich organisierte Finanzierung auf der Einnahmeseite veränderten diese Reformen jedoch nicht.¹⁹² (3.) In den neunziger Jahren rückte die *Effizienz* des Gesundheitssystems in den Fokus der schwedischen Gesundheitspolitik. 1992 wurde den Kreisen im Rahmen der ‚Ädel-Reform‘¹⁹³ die Betreuung Pflegebedürftiger und Behinderter übertragen, was zur finanziellen Entlastung der Provinzen und durch den Ausbau lokaler Pflegestationen zu einer effizienteren Nutzung der stationären Kapazitäten führte. (4.) Gegen Ende der neunziger Jahre lag der Schwerpunkt auf *strukturellen Veränderungen* in der Leistungserbringung und Organisation des Gesundheitssystems. (5.) Seit der Jahrtausendwende steht wiederum die *Kosteneindämmung* im Zentrum der gesundheitspolitischen Debatte.¹⁹⁴ Die jüngsten Reformbemühungen zielen zudem darauf ab, den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern zu erhöhen und Effizienzreserven auszuschöpfen. Insbesondere die 2008 amtierende bürgerliche Regierung bemüht sich, die Privatisierung in der Leistungserbringung voranzutreiben, ein Projekt, das allerdings bereits zu Anfang dieses Jahrzehnts unter der sozialdemokratisch geführten Regierung von Göran Persson begonnen wurde.

¹⁹¹ Die Bezeichnung der Reform hat keine sinnstiftende Bedeutung, sondern bezieht sich auf den Umstand, dass sie am 27. September, dem Namenstag ‚Dagmars‘, verabschiedet wurde.

¹⁹² Vgl. Glenngård, A.H./Hjalte, F./Svensson, M./u.a.: a.a.O., S. 95ff.

¹⁹³ Die Bezeichnung ‚Ädelreform‘ leitet sich vom schwedischen Namen der von der Regierung beauftragten Arbeitsgruppe ab, die sich mit der Entwicklung der Altenversorgung beschäftigte (‚Äldredelegationen‘). Vgl. Distriktssköterskeföreningen i Sverige: „PUNK-handboken“, Göteborg 2008, Quelle: <http://www.distriktsskoterska.com/punk/kap3.htm>, Stand: 11.7.2008.

¹⁹⁴ Vgl. ebd. S. 95ff.

2.4.1 Struktur der Gesundheitsversorgung

Die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung teilen sich der Staat, die 21 Provinzverwaltungen („landsting“) und die 290 Kreise („kommuner“). Das Gesetz überlässt den Provinzen und Kreisen ein hohes Maß an Selbständigkeit bezüglich Organisation und Ausgabenfinanzierung der Gesundheitsversorgung. Der Staat hat insbesondere die Kompetenz, allgemeine Zielsetzungen für die Gesundheitsversorgung zu formulieren. Zuständig hierfür ist das Sozialministerium („Socialdepartementet“), das auch die fachspezifischen Behörden beaufsichtigt. Besondere Bedeutung hat die zentrale Aufsichtsbehörde („Socialstyrelsen“), die allgemeine Richtlinien für die Gesundheitsversorgung erlässt und mit der Aufsicht über die Gesundheitsversorgung betraut ist. Neben der Sozialbehörde unterstehen dem Sozialministerium

- eine Behörde, an die sich Patienten wenden können, wenn sie sich falsch oder unzureichend behandelt fühlen („Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd“ (HSAN)),
- eine Behörde zur Bewertung der Qualität medizinischer Innovationen („Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering“ (SBU))
- zwei Behörden für die Beurteilung und Zulassung von Arzneimitteln („Läkemedelsverket und Läkemedelsförmånsnämnden“).

Während die staatliche Ebene Richtlinien und Maßstäbe für die Gesundheitsversorgung vorgibt und deren Ergebnisse überprüft, sind insbesondere die 21 Provinzverwaltungen für die Umsetzung dieser Ziele verantwortlich. So soll sichergestellt werden, dass jedem Bürger der Zugang zu einer „guten Gesundheitsversorgung“ ermöglicht wird, wobei §2a HSL diese gute Versorgung definiert. Demnach soll die Versorgung von guter Qualität und Hygiene sowie leicht zugänglich sein, die Selbstbestimmung des Patienten gewährleisten und in guter kooperativer Zusammenarbeit zwischen Patient und Gesundheitspersonal stattfinden. Um eine so definierte „gute Versorgung“ auch in der hoch spezialisierten Medizin zu erreichen, kooperieren die Provinzverwaltungen miteinander und betreiben acht Regionalkrankenhäuser, die mit den Universitätskliniken des

Staates kooperieren oder die selbst Bestandteil einer Universität sind.¹⁹⁵ Darüber hinaus existieren etwa 70 Provinzkrankenhäuser, die eine fachärztliche Versorgung in den meisten Spezialgebieten anbieten.

Eine wichtige organisatorische Funktion hat der Verband der Provinzregierungen und Kommunen („Sveriges kommuner och landsting“ (SKL)). Der Verband organisiert eine strukturierte Zusammenarbeit der Provinzverwaltungen und sorgt für eine weitgehende Harmonisierung der Gesundheitsversorgung im gesamten Land. Unter anderem führt er Erhebungen zur Gesundheitsversorgung durch und stellt eine Statistik über aktuelle Wartezeiten ins Internet. Die Kreise übernehmen weitgehend die Verantwortung für die Altenbetreuung sowie die Pflege und Unterstützung von pflegebedürftigen Personen und Behinderten, die in Einrichtungen wohnen. Auch die Betreuung dieser Personengruppen in häuslicher Umgebung wird häufig durch die Gemeinden im Auftrag der Provinzverwaltungen durchgeführt.¹⁹⁶

Erste Anlaufstelle für Patienten sind die staatlichen Versorgungszentren („vårdcentral“), die eine breite allgemeinmedizinische Versorgung bieten. Dort arbeiten neben Hausärzten spezialisierte Krankenschwestern („distriktsköterskor“), die über eine besondere Ausbildung verfügen und eigene Sprechzeiten haben. Sie sind u.a. dazu legitimiert, Impfungen vorzunehmen, Wunden zu versorgen und allgemeine medizinische Beratungen durchzuführen. Die Arbeit dieser Krankenschwestern soll dazu beitragen, den Hausarzt zu entlasten, damit sich dieser hauptsächlich mit im engeren Sinne medizinischen Tätigkeiten befassen kann. Die Gesundheitszentren beschäftigen weiter Ernährungsberater, Krankengymnasten und Personal aus dem Rehabilitationsbereich. Insgesamt gibt es rund 1.000 öffentliche Versorgungszentren, die ausschließlich ambulante Versorgung leisten. In weniger dicht besiedelten Gebieten ergänzen kleinere Hausarztpraxen dieses Angebot. Neben den öffentlichen Einrichtungen nimmt die Zahl privater Leistungsanbieter kontinuierlich zu, die allerdings überwiegend im Auftrag von Provinzverwaltungen arbeiten.

Die stationäre Versorgung findet, wie die gesamte fachärztliche Versorgung, in den rund 70 Krankenhäusern der Provinzen statt und setzt üblicherweise eine

¹⁹⁵ Über internationales Renommee verfügen beispielsweise das Karolinska Universitetssjukhus in Stockholm und das Sahlgrenska Universitetssjukhus in Göteborg.

¹⁹⁶ Vgl. Regeringskansliet: „Hälsa- och sjukvården i Sverige“, Faktablad Nr.15, Mai 2005.

Überweisung durch einen Allgemeinarzt voraus. Notfallaufnahmen sind fast ausschließlich an Krankenhäusern lokalisiert, wobei zusätzlich ein Beratungsnetz von Allgemeinärzten zur Verfügung steht, das in Notfällen aushilft. Das reibungslose Ineinandergreifen der Versorgungskette scheidet jedoch häufig daran, dass sich Patienten direkt an Krankenhäuser wenden, weil sie hier eine bessere und zügigere Versorgung erwarten als in den Versorgungszentren. Dies verschärft die Wartezeitenproblematik im Krankenhaus.

2.4.2 Defizite des Gesundheitssystems

Nach einer Umfrage im Januar 2007 bezeichneten 65% der schwedischen Bevölkerung die Organisation ihres Gesundheitssystems als gut, sehr gut oder exzellent.¹⁹⁷ Die Studie zeigt jedoch in Übereinstimmung mit anderen Studien, dass trotz der überwiegenden Wertschätzung des Gesundheitssystems Unzufriedenheit mit einzelnen Aspekten der Versorgung besteht. So wird erstens über zu lange Wartezeiten vor einem Arzttermin sowie über weitere Wartezeiten zwischen Diagnose und Behandlung geklagt, zweitens über einen Mangel an Fachkräften und drittens über die schwierige Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen.

2.4.2.1 Wartezeiten

Wartezeiten werden als das größte Defizit der Gesundheitsversorgung in Schweden wahrgenommen. Auch in einem Bericht des Eurobarometers vom Dezember 2007 wurde diese Wahrnehmung bestätigt. Befragt nach der Zugänglichkeit zur fachärztlichen Versorgung, antworteten lediglich 38% der schwedischen Befragten, dass dieser leicht oder sehr leicht sei. In keinem anderen der 27 EU-Staaten wurde ein noch niedrigerer Wert erreicht. Der EU-Durchschnitt lag bei 62%.¹⁹⁸ Nur unwesentlich besser ist nach Einschätzung der schwedischen Bevölkerung die Erreichbarkeit der haus- und familienärztlichen Versorgung. Hier nimmt Schweden mit 68% vor Portugal (62%) den vorletzten

¹⁹⁷ Vgl. Baromètre Cercle Santé – Europ Assistance, Januar 2007.

¹⁹⁸ Special Eurobarometer: "Health and long-term care in the European Union". Veröffentlicht im Dezember 2007, S. 45. Quelle: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf, Stand: 3.3.2008.

Platz in der EU ein. Hier lag der EU-weite Durchschnitt bei 84%.¹⁹⁹ Diese Wahrnehmung wird von den Statistiken des SKL bestätigt. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts waren die Wartezeiten in Schweden länger als in nahezu allen vergleichbaren Industriestaaten. Beispiele waren Wartezeiten von über zwölf Monaten bei der Behandlung von grauem Star oder bei Eingriffen am Hüftgelenk. Selbst bei der Behandlung von Krebserkrankungen mussten Patienten lange Wartezeiten hinnehmen und konnten in Einzelfällen nicht mehr rechtzeitig behandelt werden. Neben diesen Auswirkungen der Zugangsregulierung zur Gesundheitsversorgung war auch die telefonische Erreichbarkeit der Gesundheitszentren teilweise ungenügend, so dass weder eine telefonische Gesundheitsberatung erfolgen noch ein Arzttermin vereinbart werden konnte. Lediglich in Großbritannien mussten Patienten ähnlich lange oder länger auf eine medizinische Versorgung warten. Dies zwang die Regierung zu handeln.

Obwohl sich der schwedische Staat ohnehin verpflichtet hat, seinen Einwohnern eine angemessene Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, beschloss die Regierung unter Göran Persson vor dem Hintergrund immer länger werdender Wartelisten 2005 die Wiedereinführung einer Gesundheitsfürsorgegarantie (*vårdgaranti*).²⁰⁰ Die zwischen dem Staat und den Provinzverwaltungen geschlossene Garantie soll zum einen helfen, die Wartezeiten insgesamt einzudämmen, und zum anderen die Einhaltung landesweit einheitlicher maximaler Wartezeiten in der öffentlichen Gesundheitsversorgung sicherstellen. Die Gesundheitsfürsorgegarantie beinhaltet im Wesentlichen drei Komponenten:

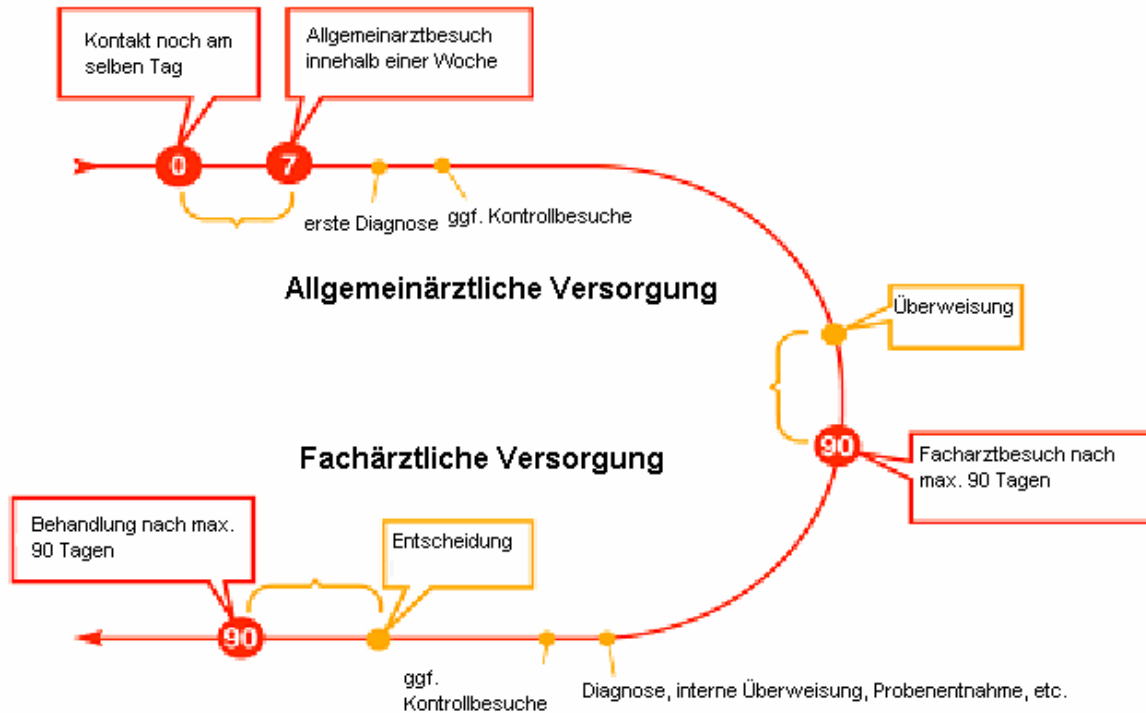
1. Eine Besuchsgarantie, die gewährleisten soll, dass jeder Patient innerhalb eines Tages telefonischen oder direkten Kontakt zu einem Gesundheitszentrum und spätestens nach sieben Tagen einen Termin erhält.
2. Eine Behandlungsgarantie, deren Ziel es ist, dem Patienten innerhalb von drei Monaten eine Behandlung anzubieten.
3. Eine Garantie, die sicherstellen soll, dass die Gesundheitsversorgungsstrukturen so gestaltet sind, dass jedem Patienten der Besuch bei einem nahe gelegenen Hausarzt ermöglicht werden kann.

¹⁹⁹ Ebd. S. 49.

²⁰⁰ Bereits 1991 hatte es einen Versuch gegeben, die Wartezeiten auf einen bestimmten Zeitraum zu beschränken. 1997 wurde diese erste Gesundheitsfürsorgegarantie abgeschafft. Glenngård, A.H./ Hjalte, F./ Svensson, M./ u.a.: a.a.O., S. 76.

Die Garantie bezieht sich nicht auf Art und Umfang der Behandlung, sondern lediglich auf die Zeit zwischen der ersten Konsultation bis zur Behandlung.

Abbildung 11: Zeitablauf medizinischer Versorgung nach der Gesundheitsfürsorgegarantie



Quelle: Sveriges kommuner och landsting, eigene Bearbeitung und Übersetzung.

Wie in Abbildung 11 dargestellt, soll dem Patienten der erste Kontakt mit einem Gesundheitszentrum umgehend ermöglicht werden. Die Garantie sieht vor, dass innerhalb einer Woche ein Termin bei einem Allgemeinarzt gegeben wird. Abhängig von der Diagnose und von weiteren Kontrollbesuchen soll der Patient nach einer Überweisung nicht länger als 90 Tage auf einen Termin bei einem Facharzt warten. Dieser entscheidet, ob der Patient einer Behandlung unterzogen werden muss. Vom Tag der Entscheidung bis zur eigentlichen Behandlung sollen wieder maximal 90 Tage vergehen dürfen. Im Ergebnis bedeutet dies, dass von der ersten Kontaktaufnahme des Patienten mit einem örtlichen Gesundheitszentrum bis zur Behandlung ein halbes Jahr vergehen kann. Diese Zeit kann sich noch verlängern, wenn zur Diagnose weitere Kontrollbesuche oder Überweisungen zwischen verschiedenen Fachärzten notwendig sind. So kann ein Patient selbst im Rahmen der Gesundheitsfürsorgegarantie mehr als ein halbes Jahr warten müssen, bevor er behandelt wird. Teil der Übereinkunft

ist ferner, dass eine regelmäßige Evaluation der Wartezeiten stattfinden und veröffentlicht werden soll.

Die Gesundheitspolitik war zwar kein dominierendes Thema bei den schwedischen Reichstagswahlen 2006, doch bot die unzureichende Gesundheitsversorgung mit langen Wartezeiten in der ambulanten und stationären Versorgung für die bürgerliche Allianz Raum zur politischen Profilierung. Ihre Parole lautete: „Mit so hohen Steuern dürfte es eigentlich überhaupt keine Wartezeiten geben“.²⁰¹ Die am 1.11.2005 landesweit wieder eingeführte Gesundheitsfürsorgegarantie wurde daher als „dünn und schwach“²⁰² verurteilt. Sie sei ein „politisches Blendwerk, mit dem Ziel, sozialdemokratisches Misslingen zu verbergen.“²⁰³

Dabei handelt es sich bei der Gesundheitsfürsorgegarantie eigentlich nicht wirklich um eine Garantie, da die Provinzverwaltungen bei Nichteinhaltung von keinen rechtlichen Konsequenzen betroffen sind, abgesehen davon, dass die Einwohner einer Provinz nach Ablauf der vorgegebenen Wartezeit das Recht haben, sich auf Kosten ihrer Heimatprovinz in einer anderen Provinz behandeln zu lassen. Die so genannte Garantie hat also weder Gesetzesqualität noch verpflichtet sie die Provinzregierungen zum Handeln. Sie ist eher eine Übereinkunft zur Reduzierung von Wartezeiten in der öffentlichen Gesundheitsversorgung zwischen dem Staat und den Provinzverwaltungen, eine Übereinkunft die höchstens politisch-moralischen Druck erzeugen kann. So werden die Provinzverwaltungen durch das große Öffentlichkeitsinteresse, das die Einführung der Garantie erzeugt hat, zum Handeln gezwungen. Schließlich möchte keine Provinzverwaltung bei den halbjährlich veröffentlichten Berichten zur Entwicklung der Wartezeiten schlecht abschneiden. Ein mangelhaftes Abschneiden beim Abbau von Wartezeiten könnte in der Bevölkerung zur Forderung nach Rücktritt der Provinzverwaltung führen.

Der schwedische Versuch, Wartezeiten durch eine Übereinkunft zwischen Staats- und Provinzebene zu begrenzen, hat bisher nur wenig Erfolg gezeigt. Evaluationen zeigen, dass 2006 keines der Ziele der Übereinkunft erreicht wer-

²⁰¹ Artikel: „Vårdgarantin splittrar alliansen“. In Svenska Dagbladet vom 21.2.2007. Eigene Übersetzung.

²⁰² Ebd.

²⁰³ Ebd.

den konnte.²⁰⁴ Zwar wurden Fortschritte erzielt und Wartelisten verkürzt, doch musste jeder vierte Patient länger als sieben Tage auf einen ersten Termin im Gesundheitszentrum warten. Ebenso mussten 25% aller Patienten 2006 länger als die vorgegebenen 90 Tage auf einen Facharzttermin warten. Besonders problematisch ist die Situation noch immer in den Disziplinen Orthopädie und Chirurgie. Allein in diesen beiden Bereichen warteten nach der letzten Erhebung im November 2006 knapp 7.000 Patienten im gesamten Land länger als 90 Tage auf eine Behandlung. Die Berichte zeigen zudem, dass Patienten nur selten von ihrem Anspruch auf Behandlung in einer anderen Provinz Gebrauch machen, was nicht zuletzt darauf zurückgeführt werden dürfte, dass alle Provinzen mehr oder weniger lange Wartelisten aufweisen und eine Behandlung außerhalb des persönlichen Umfeldes meist mit großen organisatorischen Mühen verbunden ist. Eine wesentliche Reduktion der Wartelisten lässt sich also auf diese Weise offenbar nicht erreichen.

Um Wartelisten zu umgehen, wählen schwedische Patienten daher immer häufiger den Weg ins europäische Ausland. So wurde in einer 2004 veröffentlichten Studie der Versicherungskasse detailliert zusammengestellt, in welchen Staaten sich wie viele in Schweden versicherte Bürger haben stationär behandeln lassen.²⁰⁵

²⁰⁴ Sveriges Kommuner och Landsting: „Vårdgarantins effekter Uppföljningsrapport 4“. Publiziert am 1.11.2006. Quelle: http://www.vantetider.se/images/stories/documents/rapporter/vardgarantins_effekte_rapport.31okt06.pdf, Stand: 20.4.2008. Auch die folgenden Angaben finden sich an dieser Stelle.

²⁰⁵ Försäkringskassan: ”Delrapport – Kartläggning av gränsöverskridande planerad vård inom EU/EES finansierad av Försäkringskassan under år 2004”, Schweden 2005.

Abbildung 12: Zustimmung und Ablehnung des schwedischen Versicherungswesens zu stationären Auslandsbehandlungen im Jahr 2004

Land	Zustimmung	Ablehnung	Anteil an allen Anträgen	Kosten pro Land	Anteil an den Gesamtkosten
Zypern	3	-	1,23%	94.434	0,92%
Dänemark	13	3	6,58%	173.512	1,68%
Dänemark/Deutschland*	-	1	0,41%	-	-
Estland	-	1	0,41%	-	-
Finnland	43	6	20,16%	788.043	7,64%
Frankreich	7	-	2,88%	346.716	3,36%
Griechenland	3	-	1,23%	22.284	0,22%
Irland	-	1	0,41%	-	-
Niederlande	1	-	0,41%	1.362	0,01%
Norwegen	10	-	4,12%	176.182	1,71%
Schweiz	3	-	1,23%	657.446	6,37%
Spanien	27	1	11,52%	666.028	6,46%
Großbritannien	2	-	0,82%	82.742	0,80%
Schweden	-	3	1,23%	-	-
Polen	9	2	4,53%	37.488	0,36%
Tschechien	1	-	0,41%	12.392	0,12%
Deutschland	91	8	40,74%	7.196.670	69,75%
Ungarn	2	-	0,82%	23.740	0,23%
Österreich	1	1	0,82%	38.634	0,37%
Summe	216	27	100%	10.317.673	100%

* bezieht sich auf eine Behandlung die sowohl in Dänemark und Deutschland ausgeführt wurde.
Quelle: Försäkringskassan, eigene Bearbeitung und Übersetzung.²⁰⁶

Aus dieser Tabelle geht hervor, dass sich die Gesamtkosten für stationäre Auslandsbehandlungen im europäischen Ausland (inklusive Schweiz), die durch das schwedische Gesundheitssystem getragen wurden, sich 10.317.673 schwedische Kronen beliefen, was etwa 11 Millionen Euro entspricht. Diese Kosten verteilten sich auf 216 Patienten, die eine entsprechende Genehmigung zur Auslandsbehandlung erhielten.²⁰⁷ Nicht enthalten ist hingegen jene Patientenmobilität, für die kein Antrag auf Erstattung gestellt wurde. Es handelt sich hierbei überwiegend um Krebsbehandlungen sowie orthopädische Operationen, die vorwiegend in Deutschland (99 Fälle), Finnland (49 Fälle) und Spanien (28 Fälle) stattfanden.

Es bleibt jedoch die Frage, warum Wartezeiten überhaupt entstehen. Zwar lassen sie sich auch auf medizinische Notwendigkeiten zurückführen, doch in den meisten Fällen entstehen Wartezeiten aufgrund fehlender Ressourcen oder

²⁰⁶ Quelle: Försäkringskassan 2005: "Delrapport - Kartläggning av gränsöverskridande planerad vård inom EU/EES finansierad av Försäkringskassan under år 2004".

²⁰⁷ Die durch die EU vorgegebene Gesetzeslage zur Genehmigung solcher Behandlungen wird im Kapitel III.1.1.2 ausführlich dargestellt.

niedriger Effizienz. Die Zahl an Ärzten pro Einwohner ist in Schweden nur geringfügig niedriger als in Deutschland; dennoch sind die Wartezeiten in Schweden wesentlich länger. Dies lässt sich möglicherweise mit kürzeren Arbeitszeiten schwedischer Ärzte und der Tatsache erklären, dass im Gegensatz zu Deutschland die überwiegende Zahl der Ärzte als Angestellte des öffentlichen Gesundheitssystems arbeitet. Für deutsche niedergelassene Ärzte besteht ein höherer Anreiz, möglichst viele Patienten zu behandeln und damit Wartezeiten zu vermeiden, da sich dies finanziell zu ihren Gunsten auswirken kann. Dieser Anreiz, möglichst viele Patienten in kurzer Zeit zu versorgen, dürfte bei den angestellten Ärzten schwedischer Versorgungszentren kaum zur Geltung kommen. Sie erhalten keinen leistungsbezogenen Lohn und profitieren nicht von einem höheren Arbeitseinsatz.

Ein landesspezifisches Problem, das die Wartezeiten in Schweden ungünstig beeinflusst, ist die Versorgung in dünn besiedelten Regionen. Aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte und großer Entfernungen insbesondere im Norden des Landes lässt sich das Netz der Gesundheitsversorgung nur bedingt mit den Strukturen in Deutschland oder anderen mitteleuropäischen Ländern vergleichen. Anfahrtswege von über 50 Kilometern auch in Notfällen sind keine Seltenheit. Ein wichtiges Instrument zur Sicherstellung der Versorgung außerhalb von Ballungsgebieten ist der Einsatz von mobilen Krankenschwestern (,distriktsköterskor') mit erweiterten Kompetenzen, deren Aufgabe insbesondere die Betreuung von Patienten in entlegenen Gebieten umfasst. Dies erspart nicht immer die Fahrt zum nächstgelegenen Versorgungszentrum, aber diese Krankenschwestern können helfen, die Situation in ländlichen Gebieten zu entschärfen. Zudem ist es üblich, dass Allgemeinmediziner in ländlichen Regionen während der Woche in verschiedenen Dependancen ihres jeweiligen Versorgungszentrums arbeiten.

2.4.2.2 Ärztemangel

Von den insgesamt etwa 34.200 berufstätigen Ärzten in Schweden werden in den kommenden Jahren voraussichtlich durchschnittlich 1.100 pro Jahr in den Ruhestand gehen. Dies übersteigt geringfügig die jährliche Zahl an Absolventen

der medizinischen Fakultäten in Schweden.²⁰⁸ Die entstehende Differenz kann derzeit zu einem Großteil durch ausländische Ärzte ausgeglichen werden, sodass sich die Ärztezahl in den letzten Jahren auf niedrigem Niveau stabilisiert hat. In einer Prognose des schwedischen Ärzteverbandes wird davon ausgegangen, dass das Wachstum des Gesundheitsmarktes, die Alterung der Bevölkerung und die Bevölkerungszunahme zu einem höheren Bedarf an Ärzten führen werden. Nach dieser Prognose werden 2015 ca. 3.600 Arztstellen nicht besetzt werden können. Dabei wird nicht berücksichtigt, dass bereits heute ein erheblicher Ärztemangel besteht. Allein in den staatlichen Versorgungszentren können etwa 400 von 5.400 Allgemeinarztstellen weder mit einheimischen noch mit eingewanderten Ärzten besetzt werden.

Um einem weiteren Anstieg des Ärztemangels entgegenzuwirken, hat sich die schwedische Regierung dazu entschlossen, in den kommenden Jahren weitere Studienplätze in der Medizin einzurichten. Diese Maßnahme wird voraussichtlich erst in sechs Jahren zu einer leichten Entschärfung der Problematik führen. Daher wählen die meisten Provinzen seit knapp einem Jahrzehnt als Alternative die Strategie der aktiven Rekrutierung ausländischen Personals. Dabei werden auf Messen und Informationsveranstaltungen gezielt ‚EU-Ärzte‘ aller Fachrichtungen mit mehrjährigen Verträgen ins Land gelockt. Insgesamt kommen heute in Schweden ca. 24% der Ärzte aus dem Ausland.²⁰⁹

Der Ärztemangel in Schweden wird sich trotz dieser Anstrengungen in den nächsten Jahren kaum abwenden lassen, da der eigene Nachwuchs fehlt und das knapp bemessene Budget des schwedischen Gesundheitswesens kaum finanzielle Spielräume zur Ausbildung und Einstellung neuer Ärzte zulässt. Zudem führen die eingeschlagenen Lösungswege über Hindernisse. Zwar ist die Bevölkerung über die Hilfe ausländischer Ärzte erfreut, doch eine übermäßige

²⁰⁸ Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor (SNAPS) 2008: „Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna“. Länderübergreifende Arbeitsgruppe der nordischen Ärztevereinigungen zu Prognosen und Facharztausbildungsfragen. 2008, S. 12.

²⁰⁹ Eine weitere Maßnahme zur Bewältigung des Ärztemangels besteht in der Übertragung ursprünglich ärztlicher Zuständigkeiten auf Krankenschwestern. Häufig kommt Krankenschwestern die Aufgabe zu, eine erste einschätzende Diagnose zu stellen. Sowohl in den Versorgungszentren als auch in den Notaufnahmen der Krankenhäuser sollen Krankenschwestern helfen, Patienten aufzunehmen und schwere Fälle von leichteren Fällen zu unterscheiden. Bei leichteren Beschwerden können Krankenschwestern mit der medizinischen Erstversorgung betraut werden, sodass sich die Ärzte nur mit den schwierigeren Fällen beschäftigen müssen. Die Verantwortungsübertragung auf speziell geschulte Krankenschwestern bietet zwar die Möglichkeit, die eigentliche Kompetenz der Ärzte zielgerichteter einzusetzen, doch birgt diese Maßnahme ein erhöhtes Risiko für Fehlindikationen. Die Übertragung ärztlicher Kompetenzen auf andere Berufsgruppen dürfte negative Auswirkungen auf die Qualität der Behandlung haben.

Rekrutierung ausländischer Ärzte könnte insbesondere wegen mangelnder Sprachkenntnisse auf lange Sicht zu sinkender Akzeptanz dieser Strategie führen. Außerdem verursacht die Rekrutierung und Sprachförderung ausländischer Ärzte nicht unerhebliche Kosten und setzt voraus, dass das angeworbene Personal über einen längeren Zeitraum im Land verbleibt.²¹⁰

2.4.2.3 Rationierung im Gesundheitswesen

Der Ressourcenmangel und die Einsicht, dass nicht alles medizinisch Machbare auch finanzierbar ist, haben in Schweden seit Mitte der neunziger Jahre zu einer Diskussion darüber geführt, wie der Leistungskatalog ausgestaltet werden soll. Ein wesentliches Instrument ist dabei das Prinzip der Prioritätensetzung (*prioritering*). Bei der Behandlung von Krankheiten bedeutet dies, dass einigen medizinischen Leistungen ein höherer Nutzwert zugeordnet wird als anderen Leistungen. Die Beurteilungskriterien leiten sich dabei aus dem Gesetz zur Kranken- und Gesundheitsversorgung von 1982 ab. Ausschlaggebend für die Erstellung der Rangfolge medizinischer Leistungen sind die Prinzipien Menschenrechte, Bedürftigkeit, Solidarität und Wirtschaftlichkeit.²¹¹

Das Prinzip der Prioritätensetzung ist im Verständnis der schwedischen Sozialbehörde nicht unmittelbar gleichzusetzen mit Rationierung. Das Erstellen einer Reihenfolge soll zunächst nur dazu dienen, den Nutzwert verschiedener Behandlungen einschätzen zu können und Transparenz für Ärzte und Patienten zu schaffen. Doch im Sprachgebrauch der schwedischen Medien hat sich im Laufe der Zeit eine semantische Annäherung dieser beiden Begriffe vollzogen. Mit der Bezeichnung Prioritätensetzung wird meist eine tatsächlich vorhandene Rationierung euphemistisch umschrieben, wobei im Gesundheitssystem unter Rationierung die Vorenthaltung von Leistungen verstanden wird. In der Bevölkerung setzt sich immer stärker der Eindruck durch, dass mit der Prioritätensetzung tatsächlich eine Einschränkung des Leistungskatalogs durch die staatlichen Behörden gemeint ist.

²¹⁰ Jedoch kann, eine langjährige Anstellung vorausgesetzt, die Rekrutierung auch ökonomisch sinnvoll sein, da die Arztausbildung ebenfalls hohe Kosten verursacht.

²¹¹ Vgl. Liss, Per-Erik: „Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys“. Linköping 2004. S. 13.

Dennoch hat die intensive öffentliche Debatte zur Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung einen positiv zu bewertenden Aspekt: die schwedische Bevölkerung setzt sich aktiv mit den Auswirkungen der verschlechterten finanziellen Situation des Gesundheitssystems auseinander. Die Prioritätensetzung wird so transparent wie möglich gehandhabt, sodass jeder Bürger Einschnitte und Ausweitungen des Leistungskatalogs mitverfolgen und diskutieren kann. Diese Transparenz führt zu einer höheren Akzeptanz gesundheitspolitischer Entscheidungen in der Bevölkerung.²¹²

2.4.3 Europapolitische Implikationen für das Gesundheitssystem Schwedens

Schon lange vor dem Beitritt Dänemarks, Schwedens und Finnlands zur EU bestanden zwischen diesen Staaten (sowie Norwegen und Island) eine Tradition enger Zusammenarbeit und das Gefühl kultureller Zusammengehörigkeit. Diese Verbindung gründet auf sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Eigenschaften, die diese Staaten teilen.²¹³ Vor allem die drei erstgenannten Staaten besitzen in vielerlei Hinsicht Gemeinsamkeiten, die über die gemeinsame Geschichte hinausreichen.²¹⁴ In diesen Staaten entwickelten sich in den Nachkriegsjahren eben jene Wohlfahrtsstaatsmodelle, die zusammengefasst auch unter dem Begriff ‚Dritter Weg‘²¹⁵ bekannt wurden und „in mancher Hinsicht eine erfolgreiche Synthese zwischen kapitalistischem Effizienzanspruch und sozialistischem Gleichheitsideal darstellte“²¹⁶. Das ‚Dritte-Weg‘-Konzept beinhaltete zudem den Versuch, politisch unabhängig zu bleiben und sich nicht der Ost-West-Konfrontation zu unterwerfen.²¹⁷

Zudem trugen sprachliche und kulturelle Übereinstimmungen sowie die relativ geringe Bevölkerungsgröße aller skandinavischen Länder zu einer intensiven

²¹² Vgl. zum Verständnis der Prioritätensetzung auch Carlsson, Jörg: „Prioriteringar‘ in Schweden – Prioritätenlisten als ‚aktive‘ Rationierung“. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 5/2005, S. 264ff und Preusker, Uwe K.: „Skandinavische Gesundheitssysteme: Priorisierung statt verdeckter Rationierung“. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 14/2007.

²¹³ Vgl. Rerup, L.: „Der Norden und Europa“ In: Salewski, M.: „Nationale Identität und Europäische Einigung“, Göttingen – Zürich 1991, S.113 – 124, hier S. 113.

²¹⁴ Vgl. Fitzmaurice, J.: „Politics in Denmark“, London 1981, S.153 ff.

²¹⁵ Zum Begriff „Dritter Weg“ und dessen Umsetzung und Erfolgsbilanz in Dänemark siehe Frenzel, M.: „Neue Wege der Sozialdemokratie“, Wiesbaden 2002, S. 292.

²¹⁶ Schumacher, T.: „Die nordische Allianz in der Europäischen Union“, Opladen 2000, S. 100.

²¹⁷ Vgl. Rerup, L.: a.a.O., S. 122 und Thiel, E.: „Die Europäische Union“, Opladen 1998, S. 32.

multilateralen Kooperation in unterschiedlichen Politikfeldern bei. Besonders in grenznahen Regionen konnten Kooperationen auch zwischen den Gesundheitssystemen und Versorgungsstrukturen auf dieser Basis etabliert werden. Hierzu zählen beispielsweise mehrere Projekte im Bereich der grenzüberschreitenden Notfallversorgung, wie die Projekte „Health Emergency Planning and Cooperation in the Øresund Region“ in der dicht besiedelten Öresundregion mit den Metropolen Kopenhagen und Malmö und „Räddningshelikopter i Kvarken“, welches die gemeinsame Verwendung von Rettungskapazitäten (wie z.B. Rettungshubschrauber) zwischen Norwegen, Schweden und Finnland ermöglicht. Weitere Projekte wurden in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung umgesetzt, z.B. die Projekte „E-Health in the Northernmost Regions of Europe“ zur Förderung der IT-basierten Versorgung, oder auch das „Centre of Excellence in breast and endocrine surgery“ zum Aufbau eines gemeinsamen Netzwerks zur Förderung der Spitzenmedizin zwischen Dänemark und Schweden.²¹⁸ Diese Affinität zu institutionellen grenzüberschreitenden Kooperationen zwischen den nordischen Staaten kann einerseits durch die geographische Nähe zueinander erklärt werden und andererseits auf die hohe Systemkompatibilität zurückgeführt werden. So dürften die vergleichbaren Versorgungsstrukturen, die ähnliche Verteilung der Handlungskompetenzen zwischen Makro-, Meso- und Mikroebene und verwandte Vergütungssysteme die Etablierung gemeinsamer Aktivitäten zwischen den nordischen Gesundheitssystemen begünstigt haben. Ebenso dürfte ein vergleichbares Verständnis von Gesundheitspolitik, zur Bereitschaft zu nordischer Kooperation beitragen. Denn schließlich wird die Gesundheitsversorgung in allen nordischen Systemen traditionell als Bestandteil einer weit gefassten Public-Health-Politik angesehen. Wie in der Einleitung zu dieser Arbeit definiert, umfasst Public-Health neben der Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen auch die Beschäftigung mit den Bedingungen für Gesundheit und den Ursachen von Krankheit, den Wechselwirkungen zwischen Menschen und ihrer natürlichen, technischen und sozialen Umwelt, der Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung – ein Verständnis, das zu Überschneidungen mit den gesundheitspolitischen Kompetenzen der EU führt. Denn es sind genau diese Bereiche, die bei der vertraglich vorgesehenen Ergänzung

²¹⁸ Siehe Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Iögd), Final Report: a.a.O., S. 189ff.

der Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten im Fokus der europäischen Gesundheitspolitik stehen.²¹⁹

Trotz allem lassen sich europapolitische Implikationen in Bezug auf die nordischen steuerfinanzierten Systeme nur bedingt als hinreichender Erklärungsansatz für institutionelle grenzüberschreitende Aktivitäten heranziehen. Zwar hat die Europäische Integration auch in den nordischen Staaten zu vergleichbaren Implikationen für die Gesundheitspolitik wie in den Sozialversicherungssystemen geführt – auch diese Systeme sind zur Anpassung des Rechtsrahmens und des Gesundheitsmarktes an die Bedingungen des europäischen Binnenmarktes gezwungen; auch Schweden nutzt das bestehende Versorgungsgefälle, um eigene Engpässe in der eigenen Versorgungsstruktur zu überwinden und auch die schwedische Gesundheits- und Pharmawirtschaft profitiert von einem wachsenden europäischen Gesundheitsmarkt – dennoch, die Affinität zur überwiegend nordischen Zusammenarbeit lässt sich vielmehr auf geographische und traditionelle Verbindungen sowie auf ein vergleichbares gesundheitspolitisches Verständnis zurückführen.

2.4.4 Fazit

Die schwedische Gesundheitspolitik weist jene Defizite auf, die sich auch in anderen steuerfinanzierten Gesundheitssystemen nachweisen lassen. Wartelisten, Ärztemangel und eine staatliche Einschränkung des Leistungsangebots lassen sich auch in Dänemark oder Großbritannien nachweisen. Dagegen sind die messbaren Ergebnisse der schwedischen Gesundheitspolitik beachtenswert. Sowohl bei der Lebenserwartung als auch beim allgemeinen Gesundheitszustand erreicht das schwedische Gesundheitssystem eine Spitzenposition. Dies dürfte auch mit der engen Verzahnung des Gesundheitswesens mit anderen gesundheitsrelevanten Politikbereichen zusammenhängen.

²¹⁹ Dass sich die nordischen EU-Mitgliedstaaten ihr Know-how im Bereich Public-Health bei der Ausformung der europäischen Gesundheitspolitik zu Nutze machen und in der Lage sind, der sozialpolitischen Integration der EU eine typisch nordische (sozialdemokratische) Ausrichtung zu geben und somit ihren sozialpolitischen Einfluss auf die Integration ausbauen können, wird bei der Diskussion integrationstheoretischer Ansätze aufgezeigt.

2.5 Nationale Kooperationseignung und -affinität

Ziel dieses Kapitels war die Auslotung nationaler Herausforderungen in der Gesundheitspolitik, die eine Einbindung grenzüberschreitender Aktivitäten als alternative, die nationalen Handlungsoptionen komplettierende Maßnahmen begünstigen könnten. Dabei wurde davon ausgegangen, dass die Affinität zur Teilnahme und Initiierung grenzüberschreitender Aktivitäten in den Mitgliedstaaten dann besonders hoch sei, wenn dadurch wesentlichen Fehlentwicklungen begegnet werden könne.

Die ausführliche Darstellung der nationalen Verhältnisse hat gezeigt, dass nicht alle Herausforderungen für multilaterale Lösungsstrategien geeignet sind, da ihre Wurzeln häufig im jeweiligen System begründet liegen. So lassen sich beispielsweise Defizite im Solidarsystem, nur durch nationale Maßnahmen, nicht aber durch grenzüberschreitende Aktivitäten beseitigen. Dahingegen bieten andere Herausforderungen, wie etwa der Ärztemangel oder auch die Wartezeitenproblematik in Schweden breiten Raum für grenzüberschreitende Aktivitäten. Die jeweiligen nationalen Herausforderungen unterscheiden sich und sind teilweise von den vorhandenen Systemtypen und Steuerungsformen abhängig. Diese Heterogenität der Systeme kann im Rahmen grenzüberschreitender Aktivitäten vorteilhaft sein, da es auf diese Weise zu Ergänzungs- und Ausgleichseffekten kommen kann. Der ehemalige Gesundheitskommissar Byrne hat diesen Mechanismus knapp und einleuchtend zusammengefasst:

„To me it is simple common sense. Where there are empty hospital beds in one country and waiting lists in another then cooperation can benefit everyone. By working together the Member States will be able to improve healthcare and shorten waiting times.“²²⁰

Dies bedeutet, dass gezielte Aktivitäten zum Ausgleich des bestehenden Versorgungsgefälles beitragen können, was durch die Zunahme an entsprechenden Aktivitäten vornehmlich in den europäischen Grenzregionen belegt wird. Ebenso bieten solche Projekte, die eine gemeinsame Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen vorsehen, die Möglichkeit Kosten einzusparen, da auf diese Weise eine Doppelung von Versorgungsstrukturen insbesondere in

²²⁰ Byrne, David (the European Commissioner for Health and Consumer Protection). Zitiert in: IP/04/508, Brüssel 21 April 2004.

grenznahen Regionen vermieden werden kann. Die direkten und konkret messbaren Erfolge, die aus grenzüberschreitenden Aktivitäten resultieren können, leisten somit einen kleinen aber nicht zu vernachlässigenden Beitrag zur Problemlösungskapazität in der nationalen Gesundheitspolitik. Zudem tragen entsprechende, bereits realisierte Kooperationsformen zur allgemeinen Kooperationsfähigkeit der Mitgliedstaaten untereinander bei. Hieraus können sich neue Ansätze für eine zusätzliche Einbindung der Europäischen Union ergeben, die zu einer partiellen Systemkonvergenz – also einer begrenzten Angleichung der Gesundheitssysteme – führen dürften.

III Implikationen grenzüberschreitender Aktivitäten für die Integration und Europäisierung der Gesundheitspolitik, Evidenz und Prognose

Die Prüfung der beiden vorangegangenen Hypothesen hat verdeutlicht, dass die nationalen Gesundheitssysteme – mit Einschränkungen – zu grenzüberschreitender Kooperation geeignet und geneigt sind, sofern diese Aktivitäten einen Beitrag zur nationalen Problemlösung in der jeweiligen Gesundheitspolitik leisten und sich die geeigneten Schnittstellen zur Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Systemen identifizieren lassen. Während bis hierher also hauptsächlich die nationalen Voraussetzungen zu grenzüberschreitenden Aktivitäten beleuchtet wurden, werden die folgenden drei Hypothesen die tatsächlichen Implikationen grenzüberschreitender Aktivitäten für die nationale und die supranationale Ebene empirisch und theoretisch untersuchen.

1 Kategorien grenzüberschreitender Aktivitäten

Im folgenden Kapitel soll die Hypothese geprüft werden, dass grenzüberschreitende Aktivitäten, bedingt durch die vier Freiheiten des Binnenmarktes, einen quantitativen und qualitativen Bedeutungszuwachs erfahren haben.

Nationale und europäische Konferenzen zur grenzüberschreitenden Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, eine von der EU eingesetzte ‚Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung‘, eine zunehmende Zahl an wissenschaftlichen Analysen zur Patientenmobilität in den Rechts-, Wirtschafts-, Politik- und Sozialwissenschaften und eine gezielte Förderung grenzüberschreitender Aktivitäten im Gesundheitsbereich durch die Interreg-Strukturfonds stehen im scheinbaren Kontrast zur geringen tatsächlichen grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die europäische Bevölkerung. Übereinstimmend konsta-

tieren entsprechende Forschungsberichte, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch EU-Ausländer in keinem Mitgliedstaat bedeutend mehr als ein Prozent der Gesamtleistungsausgaben ausmacht.²²¹ Wie lässt sich dieser scheinbare Widerspruch auflösen? Wie der folgende Abschnitt zeigen wird, stehen diese beiden Beobachtungen nicht im Widerspruch, sondern lassen sich auf den zügigen quantitativen und qualitativen Bedeutungszuwachs grenzüberschreitender Aktivitäten in den vergangenen zehn Jahren zurückführen.

Wie bereits in der Einleitung angemerkt wurde, ist der in dieser Arbeit genutzte Begriff ‚grenzüberschreitende Aktivitäten‘ eine direkte Übersetzung der international gebräuchlichen Formulierung ‚cross-border (health) activities‘ und umfasst eine Reihe höchst unterschiedlicher Prozesse. Grundlegend lassen sich einerseits solche Aktivitäten unterscheiden, bei denen einzelne EU-Bürger von den vier Freiheiten des Binnenmarktes Gebrauch machen, um ihre persönliche Lebenslage zu verbessern: entweder indem sie Gesundheitsleistungen im EU-Ausland in Anspruch nehmen oder indem sie selbst Leistungen im EU-Ausland anbieten. Diese Aktivitäten werden im Folgenden als ‚individuelle grenzüberschreitende Aktivitäten‘ bezeichnet. Hierzu zählen im Wesentlichen zwei Bereiche: zum einen jene Patientenmobilität, die nicht auf den Strukturen eines öffentlich geförderten Projektes basiert und keinen vorgefertigten Strukturen folgt, sondern individuellen gesundheitlichen Bedürfnissen einzelner Bürger entspringt und zum anderen die Ärztemigration zwischen den Mitgliedstaaten, deren Umsetzung durch die gemeinsame Anerkennung von Diplomen erleichtert worden ist.²²²

²²¹ Vgl. u.a. Erbrich, Malte: „Politikkoordination im Bereich Patientenmobilität“. In der Dokumentation zur Tagung: „Grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich“ am 28.9.2006. Quelle: www.soziale-dienste-in-europa.de, Stand: 23.4.2008, S. 29 - 34, hier S. 29.

²²² Die Konsultationen zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen mündeten 2006 in einer Mitteilung der Europäischen Kommission, in der die verschiedenen Arten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wie folgt zusammengefasst wurden:

„Unterschieden werden:

- grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen (vom Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaates zum Hoheitsgebiets eines anderen), wie telemedizinische Dienstleistungen, Ferndiagnose, Fernverschreibung oder Laborleistungen;
- Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Ausland (d.h. ein Patient fährt zur Behandlung zu einem Dienstleistungserbringer in einen anderen Mitgliedstaat); dies wird als „Patientenmobilität“ bezeichnet. (...);

Im Gegensatz hierzu stehen andererseits jene Aktivitäten in denen staatliche, halbstaatliche oder privatwirtschaftliche Partner aus zwei oder mehr Staaten zusammenarbeiten.²²³ Diese Unternehmungen werden im Folgenden als ‚institutionelle grenzüberschreitende Aktivitäten‘ bezeichnet und lassen sich für die weitere Untersuchung in fünf Kategorien zusammenfassen:²²⁴

- Grenzüberschreitende Versorgung der Patienten und gemeinsame Nutzung von Versorgungsstrukturen: Besonders in dünn besiedelten Regionen der EU bestehen Schwierigkeiten, den Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsfürsorge zu gewährleisten. Da eine flächendeckende Versorgung zu hohen Kosten führen würde, bemühen sich diese Regionen zunehmend darum, Kooperationsabkommen mit angrenzenden Regionen zu schließen, womit eine kostspielige Doppelung entsprechender Gesundheitseinrichtungen vermieden werden soll. Hierzu gehört der gemeinsame Aufbau und Betrieb stationärer Einrichtungen genauso wie die Etablierung praktischer Lösungen zur Nutzung ambulanter Gesundheitsleistungen jenseits der nationalen Grenzen. Die EU fördert im Rahmen ihres Interreg II-IA-Programms den Aufbau entsprechender Versorgungsnetzwerke in zahlreichen ‚Euregios‘. In den knapp dreißig Euregios mit deutscher Beteiligung wird auf diese Weise versucht, „die Lebenssituation der Menschen in den Grenzregionen durch den Gang zum Arzt ‚auf der anderen Seite‘ zu verbessern“.²²⁵ Die vorrangigen Ziele dieser Projekte sind, der Abbau von Wartezeiten, Fahrzeiten zu verkürzen und Versorgungslücken zu schlie-

- ständiger Aufenthalt eines Dienstleistungserbringers (d.h. Niederlassung eines Dienstleistungserbringers in einem anderen Mitgliedstaat), wie beispielsweise lokale Klinikfilialen großer Dienstleistungserbringer und

- vorübergehender Aufenthalt von Personen (d.h. Freizügigkeit von Angehörigen der Gesundheitsberufe, die beispielsweise vorübergehend in den Mitgliedstaat des Patienten fahren, um dort ihre Dienstleistungen zu erbringen).“ Mitteilung der Kommission: Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen, SEC (2006) 1195/4, S. 5ff.

²²³ Siehe Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögD), Dokumentation zum Workshop: „Cross-border activities – good practice for better health“. a.a.O., S. 22.

²²⁴ Gesundheitsbezogene grenzüberschreitende Aktivitäten finden nicht nur innerhalb der Grenzen der EU statt, sondern lassen sich durchaus auch aus globaler Perspektive beleuchten. Da in dieser Arbeit aber die Bedeutung solcher Aktivitäten für den Integrationsprozess der EU analysiert wird, würde eine solche Betrachtung zu weit führen und nicht zweckdienlich sein. Die Formulierung ‚grenzüberschreitende Aktivitäten im Gesundheitswesen‘ bezieht sich im Folgenden daher stets auf den geographischen und politischen Raum der EU.

²²⁵ Merten, Martina: „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Harmonisierung in kleinen Schritten“. In: Deutsches Ärzteblatt 99, Heft49/2002.

Ben.²²⁶ Besonders die Euregios Maas-Rhein, Rhein-Maas-Nord und Rhein-Waal haben bei der Erprobung dieses Konzeptes eine Vorreiterstellung eingenommen und dienen zahlreichen weiteren Euregios als Vorbild für den grenzüberschreitenden Ausbau von gesundheitsbezogenen Versorgungsnetzwerken.

- Ärztlicher Notdienst, Rettungsdienst und Katastrophenschutz: Ähnliche Synergieeffekte wie bei der gemeinsamen Nutzung von Versorgungsstrukturen lassen sich auch beim gemeinsamen Ausbau und Betrieb grenzüberschreitender Rettungsdienste erzielen. Als Problemfelder bei der Kooperation im Rettungswesen wurden in ergänzenden fachbezogenen Studien die Bereiche Finanzierung/Kosten, Recht, Organisation, Kommunikation und Standards/Qualifikation identifiziert.²²⁷
- Gemeinsame Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen: Als ein Beispiel kann das Interreg-geförderte Programm „Standardization of treatment in patients presenting with HIV, HVC, HVB and other infectious pathologies“ zwischen den Krankenhäusern San Remo in Italien und dem Universitätskrankenhaus Nizza in Frankreich genannt werden, bei dem (1.) ein Austauschprojekt für das Krankenhauspersonal initiiert wurde, (2.) die Einführung von telemedizinischen Anwendungen durchgeführt wurde, (3.) gemeinsame Einrichtungen verwendet werden und (4.) artgleiche Patientenakten angelegt wurden.
- Public-Health-Maßnahmen sowie Prävention und Früherkennung von Krankheiten: Die einfache und einleuchtende Feststellung, dass Krankheiten nicht vor Grenzen halt machen, liegt zahlreichen grenzüberschreitenden Aktivitäten im Gesundheitsbereich zugrunde. Die Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten und die Verringerung von negativen Umwelteinflüssen auf die Gesundheit können hierbei als bedeutende Zielsetzungen hervorgehoben werden
- E-Health: Wesentliche Trends im Bereich E-Health werden in multinationalen Projekten vorangetrieben. Das Projekt, das in der EU dabei bislang die größten Fortschritte erreicht hat, ist die Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte. Während es hierbei in erster Linie um ab-

²²⁶ Vgl. ebd.

²²⁷ Siehe Pohl-Meuthen, U. u.a., Grenzüberschreitender Rettungsdienst – Wunsch und Wirklichkeit“. In: Notfall & Rettungsmedizin, Heft 8/2006. S. 679 - 684.

rechnungstechnische Optimierungen ging, bewegen sich andere E-Health-Projekte im medizinischen Bereich. Neben der Herausforderung, adäquate informationstechnologische Lösungen zu entwickeln, stehen auch in diesem Bereich die Problemfelder Finanzierung und Kosten sowie einheitliche Standards und Qualifikation im Mittelpunkt. Von herausragender Bedeutung ist zudem die Gewährleistung eines hohen Maßes an Transparenz.²²⁸

Als grenzüberschreitende Aktivitäten im Gesundheitsbereich werden zusammenfassend alle Aktivitäten bezeichnet, bei denen einzelne Personen, öffentliche oder private Einrichtungen und Leistungserbringer Grenzen innerhalb der Europäischen Union überwinden, um gesundheitsbezogene Leistungen zu empfangen, anzubieten oder zu organisieren. Des Weiteren werden hierzu auch jene Aktivitäten gezählt, die dazu dienen, die öffentliche Gesundheit mit Hilfe grenzüberschreitender Ausbildungs- und Präventionsmaßnahmen zu verbessern.²²⁹ Dabei können bi-, tri- oder multilaterale Kooperationen zwischen kommunalen, regionalen, nationalen und/oder europäischen Partnerschaften eingegangen werden oder einzelne Bürger individuell aktiv werden.

1.1 Unabhängige und intervenierende Variablen grenzüberschreitender Aktivitäten

Aufbauend auf den Erkenntnissen, die sich aus der Prüfung der vorherigen Hypothesen ziehen ließen, soll in diesem Abschnitt der Arbeit untersucht werden, welches Ausmaß und welche Qualität grenzüberschreitende Aktivitäten im Gesundheitswesen bis heute tatsächlich erreicht haben. Beantwortet werden

²²⁸Die Europäische Kommission fasst den Nutzen von E-Health-Lösungen wie folgt zusammen: „Informations- und Kommunikationstechnologien (E-Health, Gesundheitstelematik) können die Mobilität und die Kontinuität der Versorgung unterstützen und sogar eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung ermöglichen, ohne dass der Patient oder der Erbringer der Gesundheitsdienstleistung sein eigenes Land verlassen muss.“ Mitteilung der Kommission: Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen, SEC (2006) 1195/4, S. 5ff.

²²⁹Grenzüberschreitende Aktivitäten finden auch in zahlreichen anderen Politikfeldern statt, z.B. im Verkehrswesen, in der Kriminalitätsbekämpfung oder im Umweltschutz. Da diese Aktivitäten für die hier untersuchten Zusammenhänge nicht von Bedeutung sind, wird zur besseren Lesbarkeit im weiteren Verlauf auf den Zusatz „gesundheitsbezogen“ bzw. „im Gesundheitsbereich“ verzichtet.

soll die Frage, ob grenzüberschreitende gesundheitsbezogene Aktivitäten, die als ein Nebenprodukt der im Prinzip ‚uninvited Europeanization‘²³⁰ im Gesundheitsbereich verstanden werden, als nützliches Instrument für die nationale Problemlösungskapazität der Mitgliedstaaten dienen können. In diesem Kontext soll einerseits analysiert werden, welche Auswirkungen die diskutierte institutionelle Systemkompatibilität auf das Zustandekommen und Ausmaß grenzüberschreitender Aktivitäten hat und andererseits inwieweit generelle und systemtypische nationale Herausforderungen die Affinität zu entsprechenden gesundheitsbezogenen Aktivitäten in den jeweiligen Mitgliedstaaten positiv und negativ beeinflussen, ob also grenzüberschreitende Aktivitäten durch bestimmte institutionelle Arrangements eher befördert oder behindert werden.

Hierzu wird ein zweigliedriger Untersuchungsansatz genutzt. Zum einen wird eine generelle Bestandsaufnahme und Diskussion institutioneller grenzüberschreitender Aktivitäten unter besonderer Berücksichtigung solcher Projekte mit deutscher bzw. schwedischer Beteiligung durchgeführt und zum anderen werden das Ausmaß und die Qualität der individuellen Patientenmobilität untersucht. Beiden Ansätzen wird für diese Untersuchung jeweils eine unabhängige Variable zugrunde gelegt, auf die sich wiederum drei intervenierende Variablen auswirken.

Auswertung institutioneller grenzüberschreitender Aktivitäten:

Der erste Teil der hier durchgeführten Untersuchung gibt zunächst einen grundlegenden Überblick über die unterschiedlichen Arten institutioneller grenzüberschreitender Aktivitäten und kategorisiert diese nach Art und Qualität. Dabei wird auf die Hintergründe und Ursachen grenzüberschreitender Aktivitäten eingegangen, um neben den rein rechtlichen Zusammenhängen, in denen sich die entsprechenden Aktivitäten entfalten, vor allem die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen als Erklärungsfaktor mit einzubeziehen. Hierzu werden insbesondere jene Projekte aufgegriffen, an denen Schweden bzw. Deutschland beteiligt sind und mit den Ergebnissen des vorangegangenen Kapitels verknüpft. Für diese politikwissenschaftliche Analyse institutioneller grenzüberschreitender Aktivitäten im Gesundheitsbereich wird das Faktum genereller EU-weit bestehender und prinzipiell aktivitätsfördernder Kontextbedingungen als

²³⁰ Vgl. Greer, Scott L.: „Uninvited Europeanization: Neofunctionalism and the EU in health policy“. In: *Journal of European Public Policy*, Heft 13:1, 2006, S. 134-152.

unabhängige Variable dienen. Motivieren lässt sich diese ‚Hintergrundvariable‘ durch den Umstand, dass der Prozess der bisherigen europäischen Integration allgemein kooperationsfördernde Strukturen geschaffen hat. Hierzu haben zahlreiche Umstände beigetragen, von denen zum Beleg nur einige genannt seien: Die Verwirklichung des Binnenmarktes hat zu einer erheblichen Ausweitung des unionsinternen Handels geführt. Dies hat zu internationalen Netzwerken geführt und die Mobilität der europäischen Bevölkerung erheblich gefördert. Auch bedingt durch die wirtschaftlichen Verflechtungen haben sich gesellschaftliche und kulturelle Verknüpfungen und Überschneidungen über die Grenzen der Mitgliedstaaten hinweg herausgebildet, die den Weg für multinationale Kooperationen geebnet haben. Nicht zuletzt hat die gemeinsame Nutzung natürlicher Ressourcen, wie etwa der Binnengewässer der Union, eine Zunahme grenzüberschreitender Aktivitäten erforderlich gemacht. Bezogen auf die europäischen Gesundheitssysteme bedeutet dies, dass zur Lösung nationaler, regionaler und lokaler Probleme auf bestehende europäische Netzwerke und Verflechtungen zurückgegriffen werden kann bzw. dass solche Netzwerke relativ einfach geschaffen werden können. Als intervenierende Variablen, also als Variablen, die das Zustandekommen, die Entwicklung und Verfestigung grenzüberschreitender Aktivitäten beeinflussen, werden die Kosten-Nutzen-Bewertung der gesundheitspolitischen Akteure der Mitgliedstaaten, die Systemkompatibilität der nationalen Gesundheitssysteme und nationale Besonderheiten in die Analyse einbezogen.

- Kosten-Nutzen-Bewertung: Nur wenn die zu erwartenden Gewinne grenzüberschreitender Kooperationen im ausgewogenen Verhältnis zum erforderlichen Einsatz stehen, sind die Etablierung und Verfestigung entsprechender Strukturen wahrscheinlich. Es wird hier davon ausgegangen, dass sich gesundheitspolitische Akteure nur in grenzüberschreitenden Aktivitäten und Projekten engagieren werden, wenn diesem Engagement eine positive Kosten-Nutzen-Kalkulation aller beteiligten Partner zugrunde liegt. Dies wäre beispielsweise gegeben, wenn die gemeinsame Anschaffung und Nutzung teurer medizinischer Apparaturen zu messbaren Kosteneinsparungen für die beteiligten Gesundheitssysteme führte. Diese Bilanz lässt sich jedoch nicht nur in ökonomischen Kennzahlen ausdrücken. Der Nutzen einer solchen Aktivität kann sich auch in

drücken. Der Nutzen einer solchen Aktivität kann sich auch in anderen schwer messbaren Kategorien äußern. Hierzu zählen etwa solch unbestimmte Begriffe wie ‚gute Nachbarschaft‘, ‚kulturelles und traditionelles Zusammengehörigkeitsgefühl‘ etc. Außerdem können solche Aktivitäten Testzwecken dienen, um auszuloten, wie erfolversprechend eine entsprechende Zusammenarbeit zukünftig sein könnte. Daher muss bei der Bewertung dieser Variablen jeweils der spezifische Kontext der einzelnen Aktivitäten berücksichtigt und gewürdigt werden.

- **Systemkompatibilität:** Die Systemkompatibilität steht als intervenierende Variable mit der letztgenannten Kosten-Nutzen-Kalkulation in enger Verbindung. Von allen denkbaren grenzüberschreitenden Aktivitäten versprechen nur jene sich zu erfolgreichen Projekten zu verfestigen, bei denen eine möglichst ‚reibungslose‘ Zusammenarbeit gewährleistet werden kann. Dies setzt voraus, dass die institutionellen Arrangements der kooperierenden Gesundheitssysteme sich im entsprechenden Bereich so aufeinander abstimmen lassen, dass es zu keinen wesentlichen Reibungsverlusten oder Handlungsblockaden kommt. Dies hängt bei gesundheitsbezogenen Aktivitäten insbesondere von der Art der Finanzierung ab und erschwert besonders die Kooperation zwischen steuerfinanzierten Gesundheitssystemen und solchen mit gesetzlicher Sozialversicherungspflicht. Auch die weiteren Bedingungen für Systemkompatibilität, die bereits in Kapitel II.1 ausführlich dargelegt wurden, werden bei der Analyse der grenzüberschreitenden Aktivitäten herangezogen.
- **Nationale Besonderheiten:** Die Affinität zu grenzüberschreitenden Aktivitäten liegt nicht zuletzt in der allgemeinen gesundheitspolitischen Problemlage der Mitgliedstaaten begründet. So werden beispielsweise Projekte zum Abbau von Wartezeiten besonders von den Systemen unterstützt, in denen eine entsprechende Wartelistenproblematik existiert. Ebenso können einander ergänzende nationale Versorgungsstrukturen zur Affinität zu grenzüberschreitenden Aktivitäten beitragen. Während etwa in den ‚großen‘ Mitgliedstaaten eine Versorgungsstruktur besteht, die eine hochspezialisierte Versorgung im eigenen Land ermöglicht, da entsprechende Fallzahlen innerhalb der eigenen Bevölkerung erreicht werden können, verfügen ‚kleine‘ Mitgliedstaaten nicht immer über entspre-

chende Versorgungsstrukturen, sodass eine Kooperation mit Nachbarstaaten zur Verbesserung der nationalen Versorgungsstrukturen beitragen kann.

Um diese Zusammenhänge zu analysieren, wird im ersten Teil dieser Untersuchung in erster Linie auf bereits bestehende Studien zu institutionellen grenzüberschreitenden Aktivitäten zurückgegriffen. Dabei werden jene Bestandteile extrahiert, die für die Situation in Deutschland und Schweden relevant sind und diese mit zusätzlichen Recherchen ergänzt.

Quantitative und qualitative Untersuchung der individuellen Patientenmobilität:

Als unabhängige Variable dient im zweiten Teil der Untersuchung das Recht aller europäischen Bürger, sich im EU-Ausland in Behandlung zu begeben. Der freien Entfaltung dieses Rechts steht jedoch meist eine Vielzahl verschiedenartiger Hindernisse im Weg.²³¹ Für die im Rahmen dieser Dissertation durchgeführte Studie zur quantitativen und qualitativen Entwicklung der Patientenmobilität wurden die drei Aspekte Erreichbarkeit, Nutzen und Patientenorientiertheit herausgegriffen und als intervenierende Variablen formuliert:

- Erreichbarkeit: Individuelle Patientenmobilität findet bevorzugt dort statt, wo eine vorteilhafte Erreichbarkeit der Leistungserbringung gewährleistet ist. Hierzu wurde untersucht, inwieweit die bisherige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Ausland von der Entfernung zur Grenze abhängt.
- Nutzen: Individuelle Patientenmobilität findet dann statt, wenn dem Patienten hierdurch ein individueller Mehrwert zuteil wird. Hierbei wurde insbesondere untersucht, ob die Patientenmobilität genutzt wurde, um ein Versorgungsgefälle auszugleichen, indem besonders jene Leistungen im Ausland in Anspruch genommen wurden, die nur unzureichend durch das heimische Leistungsspektrum abgedeckt werden.

²³¹ Siehe Leidl, Reiner/Rhodes. Grant: "Cross-border health care in the European Union: An introduction". In: European Journal of Public Health Heft 3/1997 zitiert in Greß, Stefan u.a.: a.a.O., S. 83.

- **Patientenorientiertheit:** Individuelle Patientenmobilität wird durch ‚komfortsteigernde‘ Strukturen begünstigt. In diesem Zusammenhang wurde untersucht, inwieweit durch eine gezielte Ausrichtung des Leistungsangebots an den Bedürfnissen der ausländischen Patienten die Attraktivität einer ausländischen Behandlung gesteigert werden kann.

Dieser zweite Teil der Untersuchung grenzüberschreitender Aktivitäten setzt sich aus der Auswertung der erwähnten Befragung und einer Diskussion der Ergebnisse unter Berücksichtigung der genannten Variablen zusammen. Durch die abschließende Zusammenführung dieser beiden Untersuchungsansätze soll ein umfassendes Bild von den aktuell stattfindenden Arten grenzüberschreitender Aktivitäten gezeichnet werden.

Doch bevor die Ergebnisse dieses zweigliedrigen Untersuchungsansatzes präsentiert und ausgewertet werden können, sollen in einem Exkurs zunächst die verschiedenen Spielarten grenzüberschreitender Patientenmobilität und die Entwicklung des geltenden europäischen Rechtsrahmens für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im EU-Ausland geschildert werden sowie auf die wichtigsten Urteile des EuGH Bezug genommen werden. Nur vor diesem Hintergrund lassen sich die Möglichkeiten zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bei der Versorgung von Patienten überhaupt erklären. Auch die Untersuchung individueller Patientenmobilität kann nur auf dieser Basis nachvollzogen werden.

1.1.1 ‚Spielarten‘ der grenzüberschreitenden Patientenmobilität

In der öffentlichen Wahrnehmung wird Patientenmobilität nicht selten mit dem unpräzisen Schlagwort ‚Gesundheitstourismus‘ gleichgesetzt. Gemeint sind dann meist Reisen ins nahe oder ferne Ausland, bei denen im Rahmen eines Urlaubes medizinische Leistungen oder Wellnessprodukte in Anspruch genommen werden, die nicht vom nationalen Leistungskatalog abgedeckt werden.²³² Prominente Beispiele sind Zahnbehandlungen oder Rehabilitationsleis-

²³² Vgl. Rulle, Monika: „Der europäische Gesundheitstourismus im Kontext veränderter Rahmenbedingungen“. In Illing, K./Meder, N. (Hrsg.): „Spektrum Freizeit. Schwerpunkte: Wellness, Informelle Bildung“, Bielefeld 2005, S. 130-142.

tungen, die in osteuropäischen Praxen häufig zu deutlich günstigeren Konditionen angeboten werden als in den westeuropäischen Staaten. Im Rahmen des Gesundheitstourismus werden zahlreiche Produkte angeboten, die zwar dazu dienen die Lebensqualität des Einzelnen zu steigern, häufig aber über das Maß des ‚medizinisch Notwendigen‘ hinausreichen.²³³

Der Begriff ‚Patientenmobilität‘ impliziert im Gegensatz zum Begriff ‚Gesundheitstourismus‘, dass die mobile Person bereits unter einer Erkrankung bzw. einer Einschränkung der physischen oder psychischen Leistungsfähigkeit leidet. ‚Grenzüberschreitende Patientenmobilität‘ als wissenschaftlicher Untersuchungsgegenstand umfasst zusätzlich eine bedeutsame politisch-juristische Dimension: Der Anlass für Patienten, sich im Ausland in Behandlung zu begeben, ist vorwiegend der Wunsch, Leistungen in Anspruch zu nehmen, die aus politischen, juristischen oder volkswirtschaftlichen Gründen im eigenen Gesundheitssystem nicht oder nicht in ausreichender Menge zur Verfügung stehen. Somit dient die Patientenmobilität meist dem Ausgleich von Versorgungsgefällen zwischen verschiedenen Staaten in Folge von Wartezeiten, strukturell-geographischen Versorgungsmängeln oder gezielter politischer Rationierung medizinischer Leistungen. Hierbei stellen sich in Folge des europäischen Integrationsprozesses bis heute Fragen bezüglich des Rechtsanspruchs der Bürger und der Kostenübernahme durch die Gesundheitssysteme.

Grundlegend lassen sich unter dem Begriff grenzüberschreitende Patientenmobilität sämtliche Fälle zusammenfassen, in denen sich Bewohner eines Staates über die nationalen Grenzen begeben, um ambulante oder stationäre Gesundheitsleistung im Ausland in Anspruch zu nehmen.²³⁴ Hierzu zählen also sowohl akute (stationäre und ambulante) Behandlungen im Urlaub oder während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes als auch längerfristig geplante Arzt- oder Krankenhausaufenthalte im Ausland. Nach dieser Definition wird im Folgenden auch die Inanspruchnahme von präventiven Gesundheitsmaßnahmen (Kuren, vorbeugende Gesundheitsuntersuchungen etc.) zur grenzüberschrei-

²³³ Eine klare Grenzziehung zwischen dem, was medizinisch sinnvoll und dem, was ‚lediglich‘ dem Wohlbefinden zuträglich ist, lässt sich jedoch kaum durchführen, da dies auch eine Frage der subjektiven Einschätzung ist und von Person zu Person anders wahrgenommen wird.

²³⁴ Vgl. Glinos, Irene A./Beaten, Rita: „A Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union“. Brüssel 2006, S. 18.

tenden Patientenmobilität gezählt.²³⁵ Die Beweggründe für eine Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im EU-Ausland lassen sich wie folgt kategorisieren:²³⁶

- Überwindung eines Versorgungsgefälles: Hierbei kann zwischen individueller und institutioneller Patientenmobilität unterschieden werden. Zum einen begeben sich Bürger auf eigene Initiative ins Ausland, wenn sie sich dort eine bessere und/oder zeitnahe Versorgung versprechen, zum anderen werden Patienten auch durch ihr jeweiliges Gesundheitssystem zur Behandlung ins Ausland geschickt, üblicherweise um Wartezeiten abzubauen oder weil die entsprechende Leistung im Heimatland nicht angeboten werden kann.
- Kostenersparnis: Die Kosten der medizinischen Leistungen und die Zahlungen durch den Patienten unterscheiden sich teilweise erheblich zwischen den Mitgliedstaaten. Um hohe Kosten im eigenen Gesundheitssystem zu umgehen, begeben sich Patienten zur günstigeren Behandlung ins Ausland. Sowohl in Systemen mit Sachleistungsprinzip als auch in Systemen mit Kostenleistungsprinzip kann dies zu Herausforderungen an die jeweilige Bedarfsplanung führen.
- Qualitätsunterschiede: Patienten begeben sich zur Behandlung ins Ausland, wenn sie sich dort eine höhere Qualität der Leistungserbringung versprechen.
- Erreichbarkeit: Eine Variante der Patientenmobilität, die für die anschließende Untersuchung individueller Patientenmobilität von Bedeutung ist, stellen jene Fälle dar, bei denen Patienten, die in der Nähe nationaler Grenzen wohnhaft sind, ihre Lebensbedingungen auf die Angebote auf beiden Seiten der Grenze angepasst haben und infolgedessen auch Leistungserbringer jenseits der Grenze aufsuchen.

²³⁵ Ein Bereich, der ebenfalls intensiv von der europäischen Rechtsprechung beeinflusst wird und mit der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Zusammenhang steht, ist der Erwerb von Medikamenten und medizinischen Hilfsmitteln (Brillen, Hörgeräte, Gehhilfen etc.) im Ausland. Hierbei werden schließlich keine ärztlichen Dienstleistungen, sondern medizinische Güter erworben.

²³⁶ Die folgende Aufzählung basiert weitestgehend auf einer Zusammenstellung des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Vgl. „Policy Brief on Cross Border Health Care in Europe“, Herausgegeben durch die WHO, 2005, S. 2. Vgl. auch Kostera, Thomas: „Unwelcome Europeanization – The development of European cross-border patient mobility“. Brügge 2006, S. 11ff.

- Akuterkrankung: Ein weiterer Beweggrund, sich im EU-Ausland zum Arzt zu begeben, ist schlichtweg eine akute Erkrankung während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes, die umgehend behandelt werden soll. Für diese Fälle wurde der so genannte Auslandskrankenschein (E111) eingeführt, der sukzessive durch die am 1. Juni 2004 eingeführte Europäische Krankenversicherungskarte ersetzt wird.

Darüber hinaus lassen sich einige Sonderfälle der Patientenmobilität identifizieren, etwa die so genannten Grenzgänger, also Personen, die auf einer Seite der Grenze wohnen, deren Arbeitsplatz sich jedoch auf der gegenüberliegenden Seite befindet. Da sich die Sozialversicherung bislang nicht nach dem Wohnort, sondern nach dem Arbeitsplatz richtete, werden diese Grenzgänger nicht vom Gesundheitssystem ihres permanenten Wohnsitzes, sondern vom Gesundheitssystem, in dem sie ihrer Berufstätigkeit nachgehen, versorgt. Einen weiteren Sonderfall können Personen darstellen, die ihren ständigen Wohnsitz ins europäische Ausland verlegt haben. Hierzu zählen sowohl jene Personen, die berufsbedingt ins EU-Ausland auswandern, als auch die steigende Zahl an nord- und mitteleuropäischen Rentnern, die ihren Lebensmittelpunkt nach Südeuropa verlagert haben und deren Migration nicht durch die langfristige Bedarfsplanung der Mittelmeerländer berücksichtigt werden konnte.

“Traditionally, social care for vulnerable elderly people in southern Europe has been based on family support, but people who have retired to the South will have left their family networks.”²³⁷

Die Vielzahl an unterschiedlichen Beweggründen, die Verschiedenartigkeit der Gesundheitssysteme und Vergütungsmodalitäten sowie die Abweichung der einzelnen Fälle voneinander haben eine Vielzahl an Urteilen des EuGH evoziert. Im Folgenden wird auf deren Auswirkungen für die verschiedenen ‚Spielarten‘ und Varianten der Patientenmobilität eingegangen.²³⁸

²³⁷ Vgl. „Policy Brief on Cross Border Health Care in Europe“. a.a.O., S. 4.

²³⁸ Ziel der folgenden Darstellung ist jedoch nicht die Diskussion sämtlicher Sonderfälle. Stattdessen werden lediglich die üblichen ‚Spielarten‘ und jene Varianten dargestellt, die für die anschließenden Untersuchungen von Bedeutung sind. Beispielsweise wird die Erstattung von Gesundheitsgütern und Hilfsmitteln im Ausland nicht eingehend behandelt. Zur intensiven juristischen Forschung auf diesem Gebiet und zur Interpretation des europäischen Gemeinschaftsrechts existiert eine äußerst umfangreiche Forschungsliteratur. Stellvertretend seien genannt: Sieveking, Klaus: „ECJ Rulings on Health Care Services and Their Effects on the Freedom of Cross-Border Patient Mobility in the EU“. ZERB-Diskussionspapiere 3/2006; Hervey, Tamara

1.1.2 Rechtsrahmen für grenzüberschreitende Patientenmobilität und Leistungserbringung

Vor zehn Jahren wurden die Mitgliedstaaten der EU mit den ersten folgen-schweren Urteilen des EuGH zur Patientenmobilität konfrontiert. Für den Kauf einer Brille hatte sich der Luxemburger Bürger Nicolas Decker ohne vorherige Zustimmung durch seine luxemburgische Krankenversicherung nach Belgien begeben. Nachdem er die Kosten für die Brille zunächst selbst übernommen hatte, forderte er von seiner luxemburgischen Krankenversicherung im Nachhinein eine Erstattung der Kosten. Diese Kostenübernahme verweigerte seine Kasse mit dem Hinweis darauf, dass er im Vorfeld eine entsprechende Zustimmung hätte erhalten müssen. Diese war ihm jedoch verweigert worden.²³⁹ Ähnlich verhielt es sich im Fall des Luxemburgers Raymond Kohll, der ebenfalls ohne vorherige Einwilligung seiner Krankenkasse seine Tochter zur zahnärztlichen Behandlung in eine nahe gelegene deutsche Praxis brachte.²⁴⁰ Weder Kohll noch Decker wollten sich auf die Zustimmungsprozedur ihrer Krankenkasse einlassen, die in Artikel 22 der Verordnung 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, vorgesehen ist.²⁴¹ Diese Richtlinie bezieht sich auf Personen, deren Sozial-schutz während eines temporären Aufenthaltes in einem anderen Mitgliedstaat aufrechterhalten werden soll. Doch statt auf diese Zustimmung zu warten, wollten sich Kohll bzw. Decker in einen anderen Mitgliedsstaat begeben, ihr Gesundheitsgut bzw. ihre Gesundheitsleistung dort erwerben, sich dann wieder nach Luxemburg begeben und sich dort die Kosten so erstatten lassen, als ob sie dieses Gut bzw. diese Leistung in Luxemburg bezogen hätten.²⁴²

K./McHale, Jean V.: "Health Law and the European Union". Cambridge 2004; Mossialos, Elias/Palm, Willy: "The European Court of Justice and the free movement of patients in the European Union". In: International Social Security Review, Heft 56/2003, S. 3 - 29 und besonders McKee, Martin/Mossialos, Elias/Baeten, Rita (Hrsg.): "The Impact of EU Law on Health Care Systems". Brussels 2002 und Hatzopoulos, V.: "Health Law and Policy: The Impact of the EU". In: De Búrca G (Hrsg.): "EU Law and the Welfare State: In Search of Solidarity". 2005, S. 111 - 168.

²³⁹ C-120/95

²⁴⁰ C-158/96

²⁴¹ VO (EWG) Nr. 1408/71

²⁴² Nickless, Jason: „The Internal Market and the Social Nature of Health Care“. In McKee, Martin/Mossialos, Elias/Baeten, Rita (Hrsg.): "The Impact of EU Law on Health Care Systems". Brussels 2002, S. 57 - 82, hier S. 58ff.

Bei seinen Urteilen in diesen beiden Fällen berief sich der EuGH indes nicht auf die in Verordnung 1408/71 formulierten Prinzipien der Patientenmobilität. Stattdessen wurde in diesen Rechtssachen nach den Vorgaben des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs auf Basis der Artikel 28 und 49-50 des EG-Vertrags zum freien Warenverkehr geurteilt. Nach Ansicht des EuGH handelte es sich in diesen Fällen letztlich um den Import einer Ware bzw. einer Dienstleistung (nämlich der Zahnbehandlung) von Deutschland nach Luxemburg, denn schließlich befand sich das Produkt der Dienstleistung (in diesem Fall die Zahnkrone) nach erbrachter Behandlung in Luxemburg:

„Wenn ich im Ausland zum Zahnarzt gehe, dann bewege ich mich zwar, aber auch in unserer volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung sagen wir, die Dienstleistung wird aus einem Land ins andere exportiert“.²⁴³

Das bedeutet, dass eine Dienstleistung auch dann unter die Vorgaben des freien Dienstleistungsverkehrs fällt, wenn nicht der Dienstleister zum Kunden kommt, sondern sich der Kunde über die Grenze begibt, die Dienstleistung im Mitgliedstaat des Dienstleisters erhält und danach mit dem Produkt der Dienstleistung wieder in sein Heimatland zurückkehrt. Da nur für den Erwerb einer solchen Dienstleistung (bzw. im Fall Decker, eines solchen Guts) im Ausland eine vorherige Genehmigung durch die luxemburgische Krankenversicherung vorgesehen wurde, nicht aber für eine entsprechende Leistung im Inland, sah das EuGH hierin eine unzulässige Einschränkung des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs.

Auch wenn der damalige deutsche Gesundheitsminister Seehofer diese Urteile als rein luxemburgische Fälle abtat, bedeuteten sie tatsächlich einen herben Rückschlag für die Autonomie der Mitgliedstaaten in der Gesundheitspolitik. Schließlich urteilte der EuGH, dass solche Leistungen und Waren, die in enger Verbindung zum nationalen Sozialversicherungssystem stünden, nicht automatisch von der EU-Gesetzgebung ausgenommen seien:

²⁴³ Busse, Reinhard: „Europäische Gesundheitspolitik: Grundlagen, Wirkungen und Entwicklung“. In Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (Hrsg.): „Offene Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen – Zuschauen oder Gestalten“. Berlin 2003, S. 57 - 66, hier S. 60.

„Calling something a social security policy does not give Member States *carte blanche*. Member States have some discretion but that discretion is limited.“²⁴⁴

Für die Mitgliedstaaten stellte sich in Folge dieser Urteile die Frage, wie weit das europäische Wettbewerbsrecht in ihre gesundheitspolitische Autonomie hineinreichen würde. Schließlich hätte bei einer entsprechenden Ausweitung dieser Rechtsprechung das Territorialprinzip der Gesundheitssysteme untergraben werden und die nationale Bedarfsplanung aus den Fugen geraten können, wenn sich Bürger fortan ihre Leistungserbringer auf dem gesamteuropäischen Markt völlig frei und ohne vorherige Zustimmung ihres Sozialversicherungsträgers aussuchen könnten. Zudem stellte sich die Frage, ob diese Urteile nur für Systeme mit Kostenerstattungsprinzip gelten würden oder auch für Systeme, in denen Gesundheitsleistungen nach dem Sachleistungsprinzip vergütet werden. Ebenso stellte sich die Frage, wie sich diese Urteile auf die Kollektivvergütung von Ärzten durch ein zuvor mit den Krankenversicherungen vereinbartes Globalbudget auswirken würden. Doch statt diesen Dilemmata offensiv mit gemeinsamen politischen Vorgaben aller Mitgliedstaaten auf europäischer Ebene entgegenzutreten, wurde die Reichweite der Binnenmarktregelungen in den folgenden Jahren nicht durch die Politik, sondern im Rahmen weiterer Urteile zur Patientenmobilität durch den EuGH näher definiert.

Einige offen gebliebene Fragen, die sich aus den Urteilen zu Kohll und Decker ergeben hatten, konnten mit dem Urteil des EuGH zu den Fällen Geraets-Smits und Peerbooms vom Juli 2001 geklärt werden.²⁴⁵ In beiden Fällen handelte es sich um sozialversicherte Niederländer, die sich zur stationären Behandlung ins EU-Ausland begeben hatten. Beide verfügten über eine Krankenversicherung, die nach dem Sachleistungsprinzip organisiert war. Das bedeutete, dass sie für die Behandlung bei einem niederländischen Kassenarzt keine direkten Zahlungen hätten leisten müssen, da die Vergütung über einen Vertrag zwischen ihrer Krankenversicherung und den behandelnden Ärzten geregelt gewesen wäre. Beide Versicherten hatten sich zur Behandlung jedoch in ausländische Krankenhäuser begeben und die entstandenen Kosten selbst getragen. Anschließend hatten sie von ihrer Krankenversicherung eine Erstattung der angefallenen

²⁴⁴ Nickless, Jason: a.a.O., S. 59. (Hervorhebung im Originaltext)

²⁴⁵ C-157/99.

nen Kosten gefordert. Diese Forderungen wurden von der Versicherung abgelehnt, da eine entsprechende Genehmigung im Vorfeld der Behandlung nicht erteilt worden war. In seinem Urteil stellte der EuGH jedoch fest, dass weder die Tatsache, dass es sich um stationäre Behandlungen gehandelt hatte, noch die Tatsache, dass bei einer Behandlung durch einen Vertragsarzt das Sachleistungsprinzip angewandt worden wäre, als Verweigerungsgründe für eine Kostenerstattung durch die Versicherung anerkannt werden könne. Auch eine stationäre Behandlung würde demnach unter die Vorgaben des europäischen Wettbewerbsrechts nach Art. 49 und 50 des Europäischen Gemeinschaftsvertrags (EGV) fallen, wenn sie

„in der internationalen Medizin hinreichend erprobt und anerkannt ist, und (...) die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung (nicht) rechtzeitig in einer Einrichtung erlangt werden kann, die eine vertragliche Vereinbarung mit der Krankenkasse geschlossen hat, der der Versicherte angehört.“²⁴⁶

Dagegen bestätigte der EuGH einen Genehmigungsvorbehalt durch das jeweils betroffene Gesundheitssystem,

„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.“²⁴⁷

Im Unterschied zur ambulanten Versorgung räumte der EuGH die Möglichkeit ein, diesen Vorbehalt im Bereich der stationären Versorgung auch mit Verweis auf die Planungssicherheit auszusprechen, um ein qualitativ hochwertiges und ausreichendes Angebot an Krankenhausversorgung sowie die Kostenkontrolle zu gewährleisten.²⁴⁸ Schließlich sei eine entsprechende Bedarfsplanung notwendig und gerechtfertigt, um eine angemessene medizinische Versorgung für alle Versicherten zu sichern.²⁴⁹ In der Rechtssache Vanbraekel²⁵⁰ wurde ergän-

²⁴⁶ C-157/99.

²⁴⁷ Schmucker, Rolf: a.a.O., S. 30.

²⁴⁸ Siehe ebd. Diesen Grundsätzen folgend bestätigte der EuGH in einem weiteren Urteil aus dem Jahr 2003 (Müller-Fauré und Van Riet, C-385/99), dass eine Zustimmung durch die Krankenversicherung im Fall einer stationären Behandlung gerechtfertigt sei. Dagegen werde die nationale Bedarfsplanung bei einer ambulanten Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt nicht in einem Maße beeinträchtigt, die eine vorherige Genehmigung generell erfordern würde.

²⁴⁹ Vgl. Nickless, Jason: a.a.O., S. 72.

zend festgestellt, dass die Kosten einer Auslandsbehandlung grundsätzlich nach den Sätzen abgerechnet werden müssen, die im Land der Behandlung gelten, dass aber eventuell höhere Kosten für eine Auslandsbehandlung nur bis zur Höhe der Kosten einer entsprechenden Behandlung im Inland erstattet werden müssen.²⁵¹ Um den Anreiz zur Behandlung im Ausland aufrecht zu erhalten, wurde zudem festgelegt, dass im umgekehrten Fall, nämlich wenn die Behandlungssätze im Ausland niedriger, als im Land der Versicherung liegen, dem Versicherten ein entsprechender Differenzbetrag zusteht. Diese binnenmarktfördernde Regelung wurde damit begründet, dass bei einer Behandlung im Inland höhere Kosten angefallen wären und diese somit bereits bei der Finanzplanung des jeweiligen Gesundheitssystems berücksichtigt worden seien.²⁵²

Eine weitere Frage, die durch die Entscheidung des EuGH zu den Fällen Kohll und Decker unbeantwortet blieb, wurde 2005 durch das Urteil im Fall Watts geklärt. Es ging darum, ob die Urteile zur Kostenerstattung für Auslandsbehandlungen auch für steuerfinanzierte Gesundheitssysteme wie den NHS oder die skandinavischen Systeme gelten würden. Ausgangspunkt war der Präzedenzfall der britischen Patientin Watts, die wegen eines Hüftleidens beim zuständigen NHS um die Zustimmung zur Behandlung ihres Leidens in Frankreich gebeten hatte.²⁵³ Die Ausstellung des entsprechenden Auslandskrankenscheins E112 verweigerte ihr der NHS unter Verweis darauf, dass eine solche stationäre Behandlung ‚innerhalb der Zielvorgaben der Regierung für den NHS‘ in England erbracht werden könne.²⁵⁴ Nach Verschlechterung ihres Zustands und erneuter Verweigerung des NHS ließ sich Watts ohne die entsprechende Genehmigung in Frankreich ein neues Hüftgelenk einsetzen und verklagte anschließend den NHS auf die angefallenen Kosten. Unter Berücksichtigung der bisherigen Rechtsprechung fällte der EuGH das Urteil, dass der NHS nur dann die Genehmigung hätte verweigern dürfen, wenn er Frau Watts individuell und unter Berücksichtigung ihres medizinischen Zustandes hätte nachweisen kön-

²⁵⁰ C-368/98.

²⁵¹ Schmucker, Rolf: a.a.O., S. 30.

²⁵² Vgl. Nickless, Jason: a.a.O., S. 75.

²⁵³ C-372/04.

²⁵⁴ Damals lag die Wartezeit für die nachgefragte Behandlung im NHS bei einem Jahr.

nen, dass die Behandlung innerhalb einer zumutbaren Zeit auch in Großbritannien möglich gewesen wäre.²⁵⁵

„Ausdrücklich bestätigte der EuGH dabei das Instrument der Wartelisten zur Steuerung und Aufrechterhaltung einer hochwertigen Krankenversorgung als prinzipiell zulässig. Dieses Instrument könne durchaus auch ein legitimer Grund sein, die europarechtliche Dienstleistungsfreiheit einzuschränken.“²⁵⁶

Dieses Steuerungsinstrument könne jedoch nur den Anspruch auf eine Auslandsbehandlung einschränken, wenn klare, von vornherein erkennbare Regeln für das Erteilen oder Versagen einer Kostenübernahme bei Auslandsbehandlung bestünden. Zur Frage der Kostenerstattung stellte der EuGH zudem fest, dass Watts sowohl Anspruch auf Erstattung in Höhe der im Behandlungsland üblichen Vergütung als auch auf die Erstattung möglicher Eigenbeteiligungen habe, sofern der Gesamtbetrag in Frankreich nicht höher sei als eine vergleichbare Behandlung in England, da der NHS seinen Bürgern eine kostenlose Leistungserbringung garantiere.²⁵⁷

Die Urteile des EuGH zur Patientenmobilität lassen sich somit wie folgt zusammenfassen: Die Mitgliedstaaten haben aufgrund des Nichtharmonisierungsgebotes in der Gesundheitspolitik das Vorrecht, ihre Versorgungsstrukturen nach eigenen Maßgaben und Zielsetzungen zu organisieren:

„Yet, this organization can only restrict the free movement of patients if these restrictions are objective, non-discriminatory and subjected to possible judicial review.“²⁵⁸

Das Recht auf freie Arztwahl beschränkt sich somit nicht nur auf das Inland, sondern bezieht sich nach der Auslegung des Gemeinschaftsrechts durch den EuGH auch auf das EU-Ausland. Sofern die Zustimmung zu einer solchen (ausländischen) Behandlung durch das (inländische) Versicherungssystem erforderlich ist (etwa bei einer stationären Behandlung), muss nach den Kriterien internationaler medizinischer Standards entschieden werden.

²⁵⁵ Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung: „Europäischer Jahresbericht 2006“. Brüssel 2006, S. 28.

²⁵⁶ Ebd.

²⁵⁷ Ebd.

²⁵⁸ Kostera, Thomas: a.a.O., S. 19.

“Inpatient care remains subject to prior authorization which has to depend on objective criteria, and a refusal cannot merely be based on the existence of waiting lists in the national healthcare system. Member States’ *marge de manoeuvre* to organize their healthcare systems thus has been affected.”²⁵⁹

Aus der Perspektive der europäischen Bürger haben diese Urteile zu einer unübersichtlichen Vielfalt an Einzelregelungen und Sonderbestimmungen geführt, die bei der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Dienstleistungen im Ausland berücksichtigt werden müssen.²⁶⁰ Angesichts der Urteile des EuGH gelten nunmehr folgende Grundsätze zur Kostenerstattung von im europäischen Ausland beanspruchten Gesundheitsleistungen:²⁶¹

Ambulante Versorgung im EU-Ausland: Jegliche ambulante Versorgung, zu der der Bürger in seinem Mitgliedstaat berechtigt ist, kann er nach Verordnung 1408/71, Art. 22 auch ohne vorherige Genehmigung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen. Die Kosten dieser Versorgung müssen bis zu der Höhe erstattet werden, die auch für die Versorgung im eigenen Land erstattet würden. So wird gewährleistet, dass beispielsweise ein Urlauber im Unglücksfall auch in dem Land behandelt werden kann, in dem er sich zur Zeit des Unfalles aufhält, ohne erhebliche Kosten zu riskieren. Hierzu wird der Auslandskrankenschein E111 bzw. seit 2004 die Europäische Krankenversicherungskarte vergeben. Bürger, die während eines vorübergehenden EU-Auslandsaufenthaltes erkranken oder sich verletzen, haben prinzipiell das Recht, sich im Ausland von einem Arzt behandeln zu lassen. Der behandelnde Arzt kann Gebühren oder Zuzahlungen für bestimmte Leistungen verlangen, sofern dies durch sein Gesundheitssystem vorgesehen ist. Sämtliche Kosten, die durch den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung oder des staatlichen Gesundheitssystems im Heimatland des Bürgers abgedeckt sind, werden dem Patienten ggf. nachträglich erstattet.

Stationäre Behandlung im EU-Ausland: Jegliche stationäre Versorgung, zu der der Bürger in seinem Mitgliedstaat berechtigt ist, kann er mit vorheriger Genehmigung auch in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen. Der ent-

²⁵⁹ Kostera, Thomas: a.a.O., S. 19 und Hervey, Tamara K./McHale, Jean V.: a.a.O., S. 133ff.

²⁶⁰ Vgl. Kostera, Thomas: “a.a.O., S. 19.

²⁶¹ Vgl. KOM (2004) 301 endgültig vom 20.4.2004.

sprechende Auslandskrankenschein E112 muss erteilt werden, wenn das eigene Gesundheitssystem die Versorgung nicht innerhalb einer medizinisch notwendigen Frist sicherstellen kann. Auch hier müssen die Kosten mindestens bis zu der Höhe erstattet werden, die auch für die Versorgung im eigenen Land erstattet würde. Diese Möglichkeit steht den Bürgern jedoch nicht zu, wenn eine entsprechende Behandlung im Heimatland in erforderlicher Zeit erbracht werden kann. Die Zustimmung zu einer stationären Behandlung im Ausland kann dem Versicherten nur dann verweigert werden, wenn ansonsten das finanzielle Gleichgewicht seines heimischen Versicherungssystems durch eine Zustimmung nachweisbar gefährdet wäre. Diese Regelungen sind in Folge der Urteile des EuGH sukzessive in nationales Recht übernommen worden.²⁶²

Seit 2006 arbeitet die Kommission an einer Verordnung, die die bisherige Verordnung 1401/71 vereinfachen und modernisieren soll und die Rechtsprechung des EuGH einbezieht. Ein weiterer Zweck dieser Novellierung besteht darin, das Verwaltungsverfahren für alle Anwender, d.h. Patienten, Leistungserbringer und Vergütungssysteme insgesamt zu verbessern. So sollen Patienten künftig nicht mehr auf mühsame und langjährige Gerichtsverfahren angewiesen sein, um ihr Recht zu bekommen. Konkret bedeutet dies, dass alle Bürger der EU, die sich im EU-Ausland behandeln lassen wollen oder müssen, einen Rechtsanspruch auf qualitativ hochwertige Dienstleistungen, auf genügend Informationen sowie auf Kostenerstattung erhalten sollen.²⁶³ Welche Widerstände auf diesen Prozess einwirken und inwieweit die Kommission anhand der Novellierung versucht, ihren Einflussbereich auf die nationalen Gesundheitssysteme auszubauen, wird nach der Diskussion der Untersuchungsergebnisse, die durch die jüngeren Initiativen zur Koordination der grenzüberschreitenden Patientenmobilität nicht berührt werden, analysiert.

²⁶² In Deutschland wurden z.B. entsprechende Kostenerstattungsregeln für Behandlungen im EU-Ausland mit Art. 1 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 in § 13 SGB V eingefügt.

²⁶³ Siehe Frankfurter Allgemeine Zeitung: „Krankenkassen sollen auch im Ausland zahlen“. Artikel vom 16.10.2007, Nr. 240 / Seite 21.

1.2 Auswertung institutioneller grenzüberschreitender Aktivitäten

Erst mit den Kohll/Decker-Urteilen aus dem Jahr 1998 rückten gesundheitsbezogene grenzüberschreitende Aktivitäten als politische Herausforderung auf die Agenda der EU. Die damit verbundene Rechtsunsicherheit in den Mitgliedstaaten ging einher mit einer weitestgehenden Unkenntnis der Dimensionen, die grenzüberschreitende Aktivitäten im Gesundheitsbereich in den einzelnen Staaten bis dahin ausmachten. Vor diesem Hintergrund empfahl die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (GD SANCO) im Jahr 2003 im Rahmen des ‚Reflexionsprozesses auf hoher Ebene über die Patientenmobilität‘ eine Evaluierung der bestehenden grenzüberschreitenden Projekte und Aktivitäten im Gesundheitsbereich, auch mit dem Ziel einer systematischen Vernetzung einzelner Projekte, um Beispiele bewährter Praktiken auszutauschen.²⁶⁴ Infolgedessen wurden sowohl in der bereits genannten Studie des Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögd) ‚Evaluation of border regions in the European Union‘ als auch in der Studie des E4P-Projektes zum Thema ‚Patient Mobility in the European Union‘ Formen grenzüberschreitender Aktivitäten und Patientenmobilität untersucht. Die Zielsetzung der lögd-Studie war es, zunächst ‚Licht ins Dunkel‘ der grenzüberschreitenden Aktivitäten zu bringen. Schließlich seien die vorhandenen Projekte bis dahin in der Öffentlichkeit weitestgehend unbekannt gewesen.²⁶⁵ Hierzu wurde mit Unterstützung der Europäischen Union und in Zusammenarbeit mit weiteren acht Projektpartnern eine Evaluation bestehender gesundheitsbezogener Kooperationen in den Grenzregionen der (15 alten) europäischen Mitgliedstaaten durchgeführt.²⁶⁶ Zur Erfassung entsprechender Projekte wandte sich das Lögd an 53 Interreg IIIA-Sekretariate und an über 60 Euregios.²⁶⁷ Deren Antworten umfassten Projekte, die durch verschiedene Verwaltungsebenen und zwischen zwei oder mehr Projektpartnern aus verschiedenen Mitgliedstaat-

²⁶⁴ Vgl. Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz: „Ergebnis des Reflexionsprozesses“ vom 9.12.2003, S. 6.

²⁶⁵ Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögd), Final Report: a.a.O., S. 1.

²⁶⁶ Die weiteren Projektpartner waren: Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, die AOK Rheinland, die Gesundheitsabteilung des Kreises Heinsberg in NRW, die Fachhochschule Bielefeld, die ‚Association of European Border Regions‘ (AEBR), die europäische Krankenhaus und Gesundheitsgesellschaft (HOPE), das ‚European Public Health Centre‘ (EPHC) und die deutsch-polnische Gesundheitsakademie.

²⁶⁷ Ebd.

ten umgesetzt wurden. In der Studie wurden die identifizierten Projekte evaluiert, um ‚models of good practice‘ zu benennen, Kooperation zwischen den Projekten zu fördern und um begünstigende und behindernde Faktoren für grenzüberschreitende Aktivitäten auszuloten.²⁶⁸ Die Studie zeichnete sich daher durch einen hohen Praxisbezug und eine deutlich handlungsanleitende Anlage aus. Durch den Rückgriff auf Erfahrungen anderer Projekte sollten neu initiierte Aktivitäten aus den Fehlern der anderen Lehren ziehen können und optimale Ausgangsbedingungen geschaffen werden. Zudem wurde die Studie so konzipiert, dass eine große Bandbreite grenzüberschreitender Aktivitäten im Gesundheitsbereich erfasst werden konnte. Neben Projekten zur institutionalisierten Patientenmobilität wurden auch Projekte zur Qualitätssteigerung in der medizinischen Versorgung, zur gemeinsamen Nutzung bestehender Ressourcen und Kapazitäten, zur Organisation der Notfallmedizin, zum Abbau von Gesundheitsgefahren sowie zur Vermeidung von gesundheitsgefährdendem Verhalten, wie etwa Drogenmissbrauch oder Tabak- und Alkoholkonsum, in die Untersuchung einbezogen.²⁶⁹ Insgesamt konnte das Iögd-Projekt mehr als 300 grenzüberschreitende Projekte im Gesundheitsbereich entlang der inneren und äußeren EU-Grenzen der 15 alten EU-Mitgliedsstaaten identifizieren, wovon 122 Projekte einer detaillierten Analyse unterzogen wurden. Darüber hinaus konnten nach Befragung der Euregio- und Interreg IIIA-Sekretariate zwar noch weitere Projekte identifiziert werden, die jedoch nicht durch diese Institutionen erfasst wurden und somit nicht Eingang in die Studie fanden.²⁷⁰ Die wesentlichen Ergebnisse der Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen: Grenzüberschreitende Aktivitäten im Gesundheitsbereich decken eine große inhaltliche Breite ab, wobei gemeinsame Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen, die gemeinsame Nutzung von Einrichtungen, die grenzüberschreitende Patientenversorgung und Public-Health-Maßnahmen dominierende Positionen einnehmen. Zwar verfolgen die meisten Projekte explizit benennbare Ziele und sollen vorab definierten Zielgruppen dienen, allerdings hatte nur etwa ein Drittel aller Projekte entsprechend formulierte Zielerreichungskriterien vorab schriftlich festgelegt. Die Projekte, ihre Ziele und ihre Ergebnisse seien außerdem nur unzureichend doku-

²⁶⁸ Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Iögd), Final Report: a.a.O., S. 7.

²⁶⁹ Vgl. ebd., S. 3.

²⁷⁰ Siehe ebd. S. 65.

mentiert und für die Öffentlichkeit demnach kaum einsehbar. Ebenso wurde die bisherige Projektevaluation als nicht ausreichend bezeichnet. Insgesamt kam das lögd-Projekt daher zu dem Schluss, dass praktischer Handlungsbedarf sowohl bei den bestehenden als auch bei zukünftigen Projekten im Bereich der Evaluierung, der Entwicklung von Zielerreichungskriterien sowie im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und der Dokumentation bestünde.²⁷¹

Die Studie des E4P-Projektes beschränkte sich im Gegensatz zur lögd-Studie auf die oben beschriebenen ‚Spielarten‘ der Patientenmobilität und zeigt verschiedene Facetten dieser einen Art grenzüberschreitender Aktivitäten unter Berücksichtigung aller EU-Mitgliedstaaten auf. Der Studie lag die Annahme zugrunde, dass gesteigerte Patientenmobilität in einer zunehmend integrierten Europäischen Union zu Vorteilen sowohl für Patienten und Leistungserbringer als auch für die Gesundheitssysteme insgesamt würde führen können:

„Benefits for patients were seen in terms of better access to health care and centres of excellence. Benefits for health policy-makers and providers were seen in the possibilities of sharing capacities across borders. This would allow the concentration of European excellence, mutual learning and exchange of best practices, and would facilitate the quest for common solutions to common problems.“²⁷²

Ziel der E4P-Studie war die Überprüfung dieser Annahme, um festzustellen, was zur Realisierung dieser möglichen Vorteile unternommen werden müsste. Dabei wurden neun verschiedene Fallstudien herangezogen, um zu analysieren, wie sich Patientenmobilität bei bestehenden verwaltungstechnischen und juristischen Rahmenbedingungen hat entfalten können. In Übereinstimmung mit den genannten Annahmen der Sozialversicherungen wurden die Ergebnisse der Fallstudien des E4P-Projekts wie folgt formuliert:

“mobility of patients across Europe’s borders is a somewhat marginal phenomenon as most patients prefer to be treated as near to home as possible, close to their relatives, in a system they are familiar with, and with providers who speak their language, where they know what they can ask for and what they can expect to re-

²⁷¹ Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögd), Final Report: a.a.O., S. 66.

²⁷² Rosenmöller, Magdalene u.a.: a.a.O., S. 4.

ceive. Going abroad for treatment is almost never the first option, but is rather the result of specific circumstances."²⁷³

Dennoch sehen die Verfasser der E4P-Studie aus mehreren Gründen Anlass, die unterschiedlichen Varianten der Patientenmobilität weiter zu untersuchen und durch politische Maßnahmen zu begleiten. Schließlich sei die Patientenmobilität in einigen Regionen und Kontexten ein bedeutendes Phänomen (etwa in Tourismus- und Grenzregionen oder dort, wo einzelne Anbieter spezifische Strategien entwickelt haben, um ausländische Patienten anzuwerben). Selbst wenn der allgemeine Stellenwert der Patientenmobilität relativ gering sei, zeigten die Fallstudien, dass sie gleichwohl in Einzelfällen zu erheblichen Mehrkosten in Folge von Krankentransporten und Unterbringung und zu zusätzlichen Transaktionskosten geführt habe. Daher bestünde weiterhin Bedarf,

„for enhanced mechanisms to support planning, implementation and monitoring of the process, with actions to ensure transparency and to reduce legal ambiguity.”²⁷⁴

Um reibungslose Verfahren bei der Patientenmobilität für die Zukunft zu gewährleisten, empfehlen die Autoren der Studie daher, dass spezifische Arrangements getroffen werden sollten, die dem mobilen Patienten und entsprechenden Begleitpersonen Unterstützung beim Transport und bei sprachlichen Schwierigkeiten geben, und dass Patientenmobilität in groß angelegte institutionelle Formen gegossen werden sollte, an denen sich Partner und Anbieter aus beiden betroffenen Staaten (also dem Staat der Versicherung und dem Staat der Leistungserbringung) beteiligen. Außerdem sollte die Preissetzung der Leistungsanbieter einer stärkeren Transparenz unterliegen. Transparenter Wettbewerb müsse die Preissetzung in Gesundheitssystemen mit Sachleistungsprinzip nachvollziehbar machen und sowohl Infrastrukturkosten als auch Zuzahlungen in die Berechnung mit einbeziehen. Zudem sollten die Sozialversicherungsträger eindeutige und nachvollziehbare Kriterien für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Ausland definieren und der Rechtsanspruch auf solche Leistungen solle mit dem jeweiligen inländischen Leistungskatalog in Übereinstimmung gebracht werden.

²⁷³ Baeten, Rita/McKee, Martin/Rosenmöller, Magdalene: „Conclusions”. In: Dies.: a.a.O., S. 179 – 187, hier S. 179.

²⁷⁴ Ebd., S. 186ff.

„In other words, obtaining care abroad should not be a mechanism to circumvent restrictions of treatments unavailable on grounds of their lack of effectiveness.“²⁷⁵

Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren und unter Einbeziehung aller betroffenen Verwaltungsebenen könne eine zunehmende Patientenmobilität Vorteile für alle Betroffenen, also die Patienten, die Leistungserbringer und die Gesundheitssysteme insgesamt bringen.²⁷⁶

In Kap II.2 wurde die Annahme getroffen, dass sich nationale Gesundheitssysteme insbesondere im Rahmen solcher Aktivitäten engagieren, von denen sie sich Vorteile für die Lösung nationaler gesundheitspolitischer Problemstellungen versprechen. Diese Annahme kann durch die Evaluierung der deutschen und schwedischen Beteiligungen teilweise bestätigt werden. Insgesamt können im Untersuchungszeitraum der beiden Studien über 60 gesundheitsbezogene institutionelle grenzüberschreitende Aktivitäten mit deutscher und etwa 25 Aktivitäten mit schwedischer Beteiligung identifiziert werden.

1.2.1 Grenzüberschreitende Aktivitäten mit deutscher Beteiligung

Bei den Projekten mit deutscher Beteiligung steht die Versorgung in grenznahen Regionen im Mittelpunkt. Euregios, in denen entsprechende gesundheitsbezogene Projekte durchgeführt werden, finden sich in allen deutschen Grenzregionen. Eine klare Vorreiterrolle nehmen die Euregios an den Grenzen zu den Niederlanden und Belgien ein. Hier hat sich eine langjährige Tradition der Zusammenarbeit entwickelt, sodass die grenzüberschreitende Versorgung der Patienten und die gemeinsame Nutzung von Versorgungsstrukturen (welches die Kategorie ist, der die meisten Projekte in dieser Region zugeordnet werden können) inzwischen zu einem festen Bestandteil der Gesundheitsversorgung geworden ist. Insbesondere die Projekte ‚Zorg op Maat‘ und ‚Integration Zorg op Maat‘ mit deutscher, niederländischer und belgischer Beteiligung haben sowohl in der Forschung als auch in den Medien große Aufmerksamkeit erhalten. Im Rahmen dieser Projekte, deren Ziel es ist, die Versorgung auch jenseits der Grenzen für alle Versicherten barrierefrei zugänglich zu machen, haben seit

²⁷⁵ Baeten, Rita/McKee, Martin/Rosenmöller, Magdalene: a.a.O., S. 186ff.

²⁷⁶ Ebd..

1997 über 10.000 Patienten Leistungen im Ausland in Anspruch genommen. In einer Selbstdarstellung des Projektes wird der Nutzen dieser Kooperation wie folgt zusammengefasst:

„These numbers do not represent a patient flow of major relevance to the systems, but the situation does make life easier for citizens in the border regions.“²⁷⁷

Zahlreiche Projekte wurden auch entlang der deutsch-polnischen Grenze und an den südlichen Grenzen umgesetzt. Zwischen Deutschland und seinen nördlichen Nachbarn konnte in der lögd-Studie indes nur von wenigen Projekten berichtet werden. Allerdings wurden einige institutionelle grenzüberschreitende Projekte nicht durch die lögd-Studie erfasst, da sie keine Interreg-Förderung erhalten haben und somit nicht in die Untersuchung einbezogen wurden. Stellvertretend für die deutschen Grenzregionen und in Ergänzung zu den Ergebnissen der zu präsentierenden Studie zur individuellen Patientenmobilität werden im Folgenden die wichtigsten Projekte im deutsch-dänischen Grenzgebiet kurz vorgestellt.

Auch in der schleswig-holsteinischen Landespolitik kam den Themen Patientenmobilität und grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich erst in den Jahren nach den ersten wegweisenden Urteilen des EuGH besondere Aufmerksamkeit zu. Im November 2002 legte die schleswig-holsteinische Landesregierung ihren bislang einzigen Bericht zum Thema „Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ vor.²⁷⁸ Dieser fasste die bisherigen Kooperationserfahrungen Schleswig-Holsteins mit seinen ausländischen Nachbarn (und insbesondere in der deutsch-dänischen Grenzregion) im Bereich der Gesundheitsversorgung zusammen und zeigte darüber hinaus auch die strukturellen Schwierigkeiten einer ausgedehnten Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Gesundheitssystemen auf. Insgesamt kam der Bericht zu dem Ergebnis, dass die vorhandenen Spielräume zukünftig stärker

²⁷⁷ Siehe Quelle: [http://www.euregio.nrw.de/project-descriptions/id-047-\(i\)zom.descr.pdf](http://www.euregio.nrw.de/project-descriptions/id-047-(i)zom.descr.pdf), Stand: 11.2.2008. Unterstützung erhalten die betroffenen Patienten durch besonders geschultes Personal der beteiligten Krankenversicherungen und durch die dreisprachige Internetseite www.euregiogesundheitsportal.de.

²⁷⁸ Drucksache 15/2232; Schleswig-Holsteinischer Landtag – 15. WP: „Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“.

genutzt werden sollten, „um die Voraussetzungen für eine abgestimmte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu verbessern.“²⁷⁹ Im Vergleich zu den Projekten der Euregio Rhein-Waal fällt die Bilanz der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der deutsch-dänischen Grenzregion allerdings eher dürftig aus, was nicht zuletzt auf die weitestgehende Passivität der schleswig-holsteinischen Landespolitik zurückzuführen ist.

Die durchgeführten Kooperationen lassen sich vier der fünf oben genannten Kategorien zuordnen, nämlich der grenzüberschreitenden Versorgung der Patienten und gemeinsamen Nutzung von Versorgungsstrukturen, dem ärztlichen Notdienst bzw. Rettungsdienst und Katastrophenschutz sowie dem Bereich E-Health.

Gemeinsame Nutzung von Gesundheitseinrichtungen

Seit dem Jahr 2001 besteht ein Kooperationsvertrag zwischen dem St. Franziskus-Hospital Flensburg (SFH) und dem Amt Sønderjylland Amt über die Strahlentherapie für dänische Krebspatienten. 2005 wurde der Vertrag auf die gesamte Region Syddanmark als Rechtsnachfolger des Amtes Sønderjylland erweitert. Die betroffenen dänischen Patienten können individuell entscheiden, ob sie sich in Odense oder in Flensburg behandeln lassen möchten. Wurden im Rahmen dieses Projekts zunächst nur Brustkrebspatienten behandelt, können durch die Erweiterung dieses Vertrags nun auch weitere Krebserkrankungen in Flensburg behandelt werden. Für dänische Patienten der Region Syddanmark kommt eine Strahlentherapie in Flensburg seither einer Inlandsbehandlung gleich.²⁸⁰ Im Rahmen der dänischen Behandlungsgarantie schlossen auch die anderen Regionen Dänemarks 2007 einen Rahmenvertrag mit dem SFH ab, um Patienten, die innerhalb der einmonatigen Wartezeit nicht im Inland behandelt werden können, zu versorgen. In der Folge stieg die Zahl der mittels Strahlentherapie behandelten Tumorpatienten von 91 im Jahr 2001 kontinuierlich auf 231 im Jahr 2006 an.²⁸¹ Da in diesem Fall ein entsprechender Vertrag zwischen der dänischen Region und dem SFH besteht, wird das Sachleistungsprinzip

²⁷⁹ Drucksache 15/2232; Schleswig-Holsteinischer Landtag – 15. WP: „Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“. S. 18ff.

²⁸⁰ Vgl. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Heft 11/2003, S. 51ff.

²⁸¹ Schriftliche Befragung der Krankenhausleitung des St. Franziskus-Hospitals vom 21.5.2007. Die Antworten auf diese nicht standardisierte Befragung schleswig-holsteinischer Krankenhäuser befinden sich auf einer dieser Dissertation beigelegten CD.

angewandt. Das bedeutet für die Patienten, dass sie nicht in Vorkasse treten müssen, sondern die Leistungen ohne eigene finanzielle Mittel nutzen können. Zur Refinanzierung der Investition des Krankenhausträgers in erhebliche apparative und personelle Kapazitätserweiterungen, wurde 2001 eine Vereinbarung zur nachhaltigen Behandlung dänischer Patienten getroffen. Die positiven Auswirkungen auf die Versorgung im Grenzgebiet werden vom SFH wie folgt zusammengefasst:

„Patienten und Vertragspartner sind mit der Kooperation außerordentlich zufrieden, da die Behandlung in Flensburg den Patienten aus dem südlichen Teil der Region Syddanmark erheblich kürzere Behandlungswege (und derzeit auch kürzere Wartezeiten) als zu den nächstgelegenen dänischen Standorten (Odense, Vejle) bietet und gleichzeitig dem Flensburger Behandlungsstandort zu einer medizinisch und wirtschaftlich vernünftigen Betriebsgröße verhilft, was gleichermaßen der Behandlung deutscher Patienten zu Gute kommt.“²⁸²

Ein ähnliches Projekt zur Behandlung dänischer Patienten in der Endoprothetik an der Ostseeklinik Damp weist rückläufige Zahlen auf (2003 185 Patienten, 2004 180 und 2005 nur noch 80),²⁸³ da der deutsche Krankenhausträger eigene Kapazitäten in Tondern auf der dänischen Seite aufgebaut hat, um die Patienten vor Ort versorgen zu können.

Behandlung dänischer Patienten in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern und Reha-Institutionen

Eine Änderung in der dänischen Krankenhausgesetzgebung hatte zur Folge, dass sich Dänen auf Kosten ihres zuständigen Amtes auch in Krankenhäusern im Ausland behandeln lassen können, sofern ihnen keine entsprechende Behandlung innerhalb der zweimonatigen Behandlungsgarantie in Dänemark angeboten werden konnte und entsprechende Verträge mit ausländischen Kliniken geschlossen wurden.²⁸⁴ Da wie in Schweden und Großbritannien auch in

²⁸² Schriftliche Befragung der Krankenhausleitung des St. Franziskus-Hospitals vom 21.5.2007.

²⁸³ Schriftliche Befragung der Ostseeklinik Damp vom 21.5.2007. Die Antworten auf diese nicht standardisierte Befragung schleswig-holsteinischer Krankenhäuser befinden sich auf einer dieser Dissertation beigefügten CD.

²⁸⁴ Diese 2002 eingeführte zweimonatige Behandlungsgarantie wurde zum 1. Oktober 2007 im Rahmen der jüngsten dänischen Gesundheitsreform zu Gunsten der Patienten auf einen Monat verkürzt. Vgl. Strandberg-Larsen, Martin u.a.: "Health Systems in Transition". WHO Regionalbü-

Dänemark immer wieder Wartelisten für verschiedene Krankenhausleistungen entstehen, sollen solche Verträge helfen, Wartelisten abzubauen.²⁸⁵ Entsprechende Verträge wurden u.a. mit den folgenden Krankenhäusern abgeschlossen: Kreiskrankenhaus Rendsburg, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Medizinisches Zentrum Klinikum Itzehoe.²⁸⁶ Dabei treten die dänischen Ämter letztlich als Käufer von Gesundheitsleistungen auf dem benachbarten Markt auf und handeln optimale Versorgungstarife aus. Baeten et.al. machen darauf aufmerksam, dass eine solche Vertragsbeziehung zu Konkurrenzsituationen innerhalb der Gesundheitssysteme führen kann:

„For the receiving country, there is a risk that foreign patients will be given priority over domestic patients if foreign purchasers are willing to pay above official tariffs. This could also exert upward pressure on tariffs and increase waiting times in the receiving country.“²⁸⁷

Bisher fehlen jedoch verlässliche Zahlen über die tatsächliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den Krankenhäusern von Schleswig-Holstein, sodass eine solche Konkurrenzsituation nicht identifizierbar ist.

Kooperationen im Rettungsdienst und bei größeren Notfallereignissen

Seit 2005 besteht das mit knapp einer Million durch Interreg III-A geförderte Projekt ‚Cross-border Air Rescue‘ an dem sich die Deutsche Rettungsflugwacht, der Kreis Nordfriesland (Rettungsleitstelle), die Feuerwehr Flensburg, der private dänische Rettungsdienst Falck, der Notarzdienst Sønderjyllands, das Universitätsklinikum Kiel und die Ärztekammer Schleswig-Holstein beteiligen.²⁸⁸

ro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen 2007, S. 129.

²⁸⁵ Diese Verträge sind standardisiert und werden nach dem immer gleichen Muster mit deutschen Krankenhäusern abgeschlossen. Die entsprechenden Modalitäten sind somit vereinheitlicht und können durch einen vorgefertigten Vertrag sichergestellt werden. Ein entsprechender Vordruck findet sich unter: <http://www.sygehusvalg.dk/emne.aspx?type=emne&id=115539>, Stand: 2.3..2007.

²⁸⁶ Gemäß einer Veröffentlichung des Statistischen Landesamts aus dem Jahr 2001 ließen sich im Jahre 1999 lediglich 176 dänische Patienten stationär in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern behandeln. Seit der dänischen Gesetzesänderung dürften sich die Patientenzahlen aus Dänemark jedoch deutlich erhöht haben. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass verschiedene private Unternehmen als Vermittler zwischen den dänischen Regionalverwaltungen und den deutschen Leistungsanbietern tätig sind.

²⁸⁷ Baeten, Rita/McKee, Martin/Rosenmöller, Magdalene: a.a.O., S. 185ff.

²⁸⁸ Vgl. Projektbeschreibung der ‚Cross-border Air Rescue‘:

<http://www.crossborderairrescue.net/de/projekt/index.php>, Stand: 4.5.2008.

Das vornehmliche Ziel des Projektes besteht in der Entwicklung und dem Aufbau grenzüberschreitender Prozesse und Strukturen für den gemeinsamen Betrieb der Luftrettung im süddänischen Raum und im nördlichen Schleswig-Holstein, im Rahmen dessen das Einsatzgebiet eines gemeinsam genutzten Rettungshubschraubers die gesamte Grenzregion ausgeweitet worden ist. Seit Projektbeginn hat der auf deutscher Seite stationierte Hubschrauber etwa ein Zehntel seiner Einsätze auf dänischem Staatsgebiet durchgeführt. Hierfür waren Sprachkenntnisse und die gegenseitige Anerkennung der Qualifikationen notwendig, wofür die Projektpartner die rechtlichen und ausbildungstechnischen Rahmenbedingungen geschaffen haben. Darüber hinaus hat das Projekt dazu beigetragen, ein projektbegleitendes deutsch-dänisches Netzwerk regionaler Akteure aus dem Gesundheitswesen und der Regionalverwaltung aufzubauen.²⁸⁹

Aufbau von E-Healthprojekten in Zusammenarbeit mit anderen Ostseeanrainern

Neben den bilateralen Kooperationsformen zwischen Schleswig-Holstein und einzelnen Regionen Dänemarks existieren multilaterale Projekte, in denen sich die beiden Regionen gemeinsam engagieren. Ein Beispiel ist das „E-Health for regions“-Projekt, an dem 16 Partner aus den Bereichen Regionalentwicklung, Gesundheitsversorgung und E-Health aus sieben Ostsee-Ländern (Deutschland, Dänemark, Finnland, Schweden, Norwegen, Polen und Litauen) teilnehmen und das durch die Europäische Union innerhalb des Interreg III-B Programms mit 1,7 Millionen Euro kofinanziert wird.²⁹⁰ Das Projekt hat zum Ziel, einen gemeinsamen Raum für E-Health-Anwendungen rund um die Ostsee zu schaffen. In einem Pilotprogramm wurde dabei eine Internetplattform aufgebaut, die die zügige Versorgung herzkranker Menschen vereinfachen soll. Partner in diesem Projekt sind u.a. das Amt Viborg in Dänemark und auf deutscher Seite die AOK Schleswig-Holstein, der Kreis Bad Segeberg, das Zentrum für Gesundheit und Diakonie in Flensburg sowie das Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein als federführender Projektpartner.²⁹¹

²⁸⁹ Siehe Vgl. Projektbeschreibung der ‚Cross-border Air Rescue‘: a.a.O..

²⁹⁰ Siehe Homepage des e-Health for regions-Projektes:

<http://www.ehealthforregions.net/> Stand: 4.5.2008.

²⁹¹ Ebd.

Auch am 2005 abgeschlossenen und zu fünfzig Prozent durch Interreg III-A-Mittel geförderte Projekt ‚CiTTis‘ (Collaboration Telemedizin IT Services), in dem über den Austausch von Erfahrungen bei Anwendung und Entwicklung im Bereich der Telemedizin ein interregionales Netzwerk für Gesundheitsfachleute in der deutsch-dänischen Grenzregion aufgebaut wurde, waren neben medizinisch-fachlichen Akteuren auf dänischer Seite auch politische Akteure beteiligt.²⁹² Konkret waren dies das Zentrum für Gesundheits-Telematik (Fyns Amt), die Universitätskliniken Kiel und Odense, das Amt Sønderjylland sowie zwei Krankenhäuser in Flensburg. Dieses Projekt war eine Kooperation zweier Interreg III A-Regionen (K.E.R.N. – Fyn, Sønderjylland – Schleswig).²⁹³

Während die bisher mit deutscher Beteiligung durchgeführten institutionellen grenzüberschreitenden Aktivitäten im Gesundheitsbereich darauf angelegt sind, die Versorgungskapazitäten zwischen den kooperierenden Staaten aufeinander abzustimmen, zeigen gerade die Aktivitäten in Schleswig-Holstein, dass die Bandbreite an möglichen Kooperationsformen auch für relativ kleine Regionen beträchtlich ist und sowohl wirtschaftliche als auch wissenschaftliche Synergieeffekte freisetzen kann.

1.2.2 Grenzüberschreitende Aktivitäten mit schwedischer Beteiligung

Auch in Schweden wurden Interreg-geförderte Projekte zur grenzüberschreitenden Versorgung der Patienten und gemeinsamen Nutzung von Versorgungsstrukturen, im ärztlichen Notdienst bzw. Rettungsdienst und Katastrophenschutz sowie im Bereich E-Health durchgeführt. Doch wesentliche Schwerpunkte der grenzüberschreitenden Projekte mit schwedischer Beteiligung lagen und liegen in den beiden anderen genannten Kategorien grenzüberschreitender Aktivitäten: Public-Health-Maßnahmen (sowie Prävention und Früherkennung von Krankheiten) und gemeinsame Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen zur Qualitätssteigerung der Gesundheitsleistungen. Als Beispiele lassen sich die folgenden Projekte nennen:

²⁹² Siehe Drucksache 16/253, Schleswig-Holsteinischer Landtag – 16. WP: „Weiterentwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen Deutschland und Dänemark“. S. 20.

²⁹³ Vgl. Homepage des CiTTis-Projekts. Quelle: www.cittis.org, Stand: 1.3.2008.

„Development of competence of the cross-professional team within palliation in the Øresund Region“

Dieses Projekt zwischen der Universitätsklinik Malmö und der Fachhochschule in Kopenhagen verfolgte das Ziel, ein gemeinsames Ausbildungsprogramm im Bereich der Palliativpflege bzw. Hospizarbeit in der schwedisch-dänischen Öresundregion aufzubauen und durchzuführen, um eine vergleichbare Behandlung entsprechender Fälle in beiden Ländern zu fördern. Durch ein bilaterales Ausbildungsprogramm sollten gemeinsame Standards für die Betreuung der Patienten auf beiden Seiten des Sunds entwickelt werden, sodass die äußerst mobile Bevölkerung in der Region zukünftig überall ähnliche Versorgungsstrukturen begegnet, unabhängig davon, ob sie in Schweden oder in Dänemark wohnhaft ist. Zudem sollte die gemeinsame Ausbildung die Mobilität des Personals fördern, indem es auf beiden Seiten der Grenze vergleichbare Arbeitsmethoden und -milieus vorfindet.²⁹⁴ Dieses Projekt hat durchaus repräsentativen Charakter für die überwiegende Zahl der gesundheitsbezogenen Kooperationen in der Öresundregion. Die meisten Aktivitäten in diesem Verdichtungsraum dienen nicht einer abgestimmten Versorgungszusammenarbeit,

„but rather to improve the quality of care through exchange of experience and staff, joint education, research coordination, development of clinical methods etc.“²⁹⁵

„Crossborder dental care“

In der Kategorie der grenzüberschreitenden Versorgung von Patienten und gemeinsamen Nutzung von Versorgungsstrukturen wurde das schwedisch-finnische Projekt ‚Crossborder dental care‘ zu 60% durch Fördermittel der EU bezuschusst.²⁹⁶ In der dünn besiedelten Region entlang der schwedisch-finnischen Grenze wurden die Versorgungsstrukturen in der zahnmedizinischen Versorgung zusammengeführt und aufeinander abgestimmt, sodass nunmehr finnische und schwedische Patienten gleichberechtigten Zugang zu den neu

²⁹⁴ Ähnliche kleinere Projekte im Bereich Public-Health lassen sich auch in den nördlichen Regionen Skandinaviens finden. Unter der Leitung mehrerer Universitäten im Norden Skandinaviens wurde beispielsweise ein Projekt durchgeführt, dessen Ziel der Aufbau eines grenzüberschreitenden Netzwerkes war, um das psychosoziale Wohlbefinden von Schulkindern in der Barentsregion zu fördern. Insbesondere der internationale Erfahrungsaustausch und die Durchführung gemeinsamer Fortbildungsmaßnahmen sollten gegenseitige Lernprozesse fördern.

²⁹⁵ Glinos, Irene A./Beaten, Rita: a.a.O., S. 24.

²⁹⁶ Vgl. Homepage der Provinzverwaltung von Norrbottens län: <http://www.nll.se/hg2.aspx?id=8181>. Stand: 13.7..2007.

geschaffenen Einrichtungen auf beiden Seiten der Grenze haben. Vorteilhaft war diese Strukturverschmelzung sowohl für die finnischen als auch für die schwedischen Patienten, da nunmehr die Entfernungen zur nächsten Zahnarztpraxis für manche Patienten um bis zu 180 km verkürzt werden konnten. Projektpartner waren bei diesem Projekt die Regionalverwaltung der schwedischen Provinz Norrbotten und das finnische Gesundheitszentrum Muonio-Enontekiö.

'Telemedical auditing in reconstructive oral and maxillofacial surgery'

Ziel dieses E-Health-Projektes in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zwischen den Universitätskliniken in Umeå/Schweden, Vaasa/Finnland und Bergen/Norwegen war die medizinische Zusammenarbeit durch den Einsatz moderner Informationstechnologien, wie etwa die audio-visuelle Übertragung von Behandlungen über eine stehende Internetverbindung zur aktiven Einbindung der Fachkräfte an den jeweils anderen Kliniken. Auch dieses Projekt soll den gegenseitigen Erfahrungsaustausch und entsprechende Lernprozesse fördern.

Als maßgebliche Herausforderungen des schwedischen Gesundheitssystems sind in Kap. II.2.4.2 der Abbau von Wartelisten, der Ärztemangel und die Rationierung im Gesundheitswesen benannt worden. Die grenzüberschreitenden Aktivitäten an denen sich das schwedische Gesundheitssystem beteiligt, spiegeln diese Herausforderungen jedoch nur in geringem Maße wider. Die überwiegende Zahl institutioneller grenzüberschreitender Aktivitäten mit schwedischer Beteiligung findet in den Bereichen Public-Health und im Rahmen gemeinsamer Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen zur Qualitätssteigerung im Gesundheitssystem statt. Glinos weist darauf hin, dass die meisten dieser Projekte ihren Ursprung auf lokaler Ebene fanden.²⁹⁷

1.2.3 Merkmale institutioneller Kooperationsformen

Institutionelle grenzüberschreitende Aktivitäten im Gesundheitsbereich sind ein relativ junges Phänomen. Die Mobilität der europäischen Bevölkerung ist in Folge eines vernetzten Arbeits- und eines liberalisierten Wirtschaftsraums in der EU und einer verbesserten Infrastruktur sowie beseitigten intraeuropäischen

²⁹⁷ Vgl. Glinos, Irene A./Beaten, Rita: a.a.O., S. 24.

Grenzen gestiegen.²⁹⁸ Diese allgemeine Entwicklung hat auch vor den Gesundheitssystemen keinen Halt gemacht. In den vergangenen zehn Jahren hat das Ausmaß der institutionellen grenzüberschreitenden Aktivitäten auch aufgrund einer intensiven Förderung durch den Europäischen Strukturfonds erheblich zugenommen. Die Urteile des EuGH zur Patientenmobilität, die auf die Akteure der nationalen Gesundheitspolitiken zunächst als Schock wirkten, haben im Laufe der vergangenen zehn Jahre in die nationalen Gesetzestexte Eingang gefunden, sodass nunmehr nationale Mechanismen zur möglichst reibungslosen Abwicklung der Patientenmobilität existieren.²⁹⁹ Vor diesem Hintergrund konnten Kooperationsformen geschaffen werden, die helfen, nationalen Herausforderungen im Verbund mit anderen Mitgliedstaaten zu begegnen. Hierzu zählen vor allem Maßnahmen zur Beseitigung von Wartelisten und Versorgungsengpässen. Diese Formen der Zusammenarbeit können von den nationalen Akteuren genutzt werden, um kurzfristig Abhilfe zu schaffen, wenn entsprechende Defizite erkennbar sind. Sie sind aber auch in einer langfristigen Perspektive brauchbar, wenn beispielsweise kostenintensive Anschaffungen gemeinsam getätigt und finanziert werden. Solche Synergien können im kleinen Rahmen wie etwa beim schwedisch-finnischen Aufbau einer grenzüberschreitenden zahnmedizinischen Klinik erzielt werden oder im größeren Rahmen, etwa beim Aufbau stationärer Kapazitäten mit entsprechenden kostenintensiven Apparaturen, wie das Beispiel der Strahlentherapie im deutsch-dänischen Grenzgebiet zeigt. Nur vor dem Hintergrund einer positiven Kosten-Nutzen-Bilanz werden sich die nationalen Akteure auf entsprechende Kooperationsformen einlassen.³⁰⁰ Auch die Systemkompatibilität scheint eine Rolle beim Zustandekommen entsprechender Kooperationsformen zu spielen: die in dieser Hinsicht aktivsten Regionen befinden sich an den Schnittstellen zwischen artverwandten Systemen (etwa im Dreiländereck Deutschland – Belgien – Niederlande).³⁰¹ Doch auch zwischen ‚gegensätzlichen‘ Gesundheitssystemen kann

²⁹⁸ Rosenmöller et.al. weisen in diesem Zusammenhang auch auf die deutlich gesunkenen Flugpreise innerhalb der EU hin, die die Mobilität zusätzlich fördere. Vgl. Rosenmöller, Magdalene u.a.: a.a.O., S. 1.

²⁹⁹ Diesen Zweck erfüllt in Deutschland beispielsweise Artikel 13, SGB V zur Kostenerstattung von im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen oder auch Artikel 140e, SGB V, in dem die Beziehungen der GKV zu Leistungserbringern in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 anzuwenden ist, geregelt werden.

³⁰⁰ Vgl. Legido-Quigley, Helena u.a.: „Patient Mobility in the European Union“. In *British Medical Journal*, Heft Nr.334/2007, S. 188 – 190, hier S. 189.

³⁰¹ Vgl. Kapitel III.1.2.

eine entsprechende Zusammenarbeit funktionieren: Voraussetzung scheint in diesem Fall allerdings ein hohes Maß an Autonomie der jeweiligen Akteure zu sein. Am Beispiel der deutsch-dänischen Projekte zeigt sich, dass trotz der unterschiedlichen Systeme die Handlungsautonomie der deutschen Krankenhäuser und Krankenversicherungen einerseits und die subsidiäre Entscheidungsbezugnis der dänischen Ämter andererseits zu pragmatischen Lösungen einzelner Herausforderungen in der Grenzregion führen konnten.

Im Rahmen dieses Teils der Untersuchung konnte zudem festgestellt werden, dass die nationalen Definitionen der Gesundheitspolitik auch die Beteiligung an unterschiedlichen Arten institutioneller grenzüberschreitender Aktivitäten zu beeinflussen scheinen. Das ausgeprägte Engagement Schwedens an Projekten im Bereich Public-Health sowie in unterschiedlichen grenzüberschreitenden Fort- und Ausbildungsprojekten steht durchaus im Einklang mit den Zielen schwedischer Gesundheitspolitik.

Welche Faktoren für das Gelingen grenzüberschreitender Aktivitäten relevant sind und welche Faktoren eine reibungslose Zusammenarbeit stören können, wird in der abschließenden Bewertung am Ende dieses Kapitels geschildert. Zunächst soll nun die individuelle Patientenmobilität näher untersucht werden.

1.3 Individuelle Patientenmobilität – eine unbekante Größe

Bislang existieren keine aussagekräftigen Statistiken, die das tatsächliche Ausmaß der Patientenmobilität in Europa dokumentieren; es bleibt somit viel Raum für Spekulationen und widersprüchliche Einschätzungen. Nach Berechnungen der deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) betragen die im Ausland verursachten Gesundheitskosten von in Deutschland versicherten Bürgern im Jahr 2003 etwa 134 Millionen Euro. Das entspricht in etwa einem Prozent der Gesamtleistungsausgaben der deutschen Krankenkassen. Umgekehrt beliefen sich die durch in Deutschland ansässige Leistungsanbieter in Rechnung gestellten Leistungen an Versicherte aus dem Europäischen Wirtschaftsraum im gleichen Jahr auf ca. 151 Millionen Euro.³⁰² Ein im Dezember 2005 erschienener Artikel zur Patientenmobilität in Europa stellte fest, dass

³⁰² Vgl. Spielberg, Petra: „Ein steiniger Weg“. In: Zahnärztliche Mitteilungen, Heft 15/2005, S. 80/81.

die Europäer Gesundheitsleistungen im Ausland insgesamt nur zögerlich in Anspruch nähmen:

„Nur äußerst zaghaft machen Versicherte und Patienten bislang von ihrem Recht Gebrauch, medizinische, pflegerische und Rehabilitationsleistungen im europäischen Ausland in Anspruch zu nehmen.“³⁰³

Zu einer ähnlichen Einschätzung kam bereits eine im Jahre 2003 erschienene Studie der Bertelsmann-Stiftung zur Europäisierung des Gesundheitswesens.³⁰⁴ Bezüglich der Patientenmobilität stellten die Autoren dieser Studie grundlegend ebenfalls fest, dass das Ausmaß der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (aus deutscher Sicht) sehr gering sei.³⁰⁵ Aber:

„Sowohl die politische Bedeutung als auch die möglichen ökonomischen Auswirkungen der (...) Urteile (*des EuGH; Anmerkung des Verfassers*) zur Patientenmobilität sind deutlich größer als das tatsächliche Ausmaß der bisher feststellbaren Patientenmobilität.“³⁰⁶

Hiermit stimmen die Ergebnisse des ersten EU-weiten Forschungsprojekts zum Thema „Patient mobility in the European Union“ des ‚Europe 4 Health‘-Projektes und des ‚European Observatory on Health Systems‘ nur bedingt überein. Sie bestätigen zwar auch, dass die geltende europäische Rechtslage nicht die notwendigen Voraussetzungen für eine reibungslose Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Ausland gewährleiste:

„Europe’s politicians have avoided legislation that would provide a clear framework for the new reality, in part because of apprehension about the risks of opening Pandora’s box, but also because it was not clear what should be done given the complexity of health care.“³⁰⁷

Doch zugleich stellen sie bezüglich des aktuellen Ausmaßes der Patientenmobilität im Gegensatz zu den zuvor zitierten Artikeln fest: „This situation has

³⁰³ Spielberg, Petra: „Patientenmobilität: im Gänsemarsch voran.“ In: Deutsches Ärzteblatt Heft 50/2005, Seite A-3498.

³⁰⁴ Greß, Stefan u.a.: a.a.O..

³⁰⁵ Vgl. ebd. S. 93.

³⁰⁶ Ebd., S. 82.

³⁰⁷ Rosenmüller, Magdalene u.a.: a.a.O., S. 2.

changed, in many ways. The extent of mobility within Europe has increased markedly.³⁰⁸ Es besteht also Uneinigkeit darüber, wie groß das Ausmaß der Patientenmobilität tatsächlich ist. Die unzureichende Datenlage kann auf unterschiedliche Faktoren zurückgeführt werden. Zum einen kam der Patientenmobilität bislang insgesamt wenig Aufmerksamkeit zu, da sie von allen betroffenen Vergütungssystemen lediglich als Ausnahmeerscheinung wahrgenommen wurde und die Vergütung der im Urlaub in Anspruch genommenen Leistungen über das europäische Koordinierungsrecht relativ komfortabel abgewickelt werden konnte – somit wurde bis in jüngere Zeit kein zusätzlicher Regelungsbedarf gesehen. Die Einsicht, dass diese Ausnahmen in ihrer Summe jedoch ein nicht unerhebliches Maß angenommen haben könnten und somit eine verstärkte europäische Koordinierung sowohl den Patienten als auch den Kostenträgern zu Gute kommen könnte, rückte erst in den vergangenen fünf bis zehn Jahren in das Blickfeld der betroffenen Institutionen und Versicherungen. Zum anderen lässt sich Patientenmobilität aufgrund ihrer zahlreichen Spielarten nur bedingt quantifizieren. Insbesondere die individuelle Patientenmobilität, die häufig ohne vorherige Rücksprache mit dem jeweils zuständigen Kostenträger stattfindet, äußert sich in zahlreichen Varianten, wie in Kapitel III.1.3 aufgezeigt wurde. Zusätzlich erschwert wird die statistische Erhebung dadurch, dass private und gesetzliche Krankenversicherungen die Patientenmobilität ihrer eigenen Versicherten entweder nicht systematisch erfassen oder aus wirtschaftlichen Erwägungen sowie aus Datenschutzgründen nicht bereit sind, Einblicke in ihre internen Statistiken zu gewähren. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass eine erhebliche Anzahl der im Ausland in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen von den Patienten aus eigener Tasche bezahlt und im Nachhinein nicht zur Erstattung beim jeweiligen Kostenträger eingereicht werden. Um zumindest einen gewissen Überblick über die Dimension der Patientenmobilität der eigenen Versicherten zu erhalten, führte die deutsche Technische Krankenkasse im Jahr 2001 eine Befragung zum Thema „Medizinische Leistungen im EU-Ausland. Erfahrungen und Erwartungen der TK-Mitglieder“³⁰⁹ unter ihren Versicherten durch. Damals konnte festgestellt werden, dass die Kosten für Auslandsbehandlungen mit ca. 50 Millionen DM zwar noch sehr ge-

³⁰⁸ Rosenmöller, Magdalene u.a.: a.a.O., S. 1.

³⁰⁹ Zu den Ergebnissen der Studie siehe:

http://www.dkg.digramm.com/alte_seite/1_pol/pol_139.htm, Stand: 12.2.2007.

ring, aber immerhin beitragsrelevant waren. Ferner konnte im Rahmen dieser Studie festgestellt werden, dass sich pro Jahr immerhin fünf Prozent der Versicherten im Ausland in ärztliche Betreuung begeben hatten, obwohl dies aus den internen Leistungsdaten für lediglich zwei Prozent aller Versicherten ersichtlich gewesen war. Diese Diskrepanz wurde darauf zurückgeführt,

„dass nicht alle Leistungen im Ausland von der GKV finanziert werden. Es kann sich vielmehr auch um Bagatellerkrankungen, nicht erstattungsfähige Leistungen bzw. um die Kostenübernahme durch eine private Auslandsrankenversicherung handeln.“³¹⁰

Außerdem konnte festgestellt werden, dass bei der Vergütung der erbrachten Leistungen die so genannte Sachleistungsaushilfe in Verbindung mit dem Auslandskrankenschein nicht gegriffen habe, sondern die Mehrzahl der Leistungen, nämlich 62%, über das Kostenleistungsprinzip abgedeckt wurden. Das bedeutet, dass die Versicherten die Kosten zunächst aus eigener Tasche bezahlten und sich erst im Anschluss an ihre Krankenversicherung wandten.³¹¹

In jüngerer Zeit ist der Untersuchung der Patientenmobilität geringfügig mehr Aufmerksamkeit gewidmet worden. Trotz dessen hat bislang weder eine Studie, die die Patientenmobilität aus Sicht der Leistungserbringer beleuchtet, noch eine Studie die sich explizit mit der individuellen Patientenmobilität auseinandersetzt Eingang in die europäische Forschungsliteratur gefunden. Die folgende Untersuchung zur Patientenmobilität dänischer Patienten im deutsch-dänischen Grenzgebiet soll helfen, diese Lücke ein Stück weit zu schließen, indem sie die Patientenmobilität aus der Sicht der deutschen Ärzte im Grenzgebiet beleuchtet. Die Ergebnisse der Studie vermitteln zwar nur einen kleinen Einblick in das aktuelle Ausmaß der individuellen Patientenmobilität und dies auch nur in einem geographisch begrenzten Raum, dennoch dürften sie einen Beitrag zur Beurteilung der aktuellen Lage leisten und die entsprechenden Herausforderungen, mit denen sich Leistungserbringer und -empfänger konfrontiert sehen, vermitteln. Da das dänische Gesundheitssystem zu den steuerfinanzierten Systemen, das deutsche hingegen zu den Sozialversicherungssystemen gezählt wird, zeigt die

³¹⁰ Zu den Ergebnissen der Studie siehe:

http://www.dkg.digramm.com/alte_seite/1_pol/pol_139.htm, Stand: 12.2.2007.

³¹¹ Vgl. ebd.

Studie zudem die besonderen Herausforderungen auf, die sich an der Schnittstelle dieser beiden gegensätzlichen Versorgungs- und Vergütungssysteme ergeben können. Somit lassen sich Rückschlüsse auf vergleichbare Konstellationen in der EU ziehen und die Notwendigkeit eines Mindestmaßes an Systemkompatibilität noch einmal illustrieren.

1.3.1 Vorgehensweise und Methodik

Die Untersuchung der individuellen Patientenmobilität sollte am Beispiel der deutsch-dänischen Grenzregion einerseits das quantitative Ausmaß der im Ausland in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen beleuchten und andererseits Aufschluss darüber geben, welche Qualität die vorhandenen Versorgungsstrukturen in Bezug auf die Behandlung ausländischer Patienten aufweisen. Im Vorfeld dieser Dissertation wurde hierzu eine repräsentative, schriftliche Befragung unter niedergelassenen (Fach-)Ärzten in den nördlichen Kreisen Schleswig-Holsteins in Zusammenarbeit mit der zuständigen Ärztekammer (AEKSH) durchgeführt. Dabei wurden im Juni 2006 sämtliche niedergelassenen Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten der Kreise Nordfriesland, Schleswig-Flensburg und der kreisfreien Stadt Flensburg angeschrieben.³¹² Sie wurden gebeten, Auskünfte über ihre Erfahrungen mit Patienten aus den dänischen Nachbarregionen zu geben. Neben der Quantität der Besuche dänischer Patienten wurden die Ärzte auch nach der Qualität der Leistungserbringung befragt (beispielsweise, ob sich die Praxen gezielt auf die Behandlung dänischer Patienten eingestellt haben, indem sie dänischsprachige Informationen zur Verfügung stellen).³¹³

Nach einem Pretest wurden die standardisierten Fragebögen zusammen mit einem Anschreiben und einem portofrei zu versendenden Rückumschlag am 19.6.2006 an sämtliche 658 niedergelassenen Ärzte (darunter waren 348 Allgemeinmediziner und Hausärzte und 310 Fachärzte und Psychotherapeuten)

³¹² Dies sind die drei Kreise, die direkt an Dänemark angrenzen und den deutschen Teil der Region Sønderjylland – Schleswig bilden. Andere Kreise wurden aufgrund ihrer Entfernung zur dänischen Grenze nicht berücksichtigt.

³¹³ Der verwendete Fragebogen ist im Anhang dieser Arbeit dokumentiert. Zusätzlich ist dieser Dissertation eine CD beigefügt, auf der die Ergebnisse der Ärztebefragung im SPSS-Format gespeichert sind.

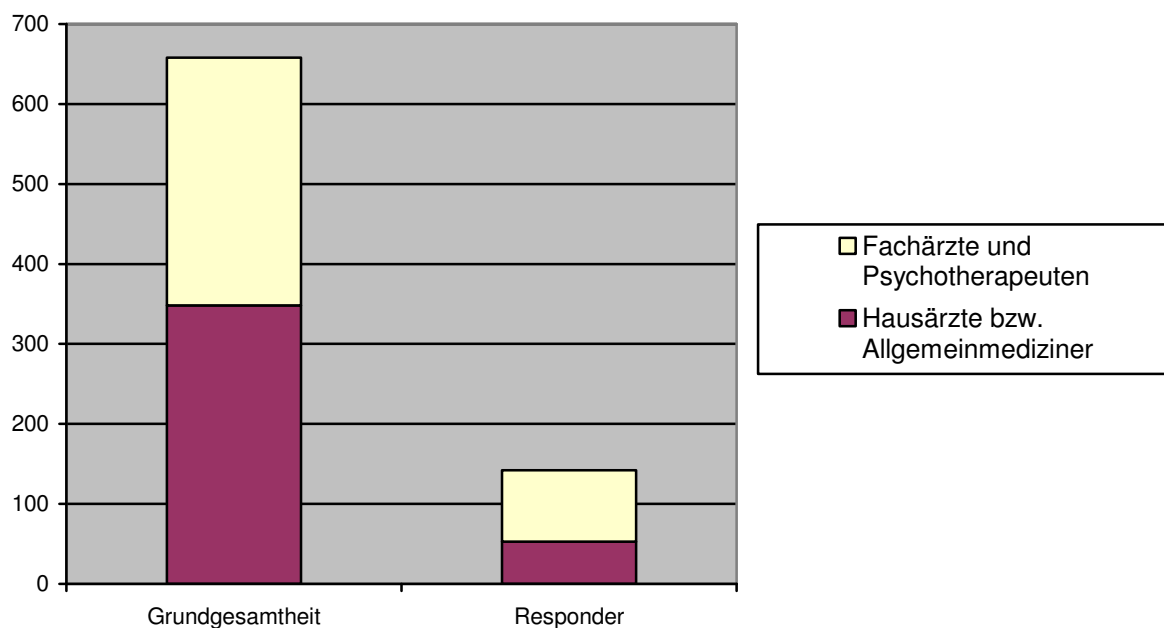
der oben genannten Kreise verschickt. Parallel wurde eine Anzeige im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt veröffentlicht, in der die Ärzte um eine rege Teilnahme an der Befragung gebeten wurden.³¹⁴ Insgesamt gingen 142 auswertbare Antworten innerhalb der gesetzten Feldzeit bis zum 31.08.2006 ein. Die allgemeine Rücklaufquote entsprach somit 21,6%.

Die Ermittlung der Responderquoten für einzelne Arztgruppen (getrennt nach Profession, Kreis und Entfernung zur dänischen Grenze gemessen in Straßenkilometern) durch Vergleich des Rücklaufs mit der Verteilung der Merkmale in der Grundgesamtheit der Allgemeinmediziner und Hausärzte bzw. der Fachärzte und Psychotherapeuten³¹⁵ der AEKSH in diesen Kreisen zeigt, dass die Beteiligung der Hausärzte unter dem Durchschnitt (15,2% der 348 Hausärzte) und die der Fachärzte über dem Durchschnitt (28,7% der 310 Fachärzte) der allgemeinen Rücklaufquote lag (Abbildung 13)³¹⁶. Es lässt sich nicht eindeutig klären, womit die signifikant höhere Zahl der fachärztlichen Antworten zusammenhängt: Es liegt jedoch der Schluss nahe, dass die Befragung bei Fachärzten auf größeres Interesse gestoßen ist, da sie sich von der Thematik in besonderer Weise betroffen fühlten. Inwieweit diese Vermutung durch das Antwortverhalten der jeweiligen Ärzte bestätigt werden kann, wurde bei der Auswertung berücksichtigt.

³¹⁴ Siehe Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Heft 6/2006. S. 55.

³¹⁵ Im Folgenden werden Hausärzte und Allgemeinmediziner (nicht ganz korrekt) unter dem Begriff Hausärzte zusammengefasst, um eine bessere Lesbarkeit zu sichern. Außerdem werden Psychotherapeuten zur Gruppe der Fachärzte hinzugezählt und nicht einzeln erwähnt.

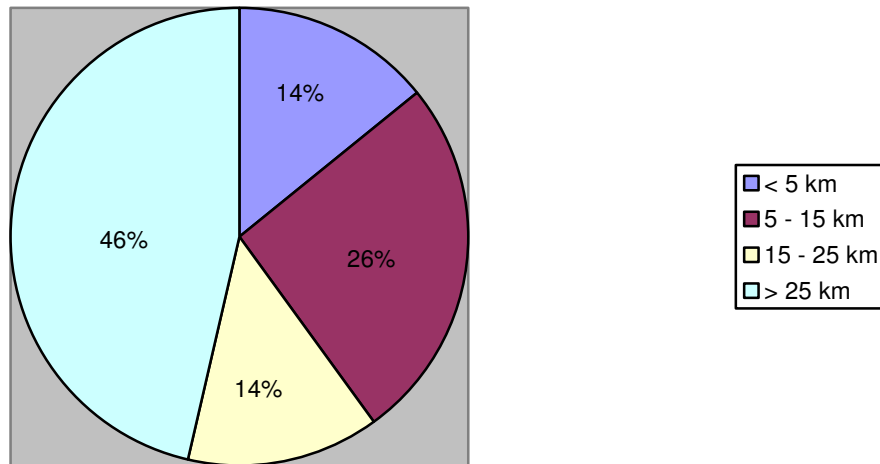
³¹⁶ Sämtliche Abbildungen im Kapitel Individuelle Patientenmobilität sind im Rahmen dieser Dissertation angefertigt und zuvor nicht publiziert worden.

Abbildung 13: Anteil der Arztgruppen an Grundgesamtheit und Respondern

eigene Darstellung

Von den 195 Flensburger Ärzten antworteten 44, was 22,6% entspricht, von 217 Ärzten im Kreis Nordfriesland antworteten 47, was 21,7% entspricht und im Kreis Schleswig-Flensburg antworteten von 246 angeschriebenen Ärzten 51, was 20,7% entspricht. Da dieses Antwortverhalten als homogen bezeichnet werden kann, wird bei der Auswertung keine getrennte Analyse der drei Kreise durchgeführt.

Gemessen in Straßenkilometern gaben 20 der antwortenden Ärzte (14,1%) an, nicht weiter als 5 km von der dänischen Grenze entfernt tätig zu sein; 36 (25,4%) gaben an, dass zwischen dem Ort ihrer Tätigkeit und der Grenze 5 bis 15 km liegen, 19 (13,4%) gaben eine Entfernung zwischen 15 und 25 km an und weitere 65 (45,8%) gaben an, weiter als 25 km von der dänischen Grenze entfernt tätig zu sein (Abbildung 14). Zwei Ärzte machten hierzu keine Angaben. Für die folgende Analyse werden die Ärzte in zwei nahezu gleich große Gruppen unterteilt: in einer Gruppe werden die 53% der Ärzte zusammengefasst, die nicht weiter als 25 km von der dänischen Grenze entfernt praktizieren, und in einer zweiten Gruppe die 46% der Ärzte, die weiter als 25 km von der Grenze entfernt niedergelassen sind.

Abbildung 14: Entfernung der Ärzte zur deutsch-dänischen Grenze

eigene Darstellung

1.3.1.1 Struktur der deutsch-dänischen Grenzregion

Die Untersuchung entlang der deutsch-dänischen Grenze zeigt, wie sich die individuelle Patientenmobilität an der Schnittstelle zweier gegensätzlicher Gesundheitssystemtypen entwickelt hat und berücksichtigt somit auch einen Aspekt, der bei den bisherigen Untersuchungen institutioneller Patientenmobilität unterrepräsentiert war.³¹⁷ Zugleich weist die deutsch-dänische Grenzregion aufgrund ihrer gemeinsamen Geschichte und Prägung einige Besonderheiten auf, die bei der Untersuchung der individuellen Patientenmobilität berücksichtigt werden müssen, um eine Verzerrung der Ergebnisse auszuschließen.

Geographisch wurde die Untersuchung auf die deutsche Seite der Region Sønderjylland-Schleswig beschränkt, die aus den Kreisen Schleswig-Flensburg, Nordfriesland und der Stadt Flensburg mit rund 450.000 Einwohnern besteht und im äußersten Norden Deutschlands gelegen ist. Auf dänischer Seite zählen zu dieser Region die vier Großkommunen Apenrade, Sønderborg, Hadersleben und Tønder mit insgesamt rund 250.000 Einwohnern.³¹⁸ Insgesamt umfasst

³¹⁷ Wie die Auswertung institutioneller grenzüberschreitender Aktivitäten gezeigt hat, findet der überwiegende Teil derselben zwischen Staaten mit vergleichbaren Gesundheitssystemen statt. Siehe Kapitel III.1.2.3.

³¹⁸ Zum Untersuchungszeitpunkt waren die vier dänischen Großkommunen noch Bestandteil des ehemaligen Amts Sønderjylland. Am 01.01.2007 trat in Dänemark jedoch eine Kommunalreform in Kraft, wodurch die Verwaltungseinheiten neu definiert wurden. Statt der bisher rund 250.000 Einwohner im Amt Sønderjylland beherbergt die Region Syddanmark, zu der die vier

die Region Sønderjylland-Schleswig eine Fläche von ca. 8.000km². Aufgrund ihrer gemeinsamen Geschichte finden sich auf beiden Seiten der Grenze Minderheiten des jeweils anderen Staates. Die deutsche Minderheit auf dänischem Staatsgebiet umfasst ca. 6.000 Mitglieder und die dänische Minderheit in Deutschland je nach Zählung zwischen 8.000 und 50.000 Mitglieder.³¹⁹ Zwar ist die Zugehörigkeit zu einer der Minderheiten für die Studie im Prinzip irrelevant, da die soziale Absicherung der Bevölkerung von ihrer Staatsangehörigkeit bzw. ihrem Arbeitsland abhängt und nicht von der kulturellen Zugehörigkeit, dennoch dürften die enge Zusammengehörigkeit und die gemeinsame Schnittmenge die grenzüberschreitende Mobilität in der Region begünstigen. Einen Sonderfall stellen zudem jene Grenzgänger dar, deren Wohnort zwar in Dänemark, deren Arbeitsplatz hingegen in Deutschland liegt, denn diese Gruppe fällt unter die deutsche Sozialversicherungspflicht. Da solche Patienten jedoch durch die befragten Ärzte bereits bei der Anmeldung durch das Vorzeigen ihrer deutschen Krankenversicherungskarte als ‚deutsche Patienten‘ identifiziert werden, wurden diese Sonderfälle bei der Auswertung nicht berücksichtigt.³²⁰

1.3.2 Quantitative Analyse

Ziel der quantitativen Analyse war die Ermittlung des dänischen Patientenaufkommens in den jeweiligen Praxen unter besonderer Berücksichtigung der intervenierenden Variablen ‚Entfernung‘ und ‚Nutzen‘. Es sollte untersucht werden, ob eine Korrelation zwischen der Anzahl der Patientenbesuche in den einzelnen Praxen und diesen beiden Variablen besteht.

Kommunen nunmehr gehören, rund 1,2 Millionen Menschen und umfasst im Wesentlichen die bisherigen Ämter Sønderjylland, Vejle, Ribe und die Insel Fünen. Vgl. die offiziellen Internetseiten der Region Sønderjylland-Schleswig: <http://www.region.de/wm210077>, Stand: 5.4.2008.

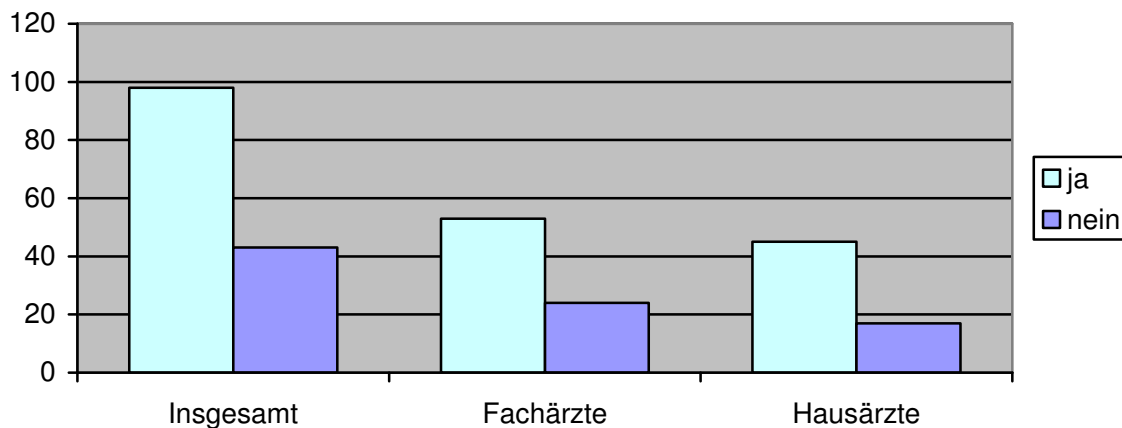
³¹⁹ Im Prinzip kann sich jeder Deutsche, der dänischen Minderheit anschließen. Aktuell sind dies ca. 50.000 Personen. Vgl. Generalkonsulat von Dänemark in Flensburg. Quelle: <http://www.gkflensburg.um.dk>, Stand: 8.3.2008.

³²⁰ Diese Patienten könnten jedoch auch privat versichert sein und würden aufgrund des Kostenleistungsprinzips somit keine Versichertenkarte vorlegen müssen. Da jedoch weniger als neun Prozent der in Deutschland berufstätigen Personen privat versichert sind, wurde dieser Sonderfall bei der Auswertung der Befragung nicht gesondert berücksichtigt.

1.3.2.1 Anzahl dänischer Arztbesuche

Insgesamt gaben 98 der befragten Ärzte an, während des vorherigen Jahres mindestens einen dänischen Patienten behandelt zu haben. Das entspricht 68,3% und somit mehr als zwei Drittel aller Responder; darunter waren 45 Hausärzte (was 66% aller antwortenden Hausärzte entspricht) und 53 Fachärzte (was 71% aller antwortenden Fachärzte entspricht) vertreten (Abbildung 15).

Abbildung 15: Anzahl der Ärzte, die während des vergangenen Jahres Patientenbesuche aus Dänemark hatten

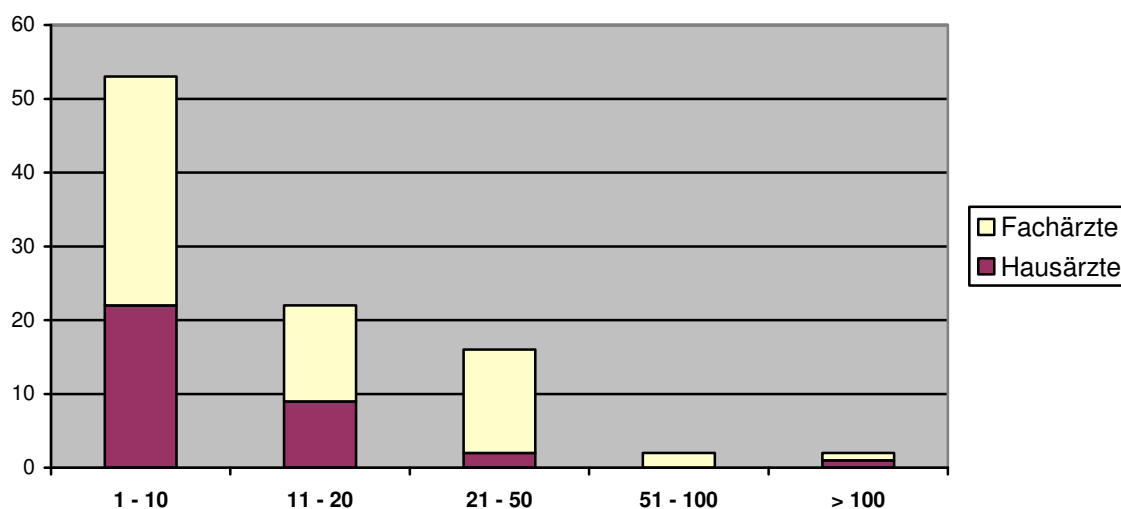


eigene Darstellung

Die Gesamtzahl dänischer Patientenbesuche (im Folgenden als ‚Fallzahl‘ bezeichnet) war bei den meisten Ärzten relativ gering (Abbildung 16). Bezogen auf das vergangene Jahr gaben 53 Ärzte an, lediglich 1-10 Patienten behandelt zu haben, 22 Ärzte behandelten 11–20 dänische Patienten und lediglich 20 Ärzte empfangen mehr als 20 dänische Patienten im vergangenen Jahr. Davon empfangen 16 Ärzte 21–50 dänische Patienten, lediglich zwei Ärzte behandelten 51–100 Patienten und ebenfalls nur zwei Ärzte mehr als 100 Patienten. Dabei fällt auf, dass die Hausärzte nur einen geringen Anteil an den Kohorten mit hoher dänischer Fallzahl ausmachen. In den Kohorten 1–10 und 11–20 sind die Hausärzte immerhin mit einem Anteil von 41% vertreten; in den übrigen Kohorten mit größeren Fallzahlen liegt deren Anteil jedoch nur bei 15%. Umgekehrt bedeutet dies, dass Fachärzte in den Kohorten mit hoher Fallzahl deutlich überrepräsentiert sind.

Im Vergleich waren es also überwiegend Fachärzte, die dänische Patienten behandelten. Zudem finden sich vor allem unter Fachärzten einzelne Repräsentanten, die im nachgefragten Jahr eine besonders große Anzahl an dänischen Patienten behandelt haben. Hausärzte werden dagegen eher sporadisch von dänischen Patienten konsultiert. Kurz gefasst bedeutet dies, dass sich dänische Patienten häufiger zur fachärztlichen als zur allgemeinmedizinischen Behandlung nach Deutschland begeben haben.

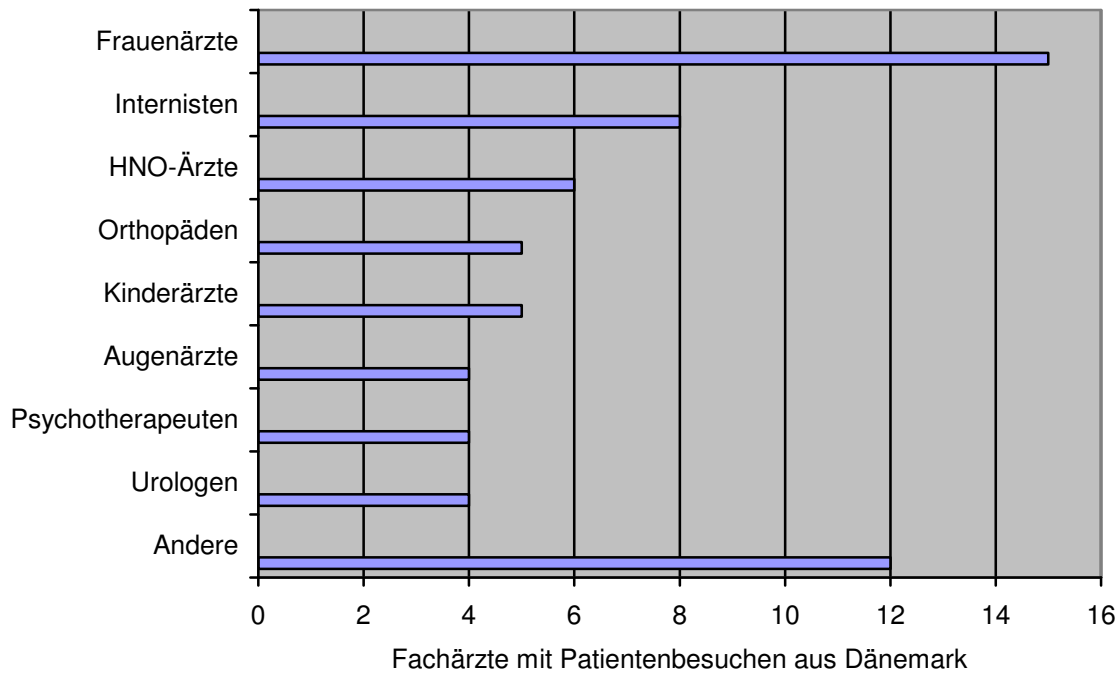
Abbildung 16: Anzahl behandelter dänischer Patienten gestaffelt nach Fach- und Hausärzten



eigene Darstellung

Eine Staffelung der Fachärzte nach ihren jeweiligen Disziplinen zeigt, dass besonders viele Frauenärzte von Däninnen besucht wurden (Abbildung 17). Von 53 Fachärzten, die von dänischen Patienten konsultiert wurden, gehörten 15 dieser Disziplin an. Ebenso gaben acht Internisten, sechs HNO-Ärzte und jeweils fünf Orthopäden und Kinderärzte an, dänische Patienten behandelt zu haben.

Abbildung 17: Verteilung der Patientenbesuche gestaffelt nach fachärztlichen Disziplinen



eigene Darstellung

Um einzuschätzen, ob sich die dänischen Patienten gezielt zur Behandlung nach Deutschland begaben oder ob sie eher spontan (z.B. im Urlaub oder auf der Durchreise) auf ärztliche Hilfe angewiesen waren, wurden die Ärzte des Weiteren gebeten, die häufigsten Krankheitsbilder bzw. Behandlungsgründe zu nennen. Dabei waren bis zu vier Nennungen möglich.

Häufungen konnten bei der entsprechenden Auswertung einerseits bei Akut- und Urlaubserkrankungen (von 25 Ärzten genannt) und andererseits bei Schwangerschaftsuntersuchungen festgestellt werden (12 Nennungen). Außerdem wurden signifikante Häufungen bei Vorsorgeuntersuchungen aller Art (10 Nennungen) sowie bei Mittel- und Außenohrentzündungen (7 Nennungen) festgestellt. Insgesamt wurden über 100 verschiedene Krankheitsbilder in allen Fachbereichen diagnostiziert und behandelt, die von Allergietests über Migränebehandlungen bis zu verschiedenen Herzerkrankungen reichten. Zwar lässt sich durch die Ergebnisse dieser Befragung keine Aussage über die jeweilige Vorgeschichte der behandelten Patienten machen, die Tatsache, dass Bagatell- und Akuterkrankungen trotz ihrer häufigen Nennung im Vergleich zur Summe aller anderen Behandlungen eine untergeordnete Position einnehmen, legt je-

doch den Schluss nahe, dass sich die überwiegende Zahl der Patienten gezielt zu einer Behandlung nach Deutschland begab.³²¹ So darf z.B. davon ausgegangen werden, dass die hohe Zahl an Schwangerschaftsuntersuchungen auf eine gezielte Konsultation deutscher Frauenärzte zurückgeführt werden kann und keine spontane Handlung oder einen Notfall darstellt.³²² Dies wiederum wäre ein Hinweis auf ein entsprechendes Versorgungsgefälle zwischen Dänemark und Deutschland.

1.3.2.2 Zunahme der Patientenmobilität

Nach den Beobachtungen der befragten Ärzte hat die Anzahl dänischer Patienten, die in die Praxen kamen, im Vergleich zu vor fünf Jahren zugenommen.³²³ Von 81 Ärzten, die sich hierzu äußerten, meinten 31 (bzw. 38%), dass sie heute häufiger dänische Patienten versorgten als noch vor fünf Jahren, während 43 Ärzte (bzw. 53%) keine Veränderung feststellen konnten.³²⁴ Lediglich sieben Ärzte (9%) berichteten, sie hätten vor fünf Jahren häufiger dänische Patienten behandelt als zum Zeitpunkt der Befragung (Abbildung 18). Ebenso wurde nach der entsprechenden Entwicklung im Vergleich zu vor zwei Jahren gefragt. Während dieses kürzeren Zeitraums nahmen die meisten Ärzte ebenfalls eine Zunahme an dänischen Patienten wahr.³²⁵

³²¹ Eine zusätzliche Befragung dänischer Patienten nach den Beweggründen für den Arztbesuch in Deutschland, wäre hilfreich gewesen, um die persönlichen Ursachen für Patientenmobilität zu erfahren. Da die individuelle Patientenmobilität jedoch nicht vorhersehbar ist, hätte eine solche zusätzliche Untersuchung vorausgesetzt, dass die deutschen Ärzte dänische Patienten bei Erscheinen auffordern würden, einen entsprechenden Befragungsbogen auszufüllen. Dieses Vorgehen würde eine längere Zeitspanne und eine intensive Mitarbeit der behandelnden Ärzte voraussetzen, was im Rahmen dieser Arbeit nicht umsetzbar gewesen wäre.

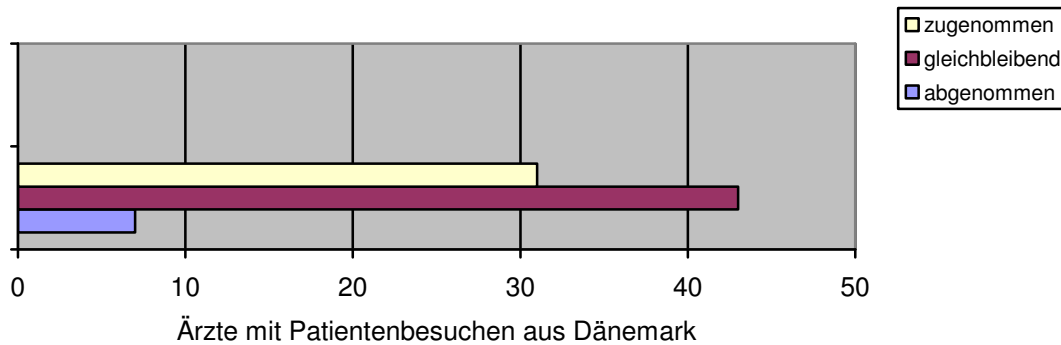
³²² Gründe für die Häufung im Bereich der Schwangerschaftsuntersuchungen dürften vor allem Wartezeiten für Schwangerschaftsuntersuchungen sein.

³²³ Die Erhebung absoluter Zahlen zur Entwicklung der Patientenmobilität zeigte sich im Pretest als unrealistisch, da nicht alle Ärzte in der Lage oder bereit dazu wären, ihre entsprechenden Fallzahlen zu nennen.

³²⁴ Mehrere Ärzte gaben an, hierzu keine Aussage treffen zu können, da sie vor fünf Jahren noch nicht in ihrer jetzigen Praxis tätig waren.

³²⁵ Eine Zunahme an dänischen Patienten gaben 21 Ärzte an, eine Abnahme lediglich zwei. Diese geringere Veränderung kann jedoch mit der kürzeren Vergleichsperiode erklärt werden, die zudem Bestandteil der vorherigen Zeitspanne ist.

Abbildung 18: Veränderung der Anzahl dänischer Patientenbesuche im Vergleich zu vor fünf Jahren (nach eigener Wahrnehmung der befragten Ärzte)



eigene Darstellung

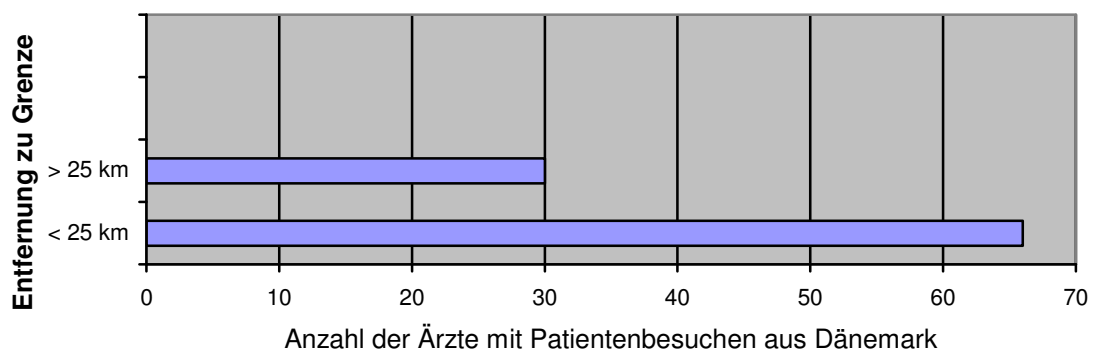
Die Angaben der Ärzte beruhen jedoch lediglich auf eigenen Beobachtungen und nicht auf nachprüfbaren Erhebungen durch die Sozialversicherungen. Wie erwähnt werden entsprechende Daten nicht durch die Versicherungsträger gesammelt bzw. zugänglich gemacht. Zudem können freiberuflich tätige Ärzte nur bedingt zu entsprechenden Angaben über ihre Patienten verpflichtet werden. Wenn die oben geschilderte Einschätzung der Ärzte jedoch zutreffend ist und die Patientenmobilität während der vergangenen fünf Jahre tatsächlich zugenommen hat, dann könnte eine systematische Erfassung der individuellen Patientenmobilität helfen, die Schwachstellen der bisherigen Handhabung seitens der betroffenen Patienten und Ärzte aufzudecken und zu beheben. Denn durch eine Zunahme an individueller Patientenmobilität wird unweigerlich auch die Zahl verwaltungstechnischer und ökonomischer Fragen ansteigen, sofern keine festen und allseits bekannten Strukturen vorhanden sind. So wie die Analyse der institutionellen Patientenmobilität im Rahmen des E4P-Projekts helfen sollte, „(to) facilitate the quest for common solutions to common problems“³²⁶, könnte auch eine kontinuierliche Erfassung der Patientenmobilität sowie die Dokumentation und Bündelung aller Einzelfälle helfen, gemeinsame ‚best-practice‘-Lösungen zu entwickeln. Die Ergebnisse dieser Studie belegen diesen Bedarf.

³²⁶ Rosenmüller, Magdalene u.a.: a.a.O., S. 4.

1.3.2.3 Geographische Verteilung

71% der Ärzte, die im vergangenen Jahr Kontakt zu dänischen Patienten hatten, gehören der Gruppe an, die nicht weiter als 25 km von der deutsch-dänischen Grenze praktizieren. 29% der antwortenden Ärzte hatten trotz einer Entfernung zwischen ihrer Praxis und der deutsch-dänischen Grenze von mehr als 25 km (Abbildung 19) Patientenbesuche aus Dänemark. Diese Korrelation zeigt, dass besonders solche Ärzte von dänischen Patienten aufgesucht werden, die von Dänemark aus leicht zu erreichen sind.

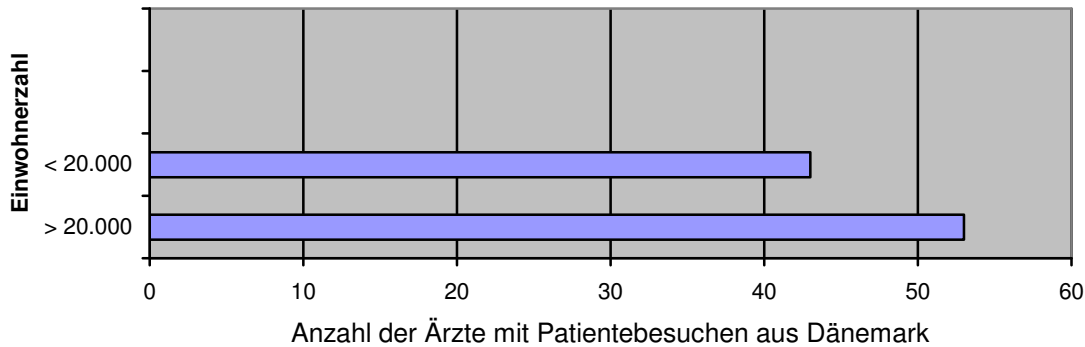
Abbildung 19: Anzahl Ärzte mit dänischen Patienten im Verhältnis zur Entfernung zur dänischen Grenze



eigene Darstellung

Die Vermutung, dass vor allem regionale Oberzentren von Patientenmobilität profitieren können, wird durch die Befragung hingegen nicht bestätigt. Die dänischen Arztbesuche beschränkten sich nicht nur auf die größeren Städte Flensburg, Schleswig und Husum, in denen mehr als 20.000 Einwohnern wohnen – in diesen Städten gaben insgesamt 52 Ärzte an, dänische Patienten behandelt zu haben –, ein vergleichbarer Anteil, nämlich 46 Patienten, ließ sich in kleineren Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern behandeln (Abbildung 20). Die Ortsgröße hat bei der Arztwahl dänischer Patienten also scheinbar eine geringere Bedeutung als die Nähe zum Wohnort in Dänemark. Zudem scheint dies zu bestätigen, dass sich die Patienten nicht nur zur Behandlung bei einzelnen namhaften Spezialisten nach Deutschland begeben, sondern dass sie Leistungserbringer aufsuchen, die in ihrer individuellen Reichweite liegen.

Abbildung 20: Anzahl Ärzte mit dänischen Patienten im Verhältnis zur Ortsgröße



eigene Darstellung

1.3.3 Qualitative Analyse

Um die Auswirkungen der dritten intervenierenden Variable, der Patientenorientiertheit der Praxen, auf die Verteilung der individuellen Patientenmobilität von Dänemark nach Deutschland zu beurteilen, wurden weitere Fragen zur Art des Leistungsangebots, zur Vergütung und zur dänischsprachigen Kommunikationsfähigkeit der Praxismitarbeiter sowie weiteren Maßnahmen zur besseren Betreuung dänischer Patienten gestellt.

1.3.3.1 Vergütungsformen

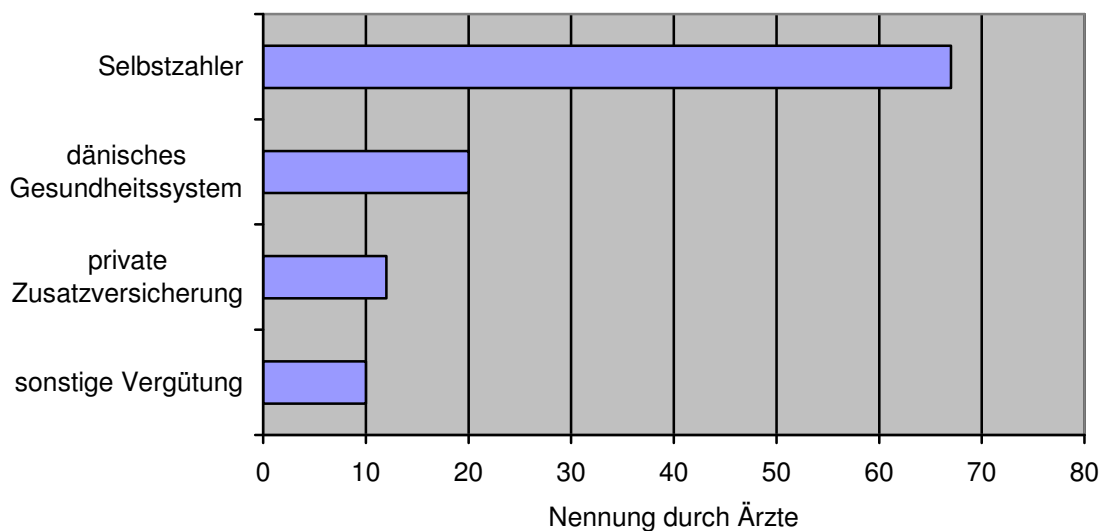
Die Ärzte wurden gebeten, die Häufigkeit verschiedener Vergütungsformen auf einer vierstufigen Skala (,sehr häufig', ,häufig', ,hin und wieder' und ,selten') anzugeben. Als mögliche Vergütungsformen wurden vorgegeben: Selbstzahler, das dänische Gesundheitssystem,³²⁷ private Zusatzversicherungen und sonstige Vergütungsformen.

Von denjenigen Ärzten, die dänische Patienten behandelt haben, gaben 67 an, dass diese ihre Rechnungen häufig oder sehr häufig als Selbstzahler beglichen hätten. Dagegen gaben nur 20 Ärzte an, dass ihre Leistungen sehr häufig oder häufig vom dänischen Gesundheitssystem vergütet wurden. Zwölf Ärzte gaben

³²⁷ Etwa durch ein entsprechendes Abkommen zwischen dem Arzt und der Region Syddanmark.

an, häufig oder sehr häufig durch private Zusatzversicherungen für ihre Leistungen vergütet worden zu sein. Sonstige Vergütungsarten wurden zehn Mal genannt (Abbildung 21).³²⁸

Abbildung 21: Häufigkeit verschiedener Vergütungsarten



eigene Darstellung

Die überwiegende Zahl dänischer Patienten, die zur Behandlung nach Deutschland kommen, scheint also dazu bereit, die entstehenden Kosten zunächst aus eigener Tasche zu bezahlen. Ob die selbstzahlenden Patienten ihre Kosten anschließend von der dänischen Krankenversicherung nach dem Kostenleistungsprinzip erstattet bekommen, oder ob sie diese Kosten selber tragen, geht aus den Ergebnissen dieser Befragung jedoch nicht hervor. Somit lässt sich keine Aussage über die generelle Handhabung individueller Patientenmobilität durch das dänische Gesundheitssystem treffen. Dahingegen zeigt die sehr unterschiedliche Handhabung der Vergütung, dass bislang keine vorgeformten Vergütungsstrukturen greifen, auf die alle dänischen Patienten gleichermaßen zurückgreifen. Eine intensivere Koordinierung im Rahmen eines umfassenden Kooperationsabkommens zwischen der Region Syddanmark und den niedergelassenen Ärzten in den norddeutschen Kreisen wäre eine Möglichkeit, um die Patientenmobilität in der Region voranzutreiben. Mit dem Berechtigungsschein E111 machten die Ärzte sehr unterschiedliche Erfahrungen: Während wenige

³²⁸ In dieser Kategorie gaben mehrere Ärzte an, für ihre Leistungen (noch) keine Vergütung erhalten zu haben.

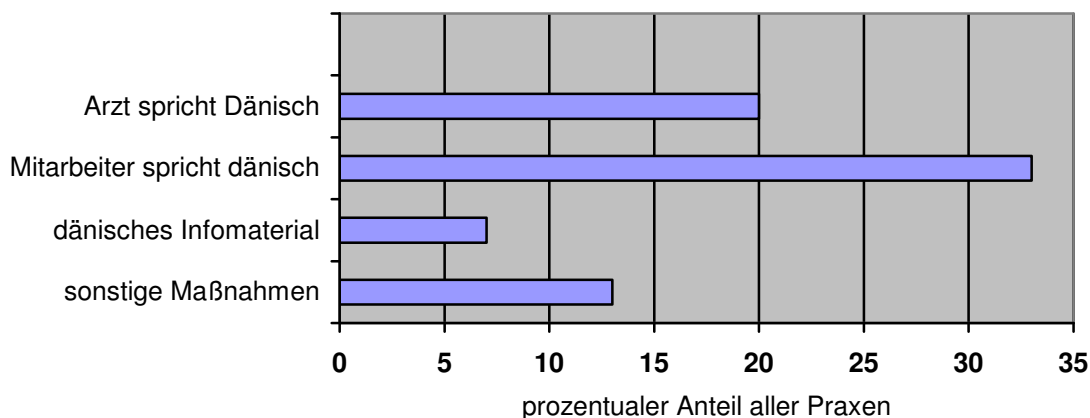
Ärzte über eine reibungslose Abwicklung berichteten, klagten mehrere Ärzte darüber, dass dieser Vergütungsmechanismus zu kompliziert sei. Die neu eingeführte EHIC wird hierbei möglicherweise Abhilfe schaffen.³²⁹

1.3.3.2 Informationsmaterial und Sprachkenntnisse

Zwar verfügen viele im Grenzgebiet wohnhafte Dänen über gute bis sehr gute Deutschkenntnisse und dürften somit zum großen Teil in der Lage sein, mit dem deutschen Praxispersonal zu kommunizieren. Dennoch könnten Dänischkenntnisse der deutschen Ärzte und des Personals sowie Informationsmaterial in dänischer Sprache eine Behandlung vereinfachen, die Patientenorientiertheit steigern und als ‚Wettbewerbsvorteil‘ gegenüber anderen Ärzten gewertet werden. Insgesamt dürfte ein Abbau von Sprachbarrieren zu einer Vereinfachung der individuellen Patientenmobilität führen. Deshalb wurden die Ärzte befragt, ob sie selber oder ihre Mitarbeiter in der Lage seien, Dänisch zu sprechen, ob Informationsmaterial in dänischer Sprache angeboten werde oder ob sonstige Maßnahmen zur besseren Betreuung dänischer Patienten getroffen würden.

20% aller Responder gaben an, selbst in dänischer Sprache mit den Patienten kommunizieren zu können. 33% bestätigten, dass mindestens einer ihrer Mitarbeiter hierzu in der Lage sei. Dahingegen stellten lediglich sieben Prozent gezielt dänischsprachiges Informationsmaterial zur Verfügung und 13% gaben an, Maßnahmen zur besseren Betreuung dänischer Patienten getroffen zu haben (Abbildung 22). Von den 20 Ärzten, die mehr als 20 dänische Patienten im vergangenen Jahr behandelt hatten, gaben 14 an, dänischsprachiges Personal zu beschäftigen bzw. selbst Dänisch zu sprechen. Diese Korrelation zwischen der Fähigkeit Patienten in dänischer Sprache zu versorgen und einer hohen Fallzahl dänischer Patienten lässt den Rückschluss zu, dass sich Patienten vor allem in jene Praxen begeben, in denen sie sich mehr oder weniger heimisch fühlen.

³²⁹ Kein Arzt berichtete über Erfahrungen mit der zum Befragungszeitpunkt gerade eingeführten Europäischen Krankenversicherungskarte, somit lässt sich bislang keine Aussage über deren Beitrag zur Verbesserung der Abwicklung treffen.

Abbildung 22: Fähigkeit zur Betreuung in dänischer Sprache

eigene Darstellung

Als Informationsmaterial, das den dänischsprachigen Patienten in einigen Praxen zur Verfügung gestellt wird, wurden unter anderem genannt: Praxisflyer, Informationen zum Ablauf der Untersuchungen und der Risiken, dänische Merkblätter bzw. Gesundheitsinformationen, Tabletteneinnahmeverordnungen auf Dänisch, eine Übersicht über die durchgeführten Behandlungsmethoden sowie dänischsprachige Diätetempfehlungen. Als weitere Maßnahmen einzelner Praxen zur Betreuung dänischer Patienten wurden unter anderem genannt: der Betrieb von dänischsprachigen Homepages, die Ermöglichung einer Anmeldung in dänischer Sprache, der Kontakt zu dänischen Sozialarbeitern und Pastoren, die Zusammenarbeit mit dänischen Schulen sowie spezielle Sprechstundenzeiten für dänische Patienten.

Dies bedeutet, dass viele Praxen nicht nur in der Lage sind, dänische Patienten in ihrer Muttersprache zu versorgen, sondern dass sich zahlreiche Praxen zudem aktiv auf die Betreuung dänischer Patienten eingestellt haben. Diese Bereitschaft weist wiederum darauf hin, dass die Betreuung von Patienten aus anderen Sozialversicherungssystemen durch viele Ärzte nicht als Belastung, sondern als Gewinn angesehen wird.³³⁰ Diese Einschätzung wird durch die Auswertung der offenen Befragung bestätigt. Die überwiegende Zahl der befragten Ärzte bewertete ihre Erfahrungen mit dänischen Patienten positiv. Insbesondere die ‚Compliance‘, also die Bereitschaft zur Zusammenarbeit, und die Wertschätzung der geleisteten Arbeit wurden durch zahlreiche Ärzte positiv

³³⁰ Dies kann kaum verwundern, da die ausländischen Patienten nicht unter die Budgetierung für deutsche Kassenpatienten fallen.

hervorgehoben. Außerdem berichteten mehrere Ärzte, dass ihre Patienten die bessere medizinische Versorgung in Deutschland zum Anlass für eine Behandlung außerhalb Dänemarks nannten.

1.3.4 Bedeutungszuwachs und Strukturverfestigung

Selbst wenn eine exakte Quantifizierung der Patientenmobilität entlang der deutsch-dänischen Grenze durch eine Befragung dieser Art nicht möglich ist, geben die Auskünfte der befragten Ärzte einen deutlichen Hinweis darauf, dass die individuelle Patientenmobilität aus Dänemark keine zufällige Entwicklung ist, sondern dass sie stetig fester werdenden Strukturen folgt und im Laufe der vergangenen Jahre zudem einen Bedeutungszuwachs erfahren hat. Dies wird sowohl durch die Zunahme an dänischen Patienten in deutschen Praxen als auch durch die Bereitstellung einer auf dänische Patienten ausgerichteten Versorgung bestätigt.

Dänische Patienten suchen – dies zeigen die Ergebnisse der Befragung – eine medizinische Versorgung in Deutschland, die auf ihre individuellen Bedürfnissen ausgerichtet ist. Nicht selten befindet sich etwa in ländlichen grenznahen Regionen die nächstgelegene Praxis jenseits der Grenze. Die beobachtbare Korrelation zwischen einer hohen Fallzahl dänischer Patienten und einem kurzen Abstand zwischen der Praxis und der deutsch-dänischen Grenze belegt, dass die Patientenmobilität von der Entfernung zwischen Patient und Leistungserbringer abhängig ist. Ebenso konnte in der Studie ein Zusammenhang zwischen der Patientenorientiertheit der Praxen und einer höheren Anzahl dänischer Patienten festgestellt werden. Praxen, die eine dänischsprachige Behandlung anbieten können, werden häufiger von dänischen Patienten besucht als andere Praxen. Gefördert werden kann diese Patientenorientiertheit durch weitere Maßnahmen zur besseren Versorgung dänischer Patienten. Die Tatsache, dass zahlreiche Praxen eine Vielzahl verschiedener Maßnahmen getroffen haben, um dänische Patienten besser über das verfügbare Angebot und die durchgeführten Behandlungen zu informieren, lässt den Rückschluss zu, dass diese Patienten in vielen Praxen gern gesehen sind. Was den Zusammenhang zwischen den medizinischen Bedürfnissen der dänischen Patienten und dem angebotenen Leistungsspektrum anbelangt, konnte indes keine eindeutige

Aussage getroffen werden, da die Motive der mobilen Patienten durch die Befragung nicht zweifelsfrei geklärt werden konnten. Allerdings konnte beobachtet werden, dass besonders fachärztliche (und im Besonderen gynäkologische) Leistungen nachgefragt wurden. Dies könnte entweder als Indiz für ein Versorgungsgefälle zwischen dem dänischen und dem deutschen Gesundheitssystem gewertet werden oder als ein Versuch der Patienten, lästige Wartelisten zu umgehen.

1.4 Grenzüberschreitende Aktivitäten als Ergänzung nationaler und europäischer Handlungsstrategien in der Gesundheitspolitik

Durch die Prüfung der dritten Hypothese sollte der Versuch unternommen werden, den scheinbaren Widerspruch zwischen dem einerseits erheblichen politischen und wissenschaftlichen Engagement in Bezug auf grenzüberschreitende Aktivitäten und dem andererseits feststellbaren geringen tatsächlichen Ausmaß der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufzulösen.

Die Erhebung und Evaluation institutioneller und individueller grenzüberschreitender Aktivitäten haben gezeigt, dass diese beiden Beobachtungen keineswegs im Widerspruch zueinander stehen, sondern dass sie sich vor allem auf den zügigen quantitativen und qualitativen Bedeutungszuwachs grenzüberschreitender Aktivitäten in den vergangenen zehn Jahren zurückführen lassen. Die vier Freiheiten des Binnenmarktes, die zunehmende Mobilität der europäischen Bevölkerung und die Eignung grenzüberschreitender Aktivitäten zum Ausgleich nationaler Versorgungsgefälle haben in jüngerer Zeit einen Bedarf an zusätzlicher Koordinierung zwischen den Systemen hervorgerufen. Zugleich fällt jedoch auf, dass das Engagement der EU nicht auf die bloße Koordinierung dieser Aktivitäten, etwa durch die Förderung eines Rechtsrahmens zur Übertragbarkeit von Sozialversicherungsleistungen zwischen den Mitgliedstaaten, beschränkt bleibt; zunehmend nutzt die EU ihre Kompetenzen in anderen Politikfeldern, um grenzüberschreitende Kooperationen auch im Gesundheitsbereich voranzutreiben. Als Beispiele hierfür konnten in diesem Kapitel etwa der Einsatz von Interreg-Fördermitteln oder der Aufbau eines wissenschaftlichen Netzwerkes zur Evaluation

Netzwerkes zur Evaluation entsprechender Aktivitäten ausgemacht werden. Dieses Engagement kann als Hinweis gedeutet werden, dass sich die EU nicht mit ihren bisherigen Kompetenzen in der Gesundheitspolitik begnügt, sondern grenzüberschreitende Aktivitäten gezielt fördert, um ihren Einflussbereich auf diesem indirekten Weg auszuweiten.

Die Mitgliedstaaten könnten somit in eine Zwickmühle geraten; einerseits können grenzüberschreitende Kooperationen in der Gesundheitsversorgung helfen, die Bedarfsplanung effizient zu gestalten und somit in Ergänzung zu nationalen Handlungsstrategien, einen Beitrag zur Haushaltskonsolidierung leisten, andererseits unterwerfen sie sich auf diese Weise möglicherweise einem schleichenden Abhängigkeitsprozess zur EU in diesem ansonsten so souverän national gestalteten Politikfeld, beispielsweise indem das gemeinschaftliche Regelwerk zur Übertragbarkeit von Sozialleistungen gestärkt wird und entsprechende nationale Regelungen schwächt.

Inwieweit solche Integrationsstrategien der EU geeignet sind, den europäischen Einfluss auf die Gesundheitspolitik insgesamt auszubauen wird im Rahmen der fünften Hypothese integrationstheoretisch untersucht.³³¹ Zuvor soll jedoch im folgenden Kapitel aufgezeigt werden, wie sich die grenzüberschreitende Inanspruchnahme auf die gesundheitspolitische Kompetenzverteilung zwischen der EU und ihren Mitgliedstaaten im Laufe des bisherigen Integrationsprozesses faktisch ausgewirkt hat.

³³¹ Vgl. Kapitel III.3.

2 Gesundheitspolitische Kompetenzen der EU

Dieses Kapitel dient der Prüfung der vierten Hypothese: Durch eine kontinuierliche Ausweitung ihrer gesundheitspolitischen Kompetenzen verfügt die EU nunmehr über ein wirkmächtiges Instrumentarium ‚weicher‘ Steuerungsmechanismen.

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die gesundheitspolitischen Entwicklungen nahezu ausschließlich in Bezug auf die unteren politischen Handlungsebenen beurteilt. Insbesondere wurde untersucht, welchen Herausforderungen sich die Mitgliedstaaten stellen müssen und welche Rückwirkungen bi-, tri- und multilaterale grenzüberschreitende Aktivitäten auf die drei nationalen Ebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene II)³³² der Gesundheitspolitik haben. Die EU als gesundheitspolitischer Akteur mit eigenen Zielsetzungen wurde in der bisherigen Analyse lediglich als rahmengebende binnenmarktregulierende Kraft berücksichtigt. Diese Fokussierung auf die nationale Gesundheitspolitik ist insofern gerechtfertigt, als dies die tatsächlich gegebene politische, rechtliche und volkswirtschaftliche Kompetenzverteilung zwischen den Mitgliedstaaten und der EU bzw. zwischen Makroebene II und Makroebene I zutreffend widerspiegelt. Da in dieser Arbeit aber der Frage nachgegangen werden soll, ob und inwieweit grenzüberschreitende Aktivitäten als Triebfeder eines gesundheitspolitischen Europäisierungsprozesses dienen können, soll im Folgenden die europäische Dimension der Gesundheitspolitik explizit in die Analyse einbezogen werden. Oder anders formuliert: Wurden bislang die ‚gesundheitspolitischen Entwicklungen in Europa‘ untersucht, so soll im Folgenden die ‚Entwicklung der europäischen Gesundheitspolitik‘ ins Zentrum der Analyse gerückt werden.

Zwischen der Kompetenz der Mitgliedstaaten und der Europäischen Union wurde ein gesundheitspolitisches Vakuum identifiziert, das aus den unterschiedlichen Integrationsgeschwindigkeiten des Binnenmarktes und der Sozial- und Gesundheitspolitik resultiert. Da grundlegend davon ausgegangen werden kann, dass die politischen Akteure sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene versuchen werden, ihren eigenen Machtbereich und ihre jewei-

³³² Vgl. Abbildung 5 in Kapitel II.1.2.3.

gen Kompetenzen auszudehnen, dürften die beiden Ebenen bestrebt sein, dieses politische Vakuum für die jeweils eigene Kompetenzerweiterung zu nutzen.

Im Folgenden soll zunächst erläutert werden, wie sich die gemeinschaftliche EU-Gesundheitspolitik entwickelt hat und über welche rechtlich-politischen Instrumente sie verfügt. Im Rahmen eines historischen Abrisses werden zudem entsprechende Initiativen und Programme, die durch die EU-Ebene angestoßen und durchgeführt wurden, erläutert, um schließlich die jüngsten Maßnahmen im Bereich grenzüberschreitender Aktivitäten in diesen Zusammenhang einzuordnen. Abschließend soll ein Fazit gezogen werden, in dem beurteilt werden soll, inwieweit ein aktives Engagement im Bereich der grenzüberschreitenden Aktivitäten durch die EU genutzt werden könnte, um ihren Einfluss auf die Gesundheitspolitik langfristig zu sichern und auszubauen. Unter Rückgriff auf die Ergebnisse des vorherigen Kapitels III.1 soll dabei auch eine Einschätzung abgegeben werden, ob diese Entwicklung für die Mitgliedstaaten eher von Vor- oder Nachteil ist.

2.1 Funktionen europäischer Gesundheitspolitik

Die Reichweite europäischer Sozialpolitik – von der die Gesundheitspolitik ein Bestandteil ist – bleibt fünfzig Jahre nach der Verabschiedung der Römischen Verträge aufgrund der nationalstaatlichen Dominanz in diesem Politikbereich unterentwickelt.³³³ Eine Sichtung einschlägiger Lehrbücher zur Sozialpolitik und ihren untergeordneten Disziplinen (Beschäftigungspolitik, Rentenpolitik etc.) stützt diese Beobachtung – die Bedeutung und Auswirkung von Richtlinien und Direktiven der Gemeinschaft werden in Übersichtswerken zur Sozialpolitik meist nur beiläufig diskutiert. Leibfried identifizierte hierfür 1995 drei wesentliche (und heute noch gültige) Gründe: Erstens gebe es kein nennenswertes europäisches Sozialrecht, das individuelle Rechtsansprüche gegen Brüssel verleihe; zweitens dürfe die EU/EG keine direkten Steuern oder Beiträge zum Aufbau eines relevanten Sozialbudgets erheben, die zur Finanzierung entsprechender Ansprüche herangezogen werden könnten, und drittens fehle es auch an einer erwäh-

³³³ Vgl. Kaelble, Hartmut: a.a.O., S. 32.

nenswerten wohlfahrtsstaatlichen Bürokratie in Brüssel.³³⁴ Doch obwohl Leibfried diese Gründe identifiziert, stimmt er diesem minimalistischen Verständnis von der Bedeutung der Europäischen Gemeinschaft in der Sozialpolitik nicht zu. Zwar seien die nationalen Wohlfahrtsstaaten die primären Einrichtungen für Sozialpolitik in Europa, sie würden aber zunehmend in eine sie begrenzende europäische Mehrebenenpolitik hineingestellt. Der Prozess der europäischen Integration habe daher sowohl ‚Souveränität‘ (also die *rechtliche* Verfügungsgewalt) als auch ‚Autonomie‘ (also die *faktische* Verfügungsgewalt) der Mitgliedstaaten im Bereich der Sozialpolitik ausgehöhlt.³³⁵

Besondere Bedeutung hat die Frage nach der Existenz und Reichweite sozialpolitischer Kompetenzen der EU für den Bereich der Gesundheitspolitik. So werden bisweilen generelle Zweifel geäußert, ob eine europäische Gesundheitspolitik überhaupt existiere: „Health policy is generally not considered as a policy area of the EU, basically because there is no legal Union competence for it.“³³⁶ Für die behauptete Abwesenheit solcher Kompetenzen werden die Mitgliedstaaten verantwortlich gemacht. Schließlich hätten diese

„jealously and successfully tried to prevent the transfer of substantial health policy competences to the supranational level. In fact, they still have great difficulty in accepting health policy as a matter of concern to the Union.“³³⁷

Doch so wie Leibfried der Abwesenheit der Sozialpolitik im Allgemeinen widerspricht, kann auch der behaupteten Abwesenheit der Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene nicht zugestimmt werden. Allein die Tatsachen,

- dass das Gesundheitswesen in einem eigenen Titel und der Gesundheitsschutz der Bevölkerung an zahlreichen weiteren Stellen Eingang in den EGV gefunden haben,
- dass die EG/EU im Laufe der vergangenen zwanzig Jahre mehrere gesundheitspolitische Aktionsprogramme erarbeitet und umgesetzt hat,

³³⁴ Vgl. Leibfried, Stephan: „Die soziale Dimension der Europäischen Integration“. Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Arbeitspapier Nr.12/1995, S.1. Außerdem stünde eine entsprechende europäische wohlfahrtsstaatliche Bürokratie, wenn sie denn vorhanden wäre, stets in Konkurrenz zu den, wie bereits erläutert; extrem heterogenen nationalen Systemen.

³³⁵ Ebd.

³³⁶ Lamping, Wolfram: „European integration and health policy – A peculiar relationship“. In Steffen, Monica: a.a.O., S.18 - 48, hier S. 19.

³³⁷ Ebd.

- dass im Oktober 2007 ein zweites Maßnahmenpaket mit 321,5 Millionen Euro ausgestattet wurde, um Präventionsmaßnahmen zu fördern und die Angleichung der Gesundheitsversorgung in allen Mitgliedstaaten voranzutreiben,
- und insbesondere, dass es seit 1999 einen EU-Kommissar für Gesundheit gibt,

belegen, dass die Bedeutung der Gesundheitspolitik in der Durchführung der Gemeinschaftspolitiken im Laufe der Jahre kontinuierlich zugenommen hat.

Initiativen zur Expansion des europäischen Einflusses in der Gesundheitspolitik stießen bislang immer auf Widerstand in den Mitgliedstaaten, wie anhand der zu präsentierenden Entwicklungsstufen europäischer Gesundheitspolitik gezeigt werden wird. Die Funktionen, die der europäischen Gesundheitspolitik heute zuteil werden, haben sich somit nur in einem engen Rahmen fortentwickeln können und lassen sich (in weitestgehender Übereinstimmung mit den anderen sozialpolitischen Bereichen) als Ergänzungs-, Koordinierungs-, und Ausgleichsfunktionen definieren. Nach einer kurzen Erläuterung dieser Funktionen und ihrer heutigen Ausprägung soll die anschließende Darstellung und Diskussion der verschiedenen Entwicklungsstufen europäischer Gesundheits- und Sozialpolitik zeigen, auf welche Weise die jeweiligen Integrationsschritte zu einer allmählichen Etablierung dieser Funktionen geführt haben. Dabei soll zudem untersucht werden, welche ‚Triebfedern‘ die Implementierung neuer Funktionen bewirkt haben und in welchem Maße die entsprechenden Gemeinschaftskompetenzen im Laufe des Integrationsprozesses ausgeweitet wurden. Dabei sollen die folgenden Fragen erörtert werden: Welche Ziele verfolgten die beteiligten Akteure auf nationaler und supranationaler Ebene mit der Integration der Gesundheitspolitik? Und wie lässt sich die Begrenzung der EU-Kompetenzen auf ein absolutes Mindestmaß erklären?³³⁸ Welche Umstände haben bewirkt, dass die europäische Gesundheitspolitik heute im EGV zumindest formal auf eine Stufe mit anderen ‚klassischen‘ Politikbereichen der EU wie etwa der Landwirtschaft, dem freien Warenverkehr oder auch der Wirtschafts- und Währungspoli-

³³⁸ Däubler schätzt, dass mindestens 95% aller sozial- und arbeitsrechtlichen Fragen weiter auf rein nationaler Grundlage entschieden werden. Siehe Däubler, Wolfgang: „Die Europäische Union als Wirtschafts- und Sozialgemeinschaft“. In Weidenfeld, Werner (Hrsg.): „Die Europäische Union – politisches System und Politikbereiche“. Bonn 2006, S.273 - 288, hier S. 280.

tik gestellt worden ist?³³⁹ Diese Fragen lassen sich ohne die Einbettung der Gesundheitspolitik in die Sozialpolitik nicht beantworten,³⁴⁰ denn insbesondere die Evolution dieses Politikbereiches steht in einem unmittelbaren Zusammenhang zu anderen sozialpolitischen Bereichen (Arbeitsschutz, Beschäftigungspolitik, Gleichberechtigung etc.).

2.1.1 Ergänzungsfunktion

Die Versorgung der Bürger mit Gesundheitsleistungen und die Organisation der Leistungserbringung und -anspruchnahme sowie die Vergütung dieser Leistungen und Güter sind Aufgaben, die in den rechtlich ausschließlichen Kompetenzbereich der Mitgliedstaaten fallen:

„Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt.“³⁴¹

Ergänzend zu dieser eindeutigen und weitgehend respektierten Kompetenzverteilung zugunsten der Mitgliedstaaten legt Absatz 1 des Artikels 152 EGV fest, dass bei der Festlegung und Durchführung sämtlicher Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen „ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt“³⁴² wird. Dies bedeutet, dass alle an der Gesetzgebung und Durchführung der Gemeinschaftspolitik beteiligten EU-Organe, also der Rat, die Kommission und das Parlament, die Mitgliedstaaten bei der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung unterstützen sollen.

„Die Tätigkeit der Gemeinschaft ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten 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 weit verbreiteten schweren Krankheiten;

³³⁹ Im EGV wurde das Gesundheitswesen mit einem eigenen Titel versehen und als eine der Gemeinschaftspolitiken definiert. Dieses Faktum sagt zwar noch nicht allzu viel über die Qualität und Kompetenz der EU in diesem Politikbereich aus, da dies von den eigentlichen Regelungen, Abstimmungsverfahren und von der Reichweite der entsprechenden Artikel abhängt, kann aber durchaus als formelle Aufwertung interpretiert werden.

³⁴⁰ Vgl. auch Kapitel II.1.1.

³⁴¹ EGV, Art. 152, Abs. 5.

³⁴² Ebda, Abs. 1.

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 Mitgliedstaaten zur Verringerung drogenkonsumbedingter Gesundheitsschäden einschließlich der Informations- und Vorbeugungsmaßnahmen.³⁴³

Diese Ergänzungsfunktion nimmt die EU heute auf dreifache Weise wahr. Erstens leistet sie einen Beitrag zum Gesundheitsschutz, indem sie bei der Durchführung ihrer Politik gewährleistet, dass gesundheitssichernde Maßnahmen umgesetzt werden. Somit hat die Gesundheitspolitik den Status eines Querschnittsthemas in der EU erlangt. Zweitens führt sie gesundheitsfördernde und -sichernde Maßnahmen in den Bereichen aus, die nach dem Subsidiaritätsprinzip in ihren Kompetenzbereich fallen, etwa in der Bekämpfung global auftretender Seuchen und weit verbreiteter Krankheiten wie AIDS oder Krebs. Und drittens trägt sie zur Prävention bei, indem sie Maßnahmen gegen gesundheitsgefährdende Faktoren und Einflüsse ergreift, beispielsweise durch die Bekämpfung des Zigarettenkonsums.

In Artikel 2 EGV wird zudem die Förderung des Lebensstandards als ein maßgebliches Ziel der gemeinsamen Politiken und Maßnahmen der Gemeinschaft festgeschrieben; welche Konsequenzen diese Zielsetzung für die Gesundheitspolitik hat, ist jedoch bis heute strittig. Einerseits kann argumentiert werden, dass zum Erreichen dieses Ziels auch die Gesundheitsversorgung verbessert werden muss, und dass der EU hierzu auch Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung zukommen müssen, andererseits kann der Errichtung des gemeinsamen und barrierefreien Marktes ein höherer Stellenwert beigemessen werden, in der Erwartung, dass diese Liberalisierung insgesamt zu höherem Wohlstand und mittelbar also auch zu einem höheren Gesundheitsniveau in der gesamten Union führen wird.

2.1.2 Koordinierungsfunktion

Ebenfalls durch den EGV zugesichert wird das Recht der Gemeinschaft zur Koordination der mitgliedstaatlichen Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene. In

³⁴³ EGV, Art. 152, Abs. 1.

Absatz 2 des für das Gesundheitswesen maßgeblichen Artikels 152 wird das Zusammenspiel zwischen den Mitgliedstaaten und der Kommission erläutert:

„Die Gemeinschaft fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in den in diesem Artikel genannten Bereichen und unterstützt erforderlichenfalls deren Tätigkeit.

Die Mitgliedstaaten 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 Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordination förderlich sind.“³⁴⁴

Zwar kommt der Kommission die Aufgabe zu, die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten zu unterstützen. Von größerer Bedeutung ist in diesem Absatz indes die Feststellung, dass die Mitgliedstaaten überhaupt aufgefordert werden in den genannten Bereichen zusammenzuarbeiten. Die Subsidiarität wird auf diese Weise bewahrt, aber mit der Auflage an die Mitgliedstaaten verbunden, miteinander und auch mit der Kommission zusammenzuarbeiten. Zu nennen sei in diesem Zusammenhang die Offene Methode der Koordinierung (OMK), die zu einem späteren Zeitpunkt noch genauer thematisiert wird.

2.1.3 Ausgleichsfunktion

Die gesundheitspolitisch relevanten Urteile des EuGH haben bestätigt, dass die Marktmechanismen der Union auch auf Gesundheitsleistungen und -güter anzuwenden sind. Um dieser Dominanz der Binnenmarktintegration entgegenzuwirken, die zum einen die Autonomie der Mitgliedstaaten bei der Organisation ihres jeweiligen Gesundheitswesens einzuschränken vermag und zum anderen die Situation sozial und geografisch benachteiligter Bevölkerungsgruppen zusätzlich beeinträchtigen könnte, ist von verschiedenen Seiten versucht worden, die Gestaltungsmacht der europäischen Gesundheitspolitik aufzuwerten. Mit dem Ziel, einer vollständigen Liberalisierung des Gesundheitsmarktes entgegenzuwirken, sind unterschiedliche Akteure bestrebt, die europäische Gesundheitspolitik (trotz des geltenden Harmonisierungsverbots) zur Durchsetzung ei-

³⁴⁴ EGV, Art. 152, Abs. 2.

ner aktiven Politikgestaltung im Sinne positiver Integration zu nutzen.³⁴⁵ Auf diese Weise kann der europäischen Gesundheitspolitik eine Ausgleichsfunktion zwischen den Auswirkungen der Binnenmarktintegration und der sozialen Sicherheit zukommen, wenngleich diese rechtlich bislang nur schwach ausgeprägt ist und sich erst etablieren müsste. Indizien hierfür finden sich auch in den bisherigen Gesundheitsstrategien der EU.³⁴⁶

Bevor auf die Bedeutung dieser Strategien, die Offene Methode der Koordinierung und die allgemeinen Entwicklungen der europäischen Gesundheitspolitik eingegangen wird, soll nun in einem kurzen Einschub das rechtliche Zusammenspiel zwischen europäischer und nationaler Ebene verdeutlicht werden.

2.2 Rechtsetzungskompetenzen der Gemeinschaft

Die große Bedeutung der Rechtsetzung für den europäischen Integrationsprozess ist des Öfteren betont worden. Grunwald stellt fest, das Recht sei sowohl der Stoff, aus dem die Gemeinschaft geschaffen worden sei, als auch der Stoff, den sie selber schaffe.³⁴⁷ Ähnlich formuliert es Nicolaysen:

„Die Gemeinschaft ist eine Schöpfung des Rechtes; die Verträge haben in der Gemeinschaft eine neue Ordnung geformt, die ausschließlich durch das Recht gestaltet und beherrscht wird; ihr sind die Organe der Gemeinschaft und die Mitgliedstaaten gleichermaßen unterworfen.“³⁴⁸

Wenngleich diese Einschätzung den Gestaltungsraum der Politik nicht ausreichend würdigt, kann in der Tat festgestellt werden, dass etwa die binnen-

³⁴⁵ Vgl. Knill, C./Lehmkuhl, D.: „The National Impact of European Union Regulatory Policy: Three Europeanization Mechanisms“. In: *European Journal of Political Research*, Heft 41/2002, S. 255 - 280, hier S. 258. Lamping weist in diesem Bezug jedoch darauf hin, dass die Bestrebungen der EU, einen sozialen Ausgleich zur Binnenmarktintegration zu schaffen, in aller Regel ebenfalls einem ökonomischen Zweck dient. Vgl. Lamping, Wolfram: a.a.O., S. 22.

³⁴⁶ Informationen zu den früheren Gesundheitsstrategien der EU finden sich unter: http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_overview/previous_programme/previous_programme_en.htm, Stand: 24.4.06.

³⁴⁷ Siehe Schulte, Bernd: „Von der Wirtschafts- und Rechtsgemeinschaft über die Europäische Union zur Sozialunion? Das unerfüllte soziale Postulat der Europäischen Gemeinschaft“. In: Döring, D./ Hauser, R. (Hrsg.): „Soziale Sicherheit in Gefahr“, Frankfurt am Main 1995, S. 222 - 246.

³⁴⁸ Nicolaysen, G.: „Die Europäische Union als Rechtsgemeinschaft“. In: Weidenfeld, W. (Hrsg.): „Die Europäische Union, Politisches System und Politikbereiche“. Bonn 2006, S. 109 - 124, hier S. 117.

markt(de-)regulierende Rechtsetzung die Freiheit der Mitgliedstaaten zur eigenständigen Politikgestaltung einschränkt. Diese dominierende Stellung europäischen Rechts lässt sich auch in Bezug auf die Gesundheitspolitik nachweisen:

„Typically, consequences arise from policies designed primarily to address problems in other sectors, which then establish general principles whose applicability to health care only becomes apparent once interpreted by rulings of the European Court of Justice.“³⁴⁹

Die Urteile des EuGH wirken sich nicht nur auf das Verhältnis der EU zu ihren Bürgern aus, sondern in erster Linie auf das Verhältnis der EU zu ihren Mitgliedstaaten und die Beziehungen der Mitgliedstaaten untereinander. Das Gemeinschaftsrecht bildet dabei eine geschlossene supranationale Rechtsordnung mit autonomer Rechtsetzungsgewalt der Gemeinschaft und hat Vorrang vor dem (Verfassungs-)Recht der Mitgliedstaaten, sodass einseitige Handlungen der Mitgliedstaaten im Bereich des Gemeinschaftsrechts nicht zulässig sind. Das bedeutet für die Mitgliedstaaten zugleich, dass der Schutz vorrangiger nationaler Interessen und die Abwehr rechtswidriger Beeinträchtigungen nur nach den ‚Spielregeln‘ der Gemeinschaft erfolgen können.³⁵⁰ Diese ‚Spielregeln‘, also die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die das Zusammenspiel zwischen den politischen Ebenen innerhalb der Union regeln, sind das Ergebnis eines Jahrzehnte währenden Evolutionsprozesses, der sich politisch beeinflussen und formen lässt.

2.2.1 Zum Föderalismus in der Union

Mit dem Begriff Föderalismus werden verschiedene Organisationsformen der Hoheitsgewalt bezeichnet, die durch den Fortbestand einzelner Teileinheiten innerhalb eines sie umgreifenden Gesamtverbands gekennzeichnet sind.³⁵¹ Dabei sind im Gegensatz zum Zentralismus die hoheitlichen Aufgaben und die Entscheidungsbefugnisse des Gesamtstaates auf mehreren getrennten Regierungsebenen verankert. Beispiele hierfür sind etwa das Verhältnis der deut-

³⁴⁹ McKee, Martin/Mossialos, Elias/Baeten, Rita (Hrsg.): a.a.O., S. 13 - 22, hier S. 14.

³⁵⁰ Vgl. ebd., S. 110.

³⁵¹ Vgl. Bieber, R.: „Föderalismus in Europa“. In: Weidenfeld, Werner (Hrsg.): „Die Europäische Union, Politisches System und Politikbereiche“. Bonn 2006, S. 125 - 140, hier S. 125.

schen Bundesländer oder der Schweizer Kantone zu ihrem jeweiligen Bundesstaat. Die vorhandenen föderalen Systeme lassen sich (nicht immer eindeutig) den Unterkategorien ‚Trennföderalismus‘ und ‚Verbundföderalismus‘ zuordnen. In Trennföderalismen führt eine klare politikfeldbezogene Arbeits- und Machtaufteilung zu einem hohen Maß an teilstaatlicher Autonomie. Im Gegensatz dazu führt die Organisation der Verbundföderalismen mit einem hohen Maß an Interaktion zwischen den politischen Ebenen und intensiver gemeinsamer Beschlussfassung, zu einer höheren Abhängigkeit dieser Ebenen voneinander.

Im Fall der Europäischen Union lässt sich eine eindeutige Zuordnung nach dieser Kategorisierung kaum vornehmen. Stattdessen findet sich in der Literatur die Bezeichnung ‚quasi-föderal‘, womit der Tatsache Rechnung getragen wird, dass die Machtverteilung aufgrund asymmetrischer Integrationsverläufe und -tiefen in verschiedenen Politikfeldern auf unterschiedliche Weise zwischen nationaler und europäischer Ebene organisiert ist. Während der Union in der Gemeinsamen Außen- und Sicherheitspolitik (GASP) kaum und in der polizeilichen und justitiellen Zusammenarbeit in Strafsachen (PJZ) nur geringe Kompetenzen zukommen, verfügt sie im Bereich der Europäischen Gemeinschaft, also bei der Schaffung und Entwicklung des Binnenmarktes, in der Wirtschafts- und Währungsunion, bei ‚binnenmarktflankierenden‘ Politiken, wie der Kohäsions-, der Sozial- und der Außenwirtschaftspolitik und bei ‚binnenmarktangeregten‘ Politiken, wie der Gesundheits-, Umwelt- und Verbraucherpolitik, über bedeutende supranationale Kompetenzen.³⁵² Somit lassen sich die Kompetenzen der Union nicht für alle Politikfelder verallgemeinern, stattdessen muss nach einzelnen Säulen unterschieden werden.³⁵³

Die höchste Integrationsdichte findet sich im Bereich der Europäischen Gemeinschaften. Der sukzessive Zugewinn an Kompetenzen der EG resultiert aus den europäischen Verträgen, die von den Mitgliedstaaten gemäß ihren verfassungsrechtlichen Bestimmungen ratifiziert wurden. Nach der Gründung der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl im Jahr 1951/52 durch die sechs Gründerstaaten³⁵⁴ wurden die supranationalen Kompetenzen 1957/58

³⁵² Vgl. Wessels, W.: „Das politische System der EU“. In Weidenfeld, Werner (Hrsg.): a.a.O., S. 83 - 108, hier S. 85.

³⁵³ Vgl. Müller-Graff, P.-C.: „Die Kompetenzen der Europäischen Union“. In: Weidenfeld, W. (Hrsg.): a.a.O., S. 141 - 165, hier S. 142.

Gründerstaaten³⁵⁴ wurden die supranationalen Kompetenzen 1957/58 durch die Schaffung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und die Europäische Atomgemeinschaft erweitert. Zu einer erneuten Ausweitung der europäischen Kompetenzen (insbesondere zum Ausbau eines einheitlichen Binnenmarktes) führten die Einheitliche Europäische Akte und noch weitreichender der Unionsvertrag von Maastricht. Zu wesentlichen Kompetenzverlagerungen führten in jüngerer Zeit der 1999 in Kraft getretene Amsterdamer Vertrag und der Vertrag von Nizza aus dem Jahre 2003:

„Im Hinblick auf diese Legitimationswurzel der Kompetenzen europäischer Organe ist die Charakterisierung der Mitgliedstaaten als ‚Herren der Verträge‘ zutreffend“.³⁵⁵

Die einstimmige Verabschiedung der Verträge und die nationalen Ratifizierungsprozesse bedeuten für Entscheidungen der EU ein hohes Maß an Legitimation.³⁵⁶ Doch wenngleich die Verträge ein eigenmächtiges Handeln der Europäischen Gemeinschaft legitimieren, setzen sie zugleich enge Grenzen, indem sie einerseits das Handeln der Gemeinschaftsorgane an (mehr oder weniger konkret formulierte) Ziele binden und andererseits die Kompetenzen nur in Form von Einzelermächtigungen an die Gemeinschaft übertragen.

2.2.2 Die Rechtsetzung in der EG

Nach Artikel 5 Absatz 1 EG-Vertrag wird für die Europäische Gemeinschaft festgestellt: „Die Maßnahmen der Gemeinschaft gehen nicht über das für die Erreichung der Ziele dieses Vertrags erforderliche Maß hinaus.“ Dies bedeutet, dass es für die Übertragung weiterer Kompetenzen auf die europäische Ebene

³⁵⁴ Dies waren Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Luxemburg und die Niederlande.

³⁵⁵ Vgl. Müller-Graff, P.-C.: a.a.O., S. 143.

³⁵⁶ Eine unmittelbare Legitimierung der Verträge durch die Bevölkerung anhand von Referenden war dabei nur in wenigen Staaten üblich. In keinem anderen EU-Mitgliedsland hat die Bevölkerung ihre Einstellung zur EG/EU durch Referenden so häufig und so nachhaltig zum Ausdruck bringen können wie in Dänemark. Zwischen 1972 und 2000 fanden dort insgesamt sechs Referenden statt. Nur in Irland wurden annähernd so viele Volksabstimmungen zu europapolitischen Themen durchgeführt – die Iren durften bisher in fünf Abstimmungen zu EU-politischen Themen Stellung beziehen. Ansonsten haben bisher lediglich Frankreich, England, die Niederlande und Italien Referenden abgehalten. Hinzu kommen Schweden, Finnland und Österreich, die den Beitritt zur EU von einer Volksabstimmung abhängig machten. Vgl. Buch, R./Hansen, K.M.: „The Danes and Europe: From EC 1972 to Euro 2000 – Elections, Referendums and Attitudes“. In: „Scandinavian Political Studies“, Heft 25/2002, S. 1 - 27, hier S. 1.

einer entsprechend ratifizierten vertraglichen Ergänzung aller Mitgliedstaaten bedarf.³⁵⁷ Somit wird den Gemeinschaften keine ‚Kompetenzenkompetenz‘ zu teil und sie dürfen sich also nicht über die Vorgaben des in den Verträgen fixierten Primärrechts hinaus ermächtigen. Im Gegensatz zu Staaten ist die Union nicht per se für alle politischen Bereiche zuständig, sondern nur für jene, in denen ihr von den Mitgliedstaaten Kompetenzen übertragen wurden.

Die Kompetenzen der Gemeinschaft bestehen darin, im Rahmen des von den Mitgliedstaaten vereinbarten Primärrechts ein Sekundärrecht (auch abgeleitetes Recht genannt) zu schaffen. Hierbei sind drei verschiedene Rechtsetzungstypen zu unterscheiden.³⁵⁸

- die *Verordnung* ist ein unmittelbar in jedem Mitgliedstaat geltender Rechtsakt, der keiner Übertragung in nationales Recht bedarf.
- die *Richtlinie* ist ein die adressierten Mitgliedstaaten bindender Rechtsakt. Dabei wirken Richtlinien im Gegensatz zu Verordnungen nicht unmittelbar, sondern bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Umsetzung in nationales Recht. Dabei wird von der EU nur ein konkretes Ziel verbindlich vorgegeben, hinsichtlich der Form und der Mittel der Umsetzung in nationales Recht haben die Mitgliedstaaten hingegen einen Gestaltungsspielraum.
- die *Entscheidung* als verbindlicher Rechtsakt für die darin Bezeichneten. Sie kann gegenüber den Mitgliedstaaten sowie gegenüber Unternehmen oder Einzelnen beschlossen werden. In der Regel werden sie von der Kommission erlassen um dort, wo der Vertrag diese Kompetenz vorsieht, „das ordnungsgemäße Funktionieren und die Entwicklung des Gemeinsamen Marktes zu gewährleisten“³⁵⁹. Entscheidungen sind als Teil des sekundären Gemeinschaftsrechts für den Adressaten auch ohne Umsetzung in nationales Recht verbindlich.

Zur konkreten Verabschiedung von Verordnungen, Richtlinien und Entscheidungen sind verschiedene Verfahren vorgesehen, bei der in der Regel der Rat als Gemeinschaftsgesetzgeber fungiert. Das alleinige Initiativrecht hat indes die

³⁵⁷ Vgl. Müller-Graff, P.-C.: a.a.O., S. 145.

³⁵⁸ zu den folgenden Erläuterungen der gemeinschaftlichen Rechtsmittel und Handlungstypen siehe auch das „EU-Glossar“ des ‚Centrums für Europäische Politik‘ unter: <http://www.cep.eu>. Stand: 14.4.2008.

³⁵⁹ Art. 211 EG-Vertrag.

Kommission³⁶⁰ – nur sie ist also dazu befugt, Rechtsakte vorzuschlagen, wobei sie im Rahmen des Rechtsetzungsverfahrens den Wirtschafts- und Sozialausschuss und/oder den Ausschuss der Regionen anhört, sofern diese von den behandelten Themen berührt sind. Der Ministerrat und das Europäische Parlament sind die Rechtsetzungsorgane der Gemeinschaft, wobei sie je nach Verfahren unterschiedlich intensiv in die Gesetzgebung einbezogen werden müssen.

Generell können vier unterschiedliche Rechtsetzungsverfahren unterschieden werden, bei denen der Einfluss des Europäischen Parlaments unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Welches Entscheidungsverfahren jeweils bei einer politischen Frage anzuwenden ist, geht aus dem EG-Vertrag hervor:

- Beim **Mitentscheidungsverfahren** (Art. 251 EGV) werden sowohl der Rat als auch das europäische Parlament intensiv einbezogen. Nur wenn sowohl der Rat als auch das EP seine Zustimmung zum Initiativ-Vorschlag der Kommission erteilen, kann ein Rechtsakt zustande kommen. Dabei fasst der Rat seine Beschlüsse einstimmig oder mit qualifizierter Mehrheit. In den Verträgen ist geregelt, in welchen Bereichen der Politik welche Beschlüsse einstimmig oder mit qualifizierter Mehrheit gefasst werden müssen. Die einzelnen Staaten können sich bei Abstimmungen, bei denen Einstimmigkeit erforderlich ist, jedoch der Stimme enthalten. Einstimmigkeit setzt somit nicht die volle Stimmzahl der 27 Mitgliedstaaten voraus. Bei Beschlüssen mit qualifizierter Mehrheit haben die Mitgliedstaaten ein unterschiedliches Gewicht. Vor dem Hintergrund der Erweiterung der EU um viele kleinere Länder wurden im Vertrag von Nizza sowohl die Stimmverteilung im Rat als auch die Sitzverteilung im EP neu gewichtet, um das Verhältnis zwischen dem Stimmengewicht und der Bevölkerungsgröße der Mitgliedsländer anzupassen. Durch den Vertrag von Nizza wurden in einer Reihe von zusätzlichen Feldern Mehrheitsentscheidungen eingeführt: etwa bei Personalentscheidungen, der Freizügigkeit der Unionsbürger, in Bereichen der Wirtschafts- und Währungspolitik. Die Steuerpolitik unterliegt dahingegen weiterhin dem Erfordernis der Einstimmigkeit. Wird die entsprechende Zustimmung durch den Rat nicht gegeben, kann bei diesem Verfahren kein Rechtsakt erlassen werden. Allerdings kann bei anhaltender Uneinigkeit zwischen Parlament und Rat ein Vermittlungsausschuss eingesetzt werden, der zu gleichen Teilen mit Vertretern des Rates und des Parlaments besetzt ist. Dieses Verfahren wurde durch den Vertrag von Maastricht eingeführt und sein Anwendungsbereich durch die

³⁶⁰ Seit dem Vertrag von Maastricht verfügt das EP über ein begrenztes Gesetzgebungs-Initiativrecht. Das EP hat seitdem die Möglichkeit, die Kommission aufzufordern, einen Vorschlag zu unterbreiten.

Verträge von Amsterdam und Nizza ausgeweitet. Das Mitentscheidungsverfahren ist das wichtigste Rechtsetzungsverfahren in der EU.

- Das **Verfahren der Zusammenarbeit** (Art. 252 EGV). Das Verfahren der Zusammenarbeit wird ausschließlich im Bereich der Wirtschafts- und Währungsunion angewendet. Dieses Verfahren sichert dem Europäischen Parlament erheblichen Einfluss auf die Rechtsetzung, da der Rat bei einer Ablehnung oder Abänderung des gemeinsamen Standpunktes durch das Parlament den Rechtsakt in einer zweiten Lesung nur noch einstimmig beschließen kann.
- Beim **Zustimmungsverfahren** kann aufgrund seiner inhaltlichen Beschränkung auf wesentliche, aber seltene Themenstellungen³⁶¹ nicht im eigentlichen Sinne von einem Rechtsetzungsverfahren gesprochen werden. Es sieht die stärkste Form der Beteiligung des Parlamentes vor, da ein Rechtsakt nur dann zustande kommen kann, wenn er zuvor die Zustimmung des EP erhalten hat. Das Parlament hat dabei allerdings keine inhaltlichen Gestaltungsspielräume, sondern bleibt auf die Zustimmung oder Ablehnung des vorgelegten Rechtsaktes beschränkt.
- Das **Konsultationsverfahren** (auch Anhörungsverfahren genannt). Bei diesem Verfahren ist der Rat an eine Stellungnahme des Europäischen Parlaments nicht gebunden. Heute fallen unter dieses Verfahren lediglich Entscheidungen im Bereich der Innen- und Justizpolitik (also dem so genannten dritten Pfeiler der EU).

eigene Zusammenstellung

Neben Verordnungen, Richtlinien und Entscheidungen sieht der EG-Vertrag weitere nicht verbindliche Handlungsformen vor. Hierzu zählen Empfehlungen und Stellungnahmen. Dabei handelt es sich um Stellungnahmen, in denen die EU einem Mitgliedstaat in einem bestimmten Problembereich ihre Ansicht mitteilt und ihm gegenüber einen konkreten Handlungsvorschlag ausspricht. Wie bei allen Rechtsinstrumenten muss auch bei einer Empfehlung das Subsidiaritätsprinzip beachtet werden. Die Empfehlung ist nur deklaratorischer Natur, für den Adressaten also nicht verbindlich. Weitere nicht rechtsverbindliche Festlegungen, die meist nur politische Richtungsvorgaben beinhalten, sind Beschlüsse, Entschlüsse, Leitlinien, Erklärungen, Programme und Pläne.³⁶²

³⁶¹ Z.B. der Beitritt von Staaten zur EU, der Abschluss von Assoziierungsabkommen und sonstigen grundlegenden Abkommen mit Drittstaaten, Übertragungen von weiteren Aufgaben auf die EZB, Änderungen der Satzung des EZB sowie schließlich für die Ernennung des Kommissionspräsidenten und der Kommission als Kollegialorgan.

³⁶² Vgl. Müller-Graff, P.-C.: a.a.O., S. 149.

2.2.3 Europäische Rechtssetzungskompetenz in der Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wenngleich eine strikte Kategorisierung im europäischen Vertragswerk nicht direkt ablesbar ist, lassen sich die Rechtsetzungskompetenzen inhaltlich nach binnenmarktverwirklichenden und binnenmarktflankierenden Kompetenzen unterteilen.³⁶³

Die Binnenmarktverwirklichung, also die Schaffung eines Gemeinsamen Marktes ohne Binnengrenzen, ist das zentrale Anliegen der EG. Grundlage für einen solchen Binnenmarkt sind die vier Grundfreiheiten: freier Verkehr von Waren, Personen, Dienstleistungen und Kapital.³⁶⁴ Diese einklagbaren Rechte sollen jedem Einzelnen den grenzüberschreitenden Marktzugang sichern. Um diese Marktgrundfreiheiten oder die Marktintegration insgesamt zu fördern,

„sind der Gemeinschaft insbesondere die in der Praxis überragend bedeutsamen allgemeinen Ermächtigungen zur marktintegrations-erforderlichen Angleichung mitgliedstaatlicher Rechts- und Verwaltungsvorschriften zugewiesen.“³⁶⁵

Dieses Instrument soll es der Gemeinschaft ermöglichen, Wettbewerbsverfälschungen und Marktzugangshindernisse abzuwenden, indem es zum Abbau marktintegrationshinderlicher Regelungen in den Mitgliedstaaten beiträgt.

Meist werden die Befugnisse der europäischen Organe in den sachspezifischen Artikeln weiter präzisiert. Von besonderer Bedeutung für die Organisation des grenzüberschreitenden europäischen Sozial- und Gesundheitsmarktes sind hierbei die Regelungen zur allgemeinen Arbeitnehmerfreizügigkeit (Art. 40, EGV etwa für Ärzte und weiteres Pflegepersonal), zur sozialen Absicherung der Wanderarbeitnehmer (Art 42, EGV etwa zur Koordinierung der sozial- und gesundheitsrechtlichen Ansprüche bei der Aufnahme einer Tätigkeit im europäischen Ausland), zur Niederlassungsfreiheit (Art. 44, Abs.1, EGV etwa bei der Eröffnung einer Praxis in einem anderen Mitgliedstaat), zur Aufnahme und Ausübung selbstständiger Tätigkeiten (Art. 47, Abs 1 und 2, EGV etwa bei Pflegediensten) sowie die Regelungen zur gegenseitigen Anerkennung von Diplomen,

³⁶³ Vgl. Müller-Graff, P.-C.: a.a.O., S. 150ff.

³⁶⁴ Siehe Art. 14, Abs. 2, EGV

³⁶⁵ Müller-Graff, P.-C.: a.a.O., S. 150.

Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen von sämtlichen Gesundheitsberufen.

Zur Sicherstellung des Wettbewerbs in der EU besitzt die Union außerdem Aufsichts- und Rechtsetzungskompetenzen, anhand derer sowohl wettbewerbswidriges Verhalten von Unternehmen (beispielsweise Preisabsprachen oder der Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung) als auch wettbewerbsverfälschende Regelungen in den Mitgliedstaaten bekämpft werden können (insbesondere eine mitgliedstaatliche Protegierung oder finanzielle Besserstellung einzelner (z.B. staatseigener) Unternehmen).

In Bezug auf die Finanzierung der Gesundheits- und Sozialpolitik der an der Währungsunion teilnehmenden Staaten gewinnen sowohl die Feststellungs- und Sanktionsbefugnisse des Rates als auch die Überwachungskompetenz der Kommission zur Entwicklung der mitgliedstaatlichen Haushaltslage und zur Höhe des öffentlichen Schuldenstandes eine zunehmende Bedeutung. So hatte etwa das drohende Defizitverfahren gegen Deutschland zur Folge, dass die Ausgaben der öffentlichen Haushalte gezielt eingedämmt wurden. Die Möglichkeiten zur Einflussnahme durch die Union auf die Finanzpolitik derjenigen Mitgliedstaaten, die nicht an der Währungsunion teilnehmen, fallen geringer aus. Jedoch einigten sich alle EU-Staaten im Rahmen der Lissabonner Strategie darauf, ihre öffentlichen Finanzen nachhaltig zu konsolidieren.³⁶⁶ Gerlinger und Urban weisen darauf hin, dass die EU über eine solche finanzpolitische Einflussnahme eben auch Einfluss auf andere Politikfelder nehmen kann. Die EU generiere durch ihre wettbewerbspolitische Ausrichtung im Rahmen der Lissabon-Strategie³⁶⁷ Handlungszwänge, die auf benachbarte Politikfelder wie die Wirtschafts-, Fiskal- und Beschäftigungspolitik und eben auch auf die Gesundheitspolitik, ausstrahlen und Spillover-Effekte hervorriefen.³⁶⁸

Mit dem Ziel, Wohlfahrtsmängeln in Folge des Wettbewerbs entgegenzuwirken, kann die Gemeinschaft auf verschiedene binnenmarktflankierende Kompetenzen zurückgreifen. Zur Durchführung einer entsprechenden Kohäsionspolitik ist sie außerdem mit Fondsmitteln ausgestattet worden. Schließlich kann finanziel-

³⁶⁶ Europäischer Rat am 23./24. März 2000 in Lissabon: „Schlussfolgerungen des Vorsitzes“.

³⁶⁷ Auf die Lissabon-Strategie wird in Kapitel III.2.3.6 näher eingegangen.

³⁶⁸ Siehe Gerlinger, T./Urban, H.-J.: a.a.O., S. 351.

le Unterstützung durch die EU dazu genutzt werden, bestimmte Aktivitäten zu fördern, die die nationalen Maßnahmen unterstützen können. „Indirect pressure for change at national level may arise as a result.“³⁶⁹

Müller-Graff nennt im Rahmen einer Reihe unterschiedlicher ‚binnenmarktüberschreitender Politiken‘ auch die Gesundheitspolitik. Neben der Umweltpolitik (nicht aber der marktintegrativ ausgerichteten Rechtsangleichung im Umweltschutz), den gemeinschaftlichen Befugnissen im Bereich der allgemeinen und beruflichen Bildung, der Jugendpolitik, der Kulturpolitik und des marktintegrativ unabhängigen Verbraucherschutzes und der Forschungspolitik sei auch die partielle Kompetenzzuteilung in der Gesundheitspolitik als Beitrag zur Entwicklung der EG „zu einem zielbezogenen transnationalen Gemeinwesen eigener Art“ zu erklären.³⁷⁰

Verantwortlich für die Durchsetzung des Gemeinschaftsrechts sind in erster Linie die Mitgliedstaaten, die die gemeinsame Rechtsetzung auf nationaler Ebene umsetzen müssen. Falls sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen, müssen sie mit einem Verfahren vor dem EuGH rechnen, an dessen Ende die Zahlung eines Zwangsgeldes stehen kann. Doch die Erfahrung zeigt, dass das Gemeinschaftsrecht von den Mitgliedstaaten meist eingehalten wird bzw. das mehrstufige Warnverfahren greift und auf ein Verfahren vor dem EuGH verzichtet werden kann. Diese Feststellung wird als Beleg für die Funktionsfähigkeit des geltenden europäischen Rechtssystems gewertet.³⁷¹

2.3 Entwicklungsstufen europäischer Gesundheitspolitik

Aus verkürzter rechtlicher Perspektive betrachtet, lässt sich der Beginn der europäischen Gesundheitspolitik auf das Jahr 1992, nämlich auf die Verabschiedung des Vertrags von Maastricht datieren. Im Vertrag von Maastricht wurde zum ersten Mal die europäische Dimension von Gesundheitspolitik gewürdigt, indem das Gesundheitswesen als eigener Titel in das gemeinschaftliche Vertragswerk aufgenommen wurde.³⁷² Politikwissenschaftlich betrachtet stellt

~~die Einführung eines solchen Titels in das gemeinschaftliche Vertragswerks~~
³⁶⁹ Hervey, Tamara K.: „The Legal Basis of European Community Public Health Policy“. a.a.O., S. 24.

³⁷⁰ Vgl. Müller-Graff, P.-C.: a.a.O., S. 156.

³⁷¹ Vgl. Nicolaysen, G.: a.a.O., S. 119.

³⁷² EVG, Titel 10: „Gesundheitswesen“.

Einführung eines solchen Titels in das gemeinschaftliche Vertragswerks hingegen nicht den Beginn europäischer Gesundheitspolitik dar, sondern kann als ein erstes manifestiertes Ergebnis bewertet werden, das sich auf vorangegangene Entwicklungsschritte zurückführen lässt. Hierbei spielten, wie die folgenden Erläuterungen zur Evolution der europäischen Gesundheitspolitik zeigen werden, besonders die bereits in den Gründungsverträgen aufgenommenen Rechte von Wanderarbeitern und ihre stetige Weiterentwicklung eine zentrale Rolle. Gerade diese Rechte können als Initialzündung einer gemeinsamen europäischen Gesundheitspolitik bewertet werden, da ohne die sukzessive Erleichterung der Freizügigkeit weder die zunehmende Patientenmobilität noch grenzüberschreitende Aktivitäten in ihrem heutigen Ausmaß denkbar wären.

2.3.1 Die Anfänge der sozialpolitischen Integration

Den europäischen Integrationsbemühungen in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg lagen keine spezifisch sozialpolitischen Visionen zu Grunde. Das ‚europäische Projekt‘ fand seinen Ursprung in dem Bestreben, wesentliche Wirtschaftszweige zu vergemeinschaften, um bestimmte kriegsnotwendige Güter einer supranationalen Kontrolle zu unterstellen.³⁷³ Weder bei der Gründung der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl (EGKS oder auch Montanunion genannt) im Jahr 1952 noch bei der Unterzeichnung der Römischen Verträge im Jahr 1957 waren sozialpolitische Fragestellungen von zentraler Bedeutung. Der EWG-Vertrag beinhaltete zwar ein eigenes Kapitel zur Sozialpolitik, doch die Reichweite der getroffenen Regelungen war gering. Sie dienten in erster Linie der Beseitigung von Hindernissen des freien Personen-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehrs. Der Kommission wurde lediglich die Aufgabe auferlegt, in verschiedenen sozialpolitischen Gebieten „eine enge Zusammenarbeit“ zwischen den Mitgliedstaaten zu fördern.³⁷⁴ Zu diesen Gebieten gehörte neben Fragen der sozialen Sicherheit, der Beschäftigung und des Arbeitsrechts auch der Gesundheitsschutz bei der Arbeit. Die Förderung blieb zudem lediglich auf

³⁷³ Vgl. Pfetsch, Frank R.: „Die Europäische Union“. 3. erweiterte und aktualisierte Auflage, München 2005, S. 30ff. oder auch Schulte, Bernd: „Die Entwicklung der Sozialpolitik der Europäischen Union“. In Kaelble, Hartmut/Schmid, Günther (Hrsg.): a.a.O., S.75 - 103, hier S. 84. Schulte bezeichnet in diesem Zusammenhang die europäische Sozialpolitik als „Annex“ zu anderen Politiken, namentlich zur Wirtschaftspolitik.

³⁷⁴ Siehe Art 118 EWGV.

Untersuchungen, Stellungnahmen und die Vorbereitung von Beratungen durch die Kommission in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten beschränkt. Mit eigenen Kompetenzen zur Ergänzung nationaler Sozialpolitik wurde die Gemeinschaft somit nicht ausgestattet. In dieser ersten Phase sozialpolitischer Integration kam der Gemeinschaft in erster Linie eine koordinierende Funktion zu.

Kernbestandteil dieser ersten (wenn auch nur schwach ausgeprägten) Welle sozialpolitischer Integration war die Förderung der sozialen Sicherheit der Wanderarbeitnehmer und

„die schrittweise Öffnung der nationalen Arbeitsmärkte, die mit der Inländergleichbehandlung der Wanderarbeitnehmer im Hinblick auf die soziale Sicherheit verbunden war, um Mobilitätshindernisse zu vermeiden bzw. abzubauen.“³⁷⁵

Zur Sicherstellung einer reibungslosen Arbeitermigration zwischen den Mitgliedstaaten wurde der Kommission bereits durch den EGV die Aufgabe erteilt, dem Rat geeignete Maßnahmen zur Anrechnung im Ausland erworbener Sozialversicherungsansprüche vorzuschlagen und insbesondere ein System zu erarbeiten, das den Wanderarbeitern und ihren Angehörigen Folgendes sichern sollte:

- „a) die Zusammenrechnung aller nach den verschiedenen innerstaatlichen Rechtsvorschriften berücksichtigten Zeiten für den Erwerb und die Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs sowie für die Berechnung von Leistungen;
- b) die Zahlung der Leistungen an Personen, die in den Hoheitsgebieten der Mitgliedstaaten wohnen.“³⁷⁶

Hierzu wurde allerdings erst 1968 die so genannte Freizügigkeitsverordnung in das europäische Regelwerk implementiert. Diese Verordnung gab den EG-Bürgern das Recht, überall in der Gemeinschaft diskriminierungsfrei einen Arbeitsplatz zu suchen und anzunehmen. Insbesondere erhielt der einzelne Bürger im Hoheitsgebiet der anderen Mitgliedstaaten Anspruch auf den gleichen

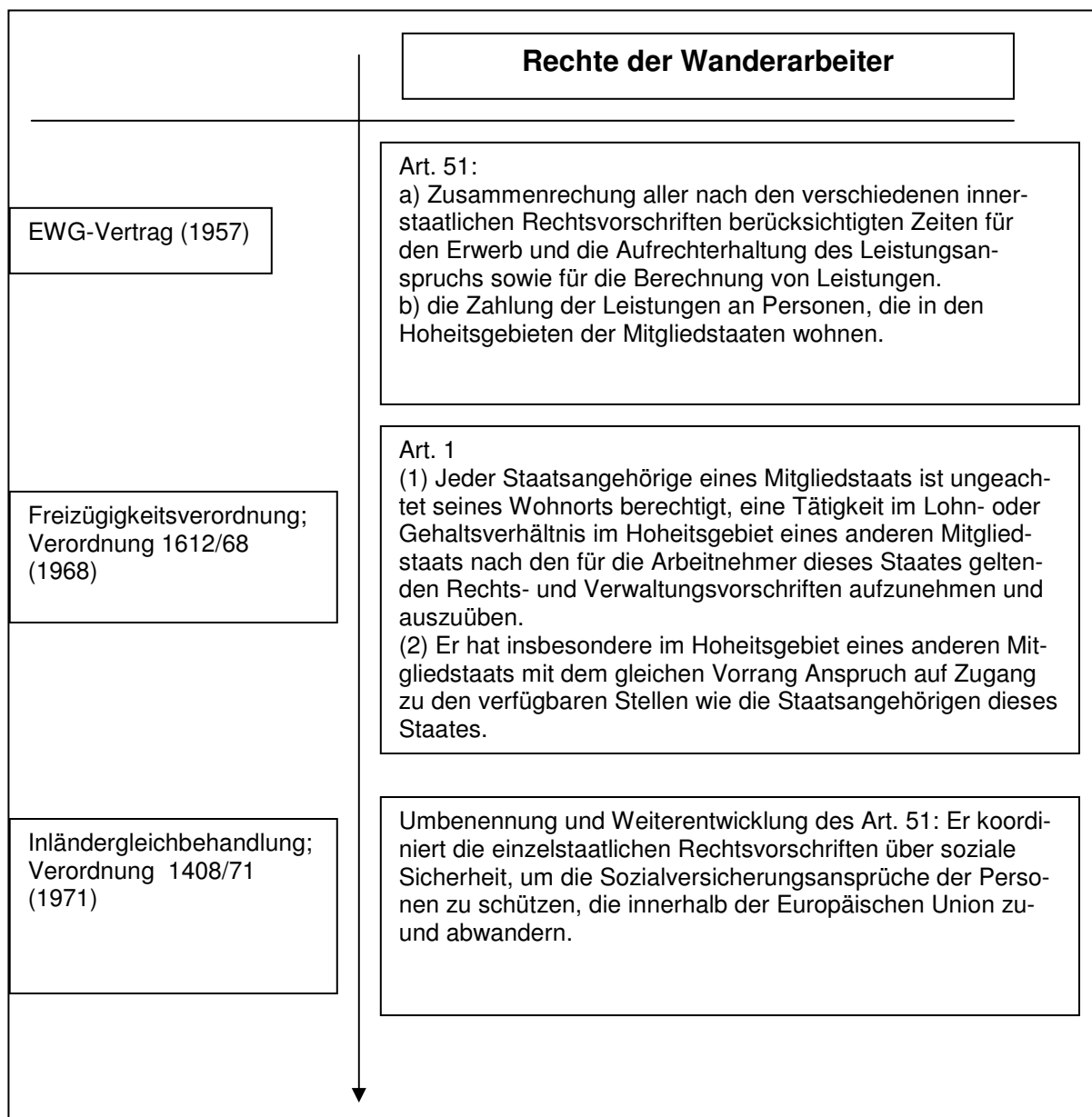
³⁷⁵ Siehe Schulte, Bernd: „Die Entwicklung der Sozialpolitik der Europäischen Union“. a.a.O., S. 84.

³⁷⁶ Siehe Art 51 EWGV, der somit einen ersten Ansatz zur rechtlichen Gewährleistung der Inanspruchnahme von Leistungen im Sinne der Patientenmobilität darstellte.

Zugang zu verfügbaren Stellen wie die Staatsangehörigen des jeweiligen Staates.³⁷⁷ Diese Regelung kann nur bedingt als sozialpolitische Flankierung der Binnenmarktintegration bzw. als Ausgleichsfunktion bewertet werden, da das vorrangige Ziel, das durch die Förderung der Mobilität der Arbeitskräfte erreicht werden sollte, die Gewährleistung des freien Wirtschaftsraums war. Die Bereitschaft zur Arbeitnehmermobilität sollte gefördert werden, um verfügbare Kräfte dort beschäftigen zu können, wo gerade ein Mangel an Arbeitskräften herrschte. Vor diesem Hintergrund muss auch die Freizügigkeitsverordnung vor allem als Koordinierungsmaßnahme bewertet werden.

Die allmähliche Verfestigung der Rechte der Wanderarbeiter ist in Abbildung 23 in einer Zeittafel dargestellt.

³⁷⁷ Siehe Verordnung 1612/ 68 EWG.

Abbildung 23: Entwicklung Rechte der Wanderarbeiter bis 1971

eigene Darstellung

Außerdem beinhaltete der EWG-Vertrag den Auftrag zur Errichtung des europäischen Sozialfonds (ESF) als Instrument zur Verbesserung der Beschäftigungsmöglichkeiten der Arbeitskräfte im Gemeinsamen Markt und als Beitrag zur Hebung der Lebenshaltung.³⁷⁸

„The ESF was an integral part of the European vision from the very beginning, established to improve job opportunities in the Commu-

³⁷⁸ Vgl. Art 123 EGWV.

nity by promoting employment and increasing the geographical and occupational mobility of workers.“³⁷⁹

Die Zuständigkeit für die Organisation des ESF wurde der Kommission in Zusammenarbeit mit dem ESF-Komitee zugeteilt, das zu gleichen Teilen aus Vertretern der nationalen Regierungen, der Gewerkschaften und der Arbeitgeber zusammengesetzt war.³⁸⁰ Trotz seines Inkrafttretens 1961 sollte es allerdings noch weitere zwanzig Jahre dauern, bis der Fonds über ein relevantes Budget verfügte und zu einem gewichtigen Instrument europäischer Sozial- und Beschäftigungspolitik wurde.³⁸¹ Heute trägt der ESF, neben den anderen Strukturfonds, dazu bei,

„die Unterschiede bei Wohlstand und Lebensstandard in den Mitgliedstaaten und Regionen der EU abzubauen und dadurch den wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhalt zu fördern.“³⁸²

Zwar verbanden sich mit der Einrichtung des ESF und dem Auftrag zur Sicherstellung der Übertragbarkeit von Sozialversicherungsleistungen erste Impulse supranationaler sozialpolitischer Kompetenzen der Gemeinschaft, dennoch ist zu Recht darauf hingewiesen worden, dass die ansonsten lediglich intergouvernemental angelegte Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten im sozialpolitischen Bereich dem eigentlichen wirtschaftlichen Zweck des EWG-Vertrags unterge-

³⁷⁹ Siehe Office for Official Publications of the European Communities: „European Social Fund: 50 years investing in people“. Deutschland 2007, S. 9.

³⁸⁰ Vgl. ebd. Diese Struktur ist bis heute weitestgehend erhalten geblieben.

³⁸¹ Vgl. Knelangen, Wilhelm: „Sozialstaatswerdung Europas? Integrationstheoretische Überlegungen zur Entwicklung der EU-Sozialpolitik“, In: Baum-Zeig, Alexandra/Faber, Anne (Hrsg.): „Soziales Europa? Perspektiven des Wohlfahrtsstaates im Kontext von Europäisierung und Globalisierung“. Wiesbaden 2005, S. 20 - 44, hier S. 22.

³⁸² Im Zeitraum 2007 – 2013 vergibt der ESF Mittel von rund 75 Mrd. Euro an Mitgliedstaaten und Regionen in der EU zur Förderung verschiedener Schwerpunktthemen. Dies sind:

- die Entwicklung einer aktiven Arbeitsmarktpolitik,
- Anpassungsfähigkeit der Arbeitskräfte insbesondere in Bezug auf jene Bürger, die von sozialer Ausgrenzung bedroht sind,
- soziale Eingliederung,
- Verbesserung der allgemeinen und beruflichen Bildung,
- beschäftigungsfördernde Maßnahmen in den Bereichen Forschung, Wissenschaft und Technologie, lebenslanges Lernen und die Bekämpfung der Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern auf dem Arbeitsmarkt.

Vgl. Tiemann, Burkhard: „Die Gesundheits- und Sozialpolitik der Europäischen Union“. Köln 2005, S. 80. Zur Eigendarstellung des ESF siehe auch:

http://ec.europa.eu/employment_social/esf/discover/esf_de.htm Stand: 5.11.2007.

Die weiteren Strukturfonds der EU sind der Europäische Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE), worunter auch die Gemeinschaftsinitiative INTERREG fällt, der Europäische Ausrichtungs- und Garantiefonds für die Landwirtschaft (EAGFL) und die Fonds zur Ausrichtung der Fischereipolitik (FIAF).

ordnet war und nur einen geringen Teil der Bevölkerung betraf. Diese ersten Regelungen zur Verbesserung des sozialen Schutzes der Bevölkerung folgten somit keinem umfassenden sozialpolitischem Konzept, innerhalb dessen die Mitgliedstaaten versuchten, ihre nationalen sozialpolitischen Herausforderungen auf gemeinschaftlicher Ebene zu lösen.³⁸³ Die getroffenen Regelungen sollten lediglich den Konsequenzen eines Arbeitsmarktes mit zunehmend durchlässigeren Grenzen begegnen, in einer Phase, in der sich die Nationalstaaten ohnehin vorrangig um den (Wieder-)Aufbau eigener sozialer Sicherungssysteme nach dem Krieg bemühten.

Dennoch förderte insbesondere der ESF die soziale Eingliederung einiger (wenn auch weniger) Bevölkerungsgruppen, sodass der Gemeinschaft hier zum ersten Mal Ansätze einer eigenen Kompetenz zum eigenverantwortlichen Ausgleich zwischen der Binnenmarktintegration und sozialpolitisch negativen Begleiterscheinungen zuteil wurde. Zugleich diente indes auch die Liberalisierung des gemeinsamen Marktes dem Wiederaufbau der europäischen Wirtschaft nach den verheerenden Auswirkungen des Zweiten Weltkriegs und somit auch einer Angleichung und Verbesserung der Lebensbedingungen. Die Wirtschaftspolitik stellte auf diese Weise die wesentliche Grundlage sozialer Sicherheit in Europa dar.³⁸⁴

2.3.2 Fortschritte der 1970er Jahre

Die Bedeutung der wirtschaftlichen Kooperation und des gemeinsamen Marktes für die soziale Situation in den Mitgliedstaaten der Gemeinschaft wurde in der

³⁸³ Mit Ausnahme französischer Bestrebungen, die nationalen Sozialversicherungssysteme einander anzugleichen, um auf diese Weise befürchtete Unterschiede in den Lohnnebenkosten und somit ungleiche Standortbedingungen zu beseitigen – ein Vorschlag der von Deutschland abgelehnt wurde, da der Sozialaufwand hierzulande als ein Kostenfaktor unter mehreren betrachtet wurde, der nicht durch eine umfassende Harmonisierung der Sozialsysteme beseitigt werden sollte. Vgl. Schulte, Bernd: „Europäische Sozialpolitik und die Zukunft des Sozialstaats in Europa : Herausforderungen und Chancen“. a.a.O..

Die sechs Mitglieder der EWG einigten sich zudem in Folge des Contergan-Skandals 1965 auf intergouvernementaler Ebene auf die Einführung einheitlicher Kontrollen und Standards.³⁸³ Die Richtlinie 65/65/EWG nannte Regeln zur Entwicklung und Herstellung von Arzneimitteln in der Gemeinschaft und legte fest, dass Wirksamkeit und therapeutischer Nutzen fortan die ausschließlichen Kriterien für eine Arzneimittelzulassung darstellen sollten. Es galt mit dieser Richtlinie eine ausgewogene Regelung zwischen industriellen Bedürfnissen und gesundheitspolitischen Notwendigkeiten zu finden. Vgl. Vahlpahl, Tobias: a.a.O., S. 51.

³⁸⁴ Vgl. Vahlpahl, Tobias: a.a.O., S. 98.

1974 verabschiedeten ‚Entschließung des Europäischen Rates über ein sozialpolitisches Programm‘³⁸⁵ bekräftigt. Mit Verweis auf das Pariser Gipfeltreffen von 1972 wurde betont, „dass die wirtschaftliche Expansion nicht Selbstzweck ist, sondern dazu dienen muss, die Lebensqualität und den Lebensstandard zu verbessern“³⁸⁶, womit bestätigt wurde, dass der europäischen Sozialpolitik künftig nicht nur eine koordinierende, sondern verstärkt auch eine ausgleichende Funktion zukommen sollte.³⁸⁷ Verdeutlicht wurde dieses Bekenntnis zur europäischen Sozialpolitik in der Begründung zum Aktionsprogramm. Dort wurde festgehalten, dass die Staats- und Regierungschefs „einem energischen Vorgehen im sozialpolitischen Bereich die gleiche Bedeutung beimessen wie der Verwirklichung der Wirtschafts- und Währungsunion“³⁸⁸.

Die inhaltliche Reichweite des Aktionsprogramms war beachtlich. Es sah Aktivitäten unter anderem in den Bereichen Arbeitsmarktpolitik (u.a. die Abstimmung der Beschäftigungspolitiken, eine schrittweise Förderung der Mitwirkung der Arbeitnehmer oder ihrer Vertreter am Leben der Unternehmen und Betriebe), Bildungspolitik (u.a. Schaffung eines gemeinsamen Zentrums für berufliche Bildung), Armutsbekämpfung und Gleichbehandlung von Männern und Frauen (u.a. Maßnahmen zur Gewährleistung des gleichen Zugangs zur Beschäftigung, zur beruflichen Bildung und zum beruflichen Aufstieg sowie in Bezug auf die Arbeitsbedingungen einschließlich der Entlohnung) vor. Es empfahl weiter reichende Maßnahmen zur Förderung des Wanderarbeiterschutzes im Bereich von Wohnungsfragen und möglichen Problemen der sozialen Betreuung, zur Verbesserung der beruflichen Bildung und zur schulischen Betreuung der Kinder und ferner eine allgemeine Abstimmung der Politik der Mitgliedstaaten auf dem Gebiet der sozialen Sicherung. Im Bereich der Gesundheitspolitik wurde ein weiterführendes Aktionsprogramm angeregt, das in Bezug auf Gesundheitsschutz, Sicherheit am Arbeitsplatz, Gesundheit der Arbeitnehmer und Gestaltung der Arbeit Verbesserungen erzielen sollte, wobei auf den Gebieten begonnen werden

³⁸⁵ Vgl. Entschließung des Rates vom 21. Januar 1974 über ein sozialpolitisches Aktionsprogramm.

³⁸⁶ Ebd.

³⁸⁷ Begründung für die Entschließung des Rates vom 21. Januar 1974 über ein sozialpolitisches Aktionsprogramm.

³⁸⁸ Ebd.

gonnen werden sollte, auf denen die Arbeitsbedingungen am schwierigsten waren.³⁸⁹

Die politische Reichweite des sozialpolitischen Aktionsprogramms blieb jedoch hinter der inhaltlichen Reichweite weit zurück. Das Programm sah keine Erweiterung der sozialpolitischen Kompetenzen der Kommission vor und stattete sie nicht mit zusätzlichen Instrumenten zur Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen aus. Im Gegenteil:

„Kennzeichnend für die Umsetzung des Aktionsprogramms war in rechtstechnischer Sicht der Verzicht auf eine Harmonisierung. Das Einstimmigkeitserfordernis setzte entsprechenden Ambitionen der Kommission schnell eine Grenze.“³⁹⁰

Somit stellte das Aktionsprogramm zwar ein eindeutiges Bekenntnis zur inhaltlichen Einbindung der Europäischen Gemeinschaft im Bereich der Sozialpolitik dar, änderte aber die formale Zuständigkeitsverteilung nur geringfügig. Die Regierungen einigten sich in Folge des Aktionsprogramms und unter Einbeziehung der europäischen Institutionen jedoch auf mehrere Richtlinien, die gemeinsame Mindeststandards in der Sozialpolitik vorsahen, welche nicht unter aber durchaus überschritten werden durften. Auf diese Weise sollte gewährleistet werden, dass die Handlungsautonomie in der Sozialpolitik bei den Mitgliedstaaten verblieb, zugleich aber gesamteuropäische Standards in der sozialen Sicherung formuliert und angepeilt werden konnten. Mindeststandards als Instrument zur Förderung einer (wenn auch geringen) Harmonisierung fanden ihre Weiterentwicklung in der Formulierung von ‚benchmarks‘ im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung (OMK).³⁹¹

Aus integrationstheoretischer Sicht können die sozialpolitischen Entwicklungen der frühen 1970er Jahre trotz nur bescheidener substantieller Fortschritte, als bedeutende Wegmarke ausgemacht werden. Dies ist durch eine sich allmählich ändernde Auffassung hinsichtlich der Zielbestimmung europäischer Sozialpolitik bedingt. Galt bis Ende der 1960er Jahre hauptsächlich die Überwindung von

³⁸⁹ Ebd.

³⁹⁰ Knelangen, Wilhelm: „Sozialstaatswerdung Europas? Integrationstheoretische Überlegungen zur Entwicklung der EU-Sozialpolitik“, a.a.O., S. 23ff.

³⁹¹ Vgl. Kapitel III.2.3.6.1.

Markthemmnissen als einzige (indirekte) Triebfeder für den sozialpolitischen Integrationsprozess, so gewann Anfang der 1970er Jahre eine gemeinsam getragene Grundüberzeugung an Raum, nämlich, dass der wirtschaftliche Fortschritt nur durch eine sozialpolitische Flankierung aufrechterhalten werden könne. Diese Auffassung wurde jedoch vom Neumitglied Großbritannien³⁹² nur bedingt geteilt, was die einstimmige Verabschiedung weiter reichender Richtlinien deutlich erschwerte und fortan zu einer weitgehenden Stagnation der sozialpolitischen Bemühungen führte:

„Sowohl Großbritannien als auch Dänemark hatten zu keiner Zeit einen Hehl daraus gemacht, dass sie ihre Bremsmacht gegenüber zu weit gehenden föderalen Projekten einsetzen würden.“³⁹³

2.3.3 Die Einheitliche Europäische Akte und die Charta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer

Dass nun auch gesundheitspolitische Aspekte auf europäischer Ebene zunehmend an Bedeutung gewannen, lässt sich anhand zweier Indizien belegen. Zum einen wurde die Kommission durch den Europäischen Rat beauftragt, ein Programm zur Krebsbekämpfung zu entwickeln, obwohl es hierzu noch keine klare Rechtsgrundlage gab, und zum anderen fanden seit 1984 informelle Treffen des europäischen Rats der Gesundheitsminister statt.³⁹⁴

Inwieweit wirtschaftlicher Erfolg die notwendige Voraussetzung für sozialpolitische Fortschritte darstellt, sei an dieser Stelle dahingestellt; tatsächlich verloren die sozialpolitischen Ambitionen der Gemeinschaft jedoch zu einer Zeit an Fahrt, als sich Europa in der bis dahin folgenschwersten wirtschaftlichen Krise der Nachkriegsgeschichte befand. Die Ölkrisen in den Jahren 1973 und 1979 und weitere ökonomische Umstände führten zu einem Rückgang des Wirtschaftswachstums in allen Mitgliedstaaten der EWG. Dieses Hindernis für eine nachhaltige Integration der Sozialpolitik wurde durch die unterschiedlichen Vorstellungen in den alten und neuen Mitgliedstaaten verstärkt, welches konzeptionelle

³⁹² Großbritannien trat der EG im Jahr 1973 gemeinsam mit Irland und Dänemark bei.

³⁹³ Pfetsch, Frank R.: a.a.O., S. 53.

³⁹⁴ Vgl. Schmucker, Rolf: „Europäische Integration und Gesundheitspolitik“. Arbeitspapier Nr. 23/2003 des Instituts für medizinische Soziologie der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt a.M. 2003, S. 7.

Ziel mit der Integration Europas eigentlich erreicht werden sollte. Dass die noch jungen sozialpolitischen Bestrebungen Ende der 1970er und Anfang der 1980er Jahre einer zunehmenden ‚Eurosclerose‘³⁹⁵ bzw. Stagnation der Integrationsbemühungen zum Opfer fielen, kann somit nicht verwundern.

Erst die Verabschiedung der Einheitlichen Europäischen Akte (EEA) konnte diesen Stillstand des europäischen Projekts überwinden und neue Akzente setzen, indem sich die zentralen Akteure Deutschland und Frankreich in ihren nationalen Wirtschaftsstrategien annäherten.³⁹⁶ Dies galt auch für die Integration der Sozialpolitik, die zwar keineswegs den Kern der EEA ausmachte, gleichwohl durch einige Veränderungen des bisherigen Vertragstextes wieder an Fahrt gewinnen konnte. Die Ergänzung des bisherigen Artikels 118 sah vor, dass sich die Mitgliedstaaten bemühen sollten, „die Verbesserung insbesondere der Arbeitsumwelt zu fördern, um die Sicherheit und die Gesundheit der Arbeitnehmer zu schützen“³⁹⁷. Außerdem verlangte die Ergänzung, dass sich die Mitgliedstaaten fortan „die Harmonisierung der in diesem Bereich bestehenden Bedingungen bei gleichzeitigem Fortschritt zum Ziel“³⁹⁸ setzen.

Zur Erreichung dieser Ziele sollte in diesen Bereichen mit qualifizierter Mehrheit entschieden werden, sodass das bisher geltende Einstimmigkeitsprinzip zumindest teilweise beseitigt wurde. Diese Ergänzung ist als Reaktion auf die Vielzahl britischer Vetos zu betrachten. Durch Mehrheitsentscheidungen sollte erreicht werden, dass künftige Fortschrittsbestrebungen nicht durch einen einzelnen Staat blockiert werden können. Auf der rechtlichen Grundlage dieses Artikels sind seither zahlreiche Richtlinien im Bereich des Arbeitsschutzrechts verabschiedet worden.³⁹⁹

Außerdem sah die EEA vor, dass sich die Kommission dafür einsetzt,

„den Dialog zwischen den Sozialpartnern auf europäischer Ebene zu entwickeln, der, wenn diese es für wünschenswert halten, zu vertraglichen Beziehungen führen kann“⁴⁰⁰.

³⁹⁵ Zum Begriff der ‚Eurosclerose‘ siehe Weidenfeld, Werner: „Europa – aber wo liegt es?“ In ders.: „Die Europäische Union, Politisches System und Politikbereiche“. Bonn 2006, S.15 - 48, hier S. 27.

³⁹⁶ Siehe ebd.

³⁹⁷ Art 118 EEA.

³⁹⁸ Art 118a EEA.

³⁹⁹ Vgl. Vahlpahl, Tobias: a.a.O., S. 99.

⁴⁰⁰ Art 118b. EEA.

Mehrfach ist darauf hingewiesen worden, dass auch die zunehmende Einmischung der Gewerkschaften in europäische Entwicklungen zu einer (Wieder-)Belebung der sozialpolitischen Integration geführt habe.⁴⁰¹ Ihre Aktivitäten, die Klagen von Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und linken Parteien sowie der wachsende Druck aus der europäischen Bevölkerung trugen zu einer Neubewertung europäischer Sozialpolitik bei. Sie artikulierten die Forderung, dass sich die europäische Sozialpolitik weg von einem bloßen Instrument zur Sicherung des reibungslosen Funktionierens des gemeinsamen Marktes entwickeln und stattdessen zu einem eigenständigen Politikbereich des europäischen Integrationsprozesses werden sollte.⁴⁰² Auch dies kann als ein Versuch gewertet werden, eine Kompetenzverschiebung zu erreichen, indem der Gemeinschaft nicht nur eine koordinierende und ergänzende Funktion in der Sozialpolitik zugekommen wäre, sondern sie auch übereine eigene wahrnehmbare und ausgleichende Dimension verfügt hätte.

Als eine Reaktion auf diese zunehmenden Forderungen, die von einem größer werdenden Bevölkerungsteil unterstützt wurden, lässt sich die Verabschiedung der ‚Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer‘, kurz ‚Sozialcharta‘, am 9.12.1989 durch alle Mitgliedstaaten außer Großbritannien interpretieren. Großbritannien sah indes seine marktliberale Politik der Thatcherregierung durch sozialpolitische Maßnahmen der Gemeinschaft bedroht.⁴⁰³ Die Sozialcharta brachte jedoch keine wesentlichen Neuerungen bezüglich der bestehenden Kompetenzverteilung mit sich, da sie nicht zu einer Ausweitung der im Vertrag festgelegten Befugnisse der Gemeinschaft führen durfte.⁴⁰⁴ Stattdessen diente die Charta als Fixierung der bisherigen Fortschritte, die im sozialen Bereich durch das Vorgehen der Mitgliedstaaten, der Sozialpartner und der Gemeinschaft bereits erzielt wurden und als Bekräftigung, dass bei der Durchführung der EEA die soziale Dimension der Gemeinschaft vollauf berücksichtigt werde und dass die sozialen Rechte der Erwerbstätigen in der EG, ins-

⁴⁰¹ Vgl. Däubler, Wolfgang: a.a.O., S. 275.

⁴⁰² Vgl. Schulte, Bernd: „Die Entwicklung der Sozialpolitik der Europäischen Union“. a.a.O., S. 86.

⁴⁰³ Die Kurzform „Sozialcharta“ birgt die Verwechslungsgefahr mit einem 1961 vom Europarat verabschiedeten und 1999 überarbeiteten Vertrag mit dem amtlichen Namen „Europäische Sozialcharta“. Dieser Vertrag definiert soziale Grundrechte für die Mitgliedstaaten des Europarats, besitzt allerdings keinerlei bindenden Charakter.

⁴⁰⁴ Vgl. Begründung zur Verabschiedung der „Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer“.

besondere die der Arbeitnehmer und der Selbständigen, daher auf den geeigneten Ebenen weiterzuentwickeln seien.⁴⁰⁵

2.3.4 Der Vertrag von Maastricht und das Abkommen über die Sozialpolitik

Noch vor der Ratifizierung der Maastrichter Verträge konnte mit der Unterzeichnung des ‚Abkommens über die Sozialpolitik‘ im Dezember 1991 ein aus sozialpolitischer Sicht entscheidender Fortschritt erzielt werden. Dieses Abkommen legte zum einen die sozialpolitischen Ziele der Gemeinschaft (im Einklang mit der Sozialcharta von 1989) fest: nämlich die Förderung der Beschäftigung, die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, die Bekämpfung der Ausgrenzung, die Förderung der Humanressourcen usw. Zum anderen schrieb es die Verfahren zur Annahme sozialpolitischer Maßnahmen fest und bekräftigte die Schlüsselrolle der Sozialpartner (also der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände) in diesem Bereich.⁴⁰⁶

Aus Rücksichtnahme auf britische Vorbehalte hatte sich die Gemeinschaft auf die Sonderlösung eines vom eigentlichen Vertragstext gelösten Zusatzabkommens geeinigt, das später dem ratifizierten Vertrag von Maastricht beigelegt wurde. Durch diese Regelung konnte zum einen sichergestellt werden, dass die Mitgliedstaaten sozialpolitisch aktiv werden konnten, ohne ein britisches Veto befürchten zu müssen und zum anderen der Gebrauch der bisherigen gemeinschaftspolitischen Instrumente und Institutionen auch in diesen Politikbereichen beibehalten werden.⁴⁰⁷

Neben diesen allgemeinen Fortschritten in der Sozialpolitik wurde mit dem Vertrag von Maastricht der eigentliche ‚Startschuss‘ für eine formelle europäische

⁴⁰⁵ Vgl. Begründung zur Verabschiedung der „Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer“.

⁴⁰⁶ Vgl. Vahlpahl, Tobias: a.a.O., S.101. Der so genannte ‚Soziale Dialog‘, der hierzu entwickelt wurde, stellt „das wesentliche Instrument dar, mit dem die Sozialpartner zur Festlegung europäischer sozialer Standards beitragen und eine wesentliche Rolle für die Governance der Union spielen. Der soziale Dialog auf europäischer Ebene hat im EG-Vertrag (Artikel 138 und 139) und in den Schlussfolgerungen einiger wichtiger Tagungen des Europäischen Rates insbesondere der Tagungen in Laeken und Barcelona nachdrückliche institutionelle Anerkennung gefunden.“

Siehe: http://ec.europa.eu/employment_social/social_dialogue/index_de.htm, Stand: 1.2.2008.

⁴⁰⁷ Vgl. Knelangen, Wilhelm: „Sozialstaatswerdung Europas? Integrationstheoretische Überlegungen zur Entwicklung der EU-Sozialpolitik“, a.a.O., S. 26.

Gesundheitspolitik gegeben.⁴⁰⁸ So wurde in die Aufzählung der Gemeinschaftstätigkeiten der „Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus“ aufgenommen.⁴⁰⁹ Zudem führte der Vertrag erstmals einen eigenen Titel ‚Gesundheitswesen‘ ein, bestehend aus einem einzigen Artikel, in dem festgehalten wurde:

„Die Gemeinschaft leistet durch Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und erforderlichenfalls durch Unterstützung ihrer Tätigkeit einen Beitrag zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus. [...] Die Erfordernisse im Bereich des Gesundheitsschutzes sind Bestandteil der übrigen Politiken der Gemeinschaft.“⁴¹⁰

Dieser Artikel, der die Gesundheitspolitik durch seine allgemeine Formulierung als europäisches Querschnittsthema kennzeichnete, diente fortan als wichtigste Grundlage der gesundheitspolitischen Kompetenzverteilung zwischen der EU und den Mitgliedstaaten. Zudem erhielt die EU durch diesen Artikel eigene Kompetenzen in der Gesundheitsprävention:

„Die Tätigkeit der Gemeinschaft ist auf die Verhütung von Krankheiten, insbesondere der weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten einschließlich der Drogenabhängigkeit, gerichtet; dabei werden die Erforschung der Ursachen und der Übertragung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert.“⁴¹¹

Auch mit dem Ziel, die Reichweite ihrer neuen Kompetenzen abzustecken, formulierte die EU-Kommission in den folgenden Jahren acht Aktionsprogramme (siehe Abbildung 24). Da die Verabschiedung dieser Programme im Rahmen des Mitentscheidungsverfahrens erfolgen musste, wurden auch das Europäische Parlament beteiligt.⁴¹² 2002 wurden diese acht bisherigen Aktionsprogramme in einem ersten sechsjährigen Programm zusammengefasst, das ein integriertes Konzept für den Schutz und die Verbesserung der Gesundheit schaffen sollte. 2007 wurde ein ebenfalls auf sechs Jahre angelegtes Folgepro-

⁴⁰⁸ Vgl. Stein, Hans: a.a.O., S. 90.

⁴⁰⁹ Art 3, Abs. p, EGV.

⁴¹⁰ Art 129 Abs. 1, EGV bzw. seit der Ratifizierung des Vertrags von Amsterdam Art. 152, Abs. 1, EGV. Zur Weiterentwicklung dieses Artikels vgl. Kapitel II.2.3.5.

⁴¹¹ Ebd.

⁴¹² Siehe Urban, Hans Jürgen: „Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System“. a.a.O., S.22.

gramm verabschiedet. Auf die Inhalte dieser jüngeren Programme wird am Ende dieses Kapitels eingegangen.

Abbildung 24: Aktionsprogramme im Rahmen der europäischen Gesundheitspolitik

- Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur **Gesundheitsförderung**, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1996 – 2000) (Beschluss Nr. 645/96/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.03.1996); Ziel des Programms war es, den allgemeinen Gesundheitszustand durch Erweiterung des Wissens über Risikofaktoren zu verbessern und die Menschen dazu anzuregen, sich eine gesunde Lebensweise anzueignen.
- Aktionsplan zur **Krebsbekämpfung** innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1996 – 2000) (Beschluss Nr. 646/96/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.03.1996); Der Aktionsplan der Gemeinschaft zur Krebsbekämpfung umfasste 22 Maßnahmen in den Bereichen Datenerhebung, Aufklärung, Gesundheitserziehung, Ausbildung des im Gesundheitswesen tätigen Personals, Früherkennung und Vorsorgeuntersuchungen, Qualitätssicherung und Forschung.
- Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur **Prävention von Aids und von bestimmten anderen übertragbaren Krankheiten** innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1996 – 2000) (Beschluss Nr. 647/96/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.03.1996); Ziel des Programms war es, die Ausbreitung von Aids einzudämmen sowie die durch übertragbare Krankheiten bedingte Mortalität und Morbidität zu verringern.
- Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur **Suchtprävention** innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1996 – 2000) (Beschluss Nr. 102/97/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16.12.1996); Mit dem Programm sollte die Drogenabhängigkeit bekämpft werden, insbesondere durch die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, die Unterstützung ihrer Maßnahmen und die Förderung der Koordination zwischen ihren Politiken und Programmen.

- Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur **Gesundheitsberichterstattung** innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1997 – 2001) (Beschluss Nr. 1400/97/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30.06.1997); Mit dem Programm sollten auf der Grundlage europaweit einheitlicher Indikatoren vergleichbare Daten über Gesundheit und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der Bevölkerung, über Krankheiten und Gesundheitssysteme gewonnen werden.
- Aktionsprogramm der Gemeinschaft betreffend die **Verhütung von Verletzungen** innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1999 – 2003) (Beschluss Nr. 372/1999/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 08.02.1999); Mit dem Programm sollte ein Beitrag zu Aktivitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit geleistet werden, die auf die Verringerung der Inzidenz von Haus- und Freizeitunfällen abzielen.
- Aktionsprogramm der Gemeinschaft betreffend **seltene Krankheiten** innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1999 – 2003) (Beschluss Nr. 1295/1999/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.04.1999); Ziel des Programms war es, Arbeiten im Bereich seltene Krankheiten durchzuführen. Dabei wurde besonderes Augenmerk auf die Verbesserung des Wissens und die Erleichterung des Zugangs zu Informationen über diese Krankheiten gelegt.
- Aktionsprogramm der Gemeinschaft betreffend **durch Umweltverschmutzung bedingte Krankheiten** innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1999 – 2001) (Beschluss Nr. 1296/1999/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.04.1999); Ziel dieses Programms war es, zur Entwicklung von politischen Strategien im Bereich Gesundheit und Umwelt beizutragen, wobei der Schwerpunkt auf der Prävention von durch Umweltverschmutzung bedingten Krankheiten und der Verbesserung des Wissens über und des Verständnisses von damit zusammenhängenden Gesundheitsrisiken lag.

Zusammenführung der bisherigen Programme in einem auf fünf Jahre angelegten Gesundheitsprogramm durch:

- Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003 – 2008) (Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23.09.2002).

Quelle: Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission⁴¹³

Keines der acht Aktionsprogramme berührte die Organisation der nationalen Gesundheitswesen – also die Planung und Finanzierung der Versorgung. Stattdessen ergänzten die Programme die Gesundheitssysteme in der Prävention und Gesundheitsförderung.

Doch die „bahnbrechenden Umwälzungen im Gefüge der Gemeinschaft“⁴¹⁴, die der Vertrag von Maastricht insgesamt vorsah, waren keineswegs unumstritten. Nicht nur in den ‚kleinen‘ Staaten, deren Bevölkerung weniger als fünf Prozent der gesamten damaligen EU-Bevölkerung ausmachte, war die Vertiefung der europäischen Integration umstritten, auch in den ‚großen‘ Staaten mit mehr als zehn Prozent Bevölkerungsanteil stand ein bedeutender Teil der Bevölkerung der Umwandlung der EG zur Europäischen Union skeptisch gegenüber. Der Ausgang des französischen Referendums mit einer dünnen Mehrheit von 51,05%⁴¹⁵ für eine Ratifizierung des Vertrags zeigte eine deutliche Spaltung der Bevölkerung.⁴¹⁶ Die Dänen lehnten die Ratifizierung der Verträge in einem Referendum mit einer knappen Mehrheit von 50,7% bei einer Beteiligung von 82,3% gar ab.⁴¹⁷ Damit Dänemark nicht aus der weiteren europäischen Kooperation vollständig ausgeschlossen wurde, musste also ein Kompromiss gefunden werden. Da die anderen Mitgliedstaaten ein Interesse daran hatten, dass Dänemark, wenn auch unter Vorbehalten, an der Europäischen Union teilnehmen würde, wurden einzelne Bestandteile des Vertrags nachverhandelt, um die Zusatzvereinbarungen von Edinburgh erweitert und

⁴¹³Siehe:

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/previous_programme/previous_programme_de.htm, Stand: 21.11.2007.

⁴¹⁴Weidenfeld, Werner: „Europa – aber wo liegt es?“, a.a.O., S. 36.

⁴¹⁵Quelle: www.iri-europe.org/resources/referendums.asp, Stand: 22.5.2003. Die Beteiligung lag in Frankreich bei 69,69%.

⁴¹⁶Dass sich die Iren klar für die Ratifizierung der Verträge aussprachen (69,1% Ja-Stimmen, Quelle ebd.), kann wohl auf die anhaltenden wirtschaftlichen Vorteile, die das Land seit dem Beitritt zur EG erfahren durfte, zurückgeführt werden.

⁴¹⁷Vgl. Buch, Roger/Hansen, Kasper.M.: a.a.O., S. 15.

von der dänischen Bevölkerung 1993 in einem erneuten Referendum akzeptiert.⁴¹⁸

Ähnlich scharfe Kontroversen um die Ratifizierung des Maastrichter Vertrags hatte es in der Bevölkerung der meisten Mitgliedsstaaten gegeben, doch abgesehen von Dänemark, Irland und Frankreich waren in den anderen Mitgliedstaaten keine Referenden vorgesehen gewesen. Auch in Großbritannien und nicht zuletzt in Deutschland (wo Verfassungsklage gegen das Vertragswerk eingereicht worden waren) bestanden erhebliche Zweifel am Nutzen des Vertrags. Trotz aller Bedenken konnte der Vertrag von Maastrichter schließlich am 1. November 1993 in Kraft treten.

2.3.5 Vertrag von Amsterdam

Der Vertrag von Amsterdam wurde 1997 verabschiedet und beinhaltete wichtige Veränderungen, um die in Maastricht gegründete Union bürgernäher zu gestalten und ihre politische Identität nach innen wie nach außen sichtbarer und somit zugleich wirksamer zu machen.⁴¹⁹ Schulte sieht in der Verabschiedung des Vertrags von Amsterdam den Beginn einer neuen Phase europäischer Sozialpolitik, die zwar weder zu einer ‚Europäischen Sozialunion‘ noch zu einem ‚Europäischen Sozialstaat‘ geführt habe, aber immerhin zu einer weiteren Konsolidierung der Europäischen Sozialgemeinschaft beigetragen habe, die fortan der gemeinsamen Wirtschaftspolitik ‚auf Augenhöhe‘ begegne.⁴²⁰ Mit dem Inkrafttreten des Vertrags von Amsterdam entfiel das dem Maastrichter Vertrag

⁴¹⁸ Mit dem Ziel, eine für die Integration Europas negative Entwicklung zu vermeiden, hatte sich der Europäische Rat in Edinburgh darauf verständigt, Dänemark Ausnahmeregelungen, so genannte „Opting-outs“ in vier Bereichen zu ermöglichen, um eine Ratifizierung des Maastrichter Vertrages anhand eines neuen Referendums doch noch zu ermöglichen. Davon betroffen waren die gemeinsame Außen- und Sicherheitspolitik (GASP), die Unionsbürgerschaft, die Teilnahme an der dritten Stufe der Währungsunion und die Zusammenarbeit in der Justiz- und Innenpolitik. Hätten die Dänen diesen Zusatzvereinbarungen nicht zugestimmt, wäre die Gemeinschaft in eine prekäre Lage geraten: entweder hätte der Maastrichter Vertrag nicht ratifiziert werden können oder eine Teilnahme Dänemarks an der EU wäre nicht möglich gewesen. Der Ausschluss Dänemarks wäre für die Gemeinschaft wirtschaftlich und strukturell wohl handhabbar gewesen, hätte aber womöglich zu einer zunehmenden Skepsis in den anderen Mitgliedsstaaten geführt und Dänemark wäre womöglich zum Präzedenzfall für weitere Austrittsbestrebungen aufgewertet worden. So wären bei einem Austritt Dänemarks wohl auch in Großbritannien die Forderungen der EU-Gegner lauter geworden, aus der Gemeinschaft wieder auszutreten.⁴¹⁸ Daher hatten auch die anderen Mitgliedsstaaten ein vitales Interesse daran, dem dänischen Volk ein wenig ‚Eigenwilligkeit‘ zuzugestehen.

⁴¹⁹ Siehe Läufer, Thomas in der Einführung zum: „Vertrag von Nizza – Die EU der 25“. Bonn 2004, S. 9 - 21, hier S. 11.

⁴²⁰ Siehe Schulte, Bernd: „Die Entwicklung der Sozialpolitik der Europäischen Union“. a.a.O., S. 87ff.

beigefügte Protokoll über die Sozialpolitik, da die britische Labour-Regierung unter Blair dem Beitritt zum Abkommen nun zustimmte. Das Abkommen über die Sozialpolitik konnte somit in die Bestimmungen des Titels XI des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft integriert werden. Die Europäische Gemeinschaft durfte somit in folgenden Bereichen tätig werden bzw. ihre Tätigkeit verstärken:

- Verbesserung der Arbeitsumwelt zum Schutz von Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer;
- Arbeitsbedingungen;
- Unterrichtung und Anhörung der Arbeitnehmer;
- berufliche Eingliederung der aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzten Personen;
- Chancengleichheit von Männern und Frauen auf dem Arbeitsmarkt und Gleichbehandlung am Arbeitsplatz.

Die wichtigste Maßnahme im Bereich der Gesundheitspolitik war die Umbenennung und Weiterentwicklung des ehemaligen Artikels 129 EGV zum neuen Artikel 152. Der alte Artikel 129 hatte lediglich die Formulierung beinhaltet: „Die Gemeinschaft **leistet** [...] **einen Beitrag** [Hervorhebung durch den Verf.] zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus.“ Im neuen Artikel 152 heißt es dahingegen: „Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau **sichergestellt** [Hervorhebung durch den Verf.].“ Hervey erläutert das stärkere Gewicht, das die Gemeinschaft aufgrund dieser neuen Formulierung gewinne.⁴²¹ Insbesondere die Regelung, dass schon bei der Festlegung der Gemeinschaftspolitiken (also bereits während des Gesetzgebungsprozesses) die Ge-

⁴²¹ Siehe Hervey, Tamara K.: „The Legal Basis of European Community Public Health Policy“. In: McKee, Martin/Mossialos, Elias/Baeten, Rita: a.a.O., S. 23 - 55, hier S. 30. Hervey weist darauf hin, dass das starke „mainstreaming“ des Gesundheitsschutzes (also die Erhebung des Gesundheitsschutzes zu einem Querschnittsthema für alle Politikfelder der Union) u.a. auf die BSE-Krise zurückzuführen sei. In der Rechtssache C-180/96, UK vs. Kommission aus dem Jahr 1996 (und somit vor der Aufnahme des Artikels 152 in den EGV) hatte der EuGH entschieden, den Import britischen Rindfleisches weiterhin zu verbieten, da er zu einer Gefährdung der Gesundheit der Bevölkerung führen könne: „Implicit in the Court’s reasoning was the position that the protection of public health is a fundamental duty of the EU institutions, which cannot be disregarded in the pursuit of the common agricultural policy.“ Siehe ebd. S. 29 und in Fußnote 18, S. 30.

sundheitsverträglichkeit der einzelnen Maßnahmen überprüft und sichergestellt werden muss, weist dem Gesundheitsschutz eine exponierte Stellung zu.

Der erweiterte Artikel 152 beinhaltet mit Absatz 5 nun auch jene Begrenzung der EU-Kompetenzen, die seither als das wesentliche Merkmal der Kompetenzverteilung zwischen europäischer und nationaler Gesundheitspolitik gilt bzw. wie Stein es formuliert, als „das unerschütterliche Glaubensbekenntnis aller Mitgliedstaaten, an dem nicht gerüttelt werden darf“⁴²².

„Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt.“⁴²³

Es kann argumentiert werden, dass durch die in Amsterdam vorgenommene Änderung des Artikels die Position der Gemeinschaft im Bereich der Öffentlichen Gesundheit gestärkt worden sei.⁴²⁴ Doch selbst wenn die Gemeinschaft seit Amsterdam damit beauftragt wurde, ein hohes Gesundheitsniveau sicherzustellen, ändert dies nichts an der Tatsache, dass der Aktionsrahmen der Gemeinschaft noch immer stark eingeschränkt und weitestgehend von der Zustimmung und Initiative der Mitgliedstaaten abhängig ist. Urban weist darauf hin:

„dass die allgemeinen Aufgabenstellungen der Gemeinschaft in der Gesundheitspolitik keine eigenständige gesundheitspolitische Befugnis (...), sondern lediglich die Berechtigung zu Maßnahmen beinhalten, die die Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten ergänzen und fördern.“⁴²⁵

Hervey fasst die Entwicklung der Gesundheitspolitik trotz dieser Einschätzung wie folgt zusammen:

„The EU can now truly be said to have its own (albeit modest) public health policy, which interacts with those at national level

⁴²² Stein, Hans: a.a.O., S. 90.

⁴²³ Art 152, Abs. 5; EGV.

⁴²⁴ Vgl. Hervey, Tamara K.: a.a.O., S.32.

⁴²⁵ Urban, Hans Jürgen: „Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System“. a.a.O., S.18. Ähnlich äußert sich auch Busse, Reinhard: „Neue Verfassung, neue Sozialpolitik?“ In: „Gesundheit und Gesellschaft“, Heft 2/2004, S. 34 - 40, hier S. 34 ff.

in the Member States. The details of that policy are a matter for elaboration among the institutions of the European Union.“⁴²⁶

Schmucker macht zudem auf eine übersetzungstechnische Unschärfe aufmerksam, die durch die Übersetzung der englischen Fassung dieses Artikels entsteht. In der englischsprachigen Version wird der Ausdruck „improving public health“ genutzt. Dies sei 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“ werde.“⁴²⁷

Dies deute demnach auf ein umfassenderes Verständnis der Zuständigkeit der europäischen Ebene hin, wenngleich diese Terminologien im weiteren Vertragstext keine aussagekräftige Präzisierung erführen.⁴²⁸

2.3.6 Der Vertrag von Nizza und die Lissabon-Strategie

Der Vertrag von Nizza wurde im Dezember 2000 ratifiziert. Er war das Ergebnis einer Regierungskonferenz, die im Februar des gleichen Jahres in Brüssel abgehalten wurde und sich insbesondere mit institutionellen Fragestellungen beschäftigte, die im Rahmen der bevorstehenden Erweiterungsrunde gelöst werden mussten. Hierzu zählten etwa die zukünftige Zusammensetzung der Kommission, die Ausweitung der Mehrheitsentscheidungen und die Neuverteilung der Stimmengewichtung im Rat.⁴²⁹

Die formalrechtliche Gestaltungskompetenz der EU im sozialpolitischen Bereich änderte der Vertrag von Nizza nicht. Noch immer fehlt der EU die rechtliche Grundlage, Mindeststandards von den Mitgliedstaaten einzufordern: Die Union darf gemäß dem Europäischen Gemeinschaftsvertrag die Politik der Mitgliedstaaten im Bereich der sozialen Sicherung auch weiterhin nur unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung von Rechts- und Verwaltungsvorschriften unterstützen und ergänzen. Parallel zur Ausarbeitung des Vertrags von Nizza wurde im ersten Halbjahr ein weiteres ambitioniertes Reformprojekt angegangen, das unter

⁴²⁶ Hervey, Tamara K.: a.a.O., S. 30.

⁴²⁷ Schmucker, Rolf: „Europäische Integration und Gesundheitspolitik“. a.a.O., S. 9.

⁴²⁸ Vgl. ebd.

⁴²⁹ Vgl. Läufer, Thomas: a.a.O., S.18.

dem Namen ‚Lissabon-Strategie‘ Eingang in die Chronik europäischer Entwicklungsschritte gefunden hat. Das Ziel der Strategie war es,

„die Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum in der Welt zu machen – einem Wirtschaftsraum, der fähig ist, ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einem größeren sozialen Zusammenhalt zu erzielen.“⁴³⁰

Dass die Union ihre hoch gesteckten Ziele erreichen wird, ist aus heutiger Perspektive recht unwahrscheinlich. Innerhalb von zehn Jahren, also bis zum Jahr 2010, soll die Beschäftigungsquote um 10% gesteigert werden, sollen deutliche Verbesserungen in den Bereichen Soziales, Wissenschaft, Technologie und Ökologie erreicht werden. Sowohl der von den Regierungschefs in Auftrag gegebene Kok-Bericht⁴³¹, als auch der Halbzeitbericht aus dem Jahr 2005⁴³² ließen erkennen, dass die 2000 anvisierten Ziele wohl zu ambitioniert waren. Statt zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum in der Welt zu werden, muss sich die Union wohl eher Sorgen machen, dass sie auf mittlere Sicht nicht den bisherigen Platz als zweitstärkster Wirtschaftsraum an den ostasiatischen Raum unter chinesischer Dominanz oder an Indien abgibt.

2.3.6.1 Die Offene Methode der Koordinierung

Aus sozialpolitischer Sicht kann die Lissabon-Strategie als ein Meilenstein angesehen werden. Nicht etwa, weil mit ihr substantielle Fortschritte im sozialen Bereich erreicht worden wären, sondern weil sie der Kommission mit der ‚Offenen Methode der Koordinierung‘ (kurz OMK) ein neues gewichtiges Instrument zur Förderung gleichwertiger Lebensverhältnisse in der Union zur Verfügung stellt. Die Umsetzung der Strategie soll mittels einer Optimierung der bestehenden Prozesse erreicht werden,

⁴³⁰ Europäischer Rat am 23./24. März 2000 in Lissabon: „Schlussfolgerungen des Vorsitzes“.

⁴³¹ Bericht der Hochrangigen Sachverständigengruppe unter Vorsitz von Wim Kok: „Die Herausforderung annehmen – Die Lissabon-Strategie für Wachstum und Beschäftigung“. Luxemburg 2004. Quelle: http://europa.eu.int/comm/lisbon_strategy/index_de.html, Stand: 10.6.2007.

⁴³² „Entschließung des Europäischen Parlaments zur Halbzeitüberprüfung der Lissabon-Strategie“. Amtsblatt Nr. 320 E vom 15/12/2005 S. 0164 - 0168.

„wobei eine *neue offene Methode der Koordinierung* auf allen Ebenen, gekoppelt an eine stärkere Leitungs- und Koordinierungsfunktion des Europäischen Rates, eingeführt wird, die eine kohärentere strategische Leitung und eine effektive Überwachung der Fortschritte gewährleisten soll.“⁴³³

Statt der im EG-Vertrag festgeschriebenen Wege der Regel- und Normensetzung durch Richtlinien und Verordnungen mit dezidierten Vorgaben und formellen Sanktionsregeln zielt dieser ‚weiche‘ Steuerungsmechanismus darauf ab, die nationalen Reformfortschritte in verschiedenen Politikfeldern in regelmäßigen Abständen zu vergleichen (‚benchmarking‘), um somit Druck auf weniger aktive Staaten auszuüben.⁴³⁴ Zugleich sollen die ‚langsameren‘ Staaten anhand dieser Methode von den erfolgreicherer Staaten ‚lernen‘ können, indem sie anhand wechselseitiger Begutachtungen (‚peer reviews‘) besonders erfolgreiche Maßnahmen (‚best practices‘) in die eigene Politik implementieren.⁴³⁵ Umgekehrt sollen durch „naming and shaming“ insbesondere jene Staaten zu zusätzlichen Aktivitäten motiviert werden, die die gemeinsamen Ziele besonders weit verfehlen. Zu rechtlichen Konsequenzen führt dieser Prozess indes nicht, stattdessen soll er helfen, die Gemeinsamkeiten zwischen den Staaten zu fördern.⁴³⁶ Die nationalstaatliche Zuständigkeit bleibt bei der Anwendung der OMK unangetastet.

Die maßgebliche Steuerung und europaweite Koordination der OMK liegt in der Hand der europäischen Institutionen. Während die Kommission für die Moderation des Verfahrens zuständig ist, indem sie Vorschläge für Indikatoren und Leitlinien ausarbeitet und die Berichte erstellt, aus denen die Fortschritte abgelesen werden können, sind es die entsprechenden EU-Ministerräte, die über die Vorschläge der Kommission entscheiden. Dem Europäischen Rat obliegt die Überwachung und Korrektur der Prozesse, was ihm eine erhebliche Einflussnahme sichert.⁴³⁷

Die OMK erweiterte das bestehende Instrumentarium der Kommission im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik um eine wesentliche Komponente, nämlich die der Bewertung nationaler Politik und damit einhergehend der indi-

⁴³³ Ebd. Absatz 7.

⁴³⁴ Siehe Gerlinger, T./Urban, H.-J.: a.a.O., S. 352.

⁴³⁵ Vgl. Europäische Kommission, KOM 2002:28.

⁴³⁶ Siehe Gerlinger, T./Urban, H.-J.: a.a.O., S. 352.

⁴³⁷ Vgl. ebd., S. 352.

rekten Normengebung. Meusch weist darauf hin, dass das Prinzip der OMK allerdings schon vor der Lissabonner Strategie in Teilen der europäischen Wirtschaftspolitik genutzt wurde und dass auch in der Gesundheitspolitik die Wurzeln der OMK bis 1992 zurückverfolgt werden könnten.⁴³⁸ So seien die Mitgliedstaaten schon seit 1992 dazu angehalten, sich

„unabhängig von ihren fortbestehenden Zuständigkeiten für die Bestimmung der Ziele, Grundsätze und des Aufbaus ihrer Sozialschutzsysteme einschließlich ihrer Gesundheitssysteme an bestimmten, freiwillig konsentierten gemeinsamen Zielsetzungen zu orientieren.“⁴³⁹

Offiziell wurde die OMK 2000 in die Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene eingeführt. Ausgangspunkt für die Formulierung geeigneter benchmarks für die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten stellte ein Bericht der Kommission dar. Darin wurden drei vorrangige Ziele benannt, die es gleichzeitig zu verwirklichen gelte:

1. Sicherung des allgemeinen Zugangs zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Situation alter Menschen, die der Langzeitpflege bedürfen (Finanzierung, Anpassung des Versorgungsangebots insbesondere durch die Institutionalisierung der Langzeitpflege).
2. Erhöhung von Transparenz und Qualität der Gesundheitssysteme insbesondere durch die Evaluierung von medizinischen Verfahren und Erzeugnissen sowie der Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens.
3. Fortsetzung der auf eine Kostendämpfung abzielenden Reformen in Verbindung mit politischen Maßnahmen zur Konsolidierung der öffentlichen Finanzen und zur Sicherung einer adäquaten Finanzierung der Gesundheitsversorgung.⁴⁴⁰

⁴³⁸ Vgl. Meusch, Andreas: „Vielfalt als Chance? – Die Offene Methode der Koordinierung (OMK)“. In Klusen Norbert und Meusch, Andreas (Hrsg.): a.a.O., S. 69 – 86, hier S. 75.

⁴³⁹ Amtsblatt EG (1992): Nr. L 245 vom 26.8.1992, S. 49.

⁴⁴⁰ Mitteilung der Kommission: „Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern“. KOM(2001) 723 endgültig, Brüssel 2001, S.15.

In einer Entschließung des Europäischen Parlaments wurde die OMK als innovative Neuerung begrüßt und gewürdigt, dass sie den Grundsatz der Subsidiarität gewährleiste. Als wie wirkmächtig sie sich im Bereich der Gesundheitspolitik erweisen wird, lässt sich bislang nicht beurteilen, da noch keine stichhaltige Evaluation vorliegt und die OMK insgesamt betrachtet noch „in den ‚Kinderschuhen‘ steckt“,⁴⁴¹. Somit bleibt auch unklar, ob sich diese Alternative zu klassischen Harmonisierungsbestrebungen und bloßen Empfehlungen oder intergouvernementalen Vereinbarungen bewähren wird. Ungeachtet dieser fehlenden Evaluation verspricht die OMK einen zukunftsweisenden Ausweg aus dem Nichtharmonisierungsgebot in der Gesundheitspolitik, indem sie, wie Gerlinger und Urban es formulieren, statt einer „Harmonisierung der Institutionen“ eine (wenn auch rechtlich unverbindliche) „Harmonisierung der Politikziele“ einzuleiten versucht, die helfen kann, Entscheidungsblockaden und Politikverflechtungsfallen bei der Verfolgung gemeinsamer europäischer Ziele zu umgehen.⁴⁴² Trotz dieser positiven Aussichten erkennen Gerlinger und Urban eine Reihe konzeptioneller Schwächen und möglicher Umsetzungsprobleme, die sich als Hindernisse erweisen könnten.

Zum einen weisen sie auf methodische und politikfeldspezifische Problemstellungen hin, die aus „der besonderen Beschaffenheit des Regulierungsgegenstands Gesundheit“⁴⁴³ und der damit einhergehenden Komplexität dieses Politikfeldes resultierten. Insbesondere sei eine Vergleichbarkeit der Steuerungselemente schwierig, da sie nur unter Berücksichtigung der besonderen Kontextbedingungen präzise erfasst werden könnten, in die die zentralen Regulierungssysteme eingebunden seien.⁴⁴⁴ Zudem würde die Identifikation geeigneter und bewährter Praktiken anhand eines Benchmarkverfahrens durch die Heterogenität der Gesundheitssysteme erschwert. Allein der unvermeidliche Umstand, dass bereits in die jeweilige Definition solcher Indikatoren auch bestimmte Interessen und Machtverhältnisse einfließen, sei „im traditionell hoch vermachteten

⁴⁴¹ Lamping, Wolfram: „Smoke Without Fire? Sozialstaatliches Policy-Making im europäischen Mehrebenensystem – Das Beispiel Gesundheitspolitik“. Vortrag im Rahmen des 23. wissenschaftlichen Kongresses der Deutschen Vereinigung für Politikwissenschaft vom 25. - 29. September 2006 an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Quelle: <http://www.dvpw.de/fileadmin/docs/2006xLamping.pdf>, Stand: 30.6.2008.

⁴⁴² Siehe Gerlinger, T./Urban, H.-J.: a.a.O., S. 352.

⁴⁴³ Gerlinger, T./Urban, H.-J.: a.a.O., S. 354.

⁴⁴⁴ Hierzu zählen sie etwa die jeweiligen Vergütungsformen und institutionelle Arrangements von Versorgungsinstitutionen.

und von vetostarken Interessengruppen geprägten Politikfeld von besonderer Bedeutung“.⁴⁴⁵

Zum anderen benennen sie politische Verflechtungsprobleme und policy-bezogene Zielkonflikte. So zeige die bisherige Erfahrung, dass die Mitgliedstaaten bemüht seien, auf europäischer Ebene solche Ziele und Instrumente durchzusetzen, die ihnen einen minimalen Anpassungsdruck abverlangten. Auf die OMK bezogen könnte dies eine Einigung auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner bedeuten, sodass die verabschiedeten Leitlinien eher vage ausfallen würden. Gleichzeitig sehen Gerlinger und Urban aber auch die Möglichkeit einer europäisierenden Umleitung nationaler Partikularinteressen über die europäische Ebene – ein Prozess also wie er auch im Kapitel III.3.3.3 in Bezug auf die Europäisierung diskutiert werden wird. Es besteht also die Befürchtung, dass verschiedene Akteure der Mitgliedstaaten europäische Politik ‚missbrauchen‘, um politische Interessen auf nationaler Ebene durchzusetzen, indem sie versuchen, nationale Themen auf EU-Ebene zu ‚heben‘, um sie dort nach eigenen ökonomischen Interessen oder politischen Traditionen behandeln zu lassen. Hierfür könnte auch die OMK instrumentalisiert werden:

„Auf dem Umweg über Europa könnten dann die dort beschlossenen Leitlinien als Sachzwang inszeniert werden und die Überwindung bisheriger Reformblockaden erleichtern.“⁴⁴⁶

Einen solchen ‚Missbrauch‘ der OMK werten Gerlinger und Urban als Chance für eine positive Koordinierung der Mitgliedstaaten in der Gesundheitspolitik, da er einen Beitrag leisten könne, nationalstaatliche Blockadefaktoren (etwa durch mächtige Vetospieler, wie die Interessenvertretung der pharmazeutischen Industrie oder die nationalen Ärzteverbände) zu überwinden. Insgesamt befürworten sie die Umsetzung der OMK in der Gesundheitspolitik, da sie den Gesundheitssystemen (nicht zuletzt dem deutschen) eine Vielzahl geeigneter Ansatzpunkte für einen beschleunigten Modernisierungsprozess böten (etwa hinsichtlich der Neugliederung der Versorgungssektoren oder des als notwendig erachteten Ausbaus der Prävention).⁴⁴⁷ Zielkonflikte, wie sie sich etwa zwischen dem Bemühen der Haushaltskonsolidierung und einer gleichzeitigen Verbesserung

⁴⁴⁵ Gerlinger, T./Urban, H.-J.: a.a.O., S. 355.

⁴⁴⁶ Ebd., S. 357.

⁴⁴⁷ Ebd., S. 359.

des Gesundheitsniveaus ergeben können, drohten allerdings die Umsetzung der OMK zu behindern.

Die Kommission zog trotz dieser Kritik 2005 in einer Mitteilung ein positives Zwischenfazit zur OMK:

„Die offene Koordinierungsmethode (...) hat es der Kommission, den Mitgliedstaaten und anderen Akteuren ermöglicht, unter Wahrung der Subsidiarität einen konstruktiven Austausch zu führen über gemeinsame Politikziele, Good Practice und Good Governance.“⁴⁴⁸

Zugleich setzte sie sich dafür ein, weitere Anstrengungen zu unternehmen, um die OMK effizienter zu gestalten und zu straffen (,streamlining’).

„Streamlining’ der OMK

In Anbetracht des nicht zufriedenstellenden Halbzeitberichtes zur Lissabon-Strategie beschloss der Rat 2005 Maßnahmen zur Reaktivierung des Prozesses, wobei dem ,streamlining’ des OMK-Prozesses besondere Aufmerksamkeit zuteil wurde. Im Rahmen dieses Streamlining-Prozesses wurden die Ziele der OMK in der Gesundheitspolitik konkretisiert. Um eine für alle zugängliche, qualitativ hochwertige und nachhaltige Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege sicherzustellen, solle die OMK fortan

- den Zugang aller zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege sicherstellen und dabei gewährleisten, dass Pflegebedürftigkeit nicht zu Armut und finanzieller Abhängigkeit führt.
- gegen Ungleichheiten beim Zugang zu Pflege und bei den Gesundheitsergebnissen vorgehen.
- die Qualität der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege fördern und die Pflegesysteme an die sich wandelnden Erfordernisse und Präferenzen der Gesellschaft und des Einzelnen anpassen, insbesondere durch Verwirklichung von Qualitätsstandards, die der internationalen ,best practices’ entsprechen, und durch Stärkung der Verantwortlichkeit der Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie der Patienten und der Pflegeempfänger.

⁴⁴⁸ Mitteilung der Kommission: „Zusammenarbeiten, zusammen mehr erreichen: ein neuer Rahmen für die offene Koordinierung der Sozialschutzpolitik und der Eingliederungspolitik in der Europäischen Union“, KOM (2005) 706 endgültig, S. 2.

- sicherstellen, dass eine angemessene und qualitativ hochwertige Langzeitpflege erschwinglich und nachhaltig bleibt.
- zu diesem Zweck eine gesunde und aktive Lebensweise, eine gute Personalausstattung des Pflegesektors und eine rationelle Ressourcennutzung fördern, vor allem durch geeignete Anreize für Nutzer und Anbieter sowie eine ‚good governance‘ und Koordination zwischen den Pflegesystemen und den Pflegeeinrichtungen.⁴⁴⁹

Obwohl die OMK unter allen Mitgliedstaaten weitestgehend als ein hilfreiches und brauchbares Instrument zur Abstimmung der gesundheitspolitischen Ziele auf supranationaler Ebene akzeptiert ist, zeigen sich bei ihrer tatsächlichen Umsetzung wesentliche Hindernisse. Ein wesentliches Problem stellt die Definition geeigneter Indikatoren dar, da die einzelnen Mitgliedstaaten kaum bereit sind, sich einem Ranking zu unterwerfen, bei dem sie schlechter als ihre Nachbarn abschneiden könnten. Stein erklärt, dass sich nationale Regierungen keine Noten ausstellen lassen wollten, die am Ende gegen sie verwendet werden könnten.⁴⁵⁰ Zugleich wird eine solche Definition bereits durch den Umstand erschwert, dass höchst unterschiedliche Gesundheitssysteme anhand identischer Indikatoren verglichen werden müssen. Ein solcher Vergleich lässt sich nur unter intensiver Berücksichtigung der jeweils spezifischen Gegebenheiten der einzelnen Systeme und auch nur in ausgewählten Feldern durchführen. Unter diesen Voraussetzungen bleibt abzuwarten, welche Durchschlagskraft die OMK auf die nationalen Gesundheitspolitiken entwickeln wird. Schließlich ist dies die Ebene, die durch diesen Mechanismus in erster Linie adressiert wird. Eine bloße Feststellung von unterschiedlichen Leistungsniveaus der Gesundheitssysteme auf europäischer Ebene wird noch nicht zu nationalen Reformprozessen führen.

⁴⁴⁹ KOM (2005) 706 endgültig, S. 7.

⁴⁵⁰ Stein, Hans: "The Open Method of Coordination in the Field of EU Healthcare Policy". In: Jorens, Yves (Hrsg.): "Open Method of Coordination. Objectives of European Healthcare Policy", Baden-Baden 2003, S. 21-25, hier S. 24. Vgl. auch Lamping, Wolfram: a.a.O., S. 14.

2.3.6.2 Die Dienstleistungsrichtlinie

Neben der OMK sah die Lissabon-Strategie noch weitere Maßnahmen vor, um die Wettbewerbsfähigkeit der Union insgesamt zu steigern. So geht auch die im November 2006 verabschiedete europäische Dienstleistungsrichtlinie auf die in der Lissabon-Strategie gesteckten Ziele zurück.⁴⁵¹ Sie dient dem Abbau von Markthemmnissen und soll helfen, das bestehende Potenzial des Dienstleistungssektors für Wachstum und Beschäftigung auszuschöpfen. Um einen Beitrag zur Verwirklichung des einheitlichen Binnenmarktes zu leisten, sollen bürokratische Hindernisse abgebaut und der grenzüberschreitende Handel mit Dienstleistungen gefördert werden. Von der Dienstleistungsrichtlinie wurden Gesundheitsdienstleistungen nach wochenlangen Verhandlungen im Europaparlament jedoch grundlegend ausgenommen und zwar

„unabhängig davon, ob sie durch Einrichtungen der Gesundheitsversorgung erbracht werden, und unabhängig davon, wie sie auf nationaler Ebene organisiert und finanziert sind, und ob es sich um öffentliche oder private Dienstleistungen handelt.“⁴⁵²

Als Argumente gegen die Anwendung der Dienstleistungsrichtlinie auf Gesundheitsdienstleistungen wurden vor allem die negativen Implikationen für die fein austarierten Vergütungssysteme angeführt. So wären die Auswirkungen für Budgetierungssysteme erheblich gewesen, da zumeist nicht Privatpersonen die Zahler der Gesundheitsleistungen sind, sondern öffentliche Institutionen „die in immer aufwändigeren Verfahren zur Technologiebewertung entscheiden, welche Leistungen überhaupt vergütet werden, und wenn ja, zu welchem Preis.“⁴⁵³

Vom ursprünglichen Plan, auch die bisher in Verordnung 1408/71 enthaltenen Bestimmungen zur grenzüberschreitenden Kostenerstattung für Gesundheitsdienstleistungen, wie sie durch die EuGH-Urteile kodifiziert worden waren, in die Richtlinie zu integrieren, wurde ebenfalls Abstand genommen. Stattdessen einigte sich das Parlament darauf, hierfür eine eigene Richtlinie zur Patientenmobilität zu verabschieden, welche jedoch bis heute nicht in Kraft

⁴⁵¹ RL 2006/123/EG

⁴⁵² Ebd. Art. 2.

⁴⁵³ Vgl. Busse, Reinhard: „Grenzen auf für die Gesundheit“. In G+G-Wissenschaft, Heft 12;/2006, S. 28 - 31, hier S. 30ff.

mobilität zu verabschieden, welche jedoch bis heute nicht in Kraft getreten ist.⁴⁵⁴

2.3.7 Europäischer Verfassungsvertrag

Der Vertrag über eine Verfassung für Europa hätte die bisherigen Vertragstexte in einem gemeinsamen Vertragswerk vereint, womit eine einheitliche rechtliche Struktur das bisherige ‚Stückwerk‘ aus verschiedenen Verträgen und Protokollen ersetzt hätte. Hinsichtlich der Gesundheitspolitik sah der Verfassungsentwurf vor, dass die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des eigenen Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt bleiben sollte:

„Die Verantwortung der Mitgliedstaaten umfasst die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel.“⁴⁵⁵

Nachdem der Verfassungskonvent seine Arbeit in einer feierlichen Zeremonie am 29. Oktober 2004 beendet und das gemeinsame Werk unterzeichnet hatte, sollten anschließend die Mitgliedstaaten (in jeweils national unterschiedlichen Verfahren) über die Ratifizierung entscheiden, denn erst nach der Ratifizierung in allen Mitgliedstaaten wäre die Verfassung in Kraft getreten. Die zu verschiedenen Zeitpunkten angesetzte Ratifizierung scheiterte allerdings schon frühzeitig am Veto der Franzosen und der Niederländer.⁴⁵⁶ Der somit missglückte Verfassungsvertrag und auch die jüngsten Reformanstrengungen können aus gesundheitspolitischer Perspektive vernachlässigt werden, da sie weder direkt

⁴⁵⁴ Am 2.7.2008 legte die Kommission einen entsprechenden Vorschlag über eine neue Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vor (KOM (2008) 414 endgültig). Hierauf wird im Schlusskapitel dieser Arbeit eingegangen.

⁴⁵⁵ Verfassung für Europa, Art. III-278, Abs. 7.

⁴⁵⁶ Zwar hatten zwischen November 2004 und Mai 2005 sieben Mitgliedstaaten dem Vertragstext zugestimmt (darunter auch Spanien, der bis dahin einzige Staat, in dem ein Referendum durchgeführt wurde, welches eine Zustimmung von 76% ergab), im Mai 2005 nahm das Ratifizierungsprojekt mit der Ablehnung der französischen Bevölkerung jedoch ein abruptes Ende. Knapp 55% der Franzosen votierten gegen die Verfassung. Als kurz darauf auch die Bevölkerung der Niederlande, eines weiteren Gründungsmitglieds der EG, den Verfassungsentwurf mit 61% ablehnte, wurde deutlich, dass das Verfassungsprojekt vorerst zum Erliegen gekommen war.

über den bisherigen Artikel 152 noch indirekt über neue Regelungen des Binnenmarktes wesentliche Veränderungen erfahren würde.⁴⁵⁷

2.4 Konsolidierungsansätze europäischer Gesundheitspolitik

In der Entwicklung europäischer Gesundheitspolitik kommt das europäische Bestreben zum Ausdruck, allmählich ausgeweitete Kompetenzen zu verfestigen, indem sie möglichst weitreichend interpretiert werden. Dieser ausgedehnte Gebrauch der eigenen Kompetenzen betrifft alle drei Funktionen europäischer Gesundheitspolitik, wie die folgenden Anhaltspunkte verdeutlichen: (1.) Im Public-Health-Bereich bemüht sich die EU seit der Aufwertung ihrer gesundheitspolitischen Kompetenzen durch den Amsterdamer Vertrag um eine größtmögliche Einflussnahme, indem sie entsprechende Aktionsprogramme formuliert, finanziell ausstattet und öffentlichkeitswirksam durchführt.⁴⁵⁸ Diese Kompetenzen,

⁴⁵⁷ Lediglich in einer Fußnote soll an dieser Stelle der Lissabonner Vertrag genannt werden, da seine Zukunft aktuell noch ungewiss ist (nachdem er durch ein Referendum der irischen Bevölkerung abgelehnt wurde) und seine gesundheitspolitischen Implikationen zudem relativ gering sind. Der maßgeblich durch das Wirken der Bundeskanzlerin Merkel verabschiedete und von ihr als „gelungene Neubegründung der Europäischen Union“ bezeichnete Vertrag sollte einen Ausweg aus dem anhaltenden Verfassungsdilemma ebnen und den, durch den Amsterdamer Vertrag und den Vertrag von Nizza begonnenen Prozess zur Steigerung der demokratischen Legitimität abschließen. (Vgl. Hofmann, A./Wessels, W.: „Der Vertrag von Lissabon – eine tragfähige und abschließende Antwort auf konstitutionelle Grundfragen?“ In: *Integration*, Ausgabe 1/08, S. 3 – 20, hier S. 3.) Eine Ratifizierung vorausgesetzt sollte die zukünftige vertragliche Grundlage der Union aus zwei Verträgen bestehen – dem überarbeiteten „Vertrag über die Europäische Union“ (EUV) und dem „Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union“ (AEUV). Letzterer sollte zukünftig die Arbeitsweise der Union regeln und die Bereiche, die Abgrenzung und die Einzelheiten der Ausübung ihrer Zuständigkeiten festlegen (Art. 1, Abs. 1; AEUV). Der erste Titel des AEUV beinhaltet eine Auflistung jener Politikbereiche, in denen die Union über ausschließliche Zuständigkeit oder (mit den Mitgliedstaaten) geteilte Zuständigkeit verfügt und jene Bereiche, in denen die Union lediglich eine koordinierende Funktion einnimmt. Nach dieser Auflistung wäre die Union für „die Durchführung von Maßnahmen zur Unterstützung, Koordinierung oder Ergänzung der Maßnahmen der Mitgliedstaaten“ etwa beim Schutz und zur Verbesserung der menschlichen Gesundheit zuständig (Art. 6; AEUV). Zudem könnte die Europäische Kommission auf der Grundlage des Vertrags Leitlinien und Indikatoren festlegen, um die gesundheitspolitischen Aktivitäten der EU-Länder gezielt zu steuern (Art. 168, Abs. 2 AEUV). Dies könne zu einer schleichenden Harmonisierung der Gesundheitssysteme beitragen. (siehe hierzu Spielberg, Petra: „Europäische Gesundheitspolitik: Schleichende Harmonisierung“. In *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 105(27)/2008.) Eine aus integrationstheoretischer Sicht bedeutende Neuerung des Vertrags von Lissabon wurde in Artikel 48 Abs. 2 aufgenommen. Künftig sollte auch ein Rücktransfer von Kompetenzen an die Mitgliedstaaten rechtlich möglich sein: „Entwürfe können unter anderem eine Ausdehnung oder *Verringerung* der der Union in den Verträgen übertragenen Zuständigkeiten zum Ziel haben“ (Art. 48, Abs. 2; AEUV. Eigene Hervorhebung.). Zudem würde die Union an die Stelle der Europäischen Gemeinschaften treten, deren Rechtsnachfolgerin sie wird und die dritte Säule wird vollständig in Titel V des AEUV aufgenommen, sodass die bisherige Säulenstruktur des „Europäischen Tempels“ aufgelöst wird.⁴⁵⁸ Siehe Abbildung 24 in Kapitel III.2.3.4. Für eigene Aktivitäten etwa im Bereich der Bekämpfung von grenzüberschreitenden Krankheiten, zur Durchführung von europaweiten Kampagnen

die in erster Linie eine die mitgliedstaatliche Gesundheitspolitik ergänzende Funktion erfüllen, nutzt die Union auch dazu, gesundheitspolitische Netzwerke auf europäischer Ebene zu verankern, um dieses Politikfeld insgesamt aus seiner mitgliedstaatlichen Isolation zu lösen. Dabei habe die Kommission

„beachtliche politische Führungsqualitäten gezeigt und sich bietende politische Gelegenheitsfenster geschickt genutzt, um Expertise und (regulative) Kompetenz auf der EU-Ebene zu poolen.“⁴⁵⁹

(2.) Mit der Entwicklung der Offenen Methode der Koordinierung und durch ihre Konkretisierung im Rahmen des ‚streamlining‘ nutzt die Union ihre koordinierende Funktion in der Gesundheitspolitik, um europaweite Normen und Qualitätsstandards zu fördern. Anhand des Prinzips ‚naming and shaming‘ kann dieser Mechanismus weit über eine bloße Koordinierung hinausreichen, da weniger erfolgreiche Staaten sich einem Modernisierungsprozess kaum werden verschließen können. Allerdings setzt dies voraus, dass die OMK ihren aktuellen Status einer hochgradig elitistischen und ‚verschwiegenen‘ Veranstaltung⁴⁶⁰ verliert und stattdessen Eingang in die öffentlichen Debatten der Mitgliedstaaten findet. Ihre koordinierende Funktion nutzt die europäische Gesundheitspolitik insbesondere auch im Bereich der Koordinierung der Sozialversicherungsansprüche der Personen, die innerhalb der Europäischen Union zu- und abwandern. Die Verordnung 1408/71 stellt einen Versuch dar, die Systemkompatibilität der unterschiedlichen Sozialversicherungssysteme so weit wie möglich herzustellen, um die Mobilität der betroffenen Personen zu fördern. Dabei wurde (aufgrund der Vielzahl an Sonderfällen) jedoch ein Regelwerk geschaffen, das nur noch von Sozialrechtsexperten zu durchschauen ist.⁴⁶¹ Um die bisherigen Regelungen zu modernisieren und zu vereinfachen, wurde 2004 die Verordnung 883/2004/EG zur Koordinierung der sozialen Systeme geschaffen, die

oder zur Förderung von Präventionsmaßnahmen steht der EU der vergleichsweise geringe Betrag von rund 60 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung.

⁴⁵⁹ Lamping, Wolfram: a.a.O., S. 4.

⁴⁶⁰ Siehe ebd., S. 29.

⁴⁶¹ Einen Hinweis auf die Komplexität dieser Verordnung gibt der Verweis auf die Vielzahl an Organisationen, Ministerien und sonstigen Institutionen, die allein in Deutschland versuchen Aufklärungsarbeit zu leisten. Zu diesen Organisationen gehören u.a. das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, „Der Grenzpendler“, ein Internetinformationsportal für Arbeitnehmer und Selbständige, die in einem EU-Staat wohnen und in einem anderen EU-Staat arbeiten, die Euregio Rhein-Waal, die Beratungstermine für betroffene Personen anbietet, der Verein europäischer Grenzpendler (VEG), das Internetportal EuropaMobil und viele andere.

jedoch (noch) nicht wirksam werden konnte, da die dazugehörige Durchführungsverordnung bislang nicht verabschiedet wurde.⁴⁶² Durch die Verwirklichung dieses ‚supranationalen Sozialversicherungsabkommens‘ kann die EU ebenfalls ihre gesundheitspolitischen Koordinierungskompetenzen zur Ausweitung ihres eigenen Einflussbereiches instrumentalisieren. Je durchlässiger die Grenzen zwischen den Sozialversicherungssystemen werden und je mobiler sich die europäische Bevölkerung zeigt, desto bedeutsamer wird eine Koordination durch die EU werden. (3.) Mit Hilfe der Verordnung 1408/71 soll in erster Linie die Systemkompatibilität zwischen den Gesundheitssystemen erhöht werden und eine Benachteiligung EU-ausländischer Arbeitnehmer vermieden werden. Auf diese Weise trägt die Union nicht nur zur Koordination zwischen den Systemen bei, sondern sie schafft auch einen Ausgleich zwischen der schneller voranschreitenden Binnenmarktintegration und der sich langsamer entwickelnden europäischen sozialpolitischen Integration. Diesen Ausgleich fördert die Union jedoch nur zu einem geringeren Teil durch ihre eigentlichen gesundheitspolitischen Kompetenzen, als vielmehr über ihre Strukturförderung, beispielsweise über die Interregförderung gesundheitsbezogener grenzüberschreitender Aktivitäten.

2.5 Fazit

Über fünfzig Jahre lang haben sich die Gemeinschaftsinstitutionen bemüht, ihren Einflussbereich in der Gesundheitspolitik zu expandieren. Obwohl dabei stets betont wurde, dass nur solche Regelungen Eingang in das europäische Vertragswerk erhalten sollen, die einen echten Mehrwert für den Bürger darstellen, sind immer wieder Ansätze unternommen worden, den Machtbereich auch auf Teile der national organisierten Gesundheitsversorgung auszuweiten. Indem die Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene zum Querschnittsthema erhoben wurde, das in allen anderen Politikfeldern berücksichtigt werden muss,

⁴⁶² Das Inkrafttreten der neuen Durchführungsverordnung ist Ende 2009 vorgesehen. Vgl. Internetauftritt der Europäischen Union: <http://europa.eu/scadplus/leg/de/cha/c10516.htm>, Stand: 2.7.2008. Ein wesentlicher Bestandteil dieser neuen Verordnung ist die Einführung der bereits vorab in Kraft getretenen Europäischen Krankenversicherungskarte, die das Formular E111 und zukünftig auch die Formulare E112 und E106 ersetzt. Bisher hat sich die EHIC, wie die Ergebnisse der Studie zur Patientenmobilität gezeigt hat, noch nicht durchgesetzt. Zudem wurde der Leistungsanspruch der Patienten ausgeweitet und „auf die medizinisch notwendige Behandlung im Verhältnis zum geplanten Aufenthalt ausgedehnt“. Vgl. Erbrich, Malte: a.a.O., S. 30.

dient sie der EU als ‚Einfallstor‘ für eine aktive (wenngleich indirekte) Beeinflussung der nationalen Gesundheitspolitik - dies gilt insbesondere in den Bereichen ‚Prävention‘ und ‚Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz‘. Auch die Förderung der OMK, die Modernisierung der Verordnung 1408/71⁴⁶³ und die Strukturförderung gesundheitsbezogener Aktivitäten können als deutliche Hinweise darauf gewertet werden, dass die EU bestrebt ist, Gesundheitspolitik auf supranationaler Ebene fest zu verankern und die Autonomie der nationalen Gesundheitsversorgung aufzuweichen. Herveys Beobachtung, dass sich die Gemeinschaftsorgane anstelle der fehlenden Harmonisierungskompetenz anhand finanzieller Unterstützung und ‚weicher Gesetzgebung‘ darum bemüht hätten, weitere Integrationsschritte in diesem Politikfeld herbeizuführen kann somit zugestimmt werden.⁴⁶⁴

Doch trotz dieser Ansätze ist es de jure bislang bei der ursprünglichen, dem Subsidiaritätsprinzip folgenden Verteilung geblieben: die Mitgliedstaaten sind alleine für die Gesundheitsversorgung auf ihrem Territorium zuständig, während der Einfluss der EU auf gemeinschaftsübergreifende Aktivitäten im Rahmen von Aktionsprogrammen und ‚weiche‘ Steuerungsmechanismen beschränkt bleibt. De facto dürfte jedoch gerade aufgrund dieser Mechanismen zukünftig mit einer weiteren Aufweichung dieser strikten Kompetenzverteilung zu rechnen sein.

3 Integration ‚hinter dem Rücken‘

Dieses Kapitel dient der Prüfung der fünften Hypothese: Die Integration und Europäisierung der Gesundheitspolitik wird indirekt durch grenzüberschreitende Aktivitäten begünstigt.

⁴⁶³ Im Rahmen eines offenen Konsultationsprozesses bezüglich grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung hat die Europäische Kommission Antworten von sämtlichen Mitgliedstaaten und Stakeholdern erbeten. Diese gehen aus einer Mitteilung vom 26. September 2006 hervor (SEC (2006) 1195/4) und mündeten in den Vorschlag zu einer neuen Richtlinie zur Patientenmobilität (KOM (2008) 414 endgültig), der im Schlusskapitel dieser Arbeit aufgegriffen wird.

⁴⁶⁴ Vgl. ebd., S. 23.

Seit es Bestrebungen gibt, die europäischen Staaten wirtschaftlich und politisch enger aneinander zu binden, um eine friedliche und stabile Koexistenz auf dem Kontinent zu sichern, hat sich die politische Wissenschaft innerhalb und außerhalb Europas darum bemüht, die stattfindenden Entwicklungen anhand von Integrationstheorien zu deuten und zu erklären.⁴⁶⁵ Der Wissenschaftsbereich, der sich mit der europäischen Integration befasst, ist demnach genauso alt wie die ersten Integrationsschritte europäischer Staaten. Die Wissenschaft hat dabei einerseits stets versucht, Mechanismen des Integrationsprozesses zu erklären, andererseits die Konsequenzen der Integration sowohl für die teilnehmenden als auch für die außenstehenden Staaten vorherzusagen. Dabei wurden in verschiedenen Phasen der Integrationsforschung jeweils unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, die sich verkürzt wie folgt zusammenfassen lassen: während in der Anfangsphase allgemeine Erklärungsansätze für den Souveränitätstransfer von nationaler auf supranationale Ebene gesucht wurden, widmete sich die Forschung mit der Formierung der Europäischen Union der Beschreibung dieses neuartigen politischen Systems unter zu Hilfenahme des theoretischen Inventars der vergleichenden Regierungslehre (wichtige Einzelaspekte stellten hierbei u.a. die wirtschaftliche Verflechtungen, die Machtverteilung zwischen den Staaten und den Gemeinschaftsinstitutionen⁴⁶⁶, die sozialpolitische Kooperation⁴⁶⁷ oder etwa die Gemeinsame Außen- und Sicherheitspolitik (GASP) dar). In jüngster Zeit richtet sich das Forschungsinteresse vermehrt auf die Aus- und Rückwirkungen des Europäisierungsprozesses auf alle betroffenen Ebenen und Akteure.

Dieser Teil der Arbeit befasst sich mit einem wenig erforschten Bereich der sozialpolitischen Integration in der EU, mit den Auswirkungen grenzüber-

⁴⁶⁵ Vgl. De Vree, J.K.: „Political Integration: The Formation of Theory and its Problems“, Amsterdam 1972, S. 18 -23. Oder auch Pollack, M. A.: „International Relations Theory and European Integration“. In: *Journal of Common Market Studies*, Heft 39/2001, S. 221 – 239. Umfassende Analysen der Entwicklung der politikwissenschaftlichen Integrationstheorien finden sich auch bei Bieling, H-J./ Lerch, M. (Hrsg.): „Theorien der Europäischen Integration“. Wiesbaden 2005, S. 9 – 37; Faber, Anne: „Europäische Integration und politikwissenschaftliche Theoriebildung: Neofunktionalismus und Intergouvernementalismus in der Analyse“. Wiesbaden 2005 und Giering, C.: „Europa zwischen Zweckverband und Superstaat“, Bonn 1997.

⁴⁶⁶ Vgl. Link, W.: „Die europäische Neuordnung und das Machtgleichgewicht“. In: Jäger, Th./Piepenschneider, M. (Hrsg.): „Europa 2002, Szenarien politischer Entwicklung“, Opladen 1997, S. 9 - 31. Rosamond, B.: „Theories of European Integration“, New York 2000.

⁴⁶⁷ Vgl. Strøby Jensen, C.: „Neofunctionalist Theories and the Development of European Social and Labour Market Policy“. In: *Journal of Common Market Studies*, Heft 38/2000, S. 71 - 92.

schreitender Aktivitäten auf die Europäisierung und Integration der Gesundheitspolitik.

Um aufzuzeigen, welchen Integrations- und Europäisierungsprozessen die Gesundheitspolitik in Europa unterliegen und welche Konsequenzen sich hieraus für die Akteure der verschiedenen Ebenen ergeben, sollen vier Begriffe der europäischen Integrationsforschung einander gegenübergestellt werden.⁴⁶⁸ Es soll untersucht werden, inwieweit sich diese Begriffe, Theorien und Ansätze nutzen lassen, um die Eigenarten des in diesem Politikfeld eher indirekt wirkenden Integrationsprozesses zu berücksichtigen. Im letzten Teil dieser Arbeit wird schließlich untersucht, welche Konsequenzen sich hieraus für die zukünftige Kompetenzverteilung in der Gesundheitspolitik aus theoretischer Sicht ergeben können und welche Handlungsalternativen den verschiedenen politischen Ebenen offen stehen dürften.

Wer sich mit den Auswirkungen grenzüberschreitender Aktivitäten auf den Integrationsprozess befasst, stößt auf verschiedene Begriffe, die auf den ersten Blick ein ähnliches Phänomen zu beschreiben scheinen – nämlich einen ursprünglich nicht von den Mitgliedstaaten intendierten, initiierten und stattdessen indirekt wirkenden Integrationsprozess, dessen Ursprung sich eher auf der supranationalen Ebene als auf der nationalen Ebene findet.⁴⁶⁹ Hierzu zählen die Begriffe ‚negative Integration‘, ‚Europäisierung‘, ‚Spill-over‘ und (weniger verbreitet) ‚Beipass‘ (auch ‚Umgehungsstrategie‘ genannt). Bevor auf diese Begriffe in gesundheitspolitischer Hinsicht eingegangen wird, soll deren semantische Nähe zunächst anhand der folgenden Zitate verdeutlicht werden:

⁴⁶⁸ Im Wesentlichen lassen sich die integrationstheoretischen Ansätze einer der folgenden Richtungen zuordnen: Föderalismus, Intergouvernementalismus, (Neo-) Funktionalismus, (Neo-) Realismus sowie (Neo-) Liberalismus.⁴⁶⁸ Eine präzise Abgrenzung der verschiedenen Denkschulen scheidet allerdings an der Tatsache, dass sich die entwickelten Theorien in ihrer heutigen Form nicht als monolithische Blöcke gegenüberstehen. So lassen sich beispielsweise deutliche Parallelen zwischen dem Neofunktionalismus und dem Föderalismus erkennen. Es wäre daher verkehrt, die jeweiligen theoretischen Ansätze als sich abstoßende Pole zu begreifen, vielmehr haben sie sich gegenseitig befruchtet und zeigen vor allem in ihren Weiterentwicklungen deutliche Anknüpfungspunkte auf. Vgl. Pollack, M. A.: a.a.O., S. 221. Es liegt auf der Hand, dass eine Arbeit dieses Umfangs nicht die gesamte Forschungslage auf dem Gebiet der Integrationsforschung aufgreifen kann, und dass daher nur eine beschränkte Auswahl geeigneter Theorien und Ansätze auf diese Hypothese hin untersucht werden kann. Wie im Folgenden veranschaulicht wird, werden für die anstehende Untersuchung nur jene theoretische Konzepte aufgegriffen, die in der Lage sind, einen indirekt verlaufenden Integrationsprozess zu beschreiben.

⁴⁶⁹ Zur ‚indirekten Integration‘ vgl. u.a. Jones, E.: „Liberalized Capital Markets, State Autonomy and European Monetary Union“. In: European Journal of Political Research, Heft 42/2003.

Zum Begriff der ‚negativen Integration‘ stellt Scharpf fest:

„Die negative Integration ist auf Marktöffnung und Wettbewerbsgleichheit gerichtet. Sie beschränkt also die Handlungsmöglichkeiten der nationalstaatlichen Politik, die bei der Verfolgung eigener Zwecke nicht länger Mittel einsetzen kann, welche den freien Waren-, Personen-, Dienstleistungs- oder Kapitalverkehr zwischen den Mitgliedstaaten behindern oder den Wettbewerb im gemeinsamen Markt verfälschen könnten.“⁴⁷⁰

Der Begriff ‚negative Integration‘, der also auf die Beseitigung von Zöllen, Handelsschranken und Behinderungen des freien Wettbewerbs abzielt, entstammt keiner Integrationstheorie, sondern beschreibt lediglich einen Integrationsmodus.

Der ‚Spillover-Effekt‘ stellt dahingegen den Kern des neofunktionalistischen Integrationsansatzes dar und wirkt wie folgt:

„Intendiert oder nicht intendiert: ein einmal begonnenes supranationales Integrationsprojekt dehnt sich Schritt für Schritt funktional wie territorial aus. Unterstützt wird dieser spill-over durch Loyalitätstransfers hin zum neuen supranationalen Zentrum.“⁴⁷¹

Das Konzept der ‚Europäisierung‘ wird in der Literatur recht unterschiedlich definiert, relative Einigkeit besteht aber darin, dass es sich dabei um einen durch die Mitgliedstaaten nur bedingt kontrollierbaren Rückkopplungseffekt europäischer Integration handelt:

„Europeanization is defined as a process by which domestic policy areas become increasingly subject to European policy making.“⁴⁷²

⁴⁷⁰ Scharpf, Fritz W.: „Mehrebenenpolitik im vollendeten Binnenmarkt“. MPIFG Discussion Paper 94/4, S. 6. Zur Unterscheidung ‚positiver‘ und ‚negativer‘ Integration siehe auch Pinder, John: „Positive Integration and Negative Integration: Some Problems of Economic Union in the EEC“. In: *The World Today*, 24/3, S. 89 - 110.

⁴⁷¹ Wolf, Dieter: „Neo-Funktionalismus“. In: Bieling, Hans-Jürgen/Lerch, Maria (Hrsg.): „Theorien der europäischen Integration“. Wiesbaden 2005, S. 65 - 89, hier S. 73.

⁴⁷² Börzel, Tanja A.: „Towards Convergence in Europe? Institutional Adaption to Europeanization in Germany and Spain“. In: *Journal of Common Market Studies*, Nr. 4/1999, S.573 - 596, hier S. 574.

Obinger, Leibfried und Castles verwenden in ihrem Aufsatz „Beipässe für ein ‚Soziales Europa‘“ die Begriffe ‚Umgehungsstrategie‘ und ‚Beipass‘ synonym und konstatieren:

„Zur wohlfahrtstaatlichen Entwicklung [...] wird mit dem in der EU eingeschlagenen politischen Weg auf Umgehungsstrategien zurückgegriffen, um die in Mehrebenensysteme eingebauten institutionellen Rigiditäten zu flexibilisieren und die eng begrenzten fiskalischen und verwaltungsmäßigen Kompetenzen zu ‚weiten‘.“⁴⁷³

Wenn eingangs also von einer ‚scheinbaren‘ semantischen Nähe die Rede war, dann ist dies gerade dem Umstand geschuldet, dass diese Begriffe hier aus ihren jeweiligen verschiedenartigen Kontexten herausgelöst worden sind. Während die ‚negative Integration‘ einen gebräuchlichen und nachweisbaren *Integrationsmodus* in der EU darstellt, steht der Begriff ‚Spillover‘ im unmittelbaren Zusammenhang mit der einflussreichen neofunktionalistischen *Integrationstheorie*. Während es sich bei der ‚Europäisierung‘ um einen relativ jungen *Deutungsansatz* des Integrationsprozesses handelt, beschreibt der Begriff ‚Beipass‘ lediglich eine auf die Sozialpolitik begrenzte *Integrationsstrategie*. Der gemeinsame Nenner dieser vier Begriffe besteht darin, dass sie allesamt einen schleichenden Kompetenzverlust der Mitgliedstaaten zu Gunsten eines Machtzuwachses der europäischen Ebene annehmen, der so nicht von den Mitgliedstaaten intendiert wurde. Obwohl die Zitate den Verdacht nahe legen, dass diese Begriffe ähnlichen Konzepten entspringen, weisen die tatsächlich zu Grunde liegenden Theorieansätze sowohl in der Bedeutung als auch in der Erklärungsreichweite beträchtliche Unterschiede auf. Dennoch leisten diese Ansätze allesamt einen bedeutenden Beitrag zum besseren Verständnis des Integrationsprozesses und geben Hinweise auf die zukünftigen Entwicklungschancen der europäischen Gesundheitspolitik. Wie sich am Beispiel der grenzüberschreitenden Aktivitäten zwischen den Gesundheitssystemen zeigen wird, liegt der Ursprung sozialpolitischer Integrationsfortschritte meist nicht in einem gezielten und abgestimmten Vorgehen der Mitgliedstaaten, sondern lässt sich treffender als ‚Begleiterscheinung‘ des Souveränitätstransfers in anderen Politikfeldern beschreiben. Grenzüberschreitende Aktivitäten

⁴⁷³ Obinger, Herbert, Leibfried, Stephan, Castles, Francis G.: „Beipässe für ein ‚Soziales Europa‘: Lehren aus der Geschichte des westlichen Föderalismus“. In: Der Staat, Band 44, Heft 4/2005, S. 505 - 541, hier S. 539.

sind somit ein Beispiel dafür, wie durch Rück- und Nebenwirkungen des eigentlich anvisierten Integrationsprozesses neue Zweigkanäle entstehen, durch die ein weiterer Souveränitätstransfer von den Mitgliedstaaten hin zur Union begünstigt werden kann.

3.1 Zur politikwissenschaftlichen Interpretation des europäischen Integrationsprozesses

Zum besseren Verständnis dieser indirekten Integrationsmechanismen, ist es sinnvoll, zunächst einen (von der Gesundheits- und Sozialpolitik losgelösten) Einblick in grundlegende Herausforderungen der Integrationsforschung zu geben. Die Singularität des europäischen Einigungsprozesses nach dem Zweiten Weltkrieg ist, trotz zahlreicher Rückschläge, in der politischen Wissenschaft unbestritten.⁴⁷⁴ Die Bereitschaft Jahrhunderte alter Nationalstaaten wesentliche Kompetenzen an eine supranationale Institution abzugeben, ohne absehen zu können, wohin dieser Prozess sie letztendlich führen wird und ohne eine Einigung über eine gemeinsame Zielperspektive (die so genannte ‚finalité politique‘) erreicht zu haben, ist einzigartig. Doch so einig sich die Wissenschaft über die Einzigartigkeit des europäischen Projekts ist, so uneinig ist sie sich bis heute über die Ursachen dieses Prozesses. Uneinigkeit besteht u.a. darüber, welche Gründe für den – wenngleich in schwankendem Ausmaß – anhaltenden Integrationswillen ausschlaggebend sind, wie sich die unterschiedlichen Integrationsgeschwindigkeiten in verschiedenen Politikbereichen und auf verschiedenen Politikebenen erklären lassen, welches Ziel mit der Einigung verfolgt wird und ganz allgemein, warum Integration überhaupt stattfindet.

Das europäische Integrationsvokabular zeichnet sich durch ein hohes Maß an Unbestimmtheit aus. Etwa die Frage, was genau unter einem Bundesstaat Europa, einem Staatenbund Europa oder einem Staatenverbund Europa, was unter einer Föderation und was unter einer Konföderation europäischer Staaten zu verstehen ist, wird selbst von der politikwissenschaftlichen Forschung häufig nur ungenügend beantwortet. Die in der politischen Öffentlichkeit und

⁴⁷⁴ Vgl. u.a. Loth, Wilfried: „Warum Europa? Antriebskräfte und Perspektiven europäischer Einigung“. In: Varwick, Johannes/Knelangen, Wilhelm (Hrsg.): „Neues Europa – alte EU? Fragen an den europäischen Integrationsprozess“, Opladen 2004, S. 23 - 39, hier S. 24ff.

den Medien verwendeten Begrifflichkeiten zur Diskussion des europäischen Integrationsprozesses sind nur selten von semantischer Präzision geprägt. Eine Begründung für diese Unbestimmtheit findet Thalmaier in den unterschiedlichen Paradigmen, die der integrationspolitischen Debatte zu Grunde liegen.⁴⁷⁵ Je nachdem, welcher integrationswissenschaftlichen ‚Schule‘ sich der Nutzer eines solchen Begriffes zugehörig fühlt,⁴⁷⁶ wird er die verwendete Begrifflichkeit mit eigenem Inhalt versehen. Diese Unschärfe führt in der Öffentlichkeit zu Verunsicherung, wie beispielsweise die allgemeine Reaktion auf den Verfassungsprozess gezeigt hat:

„So verbinden viele mit der Verwendung der Begriffe ‚Verfassung‘ und ‚Föderation‘ in einem europapolitischen Kontext reflexartig altergebrachte Vorstellungen über einen zentralistischen europäischen Staat“.⁴⁷⁷

Thalmaier vermutet ferner, dass die „Konturenlosigkeit“ der Debatte zur zukünftigen politischen Gestalt der EU bewusst genutzt wird. Auf diese Weise könnten Befürworter unterschiedlicher Integrationskonzepte das Tabuthema ‚Finalität‘ umgehen.⁴⁷⁸ Ein Ausweg aus diesem Begriffsdilemma ist nicht zu erkennen. Zu groß dürfte auch in Zukunft der Reiz für die Politik sein, diese Unklarheit zu nutzen, um eigene Konzepte zur zukünftigen Gestalt der Europäischen Union möglichst unbestimmt zu formulieren und somit ein öffentliches Bekenntnis zu der einen oder anderen Integrationsstrategie zu umgehen. Zusätzlich verschärft wird dieses Dilemma durch den relativ niedrigen Kenntnisstand der Bevölkerung über die Funktionsweise des bisherigen Gebildes der Europäischen Union. So steht zu befürchten, dass die europäische Bevölkerung auch zukünftigen Integrationsschritten skeptisch gegenüberstehen dürfte und politischen Überzeugungsversuchen mit Misstrauen begegnen wird.

Die folgende Darstellung und Diskussion verschiedener Integrationskonzepte soll dazu dienen, das integrationspolitische Begriffsdilemma zumindest im Rahmen dieser Arbeit einzudämmen und die in Bezug auf die Integration der europäischen Gesundheitspolitik relevanten Begriffe zu präzisieren.

⁴⁷⁵ Vgl. Thalmaier, Bettina: „Die zukünftige Gestalt der Europäischen Union – integrationstheoretische Hintergründe und Perspektiven einer Reform“. Baden-Baden 2005, S. 92.

⁴⁷⁶ Siehe hierzu nochmals Fußnote 468.

⁴⁷⁷ Thalmaier, Bettina: a.a.O., S. 91.

⁴⁷⁸ Vgl. ebd., S. 93.

3.2 Zur Funktion von Integrationstheorien

Theorien werden entwickelt, um „Aussagen über die Gesetzmäßigkeit der Entwicklung eines Phänomens oder Gegenstandes“⁴⁷⁹ treffen zu können. Sie werden so formuliert, dass eine Abstraktion des zu beschreibenden Phänomens erreicht wird. Eine so geschaffene abstrakte These soll die Möglichkeit schaffen, andere ähnlich gelagerte Ereignisse zu deuten und bestenfalls zu erklären. Die Wissenschaft hofft also, in verschiedenen Ereignissen Ähnlichkeiten zu entdecken, die sie anhand derselben Theorie analogisch deuten kann.⁴⁸⁰

Dabei besteht die Gefahr, dass zu viele ähnlich gelagerte (und dennoch unterschiedliche) Phänomene anhand ein und derselben Theorie beschrieben werden sollen. Dies kann dann zu einer all zu großen Abstraktion führen, die die Formulierung einer Theorie unbrauchbar werden lassen kann. Eine andere Alternative besteht darin, die Theorie so allumfassend und ausgiebig zu formulieren, dass jedes einzelne Phänomen ausreichend berücksichtigt wird. Dies birgt wiederum das Risiko, dass die Theorie so komplex wird, dass sie für den Vergleich verschiedener Phänomene unbrauchbar wird.⁴⁸¹ Um eine brauchbare Theorie zu formulieren, muss der Wissenschaft daher ein ausreichendes Maß an Abstraktion gelingen, ohne den Ansatz dabei zu komplex zu formulieren.⁴⁸²

Die Formulierung von Integrationstheorien dient im Wesentlichen vier Zielen. Erstens helfen sie die relevanten Entwicklungen des europäischen Integrationsprozesses von den weniger relevanten Entwicklungen zu unterscheiden. Somit dienen Integrationstheorien dem (Selbst-)Zweck der Politikwissenschaft, ‚Licht ins Dunkel‘ des eigenen Forschungsgegenstandes zu bringen (*Selektionsfunktion*). Zweitens wird anhand von Integrationstheorien versucht, Ansätze zu schaffen, die es der Wissenschaft ermöglichen, Vorkommnisse schlicht

⁴⁷⁹ Gu, X.: „Theorien der internationalen Beziehungen“. München, Wien 2000, S. 1.

⁴⁸⁰ Vgl. Göhler, G.: „Politische Theorie – Begründungszusammenhänge in der Politikwissenschaft“, Stuttgart 1978, S. 9.

⁴⁸¹ Ebd., S. 14.

⁴⁸² Vgl. Nohlen, D. (Hrsg.): „Lexikon der Politik“, Band 7, Stichwort: „Theorie“, München 1998, S. 646.

besser zu verstehen. Integrationstheorien sollen demnach helfen, Strukturen aufzudecken, die den bisherigen Verlauf der europäischen Integration gekennzeichnet haben und diese zu ordnen. (*Ordnungsfunktion*). Drittens sollen Integrationstheorien dabei helfen, Zusammenhänge, Ursachen und Gründe europäischer Politik zu verstehen (*Erklärungsfunktion*). Viertens dient die Formulierung von Integrationstheorien dem Zweck der Handlungsanleitung. Integrationstheorien können im besten Fall erklären, in welchem Verhältnis die verschiedenen politischen Ebenen zueinander stehen und nach welchen Verhaltensmustern sie sich gegenseitig beeinflussen. Eine stichhaltige Integrationstheorie versucht anhand dieser Erkenntnisse, die Konsequenzen des Handelns der jeweiligen politischen Entscheidungsträger einzuschätzen bzw. vorauszudeuten. Somit hat die Formulierung von Integrationstheorien auch eine beratende Funktion für die politische Praxis (*operative Funktion*).⁴⁸³

Die Vielschichtigkeit und Differenziertheit des europäischen Integrationsprozesses und die Tatsache, dass es sich beim Integrationsprozess um ein „moving target“⁴⁸⁴ handelt, haben allerdings dazu geführt, dass bisher kein Analysemodell gefunden werden konnte, das den Wunsch nach stichhaltiger Vorausschau erfüllt. Zu unterschiedlich sind die bisherigen Integrationsschritte, -geschwindigkeiten und -felder gewesen, als dass eine einzelne Theorie in der Lage gewesen wäre, einheitliche und fortwährende Strukturen herauszufiltern. Somit waren auch alle bisherigen Vorausschauen zum Scheitern verurteilt.

Jüngere Ansätze in der Integrationsforschung bezweifeln daher den Nutzen linearer Theorien, die den Integrationsprozess als einen auf Finalität angelegten Vorgang deuten. Ebenso wenig sehen sie eine prägnante Übereinstimmung in den Motiven, die die Akteure zu Integrationsschritten veranlasst haben. Die Loslösung von diesen traditionellen Auffassungen hat in der Folge zu neuen innovativen Theorien geführt.⁴⁸⁵

⁴⁸³ Zur Funktion von Integrationstheorien vgl. Bieling, H-J./Lerch, M.: a.a.O. S. 15ff.

⁴⁸⁴ Bieling, H-J./ Lerch, M.: a.a.O., S. 9.

⁴⁸⁵ Gleichzeitig ist auch generelle Kritik an dem Versuch geübt worden, Integrationstheorien zu formulieren. Die Suche nach einer geeigneten Theorie verstelle demnach den Blick auf die tatsächlichen Geschehnisse in der Union und sei zu sehr in der Suche nach ordnungspolitischen Mechanismen verhaftet.

3.3 Grenzüberschreitende Aktivitäten – Bestandteil indirekter Integrationsprozesse

Die Bedeutung grenzüberschreitender Aktivitäten zwischen den Gesundheitssystemen der europäischen Mitgliedstaaten für den sozial- und gesundheitspolitischen Integrationsprozess der EU kann in einen breiten integrationstheoretischen Kontext gestellt werden. Bieling und Lerch weisen darauf hin, dass gerade solche grenzüberschreitenden Kooperationen und Koordinationen der Ursprung neuer Integrationsschritte gewesen seien. Dabei sei aber nicht immer abzusehen gewesen, „ob diese letztlich dazu führen, dass sich eine neue übergeordnete Handlungsebene oder politische Einheit herausbildet.“⁴⁸⁶ Entsprechende Aktivitäten zwischen den Gesundheitssystemen resultieren zum überwiegenden Teil aus Integrationsfortschritten in anderen Politikfeldern (insbesondere aus der Schaffung eines gemeinsamen europäischen Binnenmarktes). Im Gegensatz zu einer ‚direkten Integration‘, bei der sich die Mitgliedstaaten einstimmig oder mit qualifizierter Mehrheit für die Übertragung von Kompetenzen auf die europäische Ebene im Sinne positiver Integration entscheiden, können solche grenzüberschreitenden Aktivitäten als Beitrag zu einer ‚indirekten Integration‘ oder bildlich zu einer ‚Integration hinter dem Rücken‘ der Mitgliedstaaten bewertet werden, die die Herausbildung einer umfassenden europäischen Sozialpolitik möglicherweise beschleunigen könnte. Diese Art indirekter Integration ist nicht neu – ähnliche Entwicklungen lassen sich auch bei bereits vollzogenen Integrationsschritten in anderen Politikfeldern nachweisen – und so ist eine Vielzahl politikwissenschaftlicher Konzepte, Theorieansätze und Begrifflichkeiten entwickelt worden, die solche indirekten Integrationsmechanismen zu beschreiben versucht. Wenngleich sich die europäische Integration bisher als höchst variabler – und zugleich unzuverlässiger – Prozess dargestellt hat (und die zukünftige Entwicklung angesichts der großen Anzahl neuer Mitglieder und entsprechender Vetospieler von noch größerer Komplexität geprägt sein dürfte), wird dieser grundlegende Gegensatz zwischen ‚direkter‘ und ‚indirekter‘ Integration in den gängigen theoretischen Ansätzen auf verschiedenartige Weise implizit aufgegriffen.⁴⁸⁷

⁴⁸⁶ Bieling, H-J./Lerch, M.: a.a.O., S. 13.

⁴⁸⁷ Die Begriffe ‚indirekte‘ und ‚direkte‘ Integration entstammen jedoch nicht dem Vokabular der gängigen Integrationstheorien. Sie werden in dieser Arbeit eingeführt, um ähnlich gelagerte

Im Folgenden werden die genannten Begriffe zur indirekten Integration präsentiert, diskutiert und gegeneinander abgegrenzt. Auf diese Weise soll die Grundannahme dieser Arbeit theoretisch untermauert werden: Obwohl davon auszugehen ist, dass sich die Mitgliedstaaten auch zukünftig gegen eine weitreichende europäische Integration der Sozialpolitik (im Allgemeinen) und der Gesundheitspolitik (im Besonderen) wehren werden, kann und werden ‚indirekte‘ Integrationsmechanismen dazu führen, dass zukünftig (schrittweise) ein höherer Vergemeinschaftungsgrad der Gesundheitspolitik als bisher erreicht werden wird.

3.3.1 Negative Integration

‚Negative Integration‘ ist ein Integrationsmodus, der darauf abzielt, Handelshemmnisse abzubauen und diskriminierende Maßnahmen im Marktzugang zu beseitigen.⁴⁸⁸ Wichtigster Bestandteil ist dabei der Abbau von Binnenzöllen und mengenmäßigen Beschränkungen des Wirtschaftsverkehrs zwischen den Mitgliedstaaten. Mit dem Attribut ‚negativ‘ ist dabei keine Wertung (wie der Begriff zunächst vermuten lässt) bestimmter Integrationsabläufe verbunden – als negativ wird diese Form der (europäischen) Integration bezeichnet, da sie auf den Abbau von bestehenden markthinderlichen Regelungen abzielt, und nicht wie ihr Gegenbegriff ‚positive Integration‘ Maßnahmen zur Marktregulierung vorsieht. Bei der positiven Integration handelt es sich um einen Integrationsmodus, der durch die Mitgliedstaaten mitgestaltet werden kann, indem gemeinsame Normen schaffende Rahmenbedingungen auf intergouvernementaler Ebene ausgearbeitet und verabschiedet werden. Scharpf beschreibt diesen Gegensatz wie folgt:

„Während die negative Integration gewissermaßen hinter dem Rücken der Politik von Kommission und Gerichtshof vorangetrieben

Integrationsprozesse zu kategorisieren und für die Analyse grenzüberschreitender Aktivitäten zu operationalisieren.

⁴⁸⁸ In die politische Debatte wurde der Begriff ‚negative Integration‘ (ebenso wie sein Antonym ‚positive Integration‘) durch den niederländischen Wirtschaftswissenschaftler Jan Tinbergen im Jahr 1954. Vgl. Tinbergen, Jan: „International Economic Integration“. Amsterdam, Brüssel 1954 eingeführt. Siehe auch Schmidt, Manfred G.: „Die Europäisierung der öffentlichen Aufgaben“. In: Ellwein, Thomas/Holtmann, Everhard (Hrsg.): „50 Jahre Bundesrepublik Deutschland, Rahmenbedingungen, Entwicklungen, Perspektiven“. Opladen 1999, S. 385 - 396, hier S.387.

werden kann, bedürfen Maßnahmen der positiven Integration der expliziten politischen Legitimation.“⁴⁸⁹

Gerade im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik finden sich zahlreiche Beispiele, die die Wirkung negativer Integration illustrieren. So wird die nationale Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten auf mannigfaltige Art und Weise durch die Gesetzgebung des europäischen Binnenmarktes beeinflusst, ohne dass dies im Detail durch gemeinsame Entscheidungen der Mitgliedstaaten („positiv“) entschieden wurde. Die europäische Gesetzgebung zur Sicherung des freien Marktes hat sich auf das Recht der Leistungsanbieter, diskriminierungsfrei innerhalb und außerhalb nationaler Grenzen tätig zu sein und auf das nationale Kartellrecht im Gesundheitswesen ausgewirkt.⁴⁹⁰ Dies bedeutet für die Mitgliedstaaten eine Reduktion nationalstaatlicher Autonomie, da die europäische Rechtsprechung des EuGH

„die Verträglichkeit einzelstaatlicher, sozialpolitisch motivierter Vorschriften mit dem Recht des Binnenmarktes restriktiv interpretierte und den Nationalstaaten vorgab, ausländische Standards grundsätzlich als gleichwertig anzuerkennen.“⁴⁹¹

Scharpf weist darauf hin, dass zwischen positiver und negativer Integration eine Asymmetrie bestehe, da nicht zu erwarten sei, dass der mit der negativen Integration einhergehende Verlust nationaler Gestaltungs- und Problemlösungsfähigkeit durch eine Politik der positiven Integration auf europäischer Ebene kompensiert werden könne.⁴⁹² Die Möglichkeit der positiven Integration würde vor allem dadurch eingeschränkt, dass nach wie vor das Einstimmigkeitsprinzip bei gewichtigen Entscheidungen gelte und gemeinsame Maßnahmen somit nur geringe Chancen auf Realisierung hätten, während die Kommission und der Gerichtshof die Reichweite der negativen Integration durch extensive Interpretation des europäischen Rechts kontinuierlich ausdehnen könnten.⁴⁹³

⁴⁸⁹ Scharpf, Fritz W.: „Mehrebenenpolitik im vollendeten Binnenmarkt“. MPIFG Discussion Paper 94/4, 1994, S. 10.

⁴⁹⁰ Lamping, W./Steffen, M.: „Conclusion – The new politics of European health policy: moving beyond the nation state.“ In: Steffen, Monika u.a. (Hrsg.): „Health Governance in Europe – Issues, challenges and theories“. Oxon 2005, S. 189 - 200, hier S. 195.

⁴⁹¹ Vgl. Eichhorst, Werner.: „Europäische Sozialpolitik zwischen nationaler Autonomie und Marktfreiheit – Die Entsendung von Arbeitnehmern in der EU“. Frankfurt 2000, S. 51ff.

⁴⁹² Scharpf, Fritz W.: „Mehrebenenpolitik im vollendeten Binnenmarkt“. a.a.O., S. 7.

⁴⁹³ Vgl. Scharpf, Fritz W.: „Mehrebenenpolitik im vollendeten Binnenmarkt“. a.a.O., S. 8.

Bei den Begriffen positive und negative Integration handelt es sich also nicht um theoretische Modelle, sondern lediglich um eine hilfreiche Differenzierung zweier verschiedener Modi, die die bisherige Vergemeinschaftung verschiedener Politikfelder unterscheidet. Auch die maßgeblichen Aktivitäten, Funktionen und Instrumente der europäischen Gesundheitspolitik lassen sich anhand dieses Gegensatzpaares zum Zweck einer späteren integrationstheoretischen Interpretation kategorisieren. Ganz grundlegend kann festgestellt werden, dass das in Art. 152 fixierte Nichtharmonisierungsgebot einer Integration der Gesundheitspolitik entgegensteht und somit sowohl den negativen als auch den positiven Integrationsmodus prinzipiell ausschließen müsste. Wie das vorangegangene Kapitel jedoch gezeigt hat, findet eine gesundheitspolitische Integration aber sehr wohl statt, wenn auch nur selten auf direktem Wege. Es ist in dieser Arbeit schon mehrfach nachgewiesen worden, dass sich die gesundheitspolitische Integration in erster Linie auf die Binnenmarktintegration zurückführen lässt. Somit unterliegt auch der Gesundheitsmarkt den allgemeinen Marktbedingungen der EU, welche hauptsächlich von negativer Integration geprägt worden sind. Dass auch Gesundheitsleistungen prinzipiell als Bestandteil des freien Wettbewerbs zu werten sind, haben die Urteile des EuGH gezeigt.⁴⁹⁴ Da diese Urteile für die Patientenmobilität und grenzüberschreitende Aktivitäten im Gesundheitsbereich konstituierend sind, kann festgestellt werden, dass die negative Integration erhebliche Bedeutung für die Entwicklung der Gesundheitspolitik hat. Zugleich verhindert das Nichtharmonisierungsgebot eine aktive Kanalisierung dieser Entwicklung anhand einer gesamteuropäischen gesundheitspolitischen Regulierung im Sinne positiver Integration. Die Ausübung der Ergänzungs-, der Koordinierungs- und auch der Ausgleichsfunktion sind allesamt den Auswirkungen der Marktintegration unterworfen. Wenngleich die Novellierung der Verordnung 1408/71 und die Einführung der OMK als Versuche gewertet werden können, dieses steuerungspolitische Defizit seitens der EU auszugleichen, so bleibt die Asymmetrie zwischen negativer Binnenmarktintegration und positiver Sozialintegration vorerst bestehen.

Eine integrationstheoretische Prognose über die weitere Entwicklung in Anbetracht der qualitativen und quantitativen Intensivierung grenzüberschreitender

⁴⁹⁴ Vgl. Kapitel III.1.1.2.

Aktivitäten im Gesundheitsbereich setzt indes die Einbindung dieser beiden Integrationsmodi in ein umfassendes theoretisches Konzept voraus. Eine Möglichkeit hierfür bieten der (Neo-)Funktionalismus und das damit verbundene Spillover-Prinzip.

3.3.2 Spillover

Das Spillover-Prinzip entstammt der neofunktionalistischen Integrationstheorie, die wiederum eine Fortentwicklung des klassischen Funktionalismus darstellt. Die Funktionalismustheorie wird in der Integrationsforschung zu den Ansätzen der ‚optimistischen Richtung‘ gezählt.⁴⁹⁵ Während die Ansätze der ‚pessimistischen Richtung‘ davon ausgehen, „dass die Anarchie des internationalen Staatensystems nicht überwindbar sei“,⁴⁹⁶ bewerten optimistische Ansätze „die Anarchie nur als einen vorläufigen Zustand, der überwindbar (sei) und zu einer Weltgesellschaft transformiert werden könne.“⁴⁹⁷ Diese Ansätze gehen außerdem davon aus, dass Staaten die Fähigkeit besitzen, zu kooperieren und ihre Eigeninteressen zu überwinden, um jene Probleme zu lösen, die nur gemeinschaftlich bewältigt werden können. Es ist jedoch schwierig, vom Funktionalismus als einer zusammenhängend weiterentwickelten Integrations- theorie zu sprechen, da zwischen dem Funktionalismus, den David Mitrany

⁴⁹⁵ Gu, X.: a.a.O., S.15.

⁴⁹⁶ Ebd. Auf den Grundannahmen des Realismus basierend entwickelte sich im Laufe der 1960er Jahre der Intergouvernementalismus als ‚pessimistischer‘ Gegenpol zum Neofunktionalismus. Weitestgehend der realistischen Tradition verpflichtet lautet die Grundaussage dieser Theorie,

„dass die Nationalstaaten nach wie vor die zentralen Basiseinheiten der europäischen Integration darstellen und die Gemeinschaftspolitik vor allem durch die nationalen Regierungen bestimmt wird.“ Bieling, Hans-Jürgen: „Intergouvernementalismus“. In ders. und Lerch, Marika (Hrsg.): a.a.O., S.91 - 116, hier S. 91.

Ausgangspunkt für die Formulierung des Intergouvernementalismus waren die schlechten Erfahrungen während des zweiten Jahrzehnts des europäischen (Nicht-)Einigungsprozesses nach dem Zweiten Weltkrieg. So hatte insbesondere die Politik „des leeren Stuhls“ des französischen Präsidenten und die Verhinderung eines britischen Beitritts zu den Europäischen Gemeinschaften eine weitere „automatische“ Vergemeinschaftung nach dem Spillover-Prinzip deutlich eingeschränkt. Dies führte Stanley Hoffmann, dem Wegbereiter des Intergouvernementalismus, zu der Feststellung, dass es eben nicht die Interessen transnationaler Eliten oder supranationaler Akteure seien, die die Gestalt der europäischen Institutionen und der entsprechenden Verträge bestimmten, sondern die nationalen Regierungen und ihre nationalen Interessen. Vgl. Bieling, Hans-Jürgen: „Intergouvernementalismus“. In ders. und Lerch, Marika (Hrsg.): a.a.O., S.91 - 116, hier S. 91.

Anfang der 1940er Jahre begründete,⁴⁹⁸ und den neueren neofunktionalistischen Integrationstheorien große Unterschiede bestehen.⁴⁹⁹

Nicht erst seit dem Bestreben einiger europäischer Staaten, auch über die Schaffung der Europäischen Gemeinschaften hinaus einen Teil der Politik zu vergemeinschaften, bestand die Notwendigkeit, den Funktionalismus weiterzuentwickeln.⁵⁰⁰ Zu den bekanntesten Vertretern der neofunktionalistischen Schule gehört unter anderen Ernst B. Haas.⁵⁰¹ Sein Bestreben war es, einen integrationstheoretischen Ansatz aus dem klassischen Funktionalismus abzuleiten, der sich auf die realen Gegebenheiten der europäischen Integration anwenden lässt. Im Gegensatz zu Mitrany versuchte er, auch die Integration politischer Bereiche in seine Theorie mit aufzunehmen. Er argumentierte, dass Politisches und Unpolitisches unmittelbar miteinander verknüpft seien und sich daher nicht getrennt betrachten und integrieren lassen. Während Mitrany davon ausging, dass unpolitische Vergemeinschaftung durch das Ramification-Prinzip nur auf weitere unpolitische Bereiche Auswirkungen haben würde, sah Haas die Möglichkeit einer Beeinflussung auch politischer Bereiche – diesen Prozess nannte er Spillover.⁵⁰² Dabei stehe nicht allein ein Nutzen- und Interessenkalkül im Mittelpunkt der Integrationsbemühungen, sondern es setzt auch ein Lernprozess ein, bei dem die Akteure lernen, dass einige Probleme im Verbund mit anderen am effizientesten gelöst werden können. Erst wenn Akteure zu dieser Einsicht gelangten, sei es ihnen möglich weitere Integration anzustreben. Demnach könne und werde dieser Mechanismus gegebenenfalls zu einer politischen Integration führen mit dem finalen Ziel einer *political community*⁵⁰³.

⁴⁹⁸ Mitrany, D.: „A Working Peace System. An Argument for the functional development of international organization“, London 1943. Auf eine ausführliche Herleitung und Diskussion des ursprünglichen Funktionalismus wird an dieser Stelle verzichtet. Einen sehr umfassenden Überblick über die Ursprünge und verschiedenen Entwicklungsstränge dieser klassischen Integrationstheorie geben u.a. Faber, Anne: „Europäische Integration und politikwissenschaftliche Theoriebildung : Neofunktionalismus und Intergouvernementalismus in der Analyse“. Wiesbaden 2005, und Wolf, Dieter: „Neo-Funktionalismus“. In: Bieling, Hans-Jürgen/Lerch, Maria (Hrsg.): „Theorien der europäischen Integration“. Wiesbaden 2005, S. 65 - 89.

⁴⁹⁹ Vgl. Gabriel, J.M.: „Funktionalismus – ein Überblick“, Zürich 1996, S. 2.

⁵⁰⁰ Vgl. Strøby Jensen, C.: a.a.O., S. 73.

⁵⁰¹ Haas, E. B.: „Uniting of Europe“, Stanford 1958.

⁵⁰² Vgl. ebd. S. 291 ff.

⁵⁰³ Vgl. Giering, C.: a.a.O., S. 59.

Haas definierte in diesem Zusammenhang drei maßgebliche Akteure, die dementsprechend die Integration vorantreiben: 1. Pressure-groups, bestehend aus wirtschaftlichen oder gesellschaftlichen Eliten, die als erstes in der Lage seien, ihren Wunsch nach einer zunehmenden Integration zu formulieren. Aufgrund verschiedener Anliegen (z.B. Abbau von Handelsbeschränkungen, gemeinsame Infrastruktur zum reibungslosen Austausch von Handelswaren etc.) würden diese auf die zweite Gruppe, die politischen Eliten, Druck ausüben.⁵⁰⁴ 2. Politische Eliten der jeweiligen Staaten würden sich durch den ausgeübten Druck genötigt sehen, den Anforderungen der pressure-groups zu entsprechen, weitere Abkommen mit den anderen Staaten unterzeichnen und gemeinsame Institutionen schaffen.⁵⁰⁵ 3. Die Technokraten der Gemeinschaftsinstitutionen seien schließlich in der Lage, weitere Kooperation auf anderen Feldern zu fordern und ihrerseits wiederum Druck auf die politischen Entscheidungsträger auszuüben.⁵⁰⁶

Auf diese Weise ergebe sich ein Kreislauf, der immer weitere Bereiche des Politischen und Unpolitischen in den Integrationsprozess mit einbeziehen würde, bis schließlich eine *political community* geschaffen sei, in der die Entscheidungen größtenteils auf supranationaler Ebene gefällt werden könnten. Hier wird der Unterschied zwischen dem klassischen Funktionalismus und dem Neofunktionalismus deutlich: „Der Prozess der Integration wird ähnlich wie beim klassischen Funktionalismus verstanden, nur dass Haas die strikte Trennung von unpolitischen Bereichen und Politik aufhebt.“⁵⁰⁷

Zwar begann die Integration in Europa auf wirtschaftlicher Ebene (Gründung der EGKS), konnte aber, dem Neofunktionalismus folgend, aufgrund guter (Lern-) Erfahrungen auf die politische Ebene (EU) übertragen werden. Nach dem Prinzip des Neofunktionalismus müsste in dieser Folge auch die Sozial- und Gesundheitspolitik von einem Integrationszog erfasst werden. Allein um die Ziele in den vergemeinschafteten Bereichen erreichen zu können, müsste ein hinreichendes Maß an Zusammenarbeit in anderen verwandten Bereichen si-

⁵⁰⁴ Vgl. Haas, E. B.: „The Uniting of Europe“, 2. Auflage, Stanford 1968, S. 16.

⁵⁰⁵ Ebd. Siehe auch Nye, J. S.: „Peace in Parts“, Boston 1971.

⁵⁰⁶ Vgl. Haas, E. B.: 1968, a.a.O., S. 16.

⁵⁰⁷ Vgl. Giering, C.: a.a.O., S. 61.

chergestellt werden. Die Wahrscheinlichkeit einer sozialpolitischen Integration dürfte daher in dem Maße ansteigen, in dem die Erreichung anderer Ziele der Integrationsgemeinschaft durch eine fehlende Zusammenarbeit in der Sozialpolitik behindert würde, folgert Knelangen.⁵⁰⁸ Die wissenschaftlichen Prognosen kommen hierbei jedoch zu unterschiedlichen Ergebnissen. So finden sich optimistische Einschätzungen, die davon ausgehen, dass eine weiterreichende sozialpolitische Integration aufgrund eines neofunktionalistischen Spillovers tatsächlich stattfinden kann und wird.⁵⁰⁹ Als Triebfeder einer solchen sozialpolitischen Integration werden, in Übereinstimmung mit den oben diskutierten Auswirkungen der negativen Integration, die Entwicklungen in der Wirtschaftspolitik gesehen:

„Der Druck, der aus der wettbewerbspolitischen Formierung des Wirtschaftsraumes Europa auf die nationalen gesundheitspolitischen Regulierungssysteme ausgeht [...], setzt eine neue Integrationsdynamik in der Gesundheitspolitik in Gang und wirkt in Richtung einer Europäisierung dieses Politikfeldes.“⁵¹⁰

Faktisch lassen sich die frühen Entwicklungen im Bereich der Wanderarbeit auf wettbewerbspolitisch motivierte pressure-groups zurückführen, die eine möglichst reibungslose Mobilität der verfügbaren Arbeitskräfte erreichen wollten. Auf diesen Druck hin entwickelten die ‚Technokraten‘, in diesem Fall also Experten aus dem Bereich des Sozialversicherungsrechts, entsprechende Verordnungen zur Übertragbarkeit der Sozialversicherungsansprüche. Aber – und dies steht im Gegensatz zu den zu erwartenden Folgen eines neofunktionalistischen Spillovers – die Etablierung einer weitreichenden gesundheitspolitischen Koordinierungsfunktion der EU hat bis heute keine Übertragung maßgeblicher Kompetenzen in der Gesundheitspolitik auf die europäische Ebene nach sich gezogen. Stattdessen wurde die in Artikel 152 definierte Trennlinie zwischen nationaler und europäischer Gesundheitspolitik als scheinbar unumstößliches Grundbekenntnis in allen weiteren Vertragstexten untermauert. Für das Ausbleiben eines Spillovers auf die Sozial- und Gesundheitspolitik identifizieren eher pessimistische Analysen drei Gründe: (1.) Die pfadabhängigkeitsbedingte

⁵⁰⁸ Siehe Knelangen, Wilhelm: a.a.O., S. 33.

⁵⁰⁹ Vgl. z.B. Strøby Jensen, C.: a.a.O., S. 73.

⁵¹⁰ Urban, Hans Jürgen: „Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System“. a.a.O., S. 12.

Systemheterogenität und das wohlfahrtstaatliche Leistungsgefälle zwischen den Mitgliedstaaten würden eine gemeinsame Interessenformulierung und folglich auch eine weitreichende Integration behindern.⁵¹¹ (2.) Die vorwiegend ‚negative Integration‘ des Binnenmarktes habe dazu geführt, dass die Bedeutung der Sozialpolitik marginalisiert worden sei. Die Vergemeinschaftung des Binnenmarktes habe also nicht zu einem erhöhten Regelungsbedarf, sondern ganz im Gegenteil zu einer Abwertung sozialpolitischer Fragestellungen geführt.⁵¹² (3.) Scharpf verweist auf systembedingte ‚Pathologien‘, die das Zusammenspiel von nationalen Regierungen und der europäischen Ebene generell blockieren würden.⁵¹³ Hierzu zählen nach seiner Einschätzung sowohl die widersprüchlichen Interessen der verschiedenen Akteure als auch die institutionellen Hürden im europäischen Regierungsgeflecht.

Es bleibt also die Frage, ob die beständige mitgliedstaatliche Dominanz in der Gesundheitspolitik als ein Beleg für einen ausbleibenden Spillover dienen kann, oder ob es diesem Politikfeld bislang lediglich an der nötigen ‚Integrationsreife‘ fehlt. Somit könnte die aktuelle Kompetenzverteilung als ein ‚Spillover in the making‘ interpretiert werden, das auf längere Sicht zu einer intensiveren Vergemeinschaftung führen würde.

Dass die Unionsebene ihre bisherigen Kompetenzen auszudehnen versucht, zeigen die jüngsten Entwicklungen bezüglich der Verordnung 1408/71. Mit der Zunahme an grenzüberschreitenden Aktivitäten wurden Lücken in der bis dahin verwendeten Sozialrechtskoordinierung deutlich, die allein durch Urteile des

⁵¹¹ Vgl. Urban, Hans Jürgen: „Wettbewerbskorporatismus und soziale Politik – Zur Transformation wohlfahrtsstaatlicher Politikfelder am Beispiel der Gesundheitspolitik“. Marburg 2003. Onlineveröffentlichung, Quelle: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2004/0089/pdf/dhju.pdf>, Stand: 3.7.2008, S. 15.

⁵¹² Vgl. hierzu Mosebach, Kai: „Mit Blaulicht durch Europa“. In: Forum Wissenschaft, Heft 3/2003. Abrufbar unter: <http://www.bdwi.de/forum/archiv/uebersicht/441241.html>, Stand: 23.4.2007. Mosebach zeigt aber zugleich auf, dass eine solche Isolierung sozialpolitischer Fragestellungen aus der Binnenmarktintegration spätestens seit den einschlägigen Urteilen des EuGH als „Trennungsfiktion“ zu bezeichnen sei.

⁵¹³ Diese so genannte ‚Politikverflechtungsfalle‘ definiert Scharpf als „eine zwei oder mehr Ebenen verbindende Entscheidungsstruktur, die aus ihrer institutionellen Logik heraus systematisch [...] ineffiziente und problem-unangemessene Entscheidungen erzeugt, und die zugleich unfähig ist, die institutionellen Bedingungen ihrer Entscheidungslogik zu verändern – weder in Richtung auf mehr Integration noch in Richtung auf Desintegration.“ Scharpf, Fritz W.: „Die Politikverflechtungsfälle. Europäische Integration und deutscher Föderalismus im Vergleich“. In: Politische Vierteljahresschrift, Heft 4/1985, S. 323-356, hier S. 350.

EuGH nicht geschlossen werden konnten, sondern politische Maßnahmen erforderlich gemacht haben. Den Bedarf an höherer Regelungsdichte hat sich die Europäische Kommission im Rahmen ihrer bestehenden Kompetenzen zu Nutze gemacht, um ihren bislang geringen Einfluss auf die Gesundheitspolitik auszuweiten. Dabei nutzte sie ihre Koordinierungsfunktion, um entsprechende Regelungen auszuarbeiten, durch die die Rechte der Wanderarbeiter künftig auf alle Unionsbürger angewendet werden sollen.⁵¹⁴ Aus Sicht des Neofunktionalismus ließe sich dieses Vorgehen als Versuch eines ‚kultivierten Spillovers‘ interpretieren, also eines von den Gemeinschaftsorganen angestoßenen Prozesses, der ganz gezielt die Notwendigkeit einer Kompetenzübertragung bzw. Integration hervorrufen soll.⁵¹⁵

Die Mitgliedstaaten haben diesen Prozess bislang misstrauisch beobachtet und darauf geachtet, dass ihre grundlegende Zuständigkeit in der Gesundheitspolitik nicht beeinträchtigt wird. Das geschaffene Regelwerk zur Übertragbarkeit von Sozialleistungsansprüchen, das die Systemkompatibilität zwischen den Mitgliedstaaten fördern soll, dürfte zukünftig zu einer Teilharmonisierung der Gesundheitssysteme führen. Somit ließe sich möglicherweise die Integrationsfähigkeit in diesem Politikfeld erhöhen. Eine weiter reichende Integration würde jedoch voraussetzen, dass die Mitgliedstaaten bereit wären, Artikel 152 zu beseitigen oder abzuschwächen, womit in Anbetracht der aktuellen Krise der europäischen Integration in näherer Zukunft nicht zu rechnen sein dürfte.⁵¹⁶ Insgesamt lassen sich somit für die Gesundheitspolitik eine eher geringe ‚Integrationsreife‘ und nur geringe Chancen auf einen weitreichenden Spillover konstatieren.

3.3.3 Europäisierung

Trotz der genannten geringen ‚Integrationsreife‘ ist die Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahren immer stärker in den Fokus der Europastudien gerückt, was als Beleg für eine dennoch zunehmende Bedeutung der Gemeinschaftspo-

⁵¹⁴ Jüngstes Beispiel ist der „Vorschlag für eine Richtlinie über Patientenrechte bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“, der am 2.7.2008 von der Kommission angenommen wurde.

⁵¹⁵ Vgl. zum Begriff des ‚cultivated spillover‘ Knelangen, Wilhelm: a.a.O., S. 34.

⁵¹⁶ Zur aktuellen Krise der EU vgl. Varwick, Johannes: „Finalität ohne Ende, Die Europäische Union ist nicht am Ende aber die alten Leitbilder haben ihre Wirksamkeit verloren“. In Internationale Politik, Heft Mai/2006.

litik für dieses Politikfeld gesehen werden darf. Insbesondere der europäische Einfluss auf die nationale Ebene der Gesundheitspolitik, der trotz der geringen Integrationstiefe beträchtlich ist, lässt sich durch den Neofunktionalismus nicht ausreichend begründen. In den letzten Jahren ist daher auch in Bezug auf die Gesundheitspolitik neben den klassischen Integrationstheorien dem so genannten ‚Europäisierungsansatz‘ vermehrt Aufmerksamkeit zuteil geworden.⁵¹⁷

Der Prozess der Europäisierung umfasst „die Entstehung, Verbreitung und Verfestigung unterschiedlicher Elemente politischen Handelns auf der europäischen Ebene“,⁵¹⁸ die die Logik des politischen Handelns auf nationaler Ebene veränderten. Das Konzept der Europäisierung versucht also, politische Entwicklungen zu deuten, die aus zurückliegenden Integrationsschritten resultieren – dabei misst es den jeweiligen Motiven, die der ursprünglichen Integration zu Grunde liegen, weniger Bedeutung zu als etwa der Neofunktionalismus. Eine zunehmende Europäisierung der Gesundheitspolitik wäre demnach nicht unbedingt nur als ein Produkt des ansteigenden Integrationsdrucks zu werten, sondern könnte als eine notwendige Anpassung nationaler Politik an europäische Gegebenheiten gedeutet werden, um bestehenden ‚misfit‘ zwischen nationalen und europäischen Politikstrukturen zu beseitigen.⁵¹⁹ Verkürzt ließe sich dieser Ansatz durch die Feststellung beschreiben, dass nationale Politik immer öfter und intensiver durch Entwicklungen auf europäischer Ebene beeinflusst und verändert wird, und dass Entscheidungsfindungsprozesse auf nationaler Ebene zugleich immer auch die ‚europäische Dimension‘ berücksichtigen müssen. Oder anders ausgedrückt: „Europeanization is defined as a process by which domestic policy areas become increasingly subject to European policy making.“⁵²⁰ Diese Definition beschreibt Europäisierung jedoch in erster Linie als einen eindirektionalen Prozess, bei dem die Mitgliedstaaten ‚von oben herab‘

⁵¹⁷ Als einer der theoretischen Vordenker der Europäisierung gilt Radaelli, Claudio M.. Siehe z.B.: „Wither Europeanization? Concept Stretching and Substantive Change“. European Integration online Papers 4:8, Quelle: <http://eiop.or.at/eiop/texte/2000-008a.htm>. Und ders.: „The Europeanization of Public Policy“. In Featherstone, Kevin/Radaelli, Claudio M. (Hrsg.): „The Politics of Europeanization“. Oxford 2003, S. 27 - 56.

⁵¹⁸ Auel, Katrin: „Europäisierung nationaler Politik“. In Bieling, Hans-Jürgen/Lerch, Maria (Hrsg.): „Theorien der europäischen Integration“. Wiesbaden 2005, S. 293 - 320, hier S. 298.

⁵¹⁹ Axt u.a. weisen darauf hin, dass ein solcher „misfit“ auch in Nicht-Mitgliedstaaten und Beitrittskandidaten zu Anpassungsreaktionen führen könne. Axt, Heinz-Jürgen, Milososki, Antonio, Schwarz, Oliver: „Europäisierung – ein weites Feld. Literaturbericht und Forschungsfragen“. In: Politische Vierteljahresschrift, Heft 48, Nr.1/2007, S. 136 - 149, hier S. 143.

⁵²⁰ Börzel, Tanja A.: „Towards Convergence in Europe? Institutional Adaption to Europeanization in Germany and Spain“. In: „Journal of Common Market Studies“, Nr. 4/1999, S.573–596.

(„topdown“-Prozess), nämlich durch Vorgaben der EU beeinflusst werden.⁵²¹ Europäisierung steht nach diesem Verständnis im Gegensatz zur europäischen Integration, bei der die politische Stoßrichtung umgekehrt von den Nationalstaaten auf die EU-Ebene weist, denn schließlich stellt die Überführung vormals nationaler Kompetenzen auf die EU-Ebene den Kern europäischer Integration dar. Besondere Beachtung hat daher die weiter gefasste Definition von Radaelli erhalten:

„Europeanisation consists of processes of a) construction, b) diffusion and c) institutionalisation of formal and informal rules, procedures, policy paradigms, styles, ‘ways of doing things’, and shared beliefs and norms which are first defined and consolidated in the EU policy process and then incorporated in the logic of domestic (national and subnational) discourse, political structures and public policies.“⁵²²

Nach dieser weiter gefassten Definition umfasst Europäisierung also weit mehr als die bloße Umsetzung politischer Vorgaben der EU auf der Ebene der Mitgliedstaaten – vielmehr durchsetzt sie den gesamten politischen Prozess auf nationaler Ebene. Radaelli vertritt die Ansicht, dass Europäisierung gerade keine ‚uni-direktionale Reaktion‘ auf Europa sei, bei der die Nationalstaaten die Auswirkungen europäischer Prozesse zu spüren bekämen. Stattdessen könnten sich die Mitgliedstaaten, Europa ‚interaktiv‘ auf vielfältige Art und Weise zu Nutzen machen, ohne dass dies notwendiger Weise als Druck der EU-Institutionen zu bewerten wäre. Zudem könne Europäisierung dazu führen, dass die Staaten in einen Diskurs und Sozialisationsprozess gerieten, der nicht durch die zu kurz gefasste Bedeutung des Begriffs ‚Beeinflussung‘ durch die EU beschrieben werden könne. Europäisierung befasse sich demnach damit, wie die Anpassung in den Mitgliedstaaten von statten gehe „and the patterns of adaptation can be more complex than simple reactions to ‘Brussels’“.⁵²³ Europäisierung lässt sich somit als ein multikausales und mehrdirektionales Phänomen deuten. Sie ist das Resultat einer komplexen und dynami-

⁵²¹ Beispiele für eine solche scheinbar eindirektionale Beeinflussung wären etwa die Erfüllung der im *acquis communautaire* präzisierten Aufnahmekriterien von Beitrittsstaaten, die Implementierung europäischer Gesetzgebung in nationales Recht oder die Anpassung nationaler Institutionen an die Arbeitsweise supranationaler Institutionen auf EU-Ebene.

⁵²² Radaelli, Claudio M.: „Europeanisation: Solution or Problem“. In: „European Integration Online Papers“, Nr.16/ 2004. S.4 ,Quelle: <http://eiop.or.at/eiop/pdf/2004-016.pdf>., Stand: 24.8.2007.
⁵²³ Radaelli, Claudio M.: „Europeanisation: Solution or Problem“. a.a.O.

schen Verflechtung von „topdown“- und „bottomup“-Prozessen.⁵²⁴ Einerseits findet Beeinflussung durch die EU-Ebene auf nationaler Ebene statt; andererseits interpretieren die nationalen Akteure diese Impulse und verändern ihre nationale Politik.

Zudem neigen die Mitgliedstaaten dazu, nationale Themen auf EU-Ebene zu ‚heben‘, um sie dort nach eigenen ökonomischen Interessen oder politischen Traditionen behandeln zu lassen.⁵²⁵ Steffen weist darauf hin, dass dieses Verständnis von Europäisierung weder auf die Untersuchung von europäischen Institutionen, die Entstehung neuer Institutionen und Politikfeldern auf europäischer Ebene, noch auf die EU als Ursprung nationaler Beeinflussung beschränkt sei.⁵²⁶

„It analyses the various and confusing feedback loops, interactions, games and specific dynamics linking the two levels. In this perspective, Europeanization is a mutual process of influencing, negotiating and adjusting at both EU and member state level.“⁵²⁷

Die hier präsentierten Ansätze zeigen die große Bandbreite auf, innerhalb derer eine brauchbare Definition für den Begriff Europäisierung zu suchen ist.⁵²⁸

⁵²⁴ Vgl. die Einleitung von Steffen, Monika u.a. in dies.: „Health Governance in Europe – Issues, challenges and theories“. Oxon 2005, S. 1 – 17, hier S. 6.

⁵²⁵ Als Beispiel hierfür könnte etwa das Interesse der skandinavischen Wohlfahrtsstaaten dienen, die eigenen Vorstellungen von „folkhälsa“ (der nordischen Variante von Public Health) auf EU-Ebene durchzusetzen, um den Fortbestand der eigenen wohlfahrtsstaatlichen Strukturen aufrecht zu erhalten.

⁵²⁶ Vgl. Steffen, Monika u.a.: a.a.O., S. 6.

⁵²⁷ Ebd.

⁵²⁸ Axt u.a. zeigen auf, dass sich Indizien für Europäisierung in der gesamten Breite des politikwissenschaftlichen Erkenntnisinteresses erkennen lassen und beziehen sich dabei auf policy, polity und politics, die drei Dimensionen, in die Politik üblicherweise unterteilt wird. So weisen sie darauf hin, dass die von ihnen gesichteten Europäisierungsstudien sich

- mit den Auswirkungen der Europäisierung auf verschiedene Politikfelder, also auf die Inhalte von Politik (policy) befassen,
- mit den Veränderungen der strukturellen Dimension in der sich Politik vollzieht auseinander setzen (polity), also etwa der EU-bedingten Ausgestaltung der nationalen Institutionen,
- auch auf die prozessuale Dimension der Politik (politics) beziehen. In entsprechenden Studien wird beispielsweise analysiert, welche Bedeutung der europäische Integrationsprozess auf das Zusammenspiel verschiedener Parteien auf nationaler Ebene hat und welchen Einfluss Europäisierung auf innerstaatliche Konflikte hat.

Auch für die Untersuchung der Europäisierung im Bereich der Gesundheitspolitik lässt sich die Unterteilung der Politik in ihre drei Dimension als Ausgangslage nutzen, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle: die Auswirkungen der Europäisierung auf die Gesundheitspolitik in den drei politischen Dimensionen – Beispiele.

Eine eindeutige und abschließende Antwort, was Europäisierung genau umfasst, ob es sich bei der Europäisierung um ein zu beobachtendes Phänomen oder um einen neuen theoretischen Ansatz handelt, der hilft, Entwicklungen zwischen der EU und ihren Mitgliedstaaten besser zu verstehen, lässt sich somit nicht formulieren:

“Europeanisation should be seen as a problem, not as a solution. Europeanisation does not provide any simple fix to theoretical or empirical problems.”⁵²⁹

Europäisierung gibt also keine Antworten, sondern wirft neue, möglicherweise erkenntnisleitende Fragestellungen auf: “At this stage, its potential is greater if one turns to Europeanisation as ‘something to be explained’, not ‘something that explains’.”⁵³⁰ Die Analyse der Gesundheitspolitik mit Hilfe der Europäisierung als politikwissenschaftlichem Konzept eröffnet dennoch neue Möglichkeiten, Prognosen zur zukünftigen Entwicklung dieses Politikfeldes abzugeben. Gerade in der Gesundheitspolitik reichen (wie die vorangegangenen Kapitel gezeigt haben) die Analyseraster klassischer Integrationstheorien nicht aus, um alle maßgeblichen Facetten einzufangen. Die enge Bindung gesundheitspolitischer Entscheidungen an die nationale Ebene und die geringe Neigung der nationalen Regierungen gesundheitspolitische Kompetenzen an die EU-Ebene abzugeben, führen dazu, dass den gängigen Integrationstheorien die notwendige Analysegrundlage fehlt.

Die geringe Integrationstiefe der europäischen Gesundheitspolitik hat bislang zwar auch zu einem relativ geringen Grad an Europäisierung in diesem Politikfeld in den Mitgliedstaaten geführt – dennoch lassen sich einige eindeutige Indizien für den zunehmenden Einfluss Europas, der EU und der europäi-

Policy (politischer Inhalt)	Tatsächlich „stattfindende“ europäische Gesundheitspolitik, also beispielsweise die Verabschiedung neuer Richtlinien zum Impfschutz durch das europäische Parlament.
Polity (politische Form)	Übertragung von nationalstaatlichen Kompetenzen in der Gesundheitspolitik auf supranationale Ebene und, in Folge dessen, Schaffung neuer europäischer Institutionen.
Politics (politische Prozesse)	Im Rahmen nationaler politischer Auseinandersetzungen Verweis auf tatsächliche oder vorgeschobene Zwänge, die sich aus Vereinbarungen auf EU-Ebene ableiten.

⁵²⁹ Radaelli, Claudio M.: „Europeanisation: Solution or Problem“. a.a.O..

⁵³⁰ Ebd.

schen Institutionen erkennen, wobei neben den drei Funktionen der europäischen Gesundheitspolitik auch Spillovers aus anderen Politikbereichen zum Tragen kommen. Insbesondere die Finanzierung und die Ausgestaltung des nationalen Versorgungsangebots sind Bereiche nationaler Gesundheitspolitik, die einem intensiven Europäisierungsprozess unterliegen:

- Die Finanzierung der nationalen Versorgungsstrukturen: Wie hoch die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung ausfallen, hängt spätestens seit der Verabschiedung der Konvergenzkriterien und der Schaffung der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion (EWWU) nicht mehr ausschließlich von Entscheidungen auf nationaler Ebene ab. So wies etwa die deutsche Gesundheitsministerin Schmidt im Vorfeld der deutschen Ratspräsidentschaft 2006 in einem Fernsehauftritt darauf hin, dass ein höherer Anteil der Steuerfinanzierung an der deutschen Gesundheitsversorgung nicht mit den Verpflichtungen gegenüber der EWWU in Einklang zu bringen sei: „Sie glauben doch nicht ernsthaft, dass ein Land, das die Ratspräsidentschaft hat, mit einem Haushalt bestehen kann, der nicht einmal die Maastricht-Kriterien einhält.“⁵³¹ Diese (öffentlichkeitswirksame) Äußerung verdeutlicht, dass Europäisierung nicht nur direkt auf die Gesundheitspolitik abzielende Maßnahmen wirkt, sondern dass durch die enge Verflechtung der Wirtschafts- und Sozialpolitik auch indirekt wirkende Zwänge für die Gesundheitspolitik entstehen können.⁵³² Die Maastrichter Konvergenzkriterien betreffen dabei nicht nur die Mitglieder der EWWU, sondern haben aufgrund von festen Wechselkursen sowie der umfassenden Integration des europäischen Wirtschaftsraumes auch Auswirkungen auf die übrigen EU-Mitgliedstaaten. Demnach wirkt sich dieser Europäisierungsdruck in ähnlicher Weise auch auf die übrigen Mitgliedstaaten aus.
- Die Vergleichbarkeit der Gesundheitsversorgung: Je enger die Mitgliedstaaten politisch miteinander verbunden sind, desto besser kön-

⁵³¹ Zitiert nach Klusen, Norbert/Meusch Andreas: „Wettbewerb und Solidarität im europäischen Gesundheitswesen“. a.a.O., S.5.

⁵³² Natürlich muss bei dem angeführten Beispiel berücksichtigt werden, dass es sich um eine für die Öffentlichkeit gedachte Äußerung handelte, die für komplexe finanzpolitische Zusammenhänge eine möglichst verständliche Erklärung geben sollte. Dennoch zeigt dieses Zitat, dass die Europäisierung im Alltag der nationalen Gesundheitspolitik angekommen ist.

nen die EU-Bürger den Standard ihrer eigenen Gesundheitsversorgung mit dem Standard in Nachbarstaaten vergleichen. Da wesentliche Leistungsgefälle zwischen den Mitgliedstaaten für die Bürger inakzeptabel sein dürften, könnte diese Vergleichbarkeit zu einer graduellen Harmonisierung des Leistungsumfangs in den Mitgliedstaaten beitragen.⁵³³ Der Wartezeitenproblematik kommt hierbei besondere Bedeutung zu, da sich Wartezeiten relativ leicht vergleichen lassen.⁵³⁴ Zudem lässt sich im Rahmen einer zunehmenden Integration der EU nur schwerlich rechtfertigen, weshalb manche Patienten monatelang auf eine Behandlung im Inland warten müssen, während jenseits der Grenzen freie Kapazitäten bestehen. Auch hierbei zeigt sich, dass die Mitgliedstaaten einem andauernden Anpassungsdruck unterliegen, der sich nicht immer unmittelbar aus der europäischen Integration ableiten lässt, sondern überzeugender als Rückwirkung des Integrationsprozesses interpretiert werden kann.

Diese beiden Bereiche zeigen, dass die ‚europäische Variable‘ die nationale Gesundheitspolitik beeinflusst, deren Bezugsrahmen erweitert und die gesundheitspolitischen Koordinaten im europäischen Mehrebenensystem verschiebt. Hierzu tragen zudem der innereuropäische Wettbewerb um möglichst attraktive Arbeitsbedingungen für das Gesundheitspersonal (insbesondere der Ärzte, deren Ausbildung erhebliche Kosten verursacht), die Mobilität der Patienten sowie die Existenz und Förderung von EU-weiten medizinischen Forschungseinrichtungen bei.⁵³⁵

Wie die vorangegangenen Kapitel gezeigt haben, leisten gerade auch grenzüberschreitende Aktivitäten einen wesentlichen Beitrag zur Europäisierung der Gesundheitspolitik:

⁵³³ Vgl. hierzu auch Stein, Hans: a.a.O., S. 103. Stein erwartet hierbei einen ‚unaufhaltsamen Konvergenzprozess‘ der Gesundheitssysteme, der trotz allem zu keiner Harmonisierung führen werde.

⁵³⁴ Im Rahmen der OMK soll die Wartelistenproblematik bislang nur in Bezug auf Hüftgelenks- und Herzoperationen einbezogen werden. Wartelisten-‚Benchmarks‘ sind aber prinzipiell auch in anderen Fachbereichen denkbar und würden den Druck auf die nationalen Gesundheitssysteme mit unterdurchschnittlichen Ergebnissen erheblich steigen lassen. Vgl. Lamping, Wolfram: „Smoke Without Fire? Sozialstaatliches Policy-Making im europäischen Mehrebenensystem – Das Beispiel Gesundheitspolitik“. a.a.O., S. 13.

⁵³⁵ Vgl. Lamping, W./Steffen, M.: „Conclusion – The new politics of European health policy: moving beyond the nation state.“ a.a.O., S. 195.

- Erstens zeigen grenzüberschreitende Aktivitäten *sui generis* die europäische Dimension von Gesundheitspolitik auf. Während sich bis zur Gründung der EU kaum Beispiele für institutionelle grenzüberschreitende Aktivitäten nachweisen lassen, sind sie heute fester Bestandteil in den meisten Grenzregionen der EU. Diese Aktivitäten sind heute nicht nur Nebenprodukt, sondern auch Triebfeder des Europäisierungsprozesses in der Gesundheitspolitik. Als Beleg dafür kann die Einrichtung entsprechender Referate und Abteilungen mit Schwerpunktsetzung EU-Politik in den nationalen Gesundheitsministerien, den Sozialversicherungsträgern und den Ärzteverbänden gelten.⁵³⁶
- Zweitens zwingt die Zunahme grenzüberschreitender Aktivitäten die Mitgliedstaaten zur Steigerung ihrer Systemkompatibilität untereinander, wobei diese zwar selbständig entscheiden, ‚wie‘, nicht aber ‚ob‘ sie diese Kompatibilität gewährleisten können und möchten. Um diese Systemkompatibilität herzustellen, haben beispielsweise die deutschen gesetzlichen Krankenkassen die ‚Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland‘ (DVKA) eingerichtet, die die Kostenübernahme für im EU-Ausland genutzte Krankenversicherungsleistungen organisiert. Über entsprechende Einrichtungen verfügen im Prinzip alle EU-Mitgliedstaaten, wobei die Organisation variiert.⁵³⁷ Auch die Ablösung der bisherigen Auslandskrankenversicherungsscheine durch die europäische Krankenversicherungskarte dient dem Zweck der Systemkompatibilität. Da grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen den Bedingungen des europäischen Binnenmarktes unterliegen, sind alle Handlungsebenen, also sowohl die nationale als auch die europäische Ebene, gezwungen ‚europäisierte‘ Vergütungsmechanismen und Regelungen zu erarbeiten.
- Drittens führt die nicht unerhebliche finanzielle Förderung grenzüberschreitender Aktivitäten durch europäische Strukturfonds zu einer Ver-

⁵³⁶ Ein deutsches Beispiele hierfür ist die Einrichtung einer direkt unterhalb der Staatssekretärs-ebene angesiedelten ‚Zentralabteilung Europa und Internationales‘ zu der neben acht weiteren Referaten auch das Referat ‚Bi- und multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens‘ zählen. Vgl. „Organisationsplan des BMG“. Quelle: <http://www.bmg.bund.de>, Stand: 22.1.2008.

⁵³⁷ Siehe: www.dvka.de, Stand: 8.1.2008. Diese Einrichtung übernimmt auch die Abrechnung von außerhalb der EU in Anspruch genommenen Leistungen, sofern mit dem betroffenen Staat ein bilaterales Abkommen besteht.

änderung der Bedarfsplanung in den Mitgliedstaaten und verändert die bisherigen Versorgungsstrukturen in den Grenzregionen, sowohl in Bezug auf die stationäre und ambulante Versorgung als auch im Bereich der Notfallmedizin.⁵³⁸ Auf diese Weise kann die nationale Bedarfsplanung in finanzielle Abhängigkeit zur europäischen Ebene geraten.⁵³⁹

- Viertens können grenzüberschreitende Aktivitäten bei den EU-Bürgern zu einer veränderten Wahrnehmung der Patientenrechte und zu einer neuen gesamteuropäischen Anspruchshaltung führen. Sowohl in Dänemark als auch in Schweden hat dies zur Etablierung von Behandlungsgarantien beigetragen, die auch eine Behandlung im EU-Ausland vorsehen, falls eine Behandlung innerhalb des garantierten Zeitraums nicht erfolgen kann. Dies darf als ein erstes Anzeichen für eine ‚europäisierte‘ Bedarfsplanung angesehen werden.
- Grenzüberschreitende Projekte in den Bereichen Aus- und Fortbildung, E-Health und Public-Health sowie die Mobilität des Gesundheitspersonals tragen fünftens zu einem unionsweiten Erfahrungs- und Informationsaustausch bei, in dessen Folge eine Harmonisierung der europäischen Qualitätsstandards in der Gesundheitsversorgung an Fahrt gewinnt.⁵⁴⁰
- Der Bedeutungszuwachs grenzüberschreitender Aktivitäten hat zudem, sechstens, zur Etablierung eines europaweiten Politiknetzwerks geführt, das zunehmend an Einfluss gewinnt.

Grenzüberschreitende Aktivitäten sind also nicht nur Ausdruck einer allgemein europäischer werdenden Gesundheitspolitik in den einzelnen Mitgliedstaaten und einer allmählichen Öffnung des europäischen Gesundheitsmarktes, son-

⁵³⁸ Vgl. Kapitel III.1.2.

⁵³⁹ Hierbei sei jedoch angemerkt, dass die EU bei der Mittelvergabe ihrer Strukturfonds keineswegs autonom handelt. Zwar gibt sie die Förderkriterien vor, doch sowohl die nationalen Regierungen als auch Akteure der Mesoebene (z.B. die deutschen Landesregierungen oder die schwedischen Provinzverwaltungen) sind an der Verteilung der Strukturfonds maßgeblich beteiligt. Sie verhandeln über den Ressourceneinsatz der EU bzw. über den von der EU tolerierten Einsatz eigener Mittel. Sturm und Pehle interpretieren diesen Umstand als eine der Europäisierung zuzuschreibenden Aufwertung der subnationalen Ebene, die den europäischen Regionen als Kooperationspartner zu politischem Selbstbewusstsein und zum Teil auch zur politischen Organisationsfähigkeit erst verholfen hätten, insbesondere in zentralistisch organisierten Mitgliedstaaten. Siehe Sturm, Roland/Pehle, Heinrich: „Das neue deutsche Regierungssystem – Die Europäisierung von Institutionen, Entscheidungsprozessen und Politikfeldern in der Bundesrepublik Deutschland“. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage, Wiesbaden 2006, S. 318.

⁵⁴⁰ Vgl. Kapitel III.1.2.

dern sie tragen ihrerseits zu einer Beschleunigung und Verfestigung der Europäisierung in diesem Politikfeld bei. Sie führen dazu, dass der europäische Kontext der Leistungserbringung bei der nationalen Bedarfsplanung berücksichtigt und bisweilen auch eingebunden werden muss, sie bewirken eine (wenn auch nur geringe) Angleichung nationaler Politikstrukturen und sie europäisieren die gesundheitspolitische Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung, die auf die neu geschaffenen Kooperationsformen (insbesondere in der stationären Versorgung, aber zunehmend auch im ambulanten Bereich) zurückgreift, wie die Ergebnisse der in dieser Arbeit präsentierten Studien belegt haben.⁵⁴¹

Doch welche Prognosen lassen sich anhand der bisherigen Europäisierungsforschung in Anbetracht der Zunahme an grenzüberschreitenden Aktivitäten für die Zukunft der Gesundheitspolitik insgesamt ableiten? Für das deutsche Regierungssystem stellen Sturm und Pehle nach einer eingehenden Prüfung der Europäisierung verschiedener Politikbereiche fest, dass es das ‚alte‘ deutsche Regierungssystem mit festen durch Staatsgrenzen markierten Grenzlinien politischer Gestaltung nicht mehr gebe.⁵⁴² Bezogen auf die Politikfelder Umweltpolitik, Wettbewerbs- und Verkehrspolitik konstatieren sie zugleich, dass die Herausbildung europaweiter regulatorischer Regime die Europäisierung dieser Bereiche erheblich vorangetrieben habe, dass aber zugleich Schwierigkeiten bei der Anpassung nationaler Politikfeldtraditionen an die neuen regulatorischen Zwänge bestünden.⁵⁴³

Bezogen auf die Gesundheitspolitik kann hierzu festgestellt werden, dass die ‚alten Grenzlinien politischer Gestaltung‘ bislang weitestgehend erhalten geblieben sind und das *obwohl* ein entsprechendes regulatorisches Regime auf europäischer Ebene auch in diesem Politikfeld identifiziert werden kann. Doch dieses Regime verfügt formal-rechtlich eben nur über eine ergänzende und koordinierende Funktion. Ihre potentiell politikgestaltende Ausgleichsfunktion kann die europäische Gesundheitspolitik wie in Kap. III.2.1.3 dargestellt nur über ‚weiche‘ Steuerungsmechanismen ausüben. Die oben beschriebenen Anpassungsschwierigkeiten nationaler Politikfeldtraditionen ergeben sich im

⁵⁴¹ Vgl. Kapitel III.1.

⁵⁴² Siehe Sturm, Roland/Pehle, Heinrich: a.a.O., S. 359.

⁵⁴³ Ebd., S. 363.

Bereich der Gesundheitspolitik daher nur in jenen Bereichen, in denen das Nichtharmonisierungsgebot der Koordinierungsfunktion europäischer Gesundheitspolitik unterworfen werden muss. Und dies ist vor allem im Bereich grenzüberschreitender Aktivitäten zu beobachten. Für die zukünftige Europäisierung der Gesundheitspolitik wird daher von maßgebender Bedeutung sein, ob es der EU gelingt, dieses ‚Einfallstor‘ für eigene Zwecke zu nutzen. Hierzu kann sie zwei wesentliche Strategien anwenden: Erstens kann sie darauf hinwirken, dass die bisherigen Regelungen zur Übertragbarkeit von Sozialleistungen ‚gestrafft‘ werden. Einen solchen Versuch hat die Kommission jüngst unternommen, indem sie eine Novellierung der Verordnung 1408/71 vorgelegt hat,⁵⁴⁴ und indem sie darüber hinaus versucht, die Verwaltungsprozeduren zu vereinfachen, etwa durch die Einführung der EHIC, welche jedoch bislang kaum die gewünschte Wirkung entfaltet hat. Zweitens kann die EU versuchen, ihre Strukturförderung gezielt als Druckmittel zur Erreichung eigener Ziele in den Nationalstaaten einzusetzen.⁵⁴⁵ Beispielsweise könnte sie zukünftig die Vergabe der Fördermittel zur Erreichung der im Rahmen der OMK gesetzten ‚Benchmarks‘ einsetzen. Bei einer entsprechenden Ausweitung der OMK-Indikatoren könnten den Regionen ganz gezielt Fördermittel zum Abbau von Wartelisten oder zur Durchführung europäisch gewünschter Public-Health-Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden. Auf diese Weise könnten insbesondere die Gesundheitssysteme der kleineren Mitgliedstaaten unter Zugzwang geraten. Doch die in Kapitel III.1.2 präsentierten Beispiele grenzüberschreitender Aktivitäten zeigen, dass die Strukturförderung bereits aktuell ein wirkungsvolles Instrument zur europäischen Einflussnahme auf die Gesundheitssysteme darstellt. Auch diese beiden Europäisierungsstrategien lassen sich als Ansätze einer ‚Integration hinter dem Rücken‘ interpretieren.

⁵⁴⁴ Auf die Erfolgsaussichten dieser Initiative wird im Schlussteil dieser Arbeit eingegangen werden. Vgl. Kapitel IV.

⁵⁴⁵ Vgl. hierzu auch Vogt, Matthias: „Die Entscheidung als Handlungsform des europäischen Gemeinschaftsrechts“. Tübingen 2005, S. 306.

3.3.4 Beipässe und Umgehungsstrategien

Als Beipassstrategie bezeichnen Obinger, Leibfried und Castles⁵⁴⁶ eine Integrationsstrategie, durch die die von Scharpf diskutierten systemimmanenten Politikverflechtungsfallen von Mehrebenensystemen in einzelnen Politikfeldern umgangen werden sollen. Dabei stehen der effektive Gebrauch und die Ausweitung der Kompetenzen der jeweils übergeordneten Ebene im Mittelpunkt. Ihr Ziel müsse sein, ihren Einfluss auf Politikfelder, die bislang nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, auszubauen.

Da der Integrationsprozess der EU aufgrund der Rigidität der vorhandenen politischen Strukturen blockiert werde, – die EU in Bezug auf eine gemeinsame europäische Sozial- und Gesundheitspolitik mithin in einer Entwicklungsfalle gefangen sei,⁵⁴⁷ – dürfte auch eine positive Integration der Gesundheitspolitik in absehbarer Zeit nicht anstehen. Obinger et.al untersuchen die Möglichkeiten für das Entstehen eines europäischen Wohlfahrtsstaates und verweisen dabei auf die Erfahrungen, die bei der Entwicklung des Wohlfahrtsstaates in sechs wohlhabenden Bundesstaaten gemacht wurden.⁵⁴⁸ Sie erklären, dass es auch für die Regierungen der untersuchten Bundesstaaten schwierig gewesen sei, sich in sozialpolitischen Bereichen zu engagieren und ein einheitliches wohlfahrtstaatliches System einzuführen, wenn die sozialpolitischen Kompetenzen vorher auf lokaler bzw. regionaler Ebene angesiedelt gewesen seien:

„Die empirische Evidenz der ökonometrischen Forschung ist (...) eindeutig und stützt die Annahme, dass vertikale Machtteilung die Expansion von Staatstätigkeit im Zaum hält.“⁵⁴⁹

⁵⁴⁶ Obinger, Herbert/Leibfried, Stephan/Castles, Francis G.: „Beipässe für ein ‘Soziales Europa’: Lehren aus der Geschichte des westlichen Föderalismus“. In: Der Staat, Band 44, Heft 4/2005, S. 505 - 541.

⁵⁴⁷ Vgl. ebd. S. 506. Im Kontext dieser Dissertation wird die Bedeutung der Beipassstrategie für die Gesundheitspolitik im Besonderen hervorgehoben, obwohl eine entsprechende Unterteilung der Sozialpolitik im Aufsatz von Obinger et.al. nicht vorgenommen wird. Die Autoren beschäftigen sich in ihrem Aufsatz mit der Wohlfahrtsstaatsentwicklung der EU im Allgemeinen.

⁵⁴⁸ Dabei berücksichtigen sie, dass zwischen der politischen Struktur der EU und den untersuchten Bundesstaaten (nämlich Australien, Deutschland, Kanada, Österreich, die Schweiz und die Vereinigten Staaten von Amerika) erhebliche Unterschiede bestehen. Die ‚quasi-föderale‘ Union sei ein einzigartiges Mehrebenen-System mit eigentümlichen Merkmalen: (1.) einer ausgeprägten Tendenz zu Politikverflechtungsfallen und politischer Unbeweglichkeit, (2.) einer zentralen Rolle der Gerichtsbarkeit in der Politikentwicklung, und (3.) einer ungewöhnlich engen Koppelung mit (Binnen-) Marktprozessen. Vgl. ebd., S. 526.

⁵⁴⁹ Obinger, Herbert/Leibfried, Stephan/Castles, Francis G.: a.a.O., S. 511.

Als Ausweg aus diesem Dilemma sei in den untersuchten Föderalstaaten daher auf verschiedenartige ‚Beipassstrategien‘ (bzw. Umgehungsstrategien) zurückgegriffen worden. Dabei sei ein entsprechend starrer Föderalismus umgangen worden, indem die übergeordnete Regierungsebene gezielt bestimmte Typen der Politikverflechtung förderte, die ihre eigene Interventionskompetenz zu steigern vermochte.⁵⁵⁰ Hierzu zählten (abhängig von den jeweils untersuchten Bundesstaaten) die folgenden Beipässe:

- der so genannte ‚Patchwork-Quilt‘-Beipass (oder Flickenteppich), bei dem die fehlende nationale Kompetenz in der Sozialpolitik durch eine Vielzahl von Arrangements zwischen Bund und Gliedstaaten wettgemacht wird, indem letztere in die Pflicht genommen werden, bundesweit festgelegte Programme umzusetzen. Hierbei kommen erstens der ‚joint-decision‘-Politikverflechtungstypus, bei dem die Zustimmung sowohl der lokalen/regionalen als auch der nationalen Regierungsebene erforderlich ist, um sozialpolitische Politikprogramme umzusetzen, und zweitens der ‚geteilte Kosten‘-Politikverflechtungstypus, bei dem die Bundesregierung sich gezielt an der Finanzierung von Mehrebenenprogrammen beteiligt, zum Tragen.
- die Ausweitung der bundesstaatlichen ‚Regulierung‘ mit dem Ziel, den Aktionsradius der untergeordneten Ebenen einzuschränken, beispielsweise durch eine nationale Rahmengesetzgebung, die beim Gesetzgebungsprozess der Teilstaaten eingehalten werden muss und zuletzt
- die Umgehungsstrategie ‚Parafiskus‘. Damit bezeichnen sie einen Beipass, wie er aus dem deutschen und österreichischen Sozialwesen bekannt ist. Um die Verhandlung sozialpolitischer Probleme nicht durch Politikverflechtungsfallen zu behindern, könne „gewissermaßen in der Vertikale – parallel zum Staat – eine neue Neben-Ebene, ein Nebenstaat geschaffen [werden], eben die Parafiski.“⁵⁵¹ Diese vom ‚Normalstaat‘ abgekoppelten Einrichtungen schufen Exit-Optionen dafür, Kosten vom normalen föderalen Haushaltssystem auf die parafiskalischen Budgets umzuschichten. Beispiele für solche parafiskalischen Einrichtungen sind etwa die Körperschaften öffentlichen Rechts im deutschen

⁵⁵⁰ Vgl. ebd.

⁵⁵¹ Obinger, Herbert/Leibfried, Stephan/Castles, Francis G.: a.a.O., S. 517.

Gesundheitswesen (KVen und GKV), die aufgrund ihrer rechtlich abgesicherten Autonomie ebenso(wenig) von Entscheidungen der Bundes- wie von Landesebene abhängig sind, was dem Bund die Möglichkeit eröffnet, eigene sozialpolitische Impulse einzubringen.

Im Anschluss an die Analyse dieser drei Interventionskompetenzen der oberen nationalen Politikebene in den untersuchten Bundesstaaten prüften Obinger et.al. deren Anwendbarkeit für die wohlfahrtstaatliche Weiterentwicklung der EU. Diese Prüfung soll im Folgenden erläutert und um eine explizit gesundheitspolitische Einschätzung erweitert werden:

- ‚Patchwork-Quilt‘-Beipass: Besonders bei der Entwicklung der beiden nordamerikanischen Staaten USA und Kanada sei diese Strategie zum Einsatz gekommen. Durch gemeinsam mit der untergeordneten Regierungsebene festgelegte Programme in der Sozialpolitik und mit Hilfe finanzieller Förderung (bzw. der Ausübung ihrer ‚spending power‘) sei es den beiden Bundesregierungen jeweils gelungen, die Politikentwicklung auf der untergeordneten Ebene zu beeinflussen. Diese ‚Sozialpolitik mit anderen Mitteln‘ sei beispielsweise in Form einer steuerlichen Begünstigung der privaten Vorsorge und bestimmter betrieblicher Sozialprogramme in eine von der Bundesregierung gewünschte Richtung gelenkt worden, trotz fehlender direkter Kompetenzen in der Sozialpolitik.⁵⁵²

Obwohl Obinger et.al. diese Strategie auf die EU bezogen für ungeeignet halten, da die Union keinen entsprechenden Einfluss auf die Steuerpolitik der Mitgliedstaaten habe, kann sie (unter Verweis auf die Ergebnisse des vorangegangenen Kapitels) durchaus dazu genutzt werden, die europäischen Kompetenzen in der Gesundheitspolitik auszuweiten. Schließlich unterliegt die überwiegende Zahl der grenzüberschreitenden Aktivitäten einem Kofinanzierungsprinzip, das sich treffend mit Hilfe des ‚geteilte Kosten‘-Politikverflechtungstypus beschreiben lässt. Durch eine entsprechende Bezuschussung grenzüberschreitender Versorgungsstrukturen könnte

⁵⁵² Vgl. Obinger, Herbert/Leibfried, Stephan/Castles, Francis G.: a.a.O., S 531.

die EU eine Abhängigkeit der mitgliedstaatlichen Versorgungsplanung herbeiführen, durch die sie ihren gesundheitspolitischen Einfluss steigern könnte.⁵⁵³ Durch zusätzliche Verflechtung der europäischen und der mitgliedstaatlichen Ebene im Rahmen weiterer gesundheitspolitischer Aktionsprogramme und durch die Betonung des Querschnittscharakters europäischer Gesundheitspolitik⁵⁵⁴ sowie durch die intensive Ausübung der genannten Ergänzungsfunktion ließe sich außerdem gezielt eine ‚joint-decision‘-Politikverflechtung vorantreiben, um auf diese Weise den gesundheitspolitischen ‚Flickenteppich‘ weiter zu weben und den Einflussbereich der EU zu weiten.

- ‚Regulativer‘ Beipass: Eine wirksame Strategie zur Ausweitung der sozialpolitischen Kompetenzen der EU sehen Obinger et.al. im ‚regulativen‘ Beipass, also in der Etablierung und Umsetzung von Richtlinien im gegebenen Rahmen der (geringen) sozialpolitischen Kompetenzen der Union, die weitreichende Auswirkungen auf die Organisation und Finanzierung der einzelnen Sozialsysteme haben können.⁵⁵⁵ Es geht bei der regulativen Umgehungsstrategie also letztlich darum, dass die EU ihre vorhandenen Kompetenzen im Sinne positiver Integration extensiv nutzt, um sozial- und gesellschaftspolitische Fortschritte zu erzielen, die von der europäischen Gerichtsbarkeit intensiv begleitet werden. Sie sprechen hierbei folglich auch von einer „Integration durch Recht“⁵⁵⁶. Auf diese Weise könne die EU außerdem ohne eigenen ökonomischen Einsatz aktiv werden. In diesem Zusammenhang verweisen sie zudem auf die Möglichkeiten der ‚sanfteren‘ Umgehungsstrategie der ‚politischen Koordinierung‘, deren prominentestes Beispiel die OMK ist.

Aufgrund ihrer Ergänzungsfunktion kommt der EU im Bereich der Gesundheitspolitik eine gewisse Regulierungskompetenz insbesondere im Public-Health-Bereich zu. Daher könnte argumentiert werden, dass der

⁵⁵³ Wobei Obinger et.al zurecht darauf hinweisen, dass insbesondere die großen Beitragszahler der EU aktuell bestrebt sind, ihre Zuschüsse zu reduzieren. Vgl. ebd.

⁵⁵⁴ Vgl. Weidenfeld, Werner: „Ein Wirtschafts- und Sozialmodell für Europa? – Wettbewerb der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union“. A.a.O., S. 35.

⁵⁵⁵ Als Beispiel nennen sie eine neue gesamteuropäische und gesellschaftsumfassende Antidiskriminierungsgesetzgebung. Obinger, Herbert/Leibfried, Stephan/Castles, Francis G.: a.a.O., S. 535ff.

⁵⁵⁶ Ebd., S. 537.

Health-Bereich zu. Daher könnte argumentiert werden, dass der ‚regulative‘ Beipass in diesem Politikfeld ohnehin rechtlich verankert ist und somit keinen ‚Umgehungscharakter‘ besitzt. Schließlich kann die EU bereits heute, wenn auch nur in Abstimmung mit den Mitgliedstaaten, wesentliche Regulierungen zum Gesundheitsschutz vorgeben. Dies gilt jedoch nur für solche Maßnahmen, die (dem Subsidiaritätsprinzip streng folgend) zu keinerlei rechtlicher Harmonisierung der nationalen Gesundheitssysteme führen. Dahingegen kann die EU den Mitgliedstaaten gesundheitspolitische Vorgaben machen – und dies zeigt, zu welchem widersinnigen Begleiterscheinungen das Nichtharmonisierungsgebot führt – sofern die eigentliche nationale Organisation des Gesundheitswesens hiervon nicht berührt wird. Beispiele hierfür sind der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz oder die Förderung der Drogenbekämpfung an Schulen.

- ‚Parafiskalischer‘ Beipass: Insbesondere die Vielfalt der unterschiedlichen Wohlfahrtsregime in der EU würden diesen parafiskalischen Pfad nach der Einschätzung Obingers et.al. als sozialpolitische Alternative verhindern, sodass sie dieser Strategie die geringsten Chancen einräumen. Eine Auslagerung staatlicher Kompetenzen durch den Aufbau autonomer Sozialversicherungen und die Beitragsfinanzierung von Sozialleistungen bedeute schließlich „fast zwangsläufig die Übernahme des Bismarckschen Modells sozialer Sicherung, was für viele Länder mit anderen Wohlfahrtsregimen – und die in sie eingelagerten Interessen – wenig attraktiv ist“⁵⁵⁷.

Dieser Einschätzung ist wohl auch in Bezug auf die Gesundheitspolitik zuzustimmen. Es ist kaum vorstellbar, dass etwa die nordischen Staaten bereit wären, sich von ihrem traditionsreichen und zugleich erfolgreichen Sozialstaatsmodell zu verabschieden und die Gesundheitsversorgung zukünftig durch semistaatliche Körperschaften organisieren zu lassen. Schließlich würde dies zugleich eine Abschiednahme von der bisherigen Steuerfinanzierung von Sozialleistungen bedeuten, wofür in keinem der nordischen Staaten eine politische Mehrheit zu erwarten wäre.

⁵⁵⁷ Obinger, Herbert/Leibfried, Stephan/Castles, Francis G.: a.a.O., S. 535.

Stattdessen spricht indes einiges dafür, dass private Versicherungen innerhalb der EU einen Bedeutungszuwachs erlangen werden. Gerade in Anbetracht der weiteren Liberalisierung des Gesundheitsmarktes und der zunehmenden Patientenmobilität eröffnen sich neue Geschäftsfelder für private Krankenversicherungen. In Deutschland erfüllt die PKV den vornehmlichen Zweck, vermeintliche und tatsächliche Versorgungslücken der GKV zu schließen, indem sie entweder als Zusatzversicherung entsprechende Leistungen versichert oder indem sie im Rahmen einer Vollversicherung ein insgesamt weiteres Leistungsspektrum abdeckt. Eine ähnliche Funktion könnten private Krankenversicherungen in Anbetracht von Versorgungsgefällen zwischen den Mitgliedstaaten auch in staatlich organisierten Gesundheitssystemen erfüllen, indem sie ihren Versicherten ganz gezielt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im EU-Ausland ohne weiteren Kostenaufwand ermöglichen. Eine solche Ökonomisierung von Gesundheitsleistungen würde somit den indirekten wirtschaftspolitischen Einfluss der EU auf die nationale Gesundheitsversorgung stärken.

Die EU ist gemäß ihrer geringen direkten Kompetenzen in der Gesundheitspolitik, die sich auf die Ergänzungs-, Koordinierungs- und Ausgleichsfunktionen beschränken, gezwungen, auf Umgehungsstrategien auszuweichen, sofern sie ihren gesundheitspolitischen Einfluss ausbauen möchte. Aufgrund des Nicht-harmonisierungsgebotes bleiben ihr eine direkte Einflussnahme und Ansätze positiver Integration verwehrt. Dies ist aus mitgliedstaatlicher Perspektive nachvollziehbar und gerechtfertigt, da die Gesundheitspolitik traditionell zu den Kernkompetenzen der Nationalstaaten gehört und die Organisation der Gesundheitsversorgung nah an der Bevölkerung erfolgen sollte, um die Bedürfnisse der Patienten optimal zu bedienen.

3.4 Indirekte Integration – Zusammenfassung

„In der Praxis ist die Entwicklung europäischer Gesundheitspolitik wenig strategisch angelegt, sondern folgt einerseits den unionsweiten Aspekten des Gesundheitsschutzes und andererseits dem Regelwerk des Binnenmarktes.“⁵⁵⁸

Weidenfeld verweist mit dieser Aussage zur Fortentwicklung der europäischen Gesundheitspolitik zwar nicht auf die zahlreichen integrationstheoretischen Deutungsversuche. Dennoch verdeutlicht sie die zentrale Problemstellung europäischer Gesundheitspolitik: ihre Fortentwicklung folgt keiner umfassenden Strategie und ist somit nicht auf ein klar definiertes Ziel ausgerichtet. Eine Integrationstheorie, die beide Entwicklungstrends europäischer Gesundheitspolitik, also die Aspekte des Gesundheitsschutzes (Gesundheitspolitik als Normen setzendes Querschnittsthema) und die gesundheitspolitischen Implikationen des Binnenmarktes (Gesundheitspolitik als ‚Nebenprodukt‘) zu vereinen vermag, ist bisher nicht formuliert worden. Das Gelingen eines solchen Versuchs hängt maßgeblich davon ab, ob zwischen diesen beiden Seiten gesundheitspolitischer Entwicklungstrends Gemeinsamkeiten oder innere Zusammenhänge festgestellt werden können.

Mit Hilfe der verschiedenen in diesem Kapitel verwendeten Integrationstheorien, -ansätze und -strategien konnte für den binnenmarktinduzierten und durch grenzüberschreitende Aktivitäten zusätzlich angetriebenen Integrationsprozess der Gesundheitspolitik aufgezeigt werden, dass eine ‚Integration hinter dem Rücken‘ der Mitgliedstaaten gezielt durch die EU genutzt werden kann, um die gesundheitspolitische Gestaltungshoheit der Mitgliedstaaten zu untergraben. Insbesondere die Europäische Kommission kann, der diskutierten Beipassstrategie folgend, ganz gezielt versuchen, ihren Einflussbereich auszudehnen, indem sie möglichst extensiven Gebrauch von ihren vorhandenen regulativen und wirtschaftspolitischen Kompetenzen macht und die verabschiedeten Richtlinien möglichst weitreichend interpretiert. Die Deregulierung des Binnenmarktes und deren – durch den Europäischen Gerichtshof bestätigte – Folgewirkungen für die Gesundheitspolitik helfen ihr dabei zusätzlich, den Gestaltungsspielraum nationaler Gesundheitspolitik

⁵⁵⁸ Weidenfeld, Werner: „Ein Wirtschafts- und Sozialmodell für Europa? – Wettbewerb der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union“. a.a.O., S. 28.

lich, den Gestaltungsspielraum nationaler Gesundheitspolitik einzuschränken. Grenzüberschreitende Aktivitäten können der EU in diesem Zusammenhang als ein Instrument zum indirekten Ausbau ihrer gesundheitspolitischen Kompetenzen dienen. Durch eine zunehmende Verflechtung nationaler und europäischer Finanzierungs- und Organisationsstrukturen, die zur Herstellung der genannten Systemkompatibilität benötigt werden, zwingen solche Aktivitäten die bislang weitestgehend autonom handelnden nationalen Gesundheitspolitiken in ein Abhängigkeitsverhältnis zur supranationalen Ebene.

Wenngleich eine derartige indirekte Beeinflussung der nationalen Gesundheitssysteme zukünftig zu einem höheren Verflechtungsgrad der gesundheitspolitischen Ebenen führen wird und der EU ein größeres Maß an gesundheitspolitischer Gestaltungskompetenz einräumt, werden sich die Mitgliedstaaten jedoch auch weiterhin gegen eine weitreichende europäische Integration der Gesundheitspolitik wehren, sodass eine Übertragung der gesundheitspolitischen Kernkompetenzen auch langfristig nicht zu erwarten ist.

Grenzüberschreitende Aktivitäten als Werkzeug der ‚indirekten‘ Integration werden zukünftig wohl noch deutlicher als bislang dazu beitragen, dass schrittweise ein höherer Vergemeinschaftungsgrad der Gesundheitspolitik als bisher erreicht wird.

IV Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund demographischer, ökonomischer und fortschrittsbedingter Herausforderungen im Bereich der Gesundheitspolitik sollte in dieser Arbeit der Frage nachgegangen werden, welche Auswirkungen grenzüberschreitende Aktivitäten auf die Europäisierung dieses bislang weitestgehend im nationalen Kompetenzbereich verankerten Politikfeldes haben. Zusätzlich sollte untersucht werden, welchen Bedeutungszuwachs die europäische Gesundheitspolitik zukünftig aus den qualitativ und quantitativ zunehmenden Interaktionen zwischen den Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten wird erfahren können, welchen Mehrwert eine weitere Integration der Gesundheitspolitik verspricht und wie wahrscheinlich ihre Umsetzung ist.

Für den Zweck dieser Untersuchung wurden fünf Hypothesen formuliert und geprüft. Im Folgenden werden die separat gewonnenen Ergebnisse zusammengeführt und hinsichtlich der Leitfrage, ob grenzüberschreitende Aktivitäten tatsächlich als ‚Triebfeder für die Europäisierung der Gesundheitspolitik‘ dienen können, diskutiert.

Hypothese 1: Es konnte gezeigt werden, dass eine Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich und das Zustandekommen grenzüberschreitender Aktivitäten konkrete Anforderungen an die jeweils kooperierenden Systeme stellen. Als hierfür notwendige Kriterien konnten identifiziert werden:

- Die Zuständigkeit bzw. die rechtliche Handlungsbefugnis der an der Kooperation teilnehmenden Akteure muss gewährleistet sein. Entsprechende Aktivitäten können dabei jedoch auch bei einer ‚Handlungsebenenasymmetrie‘ zustande kommen.
- Es muss eine tragfähige Finanzierungsbasis bestehen.
- Personelle Ressourcen und eine belastbare Infrastruktur müssen gewährleistet sein.

- Die beteiligten Akteure müssen über eine gemeinsame sprachliche, kulturelle und ethische Grundlage verfügen.⁵⁵⁹

Nur wenn ein solches Mindestmaß an ‚Systemkompatibilität‘ gegeben ist, können grenzüberschreitende Kooperationen und Aktivitäten im Gesundheitsbereich überhaupt stattfinden. Eine solche Systemkompatibilität kann im Prinzip allen europäischen Gesundheitssystemen attestiert werden und zwar unabhängig vom jeweils identifizierbaren Systemtyp. Allerdings konnte festgestellt werden, dass bei einer Zusammenarbeit gegensätzlicher Gesundheitssystemtypen – also etwa eines steuerfinanzierten Systems mit einem System mit Pflichtversicherung – meist höhere institutionelle Hindernisse überwunden werden müssen, was einen höheren Organisationsaufwand zur Folge haben kann. Umgekehrt konnte diagnostiziert werden, dass sich entsprechende ‚Andockstellen‘ umso leichter identifizieren lassen, je stärker die Systeme dem liberalen Gesundheitssystemtyp entsprechen.⁵⁶⁰ Aus diesen Feststellungen lässt sich somit folgern, dass grenzüberschreitende Aktivitäten in Folge einer weiteren Liberalisierung des Gesundheitsmarktes zunehmen dürften. Wenngleich mit Hilfe der Verordnung 1408/71 und der dazugehörigen Durchführungsverordnung 574/72 die Systemkompatibilität im Bereich der Patientenmobilität gesteigert werden soll, kann dieses insgesamt über 500 Seiten umfassende Regelwerk nicht als Ausdruck einer entsprechenden Deregulierung gelten.⁵⁶¹ Auch für andere grenzüberschreitende Aktivitäten im Gesundheitsbereich lässt sich eine hohe Regelungsdichte nachweisen, wie etwa die beim Aufbau gemeinsamer Versorgungsstrukturen in Grenzregionen zu berücksichtigenden Vorgaben der nationalen Vergütungssysteme.

Hypothese 2: Die Prüfung der zweiten Hypothese hat gezeigt, dass Maßnahmen zur Förderung grenzüberschreitender Aktivitäten nicht nur für einzelne Patienten, sondern durchaus auch für ganze Gesundheitssysteme vorteilhaft sein

⁵⁵⁹ Vgl. Kapitel II.1.3. Hierzu wurden insbesondere Ergebnisse der lögd-Studie herangezogen. Vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögd), Final Report: „Evaluation of border regions in the European Union“. a.a.O., S. 69.

⁵⁶⁰ Vgl. Kapitel II.1.3.

⁵⁶¹ Vgl. VO 1408/71 und VO 574/72. Der beträchtliche Umfang dieses Regelwerks ergibt sich aus der Vielfalt der Systeme, aus der Komplexität des Rechtsgebiets und aus der Vielzahl an gesondert zu behandelnden Sachverhalten. Nur wenige Abschnitte sind somit für den betroffenen Patienten von Belang. Um die individuelle Patientenmobilität zu erleichtern wären einfache und nachvollziehbare Regelungen sinnvoll und notwendig.

können, selbst wenn die ökonomischen Auswirkungen entsprechender Aktivitäten, gemessen an den aktuellen Gesamtgesundheitsausgaben der Mitgliedstaaten, bislang kaum relevante Ausmaße angenommen haben. Doch gerade durch eine intensiviertere Koordination und Kooperation hinsichtlich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung werden zukünftig Synergien erzielt werden können: so hilft beispielsweise die gemeinsame Nutzung von Versorgungsstrukturen, schon heute Kosten einzusparen, Wartelisten abzubauen, dem vielerorts feststellbaren Ärztemangel entgegenzuwirken und eine Doppelung kostspieliger Infrastruktur zu vermeiden, insbesondere in grenznahen Regionen. Anhand der Fallstudien für Deutschland und Schweden konnte bestätigt werden, dass diese Vorteile bereits heute genutzt werden. In diesem Zusammenhang konnte ebenfalls belegt werden, dass die nationale Affinität zu grenzüberschreitenden Aktivitäten steigt, wenn die Interaktion mit anderen Gesundheitssystemen als Möglichkeit zum Abbau nationaler Mängel erkannt wird und Chancen zur Lösung interner Herausforderungen bietet.

Zugleich wurde jedoch auch deutlich, dass nicht allen ‚Problemanalogien‘⁵⁶² in der Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten durch eine politisch denkbare (wenngleich rechtlich aktuell nicht vorgesehene) Ausweitung europäischer Kompetenzen in der Gesundheitspolitik begegnet werden kann. Hierzu gehören insbesondere die bestehenden Finanzierungs- und Solidaritätsdefizite. Grenzüberschreitende Aktivitäten können somit lediglich einen kleinen, aber trotz allem nicht zu vernachlässigenden Beitrag zur Problemlösungskapazität in der nationalen Gesundheitspolitik leisten.⁵⁶³

Hypothese 3: Im dritten Teil der Arbeit konnte belegt werden, dass grenzüberschreitende Aktivitäten zwischen den Mitgliedstaaten der EU im Gesundheitsbereich insbesondere in den vergangenen zehn Jahren an Bedeutung gewonnen haben. Im Rahmen einer systematischen Erhebung und Evaluation institutioneller und individueller grenzüberschreitender Aktivitäten – insbesondere durch die empirische Untersuchung der individuellen Patientenmobilität entlang der deutsch-dänischen Grenze – konnte gezeigt werden, dass Patienten, Leistungserbringer sowie staatliche und semistaatliche Akteure in zunehmendem

⁵⁶² Siehe Schaub, Vanessa E.: a.a.O., S. 33.

⁵⁶³ Vgl. Kapitel II.2.5.

Maße die nationalen Grenzen überwinden, um eine optimierte Gesundheitsversorgung zu nutzen bzw. anzubieten oder herzustellen. So konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass sich deutsche Ärzte im deutsch-dänischen Grenzgebiet inzwischen gezielt auf die Behandlung dänischer Patienten eingestellt haben. Dies dürfte zu der ebenfalls nachgewiesenen Zunahme an dänischen Patientenbesuchen in norddeutschen Praxen beigetragen haben.

Dabei wurde deutlich, dass die Auswirkungen der vier Binnenmarktfreiheiten, die zunehmende Mobilität der europäischen Bevölkerung und die Eignung grenzüberschreitender Aktivitäten zum Ausgleich nationaler Versorgungsgefälle einen Bedarf an zusätzlicher Koordination zwischen den Systemen hervorgehoben haben. Sowohl die Studie zur individuellen Patientenmobilität als auch die Auswertung der institutionellen grenzüberschreitenden Kooperationen haben gezeigt, dass eine große Bandbreite unterschiedlicher Arten und Formen entsprechender Aktivitäten besteht. Während manche Aktivitäten auf über Jahre gewachsenen Strukturen basieren und regionale Insellösungen hervorgebracht haben, finden andere Initiativen eher spontan statt, indem Partner verschiedener Handlungsebenen in unterschiedlichen Staaten gemeinsame Projekte organisieren. Diese Vielfalt zeigt, dass Gesundheitspolitik längst nicht mehr auf den nationalen Bezugsrahmen festgelegt ist. Doch die Synergien aus solchen Kooperationsformen dürften noch größer ausfallen, wenn die Etablierung entsprechender Partnerschaften auf einem bereits vorhandenen Gerüst (etwa dem Interreg-Programm) aufgebaut werden könnten. Auf europäischer Ebene müssten diese Strukturen jedoch durch eindeutige gesundheitspolitische Vorgaben zur Anwendung von Marktmechanismen im Gesundheitsbereich gestützt werden.

Hypothese 4: Die aktuellen Zuständigkeiten der EU in der Gesundheitspolitik wurden durch die Prüfung der vierten Hypothese näher beleuchtet. Wurde in den ersten Teilen der Arbeit die ‚Gesundheitspolitik in Europa‘ untersucht, rückte in den beiden darauf folgenden Teilen eher die ‚europäische Gesundheitspolitik‘ in den Untersuchungsfokus. Bei der Analyse konnten drei wesentliche Funktionen europäischer Gesundheitspolitik identifiziert werden, nämlich:

- eine Ergänzungsfunktion: indem sie dem Subsidiaritätsprinzip folgt, wird sie in jenen gesundheitspolitisch relevanten Feldern tätig, die auf nationaler Ebene nur unzureichend behandelt werden können, etwa die Bekämpfung weit verbreiteter schwerer Krankheiten oder global auftretender Seuchen.
- eine Koordinierungsfunktion: indem sie die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten fördert und, etwa im Rahmen der OMK, hilft, gemeinsame gesundheitspolitische Ziele zu formulieren, trägt sie auf diese Weise zu einer Harmonisierung der gesundheitspolitischen Ziele in den Mitgliedstaaten bei und schafft eine Basis für weitere grenzüberschreitende Aktivitäten.
- eine Ausgleichsfunktion: Mit Hilfe dieser Funktion versucht sie, aus der Binnenmarktintegration entstehenden sozialen Härten entgegenzuwirken. Diese Funktion ist zwar formal-rechtlich nicht im europäischen Vertragswerk verankert, kann aber an verschiedenen gesundheitspolitisch relevanten Initiativen der EU abgelesen werden.⁵⁶⁴ Das prominenteste Beispiel hierfür ist der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, den sie durch entsprechende Verordnungen zu fördern versucht.

Obwohl aufgezeigt werden konnte, dass die Gemeinschaftsinstitutionen bestrebt sind, die Gesundheitspolitik stärker als bisher zu integrieren, ist es bis heute de jure bei der seit dem Vertrag von Maastricht etablierten und durch den Vertrag von Amsterdam gefestigten, dem Subsidiaritätsprinzip folgenden Verteilung geblieben: die Mitgliedstaaten sind alleine für die Gesundheitsversorgung auf ihrem Territorium zuständig, während der Einfluss der EU auf gemeinschaftsübergreifende Aktivitäten im Rahmen von Aktionsprogrammen und ‚weiche‘ Steuerungsmechanismen wie die OMK beschränkt bleibt. Zugleich wurde jedoch gefolgert, dass es gerade aufgrund dieser Mechanismen zukünftig (de facto) zu einer weiteren Aufweichung dieser strikten Kompetenzverteilung kommen dürfte.

Hypothese 5: Im letzten Untersuchungsabschnitt dieser Arbeit sollte die Annahme, dass die Integration und Europäisierung der Gesundheitspolitik indirekt

⁵⁶⁴ Vgl. Kapitel III.2.1.

durch grenzüberschreitende Aktivitäten begünstigt wird, theoretisch geprüft werden. Eine Integrationstheorie, die die beiden maßgeblichen Bestandteile europäischer Gesundheitspolitik gleichermaßen umfasst, – nämlich einerseits eine als Querschnittsthema angelegte Politik, die in allen europäischen Politikfeldern berücksichtigt werden muss und andererseits eine als ‚Nebenprodukt‘ der Binnenmarktintegration entstandene Politik, die vornehmlich dazu dient, die Voraussetzungen für grenzüberschreitende Aktivitäten zu optimieren – ist bislang nicht formuliert worden. Um diesem Defizit zu begegnen, wurden in diesem Kapitel verschiedene Integrationstheorien, -ansätze und -strategien kombiniert und auf ihre Brauchbarkeit in Bezug auf die Entwicklungstrends europäischer Gesundheitspolitik hin überprüft. Die EU ist in Anbetracht ihrer geringen direkten Kompetenzen in der Gesundheitspolitik gezwungen, auf Umgehungsstrategien auszuweichen, sofern sie ihren gesundheitspolitischen Einfluss ausbauen möchte. Doch wenngleich mit einem zukünftig höheren Verflechtungsgrad der gesundheitspolitischen Ebenen aufgrund einer derartigen indirekten Beeinflussung der nationalen Gesundheitssysteme gerechnet wurde, so wurde dennoch das Fazit gezogen, dass sich die Mitgliedstaaten auch weiterhin gegen eine weitreichende europäische Integration der Gesundheitspolitik wehren werden, sodass eine Übertragung der gesundheitspolitischen Kernkompetenzen auch langfristig nicht zu erwarten sein wird.

V Ergebnisse: Opportunitätsbedingte Entwicklungsperspektiven europäischer Gesundheitspolitik

Welche Schlüsse lassen sich hieraus für die zukünftige Entwicklung der Gesundheitspolitik und die Kompetenzverteilung zwischen nationaler und europäischer Ebene ziehen? Wurde in Kapitel II.1.1 aufgezeigt, dass sich die nationalen Gesundheitssysteme entlang jeweils eigener ‚Pfade‘ entwickelt haben, so lässt sich Vergleichbares auch für die europäische Gesundheitspolitik feststellen. Der Pfad, dem die europäische Gesundheitspolitik folgt, ist jedoch weniger das Resultat einer selbständig entwickelten Strategie, als vielmehr eine durch die Vorgaben des Gemeinschaftsrechts definierte Politik. Aufgrund der strengen Trennung zwischen nationaler und supranationaler Kompetenz in der Gesundheitspolitik und der Dominanz der Mitgliedstaaten beim europäischen Gesetzgebungsprozess ist der europäische Einfluss auf jene Bereiche beschränkt, die einen zusätzlichen Beitrag zur nationalen Politik leisten können. Da die EU über keine Kompetenzkompetenz verfügt, die notwendig wäre, um diese scharfe rechtliche Trennlinie zwischen nationaler und supranationaler Kompetenz zu beseitigen, ist sie gezwungen, diesem eingeschlagenen Pfad zu folgen und stattdessen ihre (geringen) Kompetenzen möglichst breit zu interpretieren.

Dabei, und dies war der Forschungsschwerpunkt dieser Arbeit, können grenzüberschreitende Aktivitäten der EU als Instrument zur Ausdehnung ihrer Kompetenzen auch auf die eigentliche nationale Gesundheitsversorgung dienen. Denn je intensiver die Mobilität der EU-Bürger und die grenzüberschreitende Vernetzung der verschiedenen Akteure im Gesundheitsbereich zunehmen, desto geringere Bedeutung kommt dem bisherigen Territorialprinzip in der Gesundheitsversorgung zu. Wenn Bürger berufs- oder wohnortbedingt ihre Lebenswirklichkeit auf mehrere nationale Gesundheitssysteme ausrichten – die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in verschiedenen Systemen somit nicht mehr die Ausnahme, sondern gängige Praxis für sie ist – dann werden sie zunehmend auf eine möglichst unbürokratische, diskriminierungsfreie Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in anderen Systemen drängen. Unterstützung erhalten sie dabei durch die Rechtsprechung des EuGH, die seit den Kohl/Decker-Urteilen aus dem Jahr 1998 immer wieder

verdeutlicht hat, dass auch Gesundheitsleistungen als Dienstleistungen auf dem freien Markt verstanden werden müssen, einem Markt, der keine Diskriminierung ausländischer Anbieter oder eine Abschottung der nationalen Gesundheitsmärkte duldet. Da sämtliche Gesundheitssysteme diesen Vorgaben gerecht werden müssen, bietet die Koordinierung und die Formulierung entsprechender Zielvorstellungen Raum für supranationale europäische Profilierung:

„At European level, health services have to adapt to market rules, while at national level, health services are seen as part of a social model. To overcome this situation and to ensure the social status of health services, we need – possibly paradoxically – to develop a European health policy.“⁵⁶⁵

Dieser Prozess wird jedoch mittelfristig kaum zu einer ‚Entnationalisierung‘ der Gesundheitspolitik führen, da das empirisch überprüfbare Ausmaß der Patientenmobilität trotz allem noch zu gering ist und die Mitgliedstaaten bislang nur wenig Interesse an einer Änderung der bisherigen Kompetenzverteilung zeigen. Stattdessen dürfte es aufgrund ebenenübergreifender Kooperationen, welche für eine reibungslose Abwicklung der Patientenmobilität notwendig sind, zu einer intensiveren Verflechtung der vier gesundheitspolitischen Ebenen kommen. Ähnliche Entwicklungen sind auch für den Bereich der institutionellen grenzüberschreitenden Aktivitäten zu erwarten. So dürfte etwa die zunehmende Kooperation von medizinischen Forschungs- und Versorgungseinrichtungen dazu führen, dass auf supranationaler Ebene Vorschläge zur Erreichung eines möglichst hohen Maßes an Systemkompatibilität der Gesundheitssysteme erarbeitet und formuliert werden. Dies dürfte mittelfristig eben auch Vorschläge zu einer rechtlichen Harmonisierung beinhalten, was zu einer Abschwächung der bisherigen Heterogenität der europäischen Gesundheitssysteme führen und die Gesundheitspolitik insgesamt gegenüber weiteren Integrationsprozessen im Sinne eines ‚cultivated Spillover‘ öffnen würde.

Zugleich hat diese Arbeit aufgezeigt, dass das Engagement der EU-Institutionen sich nicht auf die bloße Koordinierung dieser Aktivitäten, etwa

⁵⁶⁵ Busse, Reinhard/Wismar, Matthias/Berman, Philip C. (Hrsg.): a.a.O., S. 2.

durch die Förderung eines Rechtsrahmens zur Übertragbarkeit von Sozialversicherungsleistungen zwischen den Mitgliedstaaten, beschränkt; zunehmend nutzen sie auch ihre Kompetenzen in anderen Politikfeldern, um grenzüberschreitende Kooperationen im Gesundheitsbereich voranzutreiben. Als Beispiele wurden hierbei der regionalpolitisch begründete Einsatz von Interregmitteln für gesundheitspolitische Kooperationen oder auch der Aufbau eines wissenschaftlichen Netzwerkes zur Evaluation entsprechender Aktivitäten benannt.⁵⁶⁶ Dieses Engagement wurde als Beleg dafür gewertet, dass sich die EU mit ihren bisherigen Kompetenzen in der Gesundheitspolitik nicht begnügt, sondern grenzüberschreitende Aktivitäten gezielt fördert, um ihren Einfluss auf die nationalen Gesundheitssysteme auf diesem indirekten Wege zu expandieren.

Ganz gleich, ob die Ausweitung der europäischen Einflussnahme als Bestandteil einer europapolitischen Strategie zur Kompetenzdehnung zu bewerten ist, oder ob es sich dabei um einen eher beiläufigen Spillover aus der europäischen Wirtschafts- und Regionalpolitik handelt, zeigt sie, dass grenzüberschreitende Aktivitäten prinzipiell als ‚Triebfeder‘ zur gesundheitspolitischen Europäisierung durch die Gemeinschaftsinstitutionen genutzt werden können. Bei einer weiteren Zunahme grenzüberschreitender Aktivitäten im Gesundheitsbereich – womit auch angesichts der empirischen Untersuchung der Patientenmobilität zu rechnen ist – könnte dieser Prozess die Mitgliedstaaten mittelfristig in ein Kompetenzdilemma führen; einerseits könnten sie eine entsprechende Unterstützung durch die EU nutzen, um die Finanzierung und Organisation des eigenen Gesundheitssystems zu entlasten – die Unterstützung der EU würde somit als Ergänzung zu nationalen Handlungsstrategien dienen; andererseits könnten die nationalen Gesundheitssysteme (inklusive der dazugehörigen Bedarfsplanung und Finanzierungshoheit) auf diese Weise in einen schleichenden Abhängigkeitsprozess zur EU in diesem ansonsten so souverän national gestalteten Politikfeld geraten.⁵⁶⁷

⁵⁶⁶ Vgl. Kapitel III.1.4.

⁵⁶⁷ Vgl. Kapitel III.1.4.

VI Ausblick: Jüngste gesundheitspolitische Initiativen der EU – neue Impulse oder ‚pfadabhängige‘ Evolution des bestehenden Europäisierungsprozesses?

In jüngster Vergangenheit fanden auf europäischer Ebene mehrere Entwicklungen statt, die für die Evolution der europäischen Gesundheitspolitik von nachhaltiger Bedeutung sein dürften. Wenngleich der zeitliche Abstand zwischen diesen Ereignissen und dem Ende des Untersuchungszeitraumes nicht groß genug ist, um eine eingehende Interpretation vornehmen zu können, sollen die bis hierher gesammelten Erkenntnisse genutzt werden, um eine vorläufige Beurteilung dieser Vorgänge zu wagen. Dabei soll insbesondere beurteilt werden, ob diese Prozesse eine Weiterentwicklung entlang des oben dargestellten gesundheitspolitischen Pfades der EU darstellen, oder ob es der EU anhand der jüngsten Anstrengungen gelingen könnte, eine Neuausrichtung und Intensivierung ihrer bisherigen gesundheitspolitischen Kompetenzen zu erreichen:

Am 23. Oktober 2007 legte die Kommission in Folge des vorangegangenen Konsultationsprozesses⁵⁶⁸ ein Weißbuch mit dem Titel „Gemeinsam für Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008 – 2013“⁵⁶⁹ vor. Darin werden drei vorrangige strategische Ziele europäischer Gesundheitspolitik mit entsprechenden Maßnahmen präsentiert:

Ziel 1: Förderung der Gesundheit in einem alternden Europa: In Übereinstimmung mit der 2001 vorgelegten Mitteilung der Kommission⁵⁷⁰ und dem Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit⁵⁷¹ aus dem Jahr 2002 wurde auch im aktuellen Weißbuch die Überalterung der Bevölkerung aufgrund niedriger Geburtenraten und steigender Lebenserwartungen als ökonomische und gesellschaftliche Herausforderung benannt.⁵⁷² Um einem alterungsbedingten Anstieg der Gesundheitsausgaben in den Mitgliedstaaten entgegenzuwirken, sollen

⁵⁶⁸ Vgl. Kapitel III.2.5.

⁵⁶⁹ KOM (2007) 630 endgültig.

⁵⁷⁰ KOM (2001) 723.

⁵⁷¹ Beschluss Nr. 1786/2002/EG.

⁵⁷² Vgl. Kapitel I.2.1 dieser Arbeit.

allgemein gesundheitsfördernde Maßnahmen im Bereich der Drogenprävention, der Ernährung, der psychischen Gesundheit und anderer umweltbedingter und sozioökonomischer Gesundheitsfaktoren in Zusammenarbeit zwischen der Kommission und den Mitgliedstaaten umgesetzt werden.

Ziel 2: Schutz der Bürger vor Gesundheitsgefahren: Hierzu sollen in erster Linie Mechanismen zur Überwachung und Reaktion auf Gesundheitsgefahren sichergestellt werden. Diese Maßnahme umfasst die bereits begonnene Arbeit der Gemeinschaft zur wissenschaftlichen Risikobewertung, zur Bereitschaftsplanung und zur Reaktion auf Pandemien und Bioterrorismus etc..

Ziel 3: Förderung dynamischer Gesundheitssysteme und neuer Technologien: Zur Erreichung dieses Ziels wird explizit auf die Patientenmobilität und auf grenzüberschreitende Aktivitäten, vor allem im Bereich E-Health, Bezug genommen. In diesem Zusammenhang wird auf die Bedeutung eines klaren Gemeinschaftsrahmens für sichere, hochwertige und effiziente Gesundheitsdienstleistungen hingewiesen, indem die Anwendung der EG-Rechtsvorschriften auf die Gesundheitsdienstleistungen klargestellt und die Mitgliedstaaten in Bereichen unterstützt werden, in denen koordinierte Maßnahmen den Gesundheitssystemen einen zusätzlichen Nutzen bringen können.

Im zeitgleich angenommenen zweiten „Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008 - 2013)“⁵⁷³ wurde festgelegt, dass die Kommission solche Projekte und Aktionen, die zur Erreichung der genannten Ziele beitragen, mit einem 321 Millionen Euro umfassenden Budget unterstützen soll.⁵⁷⁴

Im Wesentlichen beziehen sich die ersten beiden Ziele des Weißbuches also auf jene Bereiche, in denen die europäische Gesundheitspolitik ihrer Ergänzungsfunktion gerecht werden kann. Die Organisationsstrukturen der nationalen

⁵⁷³ Beschluss Nr. 1350/2007/EG

⁵⁷⁴ Das Gesundheitsprogramm 2008 - 2013 soll auf diese Weise die Ergänzung, Unterstützung und Intensivierung der politischen Maßnahmen der Mitgliedstaaten ermöglichen und – durch den Schutz und die Förderung der Gesundheit und Sicherheit der Bürger sowie durch die Verbesserung des öffentlichen Gesundheitswesens – einen Beitrag zu mehr Solidarität und größerem Wohlstand in der EU leisten. Siehe das Merkblatt zum Gesundheitsprogramm 2008 - 2013 der GD Gesundheit und Verbraucherschutz. Quelle:

http://ec.europa.eu/health/ph_programme/documents/prog_factsheet_de.pdf, Stand: 8.5.2008.

Gesundheitssysteme werden von diesen Zielen und von der Förderung durch das Aktionsprogramm jedoch kaum berührt. Dagegen kann die intensive Förderung verschiedener gesundheitsbezogener Projekte durch die Kommission helfen, im Sinne des genannten ‚Patchwork-Quilt‘-Beipasses eine bewusste Politikverflechtung der zahlreichen gesundheitspolitischen Ebenen zu forcieren. Durch eine gemeinsame Beschlussfassung (‚joint-decision‘-Politikverflechtungstypus) und eine gemeinsame Finanzierung (‚geteilte Kosten‘-Politikverflechtungstypus) könnte es der Kommission gelingen, eine höhere Abhängigkeit der Mitgliedstaaten von der europäischen Gesundheitspolitik herzustellen.

Außerdem könnte die EU auf Grundlage der dritten Zielsetzung des Weißbuches versuchen, ihren Einfluss auf die nationalen Versorgungssysteme auszuweiten. Denn schließlich ließen sich auch Maßnahmen, die der Steigerung des allgemeinen europäischen Versorgungsniveaus dienen, als ein ‚zusätzlicher Nutzen für die Gesundheitssysteme‘ interpretieren und rechtfertigen. So könnte die EU beispielsweise durch eine gezielte Förderung grenzüberschreitender Aktivitäten oder durch eine entsprechende Verfestigung der OMK (indem etwa die Erreichung der bislang relativ bedeutungslosen ‚benchmarks‘ zur Voraussetzung für eine Gewährung entsprechender Fördermittel aufgewertet werden) indirekten Einfluss auf die Ziele der nationalen Versorgungsstrukturen nehmen. Hierzu könnte die Gemeinschaftsebene folglich gezielt finanzielle und organisatorische Mittel einsetzen und den Europäisierungsprozess in den nationalen Gesundheitssystemen beschleunigen.

Am 2. Juli 2008 legte die Kommission (nach einigen Verzögerungen) einen Vorschlag über eine neue Richtlinie zur Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vor.⁵⁷⁵ Diese Richtlinie soll die bislang in Verordnung 1408/71 festgelegten Einzelregelungen zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bündeln, konkreti-

⁵⁷⁵ KOM (2008) 414 endgültig. Die Verzögerung dieser Vorlage beruhte nach Angaben des EurActive-Netzwerks zum einen auf dem Widerstand einiger Europaabgeordneter und zum anderen auf internen Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Folgenabschätzung innerhalb der Kommission. Zudem gab es seitens einiger Mitgliedstaaten die Befürchtung, dass Meinungsverschiedenheiten über die geplante Richtlinie die parallel verlaufende (und inzwischen gescheiterte) Ratifizierung des Lissabonner Vertrags beeinträchtigen könnte. Vgl. Quelle: <http://www.euractiv.com/de/gesundheits/verwirrung-um-eu-richtlinie-gesundheitsdienste/article-169884>, Stand: 13.7.2008.

sieren und in einer einzigen, ausschließlich für die Regelung grenzüberschreitender Gesundheitsleistungen formulierten Richtlinie zusammenfassen:

“A clear, practical framework is needed to enable patients and those who pay for, provide and regulate healthcare to use of cross-border healthcare where that is the best solution. This will also help to unlock huge potential for European cooperation to help improve efficiency and effectiveness of all EU health systems.”⁵⁷⁶

Eine zügige Verabschiedung des Kommissionsvorschlags würde einen Mehrwert für Patienten und Leistungserbringer schaffen. Zugleich würde sie muster­gültig zeigen, wie die Funktionen europäischer Gesundheitspolitik genutzt werden, um das Engagement und den Einfluss der EU auf diesem Politikfeld zu manifestieren.

Drittens wurde am 9. Juni 2008 ein Entwurf zur Änderung der Arbeitszeitrichtlinie 2003/88/EG der europäischen Arbeitsminister vorgelegt.⁵⁷⁷ Diese neuen Regelungen dürften für die nationalen Bedarfsplanungen von nachhaltiger Wirkung sein, da die vorgesehene Verkürzung der Arbeitszeit der einzelnen Ärzte in aller Regel nur durch entsprechende kostenintensive Neueinstellungen von Ärzten kompensiert werden kann. Zwar ist bislang ungewiss, ob das Europäische Parlament diesem Entwurf zustimmen wird, dennoch verdeutlicht auch diese Initiative, dass die EU, trotz ihrer geringen gesundheitspolitischen Kompetenzen, anhand positiver Regulierung in anderen sozial- und wirtschaftspoliti-

⁵⁷⁶ Begründung der Kommission. Quelle:

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/news_en.htm, Stand: 14.7.2008.

Stand:

⁵⁷⁷ Bereits 2003 hatte der EuGH geurteilt, dass die gesamte Zeit, die ein Arzt im Bereitschaftsdienst ableistet, als Arbeitszeit anerkannt werden müsse.⁵⁷⁷ Mehrere europäische Mitgliedstaaten hatten sich jedoch geweigert, diese Urteile in nationales Recht umzusetzen. Nach dem nun vorliegenden Vorschlag soll die maximale wöchentliche Arbeitszeit in Europa zukünftig 48 Stunden betragen und lediglich in Ausnahmefällen auf bis zu 65 Stunden pro Woche ausgeweitet werden können.⁵⁷⁷ Offizielle Dokumente zu den Änderungen sind noch nicht öffentlich zugänglich. Stattdessen muss hier auf verschiedene Presseveröffentlichungen zurückgegriffen werden. Vgl. u.a. Reuters Deutschland: „EU-Einigung auf maximale Arbeitszeit von 48 Stunden“. Quelle:

<http://de.reuters.com/article/topNews/idDEBUC03287020080610>, Stand: 10.7.2008; Spiegel Online: „NEUE ARBEITSZEITRICHTLINIE, Gewerkschafter mobilisieren gegen 65-Stunden-Woche“. Quelle: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,558909,00.html>, Stand: 10.7.2008 und Welt Online: „Bereitschaftsdienste, Ärzte laufen Sturm gegen Arbeitszeit-Beschluss“. Quelle: http://www.welt.de/wirtschaft/article2087338/Aerzte_laufen_Sturm_gegen_Arbeitszeit-Beschluss.html, Stand: 10.7.2008.

schen Feldern weiteren Einfluss auf die im Prinzip nationalstaatlich organisierte Bedarfsplanung ausüben kann. Tatsächlich zeigen diese Beispiele:

„Die europäische Gesundheitspolitik hat längst volle Fahrt aufgenommen. Und die Europäische Kommission steckt das Feld – unabhängig vom Inkrafttreten des Lissabon-Vertrags – munter weiter ab. Es hängt jedoch nicht zuletzt von den Mitgesetzgebern auf EU-Ebene und den Interessenvertretungen im Gesundheitswesen ab, zu bestimmen, wann die Grenze erreicht ist.“⁵⁷⁸

⁵⁷⁸ Spielberg, Petra: „Europäische Gesundheitspolitik: Schleichende Harmonisierung“. In Deutsches Ärzteblatt, Heft 105(27)/2008.

Literaturverzeichnis

Alber, Jens: „Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise“. Frankfurt a. M., New York 1992.

Arthur, W. Brian: „Increasing Returns and Path Dependence in the Economy“. Michigan 1994.

Auel, Katrin: „Europäisierung nationaler Politik“. In Bieling, Hans-Jürgen/Lerch, Maria (Hrsg.): „Theorien der europäischen Integration“. Wiesbaden 2005, S. 293 – 320.

Axt, Heinz-Jürgen/ Milososki, Antonio/ Schwarz, Oliver: „Europäisierung – ein weites Feld. Literaturbericht und Forschungsfragen“. In: „Politische Vierteljahresschrift“, Volume 48, Nr.1/2007, S. 136 – 149.

Bäcker, Gerhard/Naegele, Gerhard u.a. : „Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland“. Band 2. Wiesbaden 2008.

Bambra, Clare: „Sifting the Wheat from the Chaff ‘: A Two-dimensional Discriminant Analysis of Welfare State Regime Theory“. In: Social Policy and Administration 41(2007)1, S. 1 - 28.

Bandelow, Nils C. (2004): „Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus?“. In: Politische Bildung 37, 2, 2004, S. 49-63.

Bandelow, Nils C.: „Gesundheitspolitik: Zielkonflikte und Politikwechsel trotz Blockaden“. In: Schmidt, Manfred G./Zohlnhöfer, Reimut (Hrsg.): „Politik in der Bundesrepublik Deutschland“. Wiesbaden 2006, S. 159 -176.

Bauch, Jost: „Läßt sich das Gesundheitswesen politisch steuern? Die Gesundheitsreform in systemtheoretischer Sicht“. In ders.: „Krankheit und Gesellschaft als gesellschaftliche Konstruktion. Gesundheits- und medizinsoziologische Schriften 1979-2003“. Konstanz 2004, S. 42-47.

Beske, Fritz/Drabinski, Thomas/Zöllner, Herbert: „Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Eine Antwort auf die Kritik“. Kiel 2004.

Beske, Fritz/Drabinski, Thomas/Golbach, Ute: „Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich, eine Analyse von 14 Ländern“. Band 1, Kiel 2005.

Beyer, Jürgen: „Pfadabhängigkeit ist nicht gleich Pfadabhängigkeit! Wider den impliziten Konservatismus eines gängigen Konzepts“. In: Zeitschrift für Soziologie 34,1, 2005, S. 5 – 21.

Bieber, R.: „Föderalismus in Europa“. In: Weidenfeld, Werner (Hrsg.): „Die Europäische Union, Politisches System und Politikbereiche“. Bonn 2006, S. 125 – 140.

- Bieling, Hans-Jürgen: "Intergouvernementalismus". In ders. und Lerch, Marika (Hrsg.): a.a.O., S.91 – 116.
- Bieling, H-J./ Lerch, M.: „Theorien der europäischen Integration: ein Systematisierungsversuch“. In: dies. (Hrsg.): Theorien der Europäischen Integration“. Wiesbaden 2005, S. 9 – 37.
- Börzel, Tanja A.: "Towards Convergence in Europe? Institutional Adaption to Europeanization in Germany and Spain". In: "Journal of Common Market Studies", Nr. 4/1999, S.573 – 596.
- Borchardt, Katja: „Ärztemigration von und nach Deutschland: theoretische und empirische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung der deutsch-polnischen Grenzregion Brandenburg“. Baden-Baden 2006.
- Buch, Roger/Hansen, Kasper.M.: "The Danes and Europe: From EC 1972 to Euro 2000 – Elections, Referendums and Attitudes". In: "Scandinavian Political Studies", Vol. 25, 2002, S. 1 – 27.
- Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel: „Nationale Verzehrsstudie II, Ergebnisbericht“. Teil 1, 2008.
- Busse, Reinhard: „Anwendung der 'offenen Methode der Koordinierung' auf die europäischen Gesundheitswesen. Hintergründe, mögliche Ziele und Indikatoren, Auswirkungen auf Gesundheitssysteme“. In: G+G-Wissenschaft, H.2; 2002, S. 7 - 14.
- Busse, Reinhard: „Neue Verfassung, neue Sozialpolitik?“ In: G+G-Wissenschaft, H.2; 2004, S. 34 – 40.
- Busse, Reinhard: „Europäische Gesundheitspolitik: Grundlagen, Wirkungen und Entwicklung“. In Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (Hrsg.): „Offene Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen – Zuschauen oder Gestalten“. Berlin 2003, S. 57 – 66.
- Busse, Reinhard: „Grenzen auf für die Gesundheit“. In G+G-Wissenschaft, H.12; 2006, S. 28 - 31.
- Busse, Reinhard/Wismar, Matthias/Berman, Philip C. (Hrsg.): "The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States". Amsterdam 2002.
- Busse, Reinhard/Riesberg, Annette: "Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland". WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen 2005.
- Byrne, David (the European Commissioner for Health and Consumer Protection). Zitiert in: IP/04/508, Brüssel 21 April 2004.

Carlsson, Jörg: „Prioriteringar’ in Schweden – Prioritätenlisten als ‚aktive’ Rationierung“. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 5/2005.

Centre for European Social and Economic Policy: „Implications of Demographic Ageing in the Enlarged EU in the Domains of Quality of Life, Health Promotion and Health Care“. Brüssel 2005.

Couchier, Michael: „The Characteristics of the Welfare State. The Treaty Based Method of Patient Mobility“. In : Tijdschrift voor Sociaal Recht / Revue de Droit Social, Gent 2005.

Däubler, Wolfgang: „Die Europäische Union als Wirtschafts- und Sozialgemeinschaft“. In Weidenfeld, Werner (Hrsg.): „Die Europäische Union – politisches System und Politikbereiche“. Bonn 2006, S.273 – 288.

David, Paul A.: „Why Are Institutions the ‘Carriers of History’?: Path Dependence and the Evolution of Conventions, Organizations and Institutions“. In: Structural Change and Economic Dynamics. 1994, 205 - 220.

Deppe, Hans-Ulrich: „Die soziale Anatomie des Gesundheitswesens. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland“. Frankfurt a. M. 2000.

Deppe, Hans-Ulrich/Burkhardt, Wolfram (Hrsg.): „Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin“. Hamburg 2002.

De Vree, J.K.: „Political Integration: The Formation of Theory and its Problems“, Amsterdam 1972.

Distriktssköterskeföreningen i Sverige: „PUNK-handboken“, Göteborg 2008.

Döhler, Marian: „Gesundheitspolitik nach der „Wende“. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und Deutschland“. Berlin 1990.

Eichhorst, Werner. „Europäische Sozialpolitik zwischen nationaler Autonomie und Marktfreiheit – Die Entsendung von Arbeitnehmern in der EU“. Frankfurt 2000.

Eising, Rainer: „Europäisierung und Integration. Konzepte in der EU-Forschung“. In: Weidenfeld, Werner (Hrsg.): „Europa-Handbuch“, Gütersloh 2002, S. 387 – 416.

Erbrich, Malte: „Politikkoordination im Bereich Patientenmobilität“. In der Dokumentation zur Tagung: „Grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich“ am 28.9.2006.

Esping-Andersen, Gøsta: „The Three Worlds of Welfare Capitalism“. Cambridge 1990.

Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung: „Europäischer Jahresbericht 2006“. Brüssel 2006.

Europ Assistance : „Baromètre Cercle Santé“. Januar 2007.

Faber, Anne: „Europäische Integration und politikwissenschaftliche Theoriebildung : Neofunktionalismus und Intergouvernementalismus in der Analyse“. Wiesbaden 2005.

Falkner, Gerda: “EU Social Policy in the 1990s: Towards a corporatist policy community”. London, New York 1998.

Falkner, Gerda : „EG-Sozialpolitik nach Verflechtungsfalle und Entscheidungslücke: Bewertungsmaßstäbe und Entwicklungstrends“. In: Politische Vierteljahresschrift, H. 2/2000, S. 279 - 301.

Feick, Jürgen: „Marktzugangsregulierung: Nationale Regulierung, europäische Integration und internationale Harmonisierung in der Arzneimittelzulassung“. In: Czada, Roland/Lütz, Suanne (Hrsg.): „Die politische Konstitution von Märkten“. Wiesbaden 2000, S. 228 - 249.

Fitzmaurice, J.: „Politics in Denmark“, London 1981.

Försäkringskassan: ”Delrapport – Kartläggning av gränsöverskridande planerad vård inom EU/EES finansierad av Försäkringskassan under år 2004”. Schweden 2005.

Freeman, Richard: “The Politics of Health in Europe”. Manchester 2000.

Freeman, Richard/Moran, Michael: “Reforming Health Care in Europe”. In: West European Politics, Heft 2/2000, S. 35 - 58.

Frei, D.: „Integrationsprozesse. Theoretische Erkenntnisse und praktische Folgerungen“. In: Weidenfeld, W. (Hrsg.): „Die Identität Europas“. München/Wien 1985, S. 113 – 131.

Frenzel, M.: „Neue Wege der Sozialdemokratie“, Wiesbaden 2002.

Gabriel, J.M.: “Funktionalismus – ein Überblick”. Zürich 1996.

GEK-Report: „Ambulant-ärztliche Versorgung 2006 – Auswertungen der Gesundheitsberichterstattung“. St. Augustin 2006.

Gerlinger, Thomas/Lenhardt, Uwe/Stegmüller, Klaus: „Kontroversen um den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen“. In: Deppe/Burkhardt, 2002, S. 87 - 103.

Gerlinger, Thomas./Urban, Hans Jürgen: „Gesundheitspolitik in Europa – Über die Europäisierung und Ökonomisierung eines wohlfahrtstaatlichen Politikfeldes“. In: Wendt, Claus/Wolf (Hrsg.): „Soziologie der Gesundheit“. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Wiesbaden 2006, 342 - 363.

Giering, C.: „Europa zwischen Zweckverband und Superstaat“, Bonn 1997.

Glaeske, Gerd, u. a.: „Weichenstellung für die Zukunft. Elemente einer neuen Gesundheitspolitik“. Bonn 2001.

Glenngård, A.H./ Hjalte, F./Svensson, M./u.a.: “Health Systems in Transition: Sweden”. Kopenhagen 2005.

Glinos, Irene A., Baeten, Rita und Boffin, Nicole: „Cross-border contracted care in Belgian hospitals“. In Rosenmöller, Magdalene u.a.: “Patient Mobility in the European Union – Learning from experience”, Trowbridge 2006, S. 97 - 118.

Glinos, Irene A./Beaten, Rita: “A Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union”. Brüssel 2006.

Göhler, G.: „Politische Theorie – Begründungszusammenhänge in der Politikwissenschaft“. Stuttgart 1978.

Greer, Scott L.: “Uninvited Europeanization: Neofunctionalism and the EU in health policy”. In: Journal of European Public Policy, Heft 13:1, 2006, S. 134 - 152.

Greß, Stefan u.a.: „Europäisierung des Gesundheitswesens, Perspektiven für Deutschland“, Gütersloh 2003.

Gu, X.: „Theorien der internationalen Beziehungen“. München, Wien 2000.

Güllner, Manfred: „Europäischer Gesundheitsmarkt: Hoffnungen und Ängste der Bürger“. In Klusen, Norbert/Meusch, Andreas (Hrsg.): a.a.O., S. 59 – 68.

Haas, E. B.: „Uniting of Europe“, Stanford 1958.

Hajen, Leonhard/Paetow, Holger/Schumacher, Harald: “Gesundheitsökonomie, Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele“. Stuttgart 2004.

Hartmann, Anja K. : „Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland“. 2002.

Hatzopoulos V.: “Health Law and Policy: The Impact of the EU”. In: De Búrca G (Hrsg.): “EU Law and the Welfare State: In Search of Solidarity”. 2005, S. 111 – 168.

Henke, K.-D./ Knabner, K./ Mühlbacher, A.: „Deutschland im Strukturvergleich von Gesundheitssystemen“. In Gethmann, Carl Friedrich u.a.: „Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems“. Berlin 2004, S. 239 – 307.

Herles, D./Quasdorf, I.: „Die Gesetzliche Krankenversicherung“, KBV-Akademie 2004.

- Hertwig, Rike/Kröck, Harald/Steffen, Margret: „Gesundheitsmarkt Europäische Union: Chancen und Risiken aus gewerkschaftlicher Sicht“. In Klusen, Norbert/Meusch Andreas (Hrsg.): a.a.O., S. 123 – 139.
- Hervey, Tamara K./McHale, Jean V.: “Health Law and the European Union”. Cambridge 2004.
- Hervey, Tamara K.: „The Legal Basis of European Community Public Health Policy“. In: McKee, Martin; Mossialos, Elias und Baeten, Rita: a.a.O., S. 23 – 55.
- Hill, Hermann: “Zur ‚Methode der offenen Koordinierung‘ in der Europäischen Union“. In Sommermann, Karl-Peter (Hrsg.): „Perspektiven der Verwaltungsforschung: Beiträge zur wissenschaftlichen Arbeitstagung aus Anlass des 25-jährigen Bestehens des Forschungsinstituts für öffentliche Verwaltung vom 8. bis 10. Oktober in Speyer“. Berlin 2002, S. 153 - 155.
- Hishow, Ognian N.: „Das Wirtschafts- und Sozialmodell der nordischen EU-Mitglieder. Wachstum, Innovation und gesunde Haushalte trotz hoher Staatsquote.“ SWP-Aktuell 47/2005.
- Hodson, Dermont/Maher, Imelda: “The Open Method as a New Mode of Governance: The Case of Soft Economic Policy Co-ordination”. In: Journal of Common Market Studies, No. 4, 2001, S. 719 - 746.
- Hoffmann, S.: „Obstinate or Obsolete – the Fate of the Nation-State and the Case of Western Europe“. In: „Daedalus“, 1995, S. 862 – 915.
- Hofmann, A./ Wessels, W.: „Der Vertrag von Lissabon – eine tragfähige und abschließende Antwort auf konstitutionelle Grundfragen?“ In: Integration, Ausgabe 1/08, S. 3 – 20.
- Holland, Walter/Mossailos, Elias (Hrsg.): “Public Health Policies in the European Union.” Aldershot 1999.
- Johansson, K./Serner, U.: „The effects of the 7-crowns reform. II“. In: „Läkartidningen“ Heft 69/1972.
- Jones, E.: “Liberalized Capital Markets, State Autonomy and European Monetary Union“. In: European Journal of Political Research, Heft 42/2003.
- Jorens, Yves: „The Right to Health Care across Borders“. In: McKee, Martin; Mossialos, Elias und Baeten, Rita: “The Impact of EU Law on Health Care Systems”, Brüssel 2003, S. 83 - 122.
- Kaelble, Hartmut: „Das europäische Sozialmodell – eine historische Perspektive“. In ders., Schmid, Günther (Hrsg.): „Das europäische Sozialmodell – auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat“. 2. unveränderte Auflage, Berlin 2006, S.31 – 50.
- Klose, J./ Rehbein, I./ Uhlemann, T.: „Ärztatlas - Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten“. Bonn 2008.

- Klusen, Norbert/ Meusch Andreas (Hrsg.): „Wettbewerb und Solidarität im europäischen Gesundheitswesen“. Baden-Baden 2006.
- Knapp, M. Und Krell, G.: „Einführung in die internationale Politik“. München, Wien 1991.
- Knill, C./Lehmkuhl, D.: „The National Impact of European Union Regulatory Policy: Three Europeanization Mechanisms“. In: European Journal of Political Research, Heft 41/2002, S. 255 - 280.
- Knelangen, Wilhelm: „Sozialstaatswerdung Europas? Integrationstheoretische Überlegungen zur Entwicklung der EU-Sozialpolitik“. In Baum-Zeisig, Alexandra/ Faber, Anne (Hrsg.): „Soziales Europa? Perspektiven des Wohlfahrtsstaates im Kontext von Europäisierung und Globalisierung“. Wiesbaden 2005, S. 20 – 44.
- Kohl, Jürgen: „Der Sozialstaat: Die deutsche Version des Wohlfahrtsstaates – Überlegungen zu seiner typologischen Verortung“. In: Leibfried, Stephan/Wagschal, Uwe (Hrsg.): „Der deutsche Sozialstaat“. Frankfurt/New York 2000, S. 115 - 152.
- Kopetsch, Thomas: „Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung“. Studie der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin 2007.
- Kostera, Thomas: “Unwelcome Europeanization – The development of European cross-border patient mobility”. Brügge 2006.
- Kraus, Katrin/Geisen, Thomas (Hrsg.): „Sozialstaat in Europa. Geschichte, Entwicklung, Perspektiven“. Opladen 2001.
- Läufer, Thomas in der Einführung zum: „Vertrag von Nizza – Die EU der 25“. Bonn 2004.
- Lamping, Wolfram: „European integration and health policy – A peculiar relationship“. In Steffen, Monica: a.a.O., S.18 – 48.
- Lamping, Wolfram: „Smoke Without Fire? Sozialstaatliches Policy-Making im europäischen Mehrebenensystem – Das Beispiel Gesundheitspolitik“. Vortrag im Rahmen des 23. wissenschaftlichen Kongresses der Deutschen Vereinigung für Politikwissenschaft vom 25. - 29. September 2006 an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.
- Lamping, W./Steffen, M.: “Conclusion – The new politics of European health policy: moving beyond the nation state.” In: Steffen, Monika u.a. (Hrsg.): „Health Governance in Europe – Issues, challenges and theories“. Oxon 2005, S. 189 – 200.

- Lauterbach, Karl/ Lungen, Markus u.a.: „Zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung“. In: Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, 1, 2006, S. 1 - 13.
- Legido-Quigley, Helena u.a.: „Patient Mobility in the European Union“. In British Medical Journal, Heft Nr.334/2007, S. 188 – 190.
- Leibfried, Stephan: „Die soziale Dimension der Europäischen Integration“. Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Arbeitspapier Nr.12/1995.
- Leibfried, Stephan: „Nationaler Wohlfahrtsstaat, Europäische Union und „Globalisierung“. Erste Annäherungen“ In: Allmendinger, Jutta/Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (Hrsg.): „Soziologie des Sozialstaats. Gesellschaftliche Grundlagen, historische Zusammenhänge und aktuelle Entwicklungstendenzen“. Weinheim, München 2000, S. 79 - 108.
- Leibfried, Stephan/Pierson, Paul (Hrsg.): „Standort Europa. Sozialpolitik zwischen Nationalstaat und Europäischer Integration“. Frankfurt a.M. 1998.
- Leidl, Reiner: „Was leisten ökonomische Methoden in der Gesundheitssystemforschung?“ In: König, Hans-Helmut /Graf von Stillfried, Dominik (Hrsg.): „Gesundheitssystemforschung in Wissenschaft und Praxis: Beiträge zum Stand eines multidisziplinären Forschungsgebiets“. Stuttgart 1999, S. 24 - 32.
- Leidl, Reiner/Rhodes. Grant: „Cross-border health care in the European Union: An introduction“. In: European Journal of Public Health Heft 3/1997.
- Link, W.: „Die europäische Neuordnung und das Machtgleichgewicht“. In: Jäger, Th. & Piepenschneider, M. (Hrsg.): „Europa 2002, Szenarien politischer Entwicklung“, Opladen 1997, S. 9 - 31.
- Liss, Per-Erik: „Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård - en begreppsanalys“. Linköping 2004.
- lögd: „Cross-Border Activities - Good Practice for Better Health“. Wissenschaftliche Reihe des lögd, Band 21. Bielefeld 2006.
- Loth, Wilfried: „Warum Europa? Antriebskräfte und Perspektiven europäischer Einigung“. In: Varwick, Johannes / Knelangen, Wilhelm (Hrsg.): „Neues Europa – alte EU? Fragen an den europäischen Integrationsprozess“, Opladen 2004.
- Luhmann, Niklas: „Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht“. In: Herder-Dorneich, Philipp/Schuller, Alexander (Hrsg.): „Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt?“. Stuttgart 1983, S. 28 - 49.
- Mahnert, H. und Putensen, D.: „Der Norden auf dem Weg nach Europa“, Hamburg 2002.

- Marstedt, Gerd: „Solidarität und Wahlfreiheit in der GKV“. In: Böcken, J./ Braun, B./ Schnee, M. (Hrsg.): „Gesundheitsmonitor 2002, Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft“. Gütersloh 2002, S. 112 - 129.
- Mayntz, Renate und Scharpf, Fritz W.: „Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren“. In dies.: Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung, Frankfurt a. M./New York 1995. S. 9 – 39.
- Mayntz, Renate: „Zur Theoriefähigkeit makro-sozialer Analysen“. In dies.(Hrsg.): „Akteure - Mechanismen – Modelle. Zur Theoriefähigkeit makro-sozialer Analysen“. Frankfurt a. M./New York 2002, S. 7 – 43.
- Meusch, Andreas: „Vielfalt als Chance? – Die Offene Methode der Koordinierung (OMK)“. In Klusen Norbert und Meusch, Andreas (Hrsg.): „Wettbewerb und Solidarität im europäischen Gesundheitsmarkt“. Baden-Baden 2006, S. 69 – 86.
- McKee, Martin/Mossialos, Elias/Baeten, Rita (Hrsg.): „The Impact of EU Law on Health Care Systems“. Brüssel 2002.
- Merten, Martina: „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Harmonisierung in kleinen Schritten“. In: Deutsches Ärzteblatt 99, Heft49/2002.
- Mitrany, D.: „A Working Peace System. An Argument for the functional development of international organization“. London 1943.
- Moran, Michael: „Governing the Health Care State: A comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany“. Manchester 1999.
- Mosebach, Kai: „Mit Blaulicht durch Europa“. In: Forum Wissenschaft, Heft 3/2003.
- Mossialos, Elias/McKee, Martin: „EU Law and the Social Character of Health Care“. Brüssel 2002.
- Mossialos, Elias/Palm, Willy: „The European Court of Justice and the free movement of patients in the European Union“. In: „International Social Security Review“, Heft 56/2003, S. 3 - 29.
- Müller-Graff, P.-C.: „Die Kompetenzen der Europäischen Union“. In: Weidenfeld, W. (Hrsg.): a.a.O., S. 141 – 165.
- Murswieck, Axel: „Gesundheitspolitik“. In: Andersen, Uwe/Woyke, Wichard (Hrsg.): „Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland“. Opladen 2003.
- Nagel, Eckhard (Hrsg.): „Das Gesundheitswesen in Deutschland“. Köln 2007.
- Neumann, Lothar F./Schaper, Klaus: „Die Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland“. 4. aktualisierte Auflage, Frankfurt a. M., New York 1998.

Nickless, Jason: „The Internal Market and the Social Nature of Health Care“. In McKee, Martin/Mossialos, Elias/Baeten, Rita (Hrsg.): „The Impact of EU Law on Health Care Systems“. Brussels 2002, S. 57 – 82.

Nicolaysen, G.: „Die Europäische Union als Rechtsgemeinschaft“. In: Weidenfeld, W. (Hrsg.): „Die Europäische Union, Politisches System und Politikbereiche“. Bonn 2006, S. 109 – 124.

Nohlen, D. (Hrsg.): „Lexikon der Politik“. Band 7, München 1998.

Nordlund, Anders: „Resilient welfare states – Nordic welfare state development in the late 20th century“. Umeå 2002.

North, Douglas C.: „Economic Performance Through Time“, In: The American Economic Review 1994.

Noweski, M./ Engelman, F.: „Was ist Gesundheitspolitik? Entwicklungsstand und Entwicklungspotenziale des politikwissenschaftlichen Beitrages zur Gesundheitssystemforschung“. Discussion Paper „Public Health“ des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung, SP/2006-307. Berlin 2006.

Nye, J. S.: „Peace in Parts“. Boston 1971.

Oberender, Peter O./Hebborn, Ansgar/Zerth, Jürgen: „Wachstumsmarkt Gesundheit“. Stuttgart 2006.

Obinger, Herbert/Wagschal, Uwe: „Der gezügelte Wohlfahrtsstaat. Sozialpolitik in reichen Industrienationen“. Frankfurt, a. M. 2000.

Obinger, Herbert, Leibfried, Stephan, Castles, Francis G.: „Beipässe für ein ‘Soziales Europa’: Lehren aus der Geschichte des westlichen Föderalismus“. In: „Der Staat“ 44. Band, Heft 4, Berlin 2005, S. 505 – 541.

Office for Official Publications of the European Communities: „European Social Fund: 50 years investing in people“. Deutschland 2007.

Patzelt, W. J.: „Einführung in die Politikwissenschaft“. Passau 2001.

Permanand, Govin und Mossialos, Elias: „The Europeanization of regulatory policy in the EU pharmaceutical sector“. In Steffen, Monica (Hrsg.): a.a.O., S. 47 – 79.

Pfetsch, Frank R.: „Die Europäische Union“. 3. erweiterte und aktualisierte Auflage, München 2005.

Pierson, Paul (Hrsg.): „The New Politics of the Welfare State.“ Oxford 2001.

Pierson, Paul: „Increasing returns, Path dependence and the study of politics“. In: American Political Science review 94, 2000, S. 251 – 267.

- Pierson, Paul/Leibfried, Stephan: „Mehrebenen-Politik und die Entwicklung des ‚sozialen Europas‘“. In: Leibfried/Pierson 1998, S. 11 - 57.
- Pilz, Frank: „Der Sozialstaat. Ausbau – Kontroversen – Umbau“. Bonn 2004.
- Pinder, John: „Positive Integration and Negative Integration: Some Problems of Economic Union in the EEC“ In: The World Today, 24/3, S. 89 - 110.
- Pohl-Meuthen, U. u.a.: „Grenzüberschreitender Rettungsdienst – Wunsch und Wirklichkeit“. In: Notfall & Rettungsmedizin, Heft 8/2006. S. 679 - 684.
- Pollack, M. A.: „International Relations Theory and European Integration“. In: Journal of Common Market Studies, Oxford 2001, Nr. 39, S. 221 – 239.
- Preusker, Uwe K.: „Skandinavische Gesundheitssysteme: Priorisierung statt verdeckter Rationierung“. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 14/2007.
- Quasdorf, Ingrid: „Die gesetzliche Krankenversicherung“. Berlin 2007.
- Radaelli, Claudio M.: „Wither Europeanization? Concept Stretching and Substantive Change“. European Integration Online Papers 4:8, Quelle: <http://eiop.or.at/eiop/texte/2000-008a.htm>, Stand: 24.9.2007.
- Radaelli, Claudio M.: „The Europeanization of Public Policy“. In Featherstone, Kevin/Radaelli, Claudio M. (Hrsg.): „The Politics of Europeanization“. Oxford 2003, S. 27 – 56.
- Radaelli, Claudio M.: „Europeanisation: Solution or Problem“. In: „European Integration Online Papers“, Nr.16/ 2004. S.4 , Quelle: <http://eiop.or.at/eiop/pdf/2004-016.pdf>, Stand: 24.9.2007.
- Regeringskansliet: „Hälso- och sjukvården i Sverige“, Faktablad Nr.15, Mai 2005.
- Rerup, L.: „Der Norden und Europa“ In: Salewski, M.: „Nationale Identität und Europäische Einigung“, Göttingen – Zürich 1991, S.113 – 124.
- Rhodes, Martin/ Mèny, Yves (Hrsg.): „The Future of European Welfare: A New social Contract?“. London 1998.
- Rieger, Elmar/Leibfried, Stephan: „Grundlagen der Globalisierung. Perspektiven des Wohlfahrtsstaates“. Frankfurt a. M. 2001.
- Riesberg, Anette/Weinbrenner, Susanne/Busse, Reinhard: „Gesundheitspolitik im europäischen Vergleich – Was kann Deutschland lernen?“. In: „Aus Politik und Zeitgeschichte“, Band 33/34, 2003, S. 29 – 38.
- Ribhegge, Hermann: „Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik“. Heidelberg 2007.

- Risse, Thomas/Cowles, Maria Green/Caporaso, James: "Europeanization and Domestic Change: Introduction". In: Cowles, Maria Green/Caporaso, James/Risse, Thomas (Hrsg.): "Transforming Europe. Europeanization and Domestic Change", Ithaca 2001, S. 1 – 20.
- Rothholz, Walter: „Wohlfahrts-Skandinavien“. Berlin 2003.
- Rosamond, B.: "Theories of European Integration“, New York 2000.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: „Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung“. Bern 2004.
- Rosenmöller, Magdalene u.a.: „Patient mobility: the context and issues“. In dieselbe: "Patient Mobility in the European Union – Learning from experience", Trowbridge 2006, S. 1 – 7.
- Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas: „Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen“. Frankfurt a. M., New York 1990.
- Rulle, Monika: „Der europäische Gesundheitstourismus im Kontext veränderter Rahmenbedingungen“. In Illing, K./Meder, N. (Hrsg.): „Spektrum Freizeit. Schwerpunkte: Wellness, Informelle Bildung“, Bielefeld 2005, S. 130 - 142.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung; „Widerstreitende Interessen – ungenutzte Chancen“. Jahresgutachten: 2006/07.
- Scharpf, Fritz W.: „Die Politikverflechtungs-Falle. Europäische Integration und deutscher Föderalismus im Vergleich“. In: Politische Vierteljahresschrift, Heft 4/1985, S. 323 - 356.
- Scharpf, Fritz W.: „Verhandlungssysteme, Verteilungskonflikte und Pathologien der politischen Steuerung“. MPIfG Discussion Paper, Köln 1988.
- Scharpf, Fritz W.: „Autonomieschonend und gemeinschaftsverträglich: Zur Logik einer europäischen Mehrebenen-Politik“. In: ders.: „Optionen des Föderalismus in Deutschland und Europa“. Frankfurt a. M., New York 1994, S. 131 - 155.
- Scharpf, Fritz W.: „Mehrebenenpolitik im vollendeten Binnenmarkt“. MPIfG Discussion Paper 94/4, Köln 1994.
- Scharpf, Fritz W.: „Balancing Positive and Negative Integration: The Regulatory Options for Europe“. MPIfG Working Paper 97/8, November 1997.
- Scharpf, Fritz W.: „Regieren im europäischen Mehrebenensystem – Ansätze zu einer Theorie“. In: Leviathan, H. 1, 2002, S 65 - 92.
- Scharpf, Fritz. W.: "The European Social Model: Coping with the Challenges of Diversity". In: Journal of Common Market Studies, Heft 40/2002, S. 645 – 670.

Schaub, Vanessa E.: „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union – die gesetzlichen Gesundheitssysteme im Wettbewerb“. Baden-Baden 2001.

Schmid, Josef: „Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme“. 2. Aufl., Opladen 2002.

Schmid, Josef: „Wirtschafts- und Sozialpolitik: Lernen und Nicht-Lernen von den Nachbarn“ In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B. 18-19/2003, S. 32 - 38.

Schmidt, Manfred G.: „Sozialpolitik in Deutschland. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich“. Opladen 1998.

Schmidt, Manfred G.: „Die Europäisierung der öffentlichen Aufgaben“. In: Ellwein, Thomas/Holtmann, Everhard (Hrsg.): „50 Jahre Bundesrepublik Deutschland, Rahmenbedingungen, Entwicklungen, Perspektiven“. Opladen 1999.

Schmidt, Susanne K.: „Die Folgen der europäischen Integration für die Bundesrepublik Deutschland: Wandel durch Verflechtung“. MPIfG Discussion Paper 02/4, Mai. Köln 2002.

Schmucker, Rolf: „Europäische Integration und Gesundheitspolitik“. Arbeitspapier Nr. 23/2003 des Instituts für medizinischen Soziologie der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt a.M. 2003.

Schneider, Markus u. a.: „Gesundheitssysteme in internationalen Vergleich: Übersichten 1997“. Augsburg 1998.

Schneider, Markus u. a.: „Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen“. Augsburg 1998.

Schubert, Klaus / Klein, Martina: „Politiklexikon“. Bonn 2007.

Schulte, Bernd: „Europäische Sozialpolitik und die Zukunft des Sozialstaats in Europa : Herausforderungen und Chancen“. Onlineveröffentlichung Bonn 1998, Quelle: <http://library.fes.de/fulltext/asfo/00206005.htm#E10E2> Stand: 8.10.2007.

Schulte Bernd: „Europäische Vorgaben für die nationalen Gesundheitssysteme – Ziele und Instrumente“. G+G Wissenschaft, Heft 4/2005.

Schulte, Bernd: „Die Entwicklung der Sozialpolitik der Europäischen Union“. In Kaelble, Hartmut und Schmid, Günther (Hrsg.): a.a.O., S.75 – 103.

Schumacher, T.: „Die nordische Allianz in der Europäischen Union“, Opladen 2000.

Schwartz F./ Busse R.: „Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung“. In: Schwartz, FW./ Badura, B./ Busse, R./ Leidl, R./ Raspe, H./ Siegrist, J. et al., Hrsg.: „Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen“. München, Jena 2003. S. 518 - 45.

Seeleib-Kaiser, Martin: „Globalisierung und Sozialpolitik. Ein Vergleich der Diskurse und Wohlfahrtssysteme in Deutschland, Japan und den USA.“ Frankfurt a.M. 2001.

Sieveking, Klaus: „ECJ Rulings on Health Care Services and Their Effects on the Freedom of Cross-Border Patient Mobility in the EU“. ZERB-Diskussionspapiere 3/2006.

Spielberg, Petra: „Patientenmobilität: im Gänsemarsch voran.“ In: Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 50 vom 16.12.2005, Seite A-3498.

Spielberg, Petra: „Ein steiniger Weg“. In: Zahnärztliche Mitteilungen, Heft 15/2005, S. 80/81.

Spielberg, Petra: „Europäische Gesundheitspolitik: Schleichende Harmonisierung“. In Deutsches Ärzteblatt, Heft 105(27)/2008.

Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor (SNAPS) 2008: „Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna“. Länderübergreifende Arbeitsgruppe der nordischen Ärztevereinigungen zu Prognosen und Facharztausbildungsfragen. 2008.

Statistisches Bundesamt: „Datenreport 2004“. Bonn 2004.

Steffen, J. :“Sozialpolitische Chronik“. Bremen 2006.

Steffen, Monika: „Health Governance in Europe – Issues, challenges and theories“. Oxon 2005.

Stein, Hans: “The Open Method of Coordination in the Field of EU Healthcare Policy“. In: Jorens, Yves (Hrsg.): “Open Method of Coordination. Objectives of European Healthcare Policy“, Baden-Baden 2003, S. 21 - 25

Stein, Hans: „Der fehlende Mut zum europäischen Gesundheitsmarkt – Unterschiedliche Auffassungen und gemeinsame Verantwortung europäischer Institutionen“. In: Klusen, Norbert/ Meusch Andreas: a.a.O., S. 87 – 103.

Strandberg-Larsen, Martin u.a.: “Health Systems in Transition“. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen 2007.

Strøby Jensen, C.: „Neofunctionalist Theories and the Development of European Social and Labour Market Policy“. In: Journal of Common Market Studies, Oxford 2000, Nr. 38, S. 71 - 92.

Sturm, Roland/Pehle, Heinrich: „Das neue deutsche Regierungssystem – Die Europäisierung von Institutionen, Entscheidungsprozessen und Politikfeldern in der Bundesrepublik Deutschland“. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage, Wiesbaden 2006.

- Thalmaier, Bettina: „Die zukünftige Gestalt der Europäischen Union – integrati-onstheoretische Hintergründe und Perspektiven einer Reform“. Baden-Baden 2005.
- Thiel, E.: „Die Europäische Union“, Opladen 1998.
- Turner, Paul W./Kotzian, Peter: „Comparative Health Care Systems – Outline for an empirical application of New Institutional Economics approaches“. Vortrag im Rahmen einer ECPR-Tagung in Grenoble April 2001.
- Tiemann, Andreas: Stability of Gosta Esping-Andersen’s “The Three Worlds of Welfare Capitalism”. In: Luxembourg Income Study Working Paper Series. Konstanz 2006.
- Tiemann, Burkhard: „Die Gesundheits- und Sozialpolitik der Europäischen Uni-on“. Köln 2005.
- Tiemann, Susanne: „Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwi-schen Staat und Markt“. Köln 2006.
- Timonen, Virpi:” Restructuring the Welfare State. Globalization and Social Pol-icy Reform in Finland and Sweden”. Cheltenham/Northampton 2003.
- Tinbergen, Jan: „International Economic Integration“. Amsterdam, Brüssel 1954.
- Treib, Oliver: „Der EU-Verfassungsvertrag und die Zukunft des Wohlfahrtsstaa-tes in Europa“. In: Institut für Höhere Studien, Reihe Politikwissenschaft, Aus-gabe 99/2004.
- Überla, K.: „Bayerischer Forschungsverbund Public Health - Öffentliche Ge-sundheit. Erfolg für die Gesundheit der Bevölkerung“. München 1999.
- Urban, Hans Jürgen: „Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System“. Berlin 2003.
- Urban, Hans Jürgen: „Wettbewerbskorporatismus und soziale Politik - Zur Transformation wohlfahrtsstaatlicher Politikfelder am Beispiel der Gesundheits-politik“. Marburg 2003. Onlineveröffentlichung, Quelle: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2004/0089/pdf/dhju.pdf>, Stand: 3.7.2008.
- Vahlpahl, Tobias: “Europäische Sozialpolitik – Institutionalisierung, Leitideen und Organisationsprinzipien”. Wiesbaden 2007.
- Varwick, Johannes: „Finalität ohne Ende, Die Europäische Union ist nicht am Ende aber die alten Leitbilder haben ihre Wirksamkeit verloren“. In Internationa-le Politik, Heft Mai/2006.
- Vogt, Matthias: „Die Entscheidung als Handlungsform des europäischen Ge-meinschaftsrechts“. Tübingen 2005.

Weidenfeld, Werner: „Europa – aber wo liegt es?“ In ders.: „Die Europäische Union, Politisches System und Politikbereiche“. Bonn 2006, S.15 – 48.

Weidenfeld, Werner: „Ein Wirtschafts- und Sozialmodell für Europa? – Wettbewerb der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union“. In Klusen, Norbert und Meusch Andreas (Hrsg.): „Wettbewerb und Solidarität im europäischen Gesundheitsmarkt“. Baden-Baden 2006, S. 24 – 39.

Wendt, Claus: „Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven“. Arbeitspapiere - Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung. 88, Mannheim 2005.

Wendt, C./ Rothgang, H.: „Gesundheitssystemtypen im Vergleich. Konzeptionelle Überlegungen zur vergleichenden Analyse von Gesundheitssystemen“. TranState Working Papers, 61, Bremen 2007.

Weltgesundheitsorganisation: „Der europäische Gesundheitsbericht 2002“. Kopenhagen 2002.

Wessels, Wolfgang: „Das politische System der EU“. In Weidenfeld, Werner (Hrsg.): a.a.O., S. 83 – 108.

Windwehr, Jana: „Das nordische Sozialmodell – Erfolgsgeschichte oder Anachronismus“. In: Gawrich, A./Knelangen, W. Windwehr, J., (Hrsg.): „Sozialer Staat – soziale Gesellschaft? Stand und Perspektiven deutscher und europäischer Wohlfahrtstaatlichkeit. Opladen 2008 (im Erscheinen).

Winter, Stefan: „Beiträge zur Überwindung der Grenzen und Hemmnisse in der europäischen Zusammenarbeit“. Vortrag gehalten am 5./6. März 2007 auf der European Health Policy Conference. Quelle:
http://www.loegd.nrw.de/publikationen/pub_tagungen_vortraege/tagungen/frameset_070306_europe-duesseldorf.html, Stand: 10.5.2008.

Wolf, Dieter: „Neo-Funktionalismus“. In: Bieling, Hans-Jürgen/Lerch, Maria (Hrsg.): „Theorien der europäischen Integration“. Wiesbaden 2005, S. 65 – 89.

Zimmermann, Thomas: „WATTS going on? – Der europäische Gesundheitsmarkt und wie die europäische Gesundheitspolitik die nationalen Gesundheitssysteme beschäftigt“. In: Klusen, Norbert/ Meusch Andreas: „Wettbewerb und Solidarität im europäischen Gesundheitswesen“. Baden-Baden 2006, S. 104 – 119.

Internetquellen:

Border Health Programm der Weltgesundheitsorganisation zwischen Thailand und Myanmar
<http://w3.whothai.org/EN/Section3/Section39.htm>) und
<http://borderhealth.raconline.org/topics/topic.php?topic=Public%20health>, Stand 18.6.2008.

Bundesärztekammer: „Gesundheitspolitische Leitsätze“ vom 21.5.2008:
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.5711.6202.6235>,
Stand: 28.5.2008.

Bundesministerium der Finanzen: „Kassenmäßige Steuereinnahmen nach Gebietskörperschaften 2003 – 2005“ vom 18.4.2008.
http://www.bundesfinanzministerium.de/nn_4158/DE/BMF__Startseite/Service/Downloads/ Stand: 23.4.2008.

Bundesministerium für Gesundheit: Organisationsstruktur des Ministeriums.
http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600120/DE/Ministerium-BMG/Aufgaben/aufgaben-node,param=.html__nnn=true, Stand: 10.11.2007.

Centrum für Europäische Politik:
<http://www.cep.eu>. Stand: 14.4.2008.

„CiTTis“: Projektbeschreibung.
<http://www.cittis.org>, Stand: 1.3.2008.

„Cross-border Air Rescue“: Projektbeschreibung.
<http://www.crossborderairrescue.net/de/projekt/index.php>, Stand: 4.5.2008.

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA):
<http://www.dvka.de>, Stand: 8.1.2008.

„e-Health for regions“: Projektbeschreibung.
<http://www.ehealthforregions.net/>, Stand: 4.5.2008.

Ergebnisse der Studie der Techniker Krankenkasse: „Medizinische Leistungen im EU-Ausland. Erfahrungen und Erwartungen der TK-Mitglieder“.
http://www.dkg.digramm.com/alte_seite/1_pol/pol_139.htm, Stand: 12.2.2007.

Eurobarometer Herbst 2003:
http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/eb/eb60/eb60_de.pdf, Stand 03/2006.

EU-Fachinformationssystem (EUFIS):
<http://www.eufis.de/eu-glossar.html?type=0&uid=95&cHash=4232823663>,
Stand: 6.7.2008.

EU-Gesundheitsportal:
http://ec.europa.eu/health-eu/index_de.htm; 6.7.2008.

Euregiogesundheitsportal:
<http://www.euregiogesundheitsportal.de>, Stand: 11.2.2008

Eurobarometer Dezember 2007: „Health and long-term care in the European Union“.
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf, Stand: 3.3.2008.

Europäischer Sozialfonds: Selbstdarstellung des ESF

http://ec.europa.eu/employment_social/esf/discover/esf_de.htm Stand: 5.11.2007.

Europäische Union: ‚Gesundheitsstrategien der EU‘

http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_overview/previous_programme/previous_programme_en.htm, Stand: 24.4.06.

European Medicines Agency:

<http://www.emea.europa.eu/htms/aboutus/emeaoverview.htm>, Stand 13.9.2007.

Gemeinsamer Bundesausschuss:

<http://www.g-ba.de>. Stand: 10.03.2007

Generalkonsulat von Dänemark in Flensburg:

<http://www.gkflensburg.um.dk>, Stand: 8.3.2008.

Gesundheitsministerkonferenz:

<http://www.gmkonline.de>, Stand: 15.3.2007.

Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union, (MISSOC)

http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/missoc98/german/f_main.htm, Stand: 10.6.2007.

Provinzverwaltung von Norrbottens län:

<http://www.nll.se/hg2.aspx?id=8181>. Stand: 13.7..2007.

Region Sønderjylland-Schleswig:

<http://www.region.de/wm210077>, Stand: 5.4.2008.

Sachverständigenrat für Gesundheit:

<http://www.svr-gesundheit.de>. Stand: 10.03.2007.

Schwedisches Institut: „Das schwedische Gesundheitswesen“.

<http://www.sweden.se>, Stand: 25.1.2007.

Sveriges Kommuner och Landsting: „Vårdgarantins effekter Uppföljningsrapport 4“.

http://www.vantetider.se/images/stories/documents/rapporter/vardgarantins_effekte_rapport.31okt06.pdf, Stand: 20.4.2008.

Sygehusvalg Danmark:

<http://www.sygehusvalg.dk/emne.aspx?type=emne&id=115539>, Stand: 2.3..2007.

Welthandelsorganisation (Satzung):

http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/inbrief_e/inbr00_e.htm, Stand: 4.6.2006.

Weltgesundheitsorganisation; Regionalbüro Europa, ‚Healthcare in Transition‘-Reihe (HiT):
http://www.euro.who.int/InformationSources/Evidence/20011015_2?language=German, Stand: 24.5.2008.

OECD HealthData 2007:
<http://www.oecd.org/health/healthdata>, Stand:3.1.2008.

‘Zorg op Maat’: Projektpräsentation.
[http://www.euregio.nrw.de/project-descriptions/id-047-\(i\)zom.descr.pdf](http://www.euregio.nrw.de/project-descriptions/id-047-(i)zom.descr.pdf), Stand: 11.2.2008.

Ausgewählte offizielle Dokumente:

Bericht der Hochrangigen Sachverständigengruppe unter Vorsitz von Wim Kok: „Die Herausforderung annehmen – Die Lissabon-Strategie für Wachstum und Beschäftigung“. Luxemburg 2004.

Europäische Kommission, KOM (2001) 723.

Europäische Kommission, KOM (2002) 28.

Europäische Kommission, KOM (2004) 301 endgültig.

Europäische Kommission, KOM (2007) 630 endgültig.

Europäische Kommission, Mitteilung: „Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern“. KOM(2001) 723 endgültig, Brüssel 2001.

Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz: „Ergebnis des Reflexionsprozesses“ vom 9.12.2003.

Europäische Kommission, Mitteilung: „Zusammenarbeiten, zusammen mehr erreichen: ein neuer Rahmen für die offene Koordinierung der Sozialschutzpolitik und der Eingliederungspolitik in der Europäischen Union“, KOM (2005) 706 endgültig.

Europäische Kommission, Mitteilung: „Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“. SEC (2006) 1195/4.

Europäische Kommission : Begründung der Kommission. Quelle:
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/news_en.htm, Stand: 14.7.2008.

Europäische Kommission: „Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“, KOM(2008) 414 endgültig.

Europäisches Parlament, GD Wissenschaft: „Das Gesundheitswesen in der EU – eine vergleichende Untersuchung“, SACO 101/DE, Luxemburg 1998.

Europäisches Parlament: Beschluss Nr. 1350/2007/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 23. Oktober 2007 über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008 - 2013).

Europäischen Parlaments: Entschließung zur Halbzeitüberprüfung der Lissabon-Strategie. Amtsblatt Nr. 320 E vom 15/12/2005 S. 0164 - 0168.

Europäischer Rat: Entschließung über ein sozialpolitisches Aktionsprogramm vom 21.1.1974.

Europäischer Rat am 23./24. März 2000 in Lissabon: „Schlussfolgerungen des Vorsitzes“.

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögd), Dokumentation zum Workshop: „Cross-border activities – good practice for better health“. Bielefeld 2006.

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögd), Final Report: „Evaluation of border regions in the European Union“. Bielefeld 2007.

Schleswig-Holsteinischer Landtag – 15. WP, Drucksache 15/2232: „Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“.

Schleswig-Holsteinischer Landtag – 16. WP, Drucksache 16/253: „Weiterentwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen Deutschland und Dänemark“.

Zeitungs- und Onlineartikel:

Ärztezeitung: „Geschlossen und solidarisch - die Ärzteproteste“. Artikel vom 19.05.2006.

Frankfurter Allgemeine Zeitung: „Krankenkassen sollen auch im Ausland zahlen“. Artikel vom 16.10.2007.

Reuters Deutschland: „EU-Einigung auf maximale Arbeitszeit von 48 Stunden“.

Quelle:

<http://de.reuters.com/article/topNews/idDEBUC03287020080610>,

Stand: 10.7.2008.

Spiegel Online: „NEUE ARBEITSZEITRICHTLINIE, Gewerkschafter mobilisieren gegen 65-Stunden-Woche“. Quelle:

<http://www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,558909,00.html>, Stand: 10.7.2008.

Svenska Dagbladet: „Vårdgarantin splittrar alliansen“. Artikel vom 21.2.2007.

Tagesschau.de: „Arbeitsminister einigen sich auf Richtlinie - Vorschlag für neue EU-Arbeitszeit-Richtlinie“. Quelle:
<http://www.tagesschau.de/wirtschaft/euarbeitszeitrichtlinie2.html>, Stand:
10.7.2008.

Welt Online: „Bereitschaftsdienste, Ärzte laufen Sturm gegen Arbeitszeit-Beschluss“. Quelle:
http://www.welt.de/wirtschaft/article2087338/Aerzte_laufen_Sturm_gegen_Arbeitszeit-Beschluss.html, Stand: 10.7.2008.

Anhang

Tabelle 1: Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben am BIP

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Austria	9,8 b	9,8	10,0	10,2	10,2	10,0	10,0	10,1	10,2	10,3	10,2	:
Belgium	8,2	8,4	8,3	8,4	8,6	8,6	8,7	9,0	10,1 b	10,2 e	10,3 e	:
Czech Republic	7,0	6,7	6,7	6,6	6,6	6,5 b	6,7	7,1	7,4 b	7,3	7,2	:
Denmark	8,1	8,2	8,2	8,3	8,5	8,3	8,8	8,8	9,1 b	9,2 e	9,1 e	:
Finland	7,5	7,6	7,2	6,9	6,8	6,6	6,7	7,0	7,3	7,4	7,5	:
France	9,9 b	9,8	9,7	9,6	9,7	9,6	9,7	10,0	10,9 b	11,0	11,1	:
Germany	10,1	10,4	10,2	10,2	10,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	:
Greece	7,5	7,4	7,3	7,3	7,5 b	9,3	9,8	9,7	10,0	9,6	10,1	:
Hungary	7,3	7,0	6,8	7,1 b	7,2	6,9	7,2	7,6	8,3 e	8,1 e	:	:
Iceland	8,2	8,2	8,1	8,6	9,4	9,3	9,2	10,0	10,3	10,0	9,5	:
Ireland	8,7	8,5	6,4	6,2	6,3	6,3	7,0	7,2	7,3	7,5	7,5	:
Italy	7,3	7,4	7,7	7,7	7,8	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	9,0
Luxembourg	5,6 b	5,7	5,6	5,7	5,9	5,8	6,4	6,8	7,8 b	8,3 e	:	:
Netherlands	8,3	8,2	7,9	8,1 b	8,1	8,0	8,3	8,9	9,1 e	9,2 e	:	:
Norway	7,9	7,8	8,4 b	9,3	9,3	9,4	8,8	8,8	10,0	9,7	9,1	8,7
Poland	5,5	5,9	5,6	5,9	5,7	5,6	5,9	6,3 b	6,2	6,2	6,2 e	:
Portugal	7,8 b	8,0	8,0	8,0	8,2	8,8 b	8,8	9,0	9,7 e	9,8 e	10,2 e	:
Slovak Republic	:	:	5,7	5,6	5,7	5,6	5,5	5,6	5,9	7,2 b	7,1	:
Spain	7,4	7,5	7,3	7,3	7,3	7,2	7,2	7,3	7,9 b	8,1 e	8,2 e	:
Sweden	8,1	8,3	8,1	8,3	8,4	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1	9,1	:
Switzerland	9,7	10,1	10,2	10,3	10,5	10,4	10,9	11,1	11,5	11,5	11,6	:
Turkey	3,4	3,9	4,2	4,8	6,4 b	6,6	7,5	7,4	7,6	7,7	7,6	:
United Kingdom	7,0	7,0	6,8 b	6,9	7,1	7,3	7,5	7,7	7,8 b	8,1 d	8,3 d	:
United States	13,3	13,2	13,1	13,1	13,1	13,2	13,9	14,7	15,2	15,2	15,3	:
Canada	9,0 b	8,8	8,8	9,1	8,9	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,8	:
Japan	6,9 b	7,0	7,0	7,3	7,5	7,7	7,9	8,0	8,1 e	8,0 e	:	:

e: estimate

b: break in series

Quelle: OECD Health Data, Zusammenstellung durch die GD Gesundheit der Europäischen Kommission 2007.

Fragebogen zur Patientenmobilitätsstudie in der deutsch-dänischen Grenzregion; versendet am 21.6.2006.

1. Angaben zum Beruf

Facharzt	Fachrichtung _____	Weitere medizinische Qualifikationen _____
----------	-----------------------	---

Wie viele Jahre praktizieren Sie bereits in der jetzigen Praxis? _____ Jahre

2. Angaben zur Praxis

Praxistyp	Einzelpraxis <input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/>	Praxisklinik <input type="checkbox"/>
-----------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

Wie viele Personen arbeiten in Ihrer Praxis? insgesamt	Anzahl _____
Ärzte ⁵⁷⁹	Anzahl _____
Arzthelfer	Anzahl _____
weitere Angestellte:	
1. _____	Anzahl _____
2. _____	Anzahl _____

Lage der Praxis	PLZ _____	Ort _____		
Entfernung zum nächstgelegenen Bahnhof	weniger als 2 km <input type="checkbox"/>	2 bis 5 km <input type="checkbox"/>	5 bis 25 km <input type="checkbox"/>	mehr als 25 km <input type="checkbox"/>
Entfernung zur nächstgelegenen Bundesstraße oder Autobahn	weniger als 5 km <input type="checkbox"/>	5 bis 15 km <input type="checkbox"/>	15 bis 25 km <input type="checkbox"/>	mehr als 25 km <input type="checkbox"/>
Wie viele Straßenkilometer liegen zwischen Ihrer Praxis und der dänischen Grenze?	weniger als 5 km <input type="checkbox"/>	5 bis 15 km <input type="checkbox"/>	15 bis 25 km <input type="checkbox"/>	mehr als 25 km <input type="checkbox"/>

Größe des Ortes	bis 2000 Einwohner <input type="checkbox"/>	2000 – 5000 Einwohner <input type="checkbox"/>	5000 – 10.000 Einwohner <input type="checkbox"/>
	10.000 – 20.000 Einwohner <input type="checkbox"/>	20.000 – 50.000 Einwohner <input type="checkbox"/>	mehr als 50.000 Einwohner <input type="checkbox"/>

3. Allgemeine Angaben zum Patientenstamm

Wie viele Patienten behandeln Sie insgesamt pro Quartal? Durchschnittlich ca. _____ Patienten

⁵⁷⁹ In diesem Fragebogen wird der Einfachheit und der Leseökonomie halber nur die männliche Form stellvertretend für alle Patienten/Patientinnen und Ärzte/Ärztinnen etc. verwendet.

Wie viele Ihrer Patienten sind					
gesetzlich versichert?	0- 10 % <input type="checkbox"/>	10% - 40% <input type="checkbox"/>	40% - 60% <input type="checkbox"/>	60% - 90% <input type="checkbox"/>	90% - 100% <input type="checkbox"/>
privat versichert?	0- 10 % <input type="checkbox"/>	10% - 40% <input type="checkbox"/>	40% - 60% <input type="checkbox"/>	60% - 90% <input type="checkbox"/>	90% - 100% <input type="checkbox"/>
4. Angaben zur Anzahl und Behandlung dänischer Patienten					

Haben Sie im vergangenen Jahr auch Patientenbesuche aus Dänemark erhalten? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
--

Falls ja, wie viele Patienten waren dies ungefähr im Jahr 2005? (Falls nein, fahren Sie bitte mit Fragenblock Nr. 5 fort.)				
1 – 10 Patienten <input type="checkbox"/>	11 – 20 Patienten <input type="checkbox"/>	21 – 50 Patienten <input type="checkbox"/>	51 – 100 Patienten <input type="checkbox"/>	> 100 Patienten <input type="checkbox"/>

Wie hat sich die Anzahl dänischer Patientenbesuche im Vergleich zu früheren Jahren verändert?			
Wie viele dänische Patienten haben Sie vor zwei Jahren behandelt?	eher weniger Patienten <input type="checkbox"/>	etwa gleich viele Patienten <input type="checkbox"/>	eher mehr Patienten <input type="checkbox"/>
Und wie war dies vor fünf Jahren?	eher weniger Patienten <input type="checkbox"/>	etwa gleich viele Patienten <input type="checkbox"/>	eher mehr Patienten <input type="checkbox"/>

Zur Behandlung welcher Krankheitsbilder sind diese Patienten zu Ihnen gekommen? (Bitte tragen Sie die Krankheitsbilder entsprechend ihrer Häufigkeit in die unten stehenden Felder ein.)	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____

Auf welche Weise wurden Ihnen diese Leistungen in der Regel vergütet?				
Selbstzahler	sehr häufig <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	hin und wieder <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>
durch das dänische Gesundheitssystem	sehr häufig <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	hin und wieder <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>
durch private Zusatzversicherungen	sehr häufig <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	hin und wieder <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>
Sonstige Vergütungsart _____	sehr häufig <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	hin und wieder <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>

Sind Sie in der Lage, in dänischer Sprache mit Patienten zu kommunizieren? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Verfügt Ihre Praxis über Mitarbeiter/-innen, die in der Lage sind, in dänischer Sprache mit Patienten zu kommunizieren?

ja nein

Stellen Sie den dänischen Patienten Informationen in dänischer Sprache zur Verfügung?
 ja nein

Falls Ja, welche Informationen sind dies? Bitte beschreiben Sie die Art der Informationen kurz:

Wurden in Ihrer Praxis irgendwelche Maßnahmen zur besseren Betreuung dänischer Patienten getroffen?
 ja nein

Falls Ja, beschreiben Sie diese Maßnahmen bitte stichwortartig:

Alles in Allem betrachtet, wie beurteilen Sie Ihre Erfahrungen mit dänischen Patienten?	sehr positiv	positiv	eher positiv	eher negativ	negativ	sehr negativ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung kurz:

5. Angaben zur Anzahl und Behandlung von Patienten aus anderen Staaten

Haben Sie, abgesehen von dänischen Patienten, im vergangenen Jahr auch Patienten behandelt, die in anderen Staaten der Europäischen Union wohnhaft und versichert sind? Ja Nein

Falls ja, wie viele Patienten waren dies ungefähr im Jahr 2005? (Falls nein, fahren Sie bitte mit Fragenblock 6 fort.)

1 – 10 Patienten <input type="checkbox"/>	11 – 20 Patienten <input type="checkbox"/>	21 – 50 Patienten <input type="checkbox"/>	51 – 100 Patienten <input type="checkbox"/>	> 100 Patienten <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	--

Aus welchen Staaten kamen diese Patienten?	Anzahl im Jahr 2005		
Staat 1 _____	ca. 1 – 10 Patienten <input type="checkbox"/>	ca. 11 – 50 Patienten <input type="checkbox"/>	> 50 Patienten <input type="checkbox"/>
Staat 2 _____	ca. 1 – 10 Patienten <input type="checkbox"/>	ca. 11 – 50 Patienten <input type="checkbox"/>	> 50 Patienten <input type="checkbox"/>
Staat 3 _____	ca. 1 – 10 Patienten <input type="checkbox"/>	ca. 11 – 50 Patienten <input type="checkbox"/>	> 50 Patienten <input type="checkbox"/>

Und zur Behandlung welcher Krankheitsbilder sind diese Patienten zu Ihnen gekommen?
 (Bitte tragen Sie die Krankheitsbilder entsprechend ihrer Häufigkeit in die unten stehenden Felder ein.)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Auf welche Weise wurden Ihnen diese Leistungen in der Regel vergütet?				
Selbstzahler	sehr häufig <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	hin und wieder <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>
durch ein staatliches Gesundheitssystem	sehr häufig <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	hin und wieder <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>
durch private Zusatzversicherungen	sehr häufig <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	hin und wieder <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>
Sonstige Vergütungsart _____	sehr häufig <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	hin und wieder <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>

Alles in Allem betrachtet, wie beurteilen Sie Ihre Erfahrungen mit Patienten aus anderen Staaten?	sehr positiv <input type="checkbox"/>	positiv <input type="checkbox"/>	eher positiv <input type="checkbox"/>	eher negativ <input type="checkbox"/>	negativ <input type="checkbox"/>	sehr negativ <input type="checkbox"/>
Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung kurz:						

6. Kontakt

Vielleicht dürften wir uns per E-Mail oder telefonisch an Sie wenden, falls sich im Laufe der Studie weitere Fragen ergeben sollten? Name: _____	E-Mail: _____ Telefon: _____
---	---------------------------------

Auf der dieser Arbeit beigefügten CD „Dissertation Hedde – Anhang“ finden sich

- **die Ergebnisse der schriftlichen, nicht standardisierten Befragung an schleswig-holsteinischen Krankenhäusern sowie**
- **die Auswertung der Befragung zur Patientenmobilität in der deutsch-dänischen Grenzregion.**

PER HENRIK HEDDE

geboren am 29.11.1975 in Frankfurt am Main
deutsche und schwedische Staatsangehörigkeit
verheiratet

SCHUL- UND HOCHSCHULBILDUNG

- 1985-1995: Goethe-Gymnasium in Frankfurt am Main.
- 1995: International Baccalaureate; Prüfungsfächer: Deutsch, Englisch, Philosophie, Mathematik, Physik und Schwedisch.
Deutsches Abitur; Prüfungsfächer: Englisch, Gesellschaftskunde, Geschichte und Mathematik.
- 1996 – 2004: Magisterstudium der Politischen Wissenschaft (Hauptfach), der Nordischen Philologie und der Anglistik (Nebenfächer) an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.
- 2000 – 2001: Einjähriger Auslandsaufenthalt an der Universität Kopenhagen.
- 2003: Magisterprüfung.
- 2005 – 2008: Doktorand (Politische Wissenschaft), Promotionsstipendiat der Friedrich-Naumann-Stiftung für die Freiheit.

ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsmittel verwendet habe. Ferner versichere ich, dass diese Arbeit noch nicht zum Zwecke der Erlangung der Doktorwürde an anderer Stelle vorgelegen hat.

Kiel, den 31. Juli 2008