

Gesundheitsdienstleistungen: Lokal produziert – national und europäisch reguliert

1 Europäische Union als Projekt des gemeinsamen Binnenmarktes

Dieser Aufsatz untersucht die Hypothese, dass Finanzierung und Organisation der Gesundheitssysteme innerhalb der Europäischen Union im Wesentlichen national gestaltet werden und dies auch auf lange Zeit so bleiben wird. Die Europäische Union bekennt sich in ihren Zielen zu der »Sozialen Dimension«, aber in den Europäischen Verträgen fehlen die dazu passenden Instrumente. Sozialpolitik und damit auch Gesundheitspolitik ist Umverteilung, der Haushalt der EU ist aber nicht größer als knapp über ein Prozent des Bruttonationaleinkommens aller Mitgliedsländer, pro Bürger entspricht das einer Summe von 240 €, also ein viel zu kurzer Hebel, um die Verteilung der Einkommen zu beeinflussen (Kommission 2005). Die Freiheiten des Binnenmarktes und die gemeinsame Währung sind heute der Kern der europäischen Einigung, alles andere sind Visionen zur künftigen Entwicklung der Union, die unter den Mitgliedsländern hoch umstritten sind, sobald sie konkret formuliert werden. Der Integrationsprozess wird aber nicht auf Markt-freiheiten zu beschränken sein, wenn er von den Bürgern Europas unterstützt werden soll, sondern die von den Märkten geforderte Flexibilität, Schumpeter spricht von der »zerstörerischen Kraft« des Wettbewerbs als Motor der Innovation, muss ein Gegengewicht in der Fähigkeit des Staates haben, den Bürgern soziale Sicherheit zu vermitteln und sie vor Risiken des Marktes zu schützen, die sie aus eigener Kraft nicht bewältigen können.

Globalisierung und der europäische Binnenmarkt werden häufig als Bedrohung gesehen, dass der nationale Staat diese sozialen Aufgaben nicht mehr wahrnehmen kann. Deshalb ist die »Soziale Dimension« der Europäischen Union so wichtig, weil es ohne sie mangels politischer Unterstützung auf Dauer auch keine weitere wirtschaftliche Integration geben kann. Ein »Europäisches Sozialmodell« ist in den Europäischen Verträgen nicht ausformuliert, sondern es definiert sich über die unterschiedlichen Sozialstaatsmodelle in den Mitgliedsländern, die von vergleichbaren Werten gekennzeichnet sind, aber doch sehr unterschied-

liche Wege der Zielerreichung gehen (Giddens 2006: 20ff; Kaelble 2004: 31ff). Das reicht im Bereich der Gesundheitspolitik von beitragsfinanzierten Sozialversicherungsmodellen (die sechs Gründungsstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft) bis zu steuerfinanzierter Gesundheitsversorgung (Großbritannien, Irland, skandinavische Staaten) und einer Vielzahl von Mischformen, die aber alle durch einen starken Einfluss des Staates gekennzeichnet sind (Erweiterung der Union nach Süden und Osten). Im nächsten Abschnitt wird deshalb untersucht, welche Konsequenzen die Binnenmarktfreiheiten der Verträge von Maastricht und Amsterdam auf den Gesundheitssektor haben (Amsterdamer Vertrag vom 2.10.1997). Danach ist zu klären, wie die gesundheitspolitischen Kompetenzen zwischen der Europäischen Union und den Mitgliedsländern verteilt sind, wobei die Frage im Mittelpunkt steht, ob es einen Einfluss auf das Gesundheitssystem, also die Organisation und insbesondere Finanzierung der Leistungen im Krankheitsfall gibt.

Die Europäische Union wird in dieser Arbeit als eine supranationale Institution begriffen, die in einer globalisierten Welt für Teilbereiche eine Regulierungskompetenz erhalten hat, die auf europäischer Ebene besser gelöst werden können, oder die einzelne Nationalstaaten alleine nicht mehr wahrnehmen könnten, beispielsweise die Verteidigung einer nationalen Währung gegen internationale Spekulation. Die Handlungsmöglichkeiten nationaler Regierungen werden durch den Prozess der Globalisierung und der europäischen Integration begrenzt, aber nicht auf Null zurückgeführt. Umgekehrt bietet der nationale Einfluss auf europäische Politik auch die Möglichkeit, eigene Ziele wirksamer durchzusetzen, beispielsweise bei der Bekämpfung grenzüberschreitender Risiken, wobei ansteckende Krankheiten nur ein Beispiel sind. Die Europäische Union ermöglicht damit Re-Regulierungen in einer globalisierten Welt, die einzelne Nationalstaaten nicht mehr haben. Die Europäisierung von Märkten ist Teil eines Gesamtprozesses der Globalisierung, also der weltweiten Öffnung der Waren-, Dienstleistungs-, Arbeits- und Kapitalmärkte. Auch das ist kein linearer Prozess der Verflechtung, sondern neben der globalen Integration vollzieht sich gleichzeitig ein Prozess, in dem die lokalen Märkte wichtiger werden, was insbesondere für Gesundheitsdienstleistungen gilt.

2 *Bedeutungszuwachs lokaler Dienstleistungsproduktion*

Grenzüberschreitender Handel und Wanderung von Arbeitskräften sind historisch betrachtet nichts Neues (Hirst/Thompson 1996: 18ff). Die besondere Qualität der Globalisierung der Weltwirtschaft heute ist das

höhere Ausmaß der ökonomischen Verflechtungen. Aus der veränderten Quantität erwächst auch eine neue Qualität, die vier wesentliche Ursachen hat:

- Der Anteil der Transportkosten an den Gesamtkosten aufgrund neuer Transporttechnologien (Container!) spielt nur noch eine untergeordnete Rolle.
- Informationstechnologien relativieren die Bedeutung von Zeit und Raum.
- Weltweit sind Zölle und Handelsbeschränkungen abgebaut worden.
- Der »Eiserne Vorhang« als undurchdringliche Grenze ist gefallen.

Heute sind nicht nur die Märkte für Waren und Dienstleistungen international, sondern auch die Mobilität der Produktionsfaktoren ist größer geworden. Es gibt eine legale und illegale Einwanderung in die ökonomisch entwickelten Länder. Gleichzeitig sind die Möglichkeiten für Unternehmen viel größer geworden, ihre Standorte weltweit dort zu wählen, wo die geringsten Produktionskosten und die niedrigsten Abgabebelastungen sind. Ihre Produkte sind heute fast ohne Einschränkung weltweit handelbar, ihre Investitionen sind in viel größerem Maße als je zuvor gegen politische Risiken geschützt, so dass eine bisher nicht gekannte Standortmobilität existiert. Das verringert gleichzeitig die nationale Steuerungsfähigkeit, weil die Unternehmen bei zu hoher Regulierung oder Besteuerung die »Exit-Option« wählen können.

Völlig veränderte Dimensionen haben heute allerdings die Finanzmärkte: Das Volumen und die Formen der internationalen Finanztransaktionen haben sich von Warengeschäften fast vollständig gelöst. Investmentgesellschaften und Pensionsfonds beherrschen die Kapitalmärkte und sind weltweit auf der Suche nach einer rentierlichen Anlage. Es wird bezweifelt, ob selbst mächtige, nationale Zentralbanken oder internationale Institutionen wie der Weltwährungsfonds noch in der Lage sind, Krisen auf den Finanzmärkten zu beherrschen und zu verhindern, dass sie auf die Waren- und Arbeitsmärkte durchschlagen (Frenkel/Menkhoff 2000: 3ff). Märkte sind weltweit geöffnet, der europäische Binnenmarkt ist insofern Teil eines umfassenderen Prozesses. Mit der Osterweiterung sind die Probleme ungleicher Einkommen und Lohndifferenzen, die Ursachen für Standortverlagerung und Arbeitskraftwanderung sind, nun auch eine EU-interne Herausforderung: Die Länder im Osten hatten in 2002 ein Einkommen gemessen im Bruttoinlandsprodukt pro Kopf bereinigt um die Kaufkraft von weniger als der Hälfte des EU-Durchschnitts, z.B. Polen 46 %, Lettland 37 %; die reichen Mitgliedsländer im Westen und Norden erreichen zum Teil Werte weit über dem Durchschnitt, z.B. Dänemark 122 %, Deutschland 108 %, Irland 133 %, Vereinigtes König-

reich 116% (Eurostat 2006). Die Billiglohnländer, die bisher im Fernen Osten verortet wurden, sind nun in der Reichweite eines LKW.

Kennzeichen der Globalisierung ist, dass der internationale Handel schneller wächst als das Weltsozialprodukt, die Verflechtung der nationalen Ökonomien also zunimmt. Gleichzeitig sinkt aber der Anteil der Konsumausgaben, die für international gehandelte Güter ausgegeben werden. Die Bedeutung von lokal produzierten und konsumierten Gütern hingegen steigt. Dieses Paradox der Gleichzeitigkeit von Globalisierung und Lokalisierung erklärt sich aus der Art der Güter, die international gehandelt werden. Das sind überwiegend Güter wie Fernsehapparate oder Automobile, die immer produktiver hergestellt werden und die im Vergleich zum erzielten Einkommen im Wert sinken. Zwar werden auch Dienstleistungen international gehandelt, beispielsweise die Leistung einer Werbeagentur oder eines Softwarehauses, aber ihre Bedeutung ist insbesondere bei personenbezogenen Dienstleistungen geringer, weil das Hauptkennzeichen einer Dienstleistung ist, dass sie nicht lager- und transportfähig ist, sondern im Augenblick der Produktion konsumiert wird. Produzent und Konsument müssen sich am gleichen Ort befinden, deshalb steigt wertmäßig der Anteil der lokalen Produktion, obwohl das internationale Handelsvolumen ebenfalls zunimmt. Der Anteil der Dienstleistungen und Mieten an den Konsumausgaben der privaten Haushalte sind viel bedeutender als die Ausgaben für dauerhafte Konsumgüter in der Form importierter Produkte (Turner 2001: 51ff). Wir gehen häufiger zum Friseur als zum Händler, um einen Fernseher zu kaufen. Der Friseur muss aber den Kopf vor sich haben, den er frisieren soll. Umgekehrt gilt auch, dass niemand zum Haarschneiden nach Prag fährt, auch wenn es dort viel billiger ist. Die spannende Frage innerhalb der europäischen Union ist, was hält den Friseur in Prag, wenn er in Hamburg viel mehr verdienen kann? In dieser simplen Überlegung sind alle Probleme enthalten, die auch für Gesundheitsmärkte relevant sind: Die Höhe des Einkommens ist offensichtlich nicht der einzige Grund, der den Ort der Niederlassung bestimmt, sondern von der Muttersprache über die Liebe zu Familie und Heimatstadt bis zur Anerkennung von Qualifikationsnachweisen gehen wesentliche Einflüsse aus.

Der Gesundheitssektor umschließt verschiedene Teilmärkte, die im Unterschied zu Märkten für private Güter in den Mitgliedsländern der Europäischen Union durch ein hohes Maß an staatlicher Regulierung geprägt sind, aber doch Märkte sind, weil eine Leistung erstellt und verkauft wird. In der Regel werden Produkte und Dienstleistungen nicht an den Konsumenten oder Patienten verkauft, sondern an intermediäre Dritte wie Krankenkassen oder staatliche Gesundheitsdienste, aber es

sind doch Waren, die einen Bedarf befriedigen und durch deren Produktion Einkommen erzeugt und verteilt wird. Typische Warenmärkte sind der Arzneimittelmarkt oder der Markt für medizinische Geräte und Heilmittel, personenbezogene Dienstleistungen sind alle Tätigkeiten von Ärzten, Pflegekräften oder anderen Gesundheitsberufen, die, gleichgültig ob angestellt oder selbständig, einen Arbeitsmarkt bilden. Schließlich sind Investitionen in Krankenhäuser und Geräte zu finanzieren, die ebenso wie Versicherungsleistungen je nach dem, wie sie reguliert sind, Teil eines Finanzmarktes sind, der rentierliche Anlagen sucht. Die verschiedenen Teilmärkte sind daraufhin zu bewerten, ob es sich um lokale Produktionen handelt, die der Tendenz zur Internationalisierung der Produktion in der oben beschriebenen Weise weitgehend entzogen sind, aber doch den Regeln des Binnenmarktes unterliegen, oder ob es sich im Sinne um Warenmärkte handelt, die sich nicht wesentlich von anderen privaten Märkten unterscheiden und der Freiheit des Binnenmarktes unterliegen (Amsterdamer Vertrag: Art. 23-31, Art. 39-60 EGV).

3 *Europäische Regulierung des Binnenmarktes*

3.1 *Freiheit der Warenmärkte*

Medizinische Geräte und Arzneimittel sind die wichtigsten Waren im Gesundheitssektor, die international gehandelt werden. Sie sind zwar in Bezug auf Preis und Qualität sehr stark nationalstaatlich reguliert, werfen aber im Prinzip keine besonderen Probleme im Hinblick auf die Binnenmarktfreiheiten auf. Die Unternehmen haben ein starkes Interesse, technische Standards, Zulassungsverfahren und Qualitätsanforderungen zu vereinheitlichen, um innerhalb der EU ohne zusätzlichen Aufwand anbieten zu können. Die Mitgliedsländer können zur Sicherung der Gesundheit besondere Anforderungen formulieren, aber sie dürfen niemals gegenüber dem Herstellerland oder der Staatsbürgerschaft diskriminieren. Dieser Grundsatz ist der Kern der Binnenmarktfreiheit. Bei Arzneimitteln gibt es die Möglichkeit, eine Zulassung nach nationalem Recht zu erlangen und auf einem anderen Markt innerhalb der EU dort nach einem vereinfachten Verfahren zugelassen zu werden, oder aber von Beginn an ein Medikament nach europäischem Recht zuzulassen, was aufwendiger ist, aber damit auch einen unbeschränkten Marktzugang auf allen EU-Märkten ermöglicht.

3.2 *Besonderheiten der Gesundheitsdienstleistungen*

Anders hingegen medizinische Dienstleistungen in ambulanter oder stationärer Form: Sie erfordern, dass der Produzent (Arzt oder Pflege-

kraft) und der Patient am gleichen Ort sind. Neue Perspektiven mögen sich durch die Entwicklung der Telemedizin ergeben, wo Untersuchung und Befundung räumlich getrennt sein können. Im Zusammenhang mit den von der EU geförderten Referenzzentren für schwere Erkrankungen können sich daraus neue Perspektive ergeben, wenn eine lokale Klinik beispielsweise ein Röntgenbild an die Experten in einer ausländischen Klinik schickt. Aber in der Regel ist Behandlung und Pflege eine lokale Produktion. Die nationalen Gesundheitsmärkte waren und sind dadurch weitgehend voneinander abgeschottet, was einerseits auf das Verhalten der Patienten zurückzuführen ist, andererseits aber auch durch die nationalen Gesundheitsgesetze, die eine Inanspruchnahme von Leistungsanbietern in anderen Ländern der EU nur im Notfall vorsahen. Bis zur Reform des §140e SGB V im Herbst 2003 war es in Deutschland z.B. ausdrücklich verboten, ein anderes Land zum Zweck der Krankenbehandlung aufzusuchen, es sei denn, die gesetzliche Krankenkasse hat vorher eingewilligt, die Kosten zu übernehmen. Der Europäische Gerichtshof hat beginnend Ende der neunziger Jahre in verschiedenen Urteilen diese Rechtspraxis als unvereinbar mit der Freiheit des Dienstleistungsverkehrs im Binnenmarkt gekennzeichnet und damit die Rechte der Patienten gestärkt, einen Leistungsanbieter auch im EU-Ausland zu wählen (Europäischer Gerichtshof 1998, 2001, 2003). Dabei hat er allerdings bezüglich einer stationären Behandlung den Grundsatz der Wahlfreiheit eingeschränkt, weil Krankenhäuser erhebliche Investitionen und Vorhaltekosten erfordern, so dass auf die finanzielle Stabilität der nationalen Versorgungssysteme Rücksicht zu nehmen ist. Eine Behandlung im Ausland darf auch nicht willkürlich verweigert werden, sondern nur, wenn ein qualitativ vergleichbares Angebot in angemessener Wartezeit im Inland möglich ist. Das sind unbestimmte Rechtsbegriffe, so dass es nicht verwundern kann, dass sie wiederum zu einer Rechtsprechung des EuGH führen. Im Frühjahr 2006 wird das Urteil zu der Klage einer Patientin erwartet, die lange Wartezeiten für eine Hüftoperation nicht hinnehmen wollte und von ihrer nationalen Krankenkasse die Übernahme der Behandlungskosten im Ausland einklagt. Die Stellungnahme des Generalstaatsanwaltes gibt ihr Recht (Rechtssache Yvonne Watts Az. C-372/04). Wenn der EuGH entsprechend urteilt, ist dies ein weiterer Meilenstein zu einem europäischen Gesundheitsmarkt, in dem die EU-Bürger wählen, in welchem Mitgliedsland sie eine Dienstleistung in Anspruch nehmen.

Tatsächlich wird die grenzüberschreitende Behandlung keine große Rolle spielen. Bisher entfallen weniger als ein halbes Prozent aller Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland auf

Leistungen im Ausland: Im Jahr 2004 waren es 0,4 % der gesamten Leistungsausgaben, pro Mitglied lediglich 10,63 € bei Gesamtausgaben von 2 649 € (BMG 2005). Darin sind sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen enthalten, Notfälle und genehmigte Behandlungen. Die Größenordnung ist weit davon entfernt, die finanzielle Stabilität oder auch nur Planbarkeit der Ausgaben der Krankenkassen zu gefährden. Stationäre Behandlungen werden ohnehin einzelfallbezogen abgerechnet, so dass die sonst anfallenden Kosten im Inland gespart werden. Ambulante ärztliche Leistungen werden in Deutschland mit den Kassenärztlichen Vereinigungen pauschal abrechneten, so dass man die ambulanten Budgets um die Ausgaben der Auslandsbehandlung bereinigen müsste, um eine Doppelbezahlung von Leistungen auszuschließen. Die Rechtssprechung des EuGH hat den finanziellen Auswirkungen auch insoweit Rechnung getragen, als die nationale Krankenkasse nur die Kosten erstatten muss, die im Inland angefallen wären und auch nur für die Leistungen, die dem inländischen Regelkatalog entsprechen. Damit ist gleichzeitig die faktische Inanspruchnahme begrenzt, insbesondere wenn ein Patient aus einem Mitgliedsland mit niedrigerem Einkommens- und Kostenniveau Leistungen in einem Land mit höherem Niveau in Anspruch nehmen will, weil die die Differenz der Behandlungskosten aus der eigenen Tasche bezahlt werden muss. Eine höhere Patientenmobilität aus dem Ausland nach Deutschland ist also bestenfalls aus Ländern mit Wartelisten zu erwarten, die auch ein hohes Preisniveau für medizinische Leistungen haben, also die Niederlande oder die skandinavischen Staaten. Für britische Patienten oder Versicherte aus mittel-ost-europäischen Mitgliedsländern dürften die erforderlichen Zuzahlungen im hohen Maße prohibitiv wirken.

Die Dienstleistungsfreiheit wird aber auch deshalb zu keinen großen Patientenströmen innerhalb Europas führen, weil aufgrund der Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung die gemeinsame Sprache und Kultur eine wichtige Rolle spielt. Anders kann das in Grenzregionen sein, wo die Inanspruchnahme von Leistungen jenseits der Grenze mit kürzeren Wegen verbunden sein kann (Schaub 2001: 79ff). Gerade an der Grenze zu den Benelux-Staaten und Österreich gibt es eine Reihe von Beispielen für grenzüberschreitende Verträge mit ausländischen Leistungserbringern auf der Basis des Sachleistungsprinzips, so dass hier der Binnenmarkt für die Patienten konkret erfahren wird. Die elektronische Gesundheitskarte, die europaweit eingeführt werden soll, spart lediglich gesonderte Formulare, aber sie schafft keine neuen Leistungsansprüche.

Als ein bedeutsames Feld für die Dienstleistungsfreiheit im Gesundheitssektor könnte sich die Zahnprothetik entwickeln, wenn deutsche

Zahnärzte die Laborleistungen im Ausland billiger einkaufen und mit der nationalen Krankenkasse abrechnen. Wegen der hohen Zuzahlungen für die Versicherten gibt es hier ein zusätzliches Interesse, eine qualitativ hochwertige Versorgung zu günstigen Preisen zu erhalten. Häufig werden auch Kuren als ein Bereich genannt, wo die Binnenmarktfreiheiten zu einer vermehrten Inanspruchnahme ausländischer Kliniken durch deutsche Patienten führen könnten. Kuren in Osteuropa dürften im Schnitt mindestens ein Drittel billiger sein, aber auch hier gilt, dass selbst bei vergleichbarer Qualität kranke Menschen wenig Bereitschaft haben, in eine fremde Umgebung zu gehen. Zudem wird der Aufwand für stationäre Heilkuren eher sinken, weil mehr Gewicht auf eine ambulante Rehabilitation im Anschluss an eine Akutbehandlung gelegt wird. Wenn bei Kuren aus der Sicht der osteuropäischen Anbieter Entwicklungschancen liegen, dann eher im Bereich gesundheitsfördernder Wellness-Angebote, die nicht zum Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenkassen gehören, aber angesichts einer wachsenden Zahl von Senioren, die auch über die entsprechende Zahlungsfähigkeit verfügen, stärker nachgefragt werden.

Die Rechtsprechung des EuGH hat eindeutig die Möglichkeiten der Patienten gestärkt, innerhalb der Europäischen Union frei zu wählen. Der Konflikt mit den kollektivrechtlichen Regelungen der Sozialgesetzgebung ist lösbar, aber insgesamt ist nicht zu erwarten, dass es zu großen Patientenbewegungen zwischen den Mitgliedsländern kommt. Bisher haben überhaupt erst fünf Mitgliedsländer, darunter seit dem Januar 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz Deutschland, ihr nationales Recht den Urteilen des EuGH angepasst (Spielberg 2006). Soweit es sich um Leistungen handelt, die von den deutschen Krankenkassen bezahlt werden, müssen diese vergleichbare, wenn auch nicht identische Qualitätsstandards wie im Inland aufweisen. Die vermehrte Inanspruchnahme von Dienstleistungen aus dem EU-Ausland zeigt aber auch, dass es einen Bedarf für eine Dienstleistungsrichtlinie der Europäischen Union gibt, die die Rechte der Verbraucher und die Haftung im Schadensfall so regelt, dass es vergleichbare Standards gibt (Kommission 2004a). Gerade das würde die von der EU-Kommission bisher vorgelegte Dienstleistungsrichtlinie, die von vielen Mitgliedsländern und dem Europäischen Parlament in dieser Form abgelehnt wird, gerade nicht leisten, denn das Herkunftslandprinzip würde festschreiben, so dass der Verbraucher sich im Zweifelsfall mit 26 nationalen Einzelregelungen konfrontiert sieht und das Gegenteil von Transparenz eintritt.

3.3 *Mobilität auf Arbeitsmärkten für Ärzte*

Bezogen auf die Freiheit des Personenverkehrs gilt in der Europäischen Union, dass jeder Bürger der Union seinen Wohnsitz in jedem Mitgliedsland wählen kann und er das Recht hat, dort einer Arbeit nachzugehen oder ein Gewerbe auszuüben. Auf die größere Mobilität der Personen hat das Sozialrecht reagiert, indem die Pflicht und das Recht eingeführt wurde, bei dauerndem Aufenthalt in das nationale Sicherungssystem aufgenommen zu werden, bei vorübergehendem Aufenthalt wurde sichergestellt, dass die Ansprüche »portabel« sind, also im Heimatland angerechnet werden; es gilt aber das strikte Territorialprinzip, d.h. das Recht des Landes des Aufenthaltes, das aber nicht gegen die Staatsbürgerschaft diskriminieren darf. Von besonderer Bedeutung für unsere Fragestellung ist, wie sich die formale Freiheit der Niederlassung auf dem Arbeitsmarkt für Ärzte auswirkt, wobei die Argumente im Prinzip auf andere Heilberufe übertragbar sind, die empirische Basis für Zukunftsprognosen aber noch schlechter als bei Medizinern ist.

Durch die öffentlichkeitswirksamen Aktionen der Krankenhausärzte im letzten Jahr, die eine Umsetzung der europäischen Richtlinie zu den Bereitschaftsdiensten in nationales Recht forderten, ist vielen Menschen überhaupt erst bewusst geworden, dass die Rahmenbedingungen des Arbeitsmarktes, allerdings nicht der Inhalt individueller oder kollektiver Verträge über Entgelte und Wochenarbeitszeit, Gegenstand der europäischen Regulierung sind. Gerade die Kostenwirksamkeit einer vollständigen Anerkennung der Bereitschaftsdienste als zu bezahlende Arbeitszeit hat den heftigen Widerstand der Krankenhäuser hervorgerufen, der immerhin bewirkt hat, dass die bereits 1993 beschlossene Richtlinie bis heute nicht umgesetzt ist, bzw. das Inkrafttreten ein weiteres Mal um ein Jahr auf 2007 verschoben wurde. Verbunden mit Tarifforderungen der Krankenhausärzte ist es zu Beginn des Jahres 2006 zu einer Diskussion in der Öffentlichkeit über die Einkommen der Ärzte in Krankenhäusern und als Niedergelassene gekommen. Die Abwanderung von Ärzten in andere Mitgliedsländer der EU, in die USA und nach Norwegen wurde auch damit begründet, dass dort mehr verdient wird als in Deutschland. Im Hinblick auf die Altersstruktur der Ärzte und der Tatsache, dass es insbesondere in Ostdeutschland unbesetzte Stellen und Praxen gibt, wurde ein drohender Ärztemangel beschworen.

Die Mobilität der Arbeitskräfte innerhalb der Europäischen Union ist gewollt und wird durch gegenseitige Anerkennung von Qualifikationsnachweisen ausdrücklich gefördert. Das schließt nicht aus, dass die Mitgliedsländer besondere Anforderungen an die Niederlassung oder

Berufsausübung stellen, bei einem Arzt z.B. die Kenntnis der National-
sprache oder die Zulassung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
nach der regionalen Bedarfslage, aber die Regeln dürfen niemanden
aufgrund seiner Staatsbürgerschaft diskriminieren. Angebot und Nach-
frage auf dem Arbeitsmarkt hängt nun von sehr vielen Faktoren ab. Die
Nachfrage wird durch die Größe der Bevölkerung und ihre Morbidität,
aber auch durch die Versorgungsstrukturen und die Entwicklung des
medizinischen Fortschritts bestimmt. Nicht zuletzt kommt es darauf an,
wie die regionale Verteilung der Ärzte gesteuert wird.

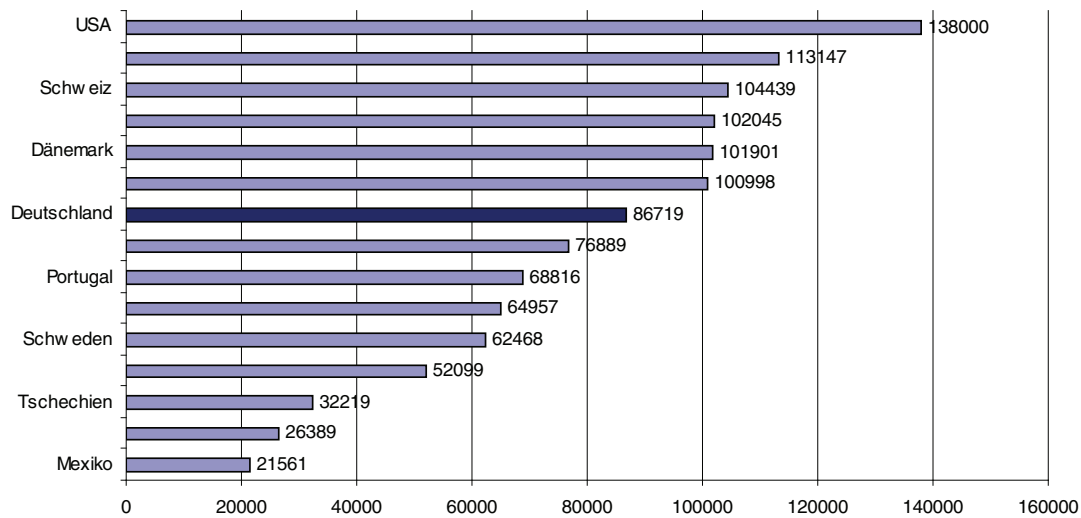
Aktuell besteht bezogen auf Gesamtdeutschland kein Ärztemangel,
sondern eine Überversorgung in den Ballungszentren und möglicher-
weise eine Unterversorgung in der Fläche. Auch dort sind die Relationen
von Arzt zu Patient im internationalen Vergleich oder zu den Verhältnissen
von vor zwanzig Jahren nicht katastrophal, aber was eine angemessene
Versorgung ist, bleibt auch unter Fachleuten hoch streitig (OECD
2005: 39). Abwanderung in andere Länder ist nicht nur durch höhere
Einkommen motiviert, sondern es sind auch die Arbeitsbedingungen
wie Arbeitszeiten, weniger hierarchische Organisationsstrukturen oder
bessere Forschungsbedingungen. Umgekehrt bindet die gemeinsame
Sprache und Kultur oder die Familiensituation an das Heimatland, selbst
wenn die Einkommenschancen im Ausland viel höher sind.

Per Saldo sind in den letzten Jahren deutlich mehr Ärzte nach Deutsch-
land eingewandert als ausgewandert: 17991 ausländische Ärzte kamen
nach Deutschland, 12000 praktizierten im Ausland (Kassenärztliche
Bundesvereinigung 2005). Selbst wenn es künftig einen manifesten
Ärztemangel in Deutschland geben sollte, ist bei einem offenen Arbeits-
markt mit einer Zuwanderung aus mittel- und osteuropäischen Mit-
gliedsländern zu rechnen, die ein deutliches Einkommensgefälle zu dem
Rest der EU aufweisen. Eine befriedigende Lösung kann das nicht sein,
denn in einem gemeinsamen Europa sollte kein Land seine Probleme
zu Lasten des Nachbarn lösen. Aber diese Entwicklung entspricht der
Logik des Binnenmarktes. Sie kann aus der Perspektive Deutschlands
dazu beitragen, eine restriktivere Praxis der Niederlassung in Ballungs-
gebieten zu vermeiden, aber sie wird auch Druck auf die mittel- und
osteuropäischen Länder ausüben, ihre Ärzte besser zu bezahlen.

Angesichts der Mittelposition, die Deutschland im internationalen
Einkommensvergleich hat (vergleiche Graphik), ist daraus keine ein-
deutige Tendenz abzuleiten, weil es sowohl Zu- als auch Abwanderung
geben wird. Die Einkommensdaten für Ärzte sind im internationalen
Vergleich auch sehr kritisch zu bewerten, weil nicht immer klar ist, wel-
che Ärztegruppe erfasst ist, ob alle dem Arzt zufließenden Einkommen

enthalten sind, also Einkommen aus gesetzlicher Leistungserbringung und Privathonorare.

Durchschnittliche Jahreseinkommen von Hausärzten in \$ KKP



Quelle: OECD (2005) Health at a Glance 2005, Paris. Letztes verfügbares Jahr; je nach Gesundheitssystem angestellte oder selbständige/freiberuflich tätige Ärzte

Insofern ist die Darstellung der OECD noch relativ klar, weil sie sich nur auf Hausärzte bezieht und das Einkommen in Kaufkraftparitäten umrechnet, aber trotzdem bleiben viele andere Rahmenbedingungen unberücksichtigt. So werden in Deutschland die Kosten des Studiums (immerhin rund 150 000 €) vom Steuerzahler getragen, der Arzt in den USA muss sein Studium selber finanzieren. Er hat durch das andere Haftungsrecht auch sehr viel höhere Versicherungskosten zu tragen und schließlich machen die Unterschiede in der persönlichen Besteuerung den Vergleich schwer, was »unter dem Strich« für den Arzt zur persönlichen Verfügung bleibt. Am unteren Ende der Einkommensskala sind mit Tschechien und Ungarn nur zwei mittel- und osteuropäische Länder erfasst. Nicht nur hier ist es fast unmöglich, das tatsächliche Einkommen der Ärzte zu erfassen, weil in einigen Gesundheitssystemen Patienten den Ärzten »Geldzahlungen im Briefumschlag« geben, damit sie überhaupt Zugang zu einer angemessenen Versorgung erhalten. Die WHO schätzt für Polen, dass die illegalen Einkommen die Einkünfte aus der offiziellen Bezahlung verdoppeln, aber das ist außerordentlich schwer zu belegen, weil darüber naturgemäß keine Statistik geführt werden kann (European Observatory 1999: 17f). In der Größenordnung dürfte es aber auch die Verhältnisse in anderen mittel- und osteuropäischen Ländern widerspiegeln, so dass sich das Einkommensdifferential zu den alten EU-Mitgliedsländern verringert.

3.4 Veränderungsdruck durch Finanzmärkte und Haushaltsdefizite

Die Finanzmärkte werden insbesondere dann bedeutsam, wenn die Sicherung gegen das Risiko von Krankheit nicht mehr durch gesetzliche Regulierung erfolgt, sei es in der Form von Sozialversicherung oder eines staatlichen Gesundheitsdienstes, sondern teilweise oder ganz über private Versicherungen. Aus der Sicht der Versicherungswirtschaft ist das ein attraktiver Markt mit Wachstumschancen, aber auch für die Interessenvertretung von Ärzten wird das als ein Ausweg aus der Begrenzung durch gedeckelte Budgets gesehen, der der eigenen Gruppe zusätzliche Einkommensmöglichkeiten verschaffen kann. Ärzteorganisationen und private Versicherungen sind starke Interessengruppen, die unter der Überschrift einer größeren Eigenverantwortung für die Versicherten versuchen, die europäische Gesundheitspolitik zu beeinflussen, damit der Anteil privat zu versichernden Leistungen wächst. Die deutsche Festbetragsregelung in der Zahnversorgung zeigt, wohin das führt: Privathonorare und Belastung der Versicherten nehmen zu, ohne dass eine bessere Versorgung damit verbunden ist.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind nach ständiger Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes den Binnenmarktfreiheiten nicht unterworfen, weil sie keine Unternehmen sind, sondern einen politischen Auftrag erfüllen. Nicht sie, sondern im Wesentlichen der Gesetzgeber bestimmt Mitgliedschaft und Leistungsvolumen. Die Beiträge sind keine individuellen, risikoäquivalenten Preise, sondern einkommensbezogene Abgaben und die Leistungen erfolgen nach dem Bedarfsprinzip. Geht man von diesen Grundprinzipien ab und nähert sich dem Äquivalenzprinzip der privaten Versicherung, dürfte auch die Anwendung der Binnenmarktfreiheiten nicht in Frage stehen.

Geräte- und Pharmaindustrie sind in der Hand privater Anleger und unterliegen damit der Regulierung oder Nicht-Regulierung privaten Anlagekapitals wie jede andere Investition. Ein wachsender Markt ist aber auch die Privatisierung von Krankenhäusern, die bisher in Europa überwiegend im Eigentum staatlicher, kommunaler oder gemeinnütziger Träger sind. Aus den unterschiedlichsten Gründen, nicht zuletzt durch die restriktiven Verschuldungskriterien des Vertrages von Maastricht, sind die öffentlichen Krankenhausträger immer weniger in der Lage oder auch bereit, Betriebsdefizite der Krankenhäuser zu finanzieren. Dabei ist ganz unstrittig, dass die Defizite der Sozialversicherungsträger Teil des Staatsdefizits sind, wenn Krankenhäuser unwirtschaftlich arbeiten und der kommunale Träger den laufenden Betrieb bezuschussen muss, erhöht das ebenfalls die Defizite der ohnehin schon hoch verschuldeten

Kommunen. Die Länder finanzieren aus ihren Haushalten die Krankenhausinvestitionen, was hinsichtlich der Obergrenze der Verschuldung nach Artikel 115 des Grundgesetzes neutral ist, weil den Krediten entsprechende Investitionen gegenüberstehen, aber es erhöht das Defizit nach dem Stabilitäts- und Wachstumspakt, so dass auch von dieser Staatsebene ein Interesse besteht, Krankenhäuser zu privatisieren. Die Krankenhausprivatisierungen werden also durch die Binnenmarktfreiheiten nicht beschleunigt oder gar verursacht, sondern hier dominieren die Auswirkungen des Stabilitäts- und Wachstumspaktes, bei dem Haushaltsdisziplin und Geldwertstabilität allen anderen Zielen übergeordnet werden. Gemessen an der Zahl der behandelten Fälle und der Zahl der Krankenhäuser dominieren auch weiterhin die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, aber die Privatisierungen haben zugenommen, was die Wahrnehmung prägt (Strehl 2003: 113ff).

In der Vergangenheit konnte durch den Verkauf eines Krankenhauses auch noch eine willkommene Einnahme für den Haushalt erzielt werden. Private haben vor allem Krankenhäuser im Osten gekauft, wo für Neubau und Sanierung Sondermitteln eingeworben werden konnten. Diese Sondersituation gibt es nicht mehr, vielmehr sind viele kommunale Träger froh, wenn sie die finanzielle Verantwortung für ihre Krankenhäuser abgeben können, weil sie nicht bereit oder in der Lage sind, die Investitionsmittel aufzubringen, die für Modernisierung und Neubau nötig sind, um im Wettbewerb zu bestehen und eventuelle Zuschüsse in den Betriebshaushalt entfallen. Die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander ist aber durch das neue Entgeltsystem auf der Basis von Fallpauschalen, das spätestens 2008 flächendeckend eingeführt sein wird, sehr viel intensiver geworden. Krankenhäuser müssen fusionieren und kooperieren, um durch Spezialisierung Kostenvorteile zu erzielen, oder sie werden einzelne Abteilungen oder ganze Häuser schließen müssen. Private Investoren haben dabei Vorteile, weil sie Entscheidungen zentral durchsetzen können und damit das Konzept regionaler Portalkliniken leichter realisieren können. Ob diese Investoren Inländer oder Ausländer sind, macht wegen der Binnenmarktfreiheiten keinen Unterschied. Für beide gilt allerdings auch das nationale und europäische Wettbewerbsrecht, was eine marktbeherrschende Stellung, die bei einem Drittel Marktanteil gesehen wird, unterbinden will. Der Konflikt zwischen Marktbeherrschung und den Vorteilen der horizontalen und vertikalen Fusion ist nur schwer lösbar und könnte sich als die Achillesferse der Krankenhausprivatisierung erweisen.

4 *Eigene Zuständigkeiten der Europäischen Union für Gesundheit*

Europa hat mit dem Binnenmarkt einen gemeinsamen Wettbewerbsrahmen, in dem die nationale Gesundheitspolitik stattfindet. Über die Freiheit der Märkte soll eine Dynamik herbeigeführt werden, die zu einer größeren Integration führt. Bei optimistischer Betrachtung dieser Deregulierung zugunsten größerer Marktfreiheit führt die Dynamik des Marktes dazu, dass andere Bereiche wie der Sozialbereich ebenfalls zunehmend integriert werden müssen. Dabei gehen aber die Empfehlungen je nach wirtschafts- und ordnungspolitischem Standort diametral auseinander. Marktliberale sehen die Notwendigkeit einer weitergehenden Deregulierung auch im Bereich der sozialen Sicherung. Die Anhänger eines »Sozialen Europas« fordern eine Re-Regulierung auf europäischer Ebene, weil nach ihrer Auffassung Europa scheitert, wenn es lediglich Marktfreiheiten garantiert und nicht auch für politische Akzeptanz und Legitimation sorgt (Offe 2005: 189ff).

Dahinter stehen sehr unterschiedliche Vorstellungen über die Finalität Europas, also die Frage, ob es zumindest für lange Zeit ein Zusammenschluss von Nationalstaaten bleibt, oder die nationalstaatlichen Vorbilder auf einen föderalen Zusammenschluss Europas übertragen werden. Nach der Vertragslage, daran würde auch die eher unwahrscheinlich gewordene Verabschiedung einer Europäischen Verfassung nichts ändern, ist die Europäische Union ein Zusammenschluss von Nationalstaaten, die über den Ministerrat letztlich bestimmen, was in Europa gemeinsam gemacht wird. Dieses »Sowohl-als-auch«, also die Gleichzeitigkeit von nationaler und supra-nationaler Regulierung und eines Europas, das nicht in den Kategorien von Nationalstaaten gedacht werden sollte, indem es aus der Europäische Union einen Nationalstaat neuen Typs macht, ist angesichts der ökonomischen, sozialen und kulturellen Unterschiede in Europa ein angemessenes Programm für einen längeren Zeitraum (Beck/Grande 2004, 361ff).

Auf jeden Fall ist es die Realität und der Rahmen, in dem die Mitgliedsländer der EU ihre Gesundheitspolitik gestalten. Artikel 152 EGV räumt der EU nur sehr eng begrenzte Kompetenzen in der Gesundheitspolitik ein:

- Festlegung von Qualitätsstandards bei Organen und Substanzen menschlichen Ursprungs,
- Maßnahmen im Bereich des Veterinärwesens und des Pflanzenschutzes zu Schutz des Menschen,
- Fördermaßnahmen zum Schutz und zur Verbesserung der menschlichen Gesundheit, aber unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung.

Die EU »ergänzt« die Gesundheitspolitik der Mitgliedsländer, sie kann sie koordinieren und sie kann kooperieren, aber Artikel 152 (5) EGV betont das Subsidiaritätsprinzip, also den Vorrang der nationalen Gesundheitspolitik, von dem nur abgewichen werden darf, wenn ein Problem auf der Ebene der Mitgliedsländer nicht lösbar ist und eine europäische Lösung einen »Mehrwert« verspricht. Ausdrücklich heißt es in dem Artikel, dass die Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme eine nationale Aufgabe ist. Im Ergebnis bedeutet dies, dass die nationalen Gesetze nicht im Gegensatz zum europäischen Recht stehen dürfen, aber die wesentliche Frage der Gestaltung der Gesundheitssysteme die Aufgabe der Mitgliedsländer bleibt, über die keine europäischen Institutionen entscheiden darf. Dies entspricht auch den tatsächlichen Verhältnissen: Gesundheitspolitik wird wesentlich über Ausgaben für die Gesundheitsversorgung gestaltet. Die Mitgliedsländer gaben dafür 2003 zwischen weniger als sechs Prozent (Slowakei) und mehr als elf Prozent (Deutschland) ihres Nationaleinkommens aus (European Commission 2005). Der gesamte Haushalt der Europäischen Union beträgt aber lediglich knapp über ein Prozent des europäischen Nationaleinkommens. Schon dieser geringe Prozentsatz ist unter den Mitgliedsländern hoch streitig, wie die Auseinandersetzungen um die Haushaltsperiode 2007 bis 2012 zeigen. Alle Überlegungen, der Europäischen Union eine stärkere Rolle in der Versorgung und Finanzierung zuzuweisen, sind deshalb illusionär.

Ernstzunehmender sind Befürchtungen, dass in dem Konflikt zwischen garantierten Binnenmarktfreiheiten und staatlicher Organisation und Finanzierung des Gesundheitssektors der Schluss gezogen wird, einen größeren Bereich künftig über den Markt bereitzustellen. In der Europäischen Kommission sind Tendenzen erkennbar, die die Rolle des Staates in der Gesundheitspolitik als »Stewardship« im Sinne der WHO (WHO 2000: 23ff) verstehen, also lediglich in der Verantwortung, dass politisch gesetzte Gesundheitsziele auch tatsächlich erreicht werden (Kommission 2004b: 8). Dazu gehören eine sozial gerechte Finanzierung, die die Risiken von Krankheit kollektiv absichert, ein fairer Zugang für alle Menschen zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, aber auch ihre Quantität und Qualität und schließlich ein Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten. Der Staat hat also eine Pflicht, Organisation und Finanzierung der Gesundheitsversorgung aktiv zu gestalten und bei Fehlentwicklungen zu intervenieren, aber er soll ausdrücklich nicht selber als Leistungserbringer auftreten. Der Staat ist lediglich der mittelbare oder unmittelbare Käufer einer privat erstellten Leistung.

Diese Tendenz findet Unterstützung durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes, der wiederum in seinen Urteilen an die

Europäischen Verträge gebunden ist. Die sind aber durch eine deutliche »Schieflage« zugunsten der Binnenmarktfreiheiten gekennzeichnet, weil die wirtschaftlichen Rechte sehr genau normiert und damit bindend sind, wohingegen die sozialen Rechte in den Europäischen Verträgen in den generellen Regelungen im Sinne der Werte der Union enthalten sind, aber keine vergleichbare Konkretisierung wie die wirtschaftlichen Rechte erfahren. Das führt dazu, dass die Urteile des Europäischen Gerichtshofs sehr wohl den Integrationsprozess gefördert haben, teilweise wie bei den Patientenrechten sogar der Motor für eine größere Integration waren, aber gleichzeitig haben dadurch auch die individuellen Rechte ein stärkeres Gewicht gegenüber den kollektiven Regelungen bekommen, die aber kennzeichnend für die sozialstaatliche Steuerung des Gesundheitssektors sind. Das kann sich nur ändern, wenn in den Europäischen Verträgen oder in der längeren Frist in einer europäischen Verfassung mehr »positives Recht« geschaffen wird, also ein Prozess der Integration durch gemeinsame, europäische Regeln für den Gesundheitssektor. Die »Charta der sozialen Grundrechte«, die der Europäische Konvent in seinen Vorschlag für eine Europäische Verfassung aufgenommen hat, bilden dafür eine wichtige normative Grundlage (Schulte 2004: 90ff). Das mag sich in der gesetzlichen Konkretisierung erst als Aufgabe für die nächste Generation stellen, aktuell wird es notwendig sein, dass ein erreichtes Niveau des sozialen Schutzes, das in den einzelnen Mitgliedsländern unterschiedlich hoch ist, nicht durch die Regeln des Binnenmarktes in Frage zu stellen

Das Ziel der sozialen Kohäsion ist richtig, aber es sollte nicht zu dem Preis der Aufgabe hoher Standards erkaufte werden, sondern als Ergebnis einer ökonomischen Angleichung der ärmeren Mitgliedsländer an eine bessere Gesundheitsversorgung. So lange muss man mit der Divergenz von Versorgungsniveaus und Gesundheitssystemen leben. Eine Harmonisierung der Standards würde die wirtschaftlich schwächeren Länder überfordern, eine Anpassung der Standards nach unten würde in den ökonomisch stärkeren Staaten die politische Unterstützung für die europäische Integration in Frage stellen. Die Zielgröße für die Angemessenheit der nationalen Ausgaben für Gesundheit kann nur die jeweilige Höhe der Gesundheitsquote sein, also das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum Nationaleinkommen des Mitgliedslandes, nicht ein rechnerischer Durchschnitt aller Mitgliedsländer. Wollte man auch nur mittelfristig erreichen, dass die Abweichungen vom Durchschnitt reduziert werden, würde das eine Umverteilung von Haushaltsmitteln zugunsten der ärmeren Länder erfordern, die die finanziellen Möglichkeiten der EU vollständig überfordern und für die auf lange Zeit auch keine politischen

Mehrheiten zu bekommen sind. Sozialstaatliche Umverteilung im nationalen Rahmen stößt bereits auf Akzeptanzprobleme, Umverteilung von reichen zu armen Mitgliedsländern ist um Größenklassen schwieriger. Der Prozess der ökonomischen Kohäsion soll, so die Vorstellung der Europäischen Verträge, auch zu sozialer Kohäsion führen, weil sich die Wohlstandsniveaus annähern. Die Süderweiterung der EU ist dafür das häufig zitierte Beispiel, weil sie nicht eine soziale Spirale nach unten in Gang gesetzt hat, wie sie mit der Osterweiterung häufig beschworen wird, sondern die damals neuen Mitgliedsländer haben aufgeholt und höhere Sozialstandards verwirklicht.

Eine andere Frage ist, ob die konkrete Politik der Europäischen Kommission oder des Europäischen Parlaments die Mitgliedsländer in eine bestimmte Richtung der Finanzierung und Organisation der Gesundheitsversorgung drängen will, ohne eine formale Zuständigkeit zu haben. Es gibt den oben diskutierten Widerspruch zwischen den Binnenmarktfreiheiten und den national regulierten Gesundheitsmärkten. Die Auseinandersetzung um eine Dienstleistungsrichtlinie (nach dem verantwortlichen Kommissar für den ersten Entwurf in der europäischen Öffentlichkeit unter dem Namen »Bolkestein-Richtlinie« bekannt) steht beispielhaft für die Haltung der Kommission, den Prozess der Integration über die Freiheit der Märkte weiter voran zu treiben. Was für Warenmärkte bereits realisiert ist, gilt bei den Dienstleistungen noch nicht, weil hier der Konflikt mit sozialen Standards der Mitgliedsländer stärker als in anderen Bereichen ausgeprägt ist.

Zwei Streitpunkte unter den Mitgliedsstaaten, aber auch innerhalb des Europäischen Parlaments und zwischen dem Parlament und der Kommission dominieren die Diskussion:

- Erstens der Geltungsbereich: Soll es eine Dienstleistungsrichtlinie für alle Branchen oder Ausnahmen bzw. sektorale Einzelregelungen geben?
- Zweitens das Herkunftslandprinzip, d.h. sollen die Gesetze des Herkunftslandes bei einer Dienstleistung im Ausland gelten, oder die des Ziellandes?

Der Gesundheitssektor ist in allen Mitgliedsländern sehr stark durch Gesetz reguliert, weil Gesundheitsversorgung und -finanzierung einen Kernbereich sozialstaatlicher Tätigkeit darstellen. Im Februar 2006 hat das Europäische Parlament in seiner Stellungnahme zu dem Entwurf der Dienstleistungsrichtlinie der Kommission den Gesundheitssektor aus dem Geltungsbereich der Richtlinie herausgenommen (Europäisches Parlament 2006: 3f). Der Beschluss des Parlaments entspricht den Forderungen einer Reihe von Mitgliedsländern, so dass an diesem

Punkt mit einiger Wahrscheinlichkeit gesagt werden kann, dass auch der Ministerrat so entscheiden wird. Dies entspricht der Diskussion in der europäischen Öffentlichkeit: Gegen die »Bolkestein-Richtlinie« hatte sich ein breiter Widerstand formiert, der von Gewerkschaften, sozialen Organisationen und Berufsverbänden getragen wurde. Diese Auseinandersetzung ist das herausragende, wenn nicht sogar einzige Beispiel der letzten zwei Jahrzehnte einer breiten Diskussion über die Inhalte europäischer Politik, die zeitgleich in allen Mitgliedsländern geführt wurde. Absehbar ist damit die Diskussion über die Dienstleistungsfreiheit auf Gesundheitsmärkten nicht beendet, zumindest hat der zuständige Binnenmarktkommissar Charlie McCreevy schon angekündigt, dass er eine gesonderte Richtlinie für diesen Sektor vorlegen wird (FAZ vom 22.2.2006). Darin liegt die Chance, dass die Kommission nach der breiten Diskussion in den Mitgliedsländern zu einer besseren Balance zwischen Binnenmarktfreiheiten und sozialem Auftrag kommt, aber es kann auch zu einer Wiederauflage der alten Kontroverse kommen.

5 *Weitere Perspektive*

Der Binnenmarkt wirkt auf die nationalen Gesundheitsmärkte ein, aber er dominiert sie nicht. Die nationalen sozialen Standards bei der Organisation und Finanzierung der Gesundheitsversorgung können beibehalten werden – wenn man es will. Eine Harmonisierung der Gesundheitssysteme ist jedenfalls nicht notwendig, um die Mobilität innerhalb Europas zu ermöglichen, sondern es gibt genügend Möglichkeiten, die unterschiedlichen Systeme »anschlussfähig« zu gestalten. Die Europäischen Verträge geben der nationalen Regulierung des Gesundheitssystems eindeutige Priorität und eine Harmonisierung der Standards ist weder beabsichtigt noch auf lange Zeit ökonomisch und politisch realisierbar. Das schließt nicht aus, dass man sich innerhalb der Union auf gemeinsame, gesundheitspolitische Ziele verständigt, aber die Wege zur Zielerreichung können unterschiedlich sein. Um einen Wettbewerb nach unten zu verhindern, kann es dazu auch sinnvoll sein, für Gruppen von Mitgliedsländern, die nach dem Einkommen pro Kopf gebildet werden und damit ihre ökonomischen Möglichkeiten widerspiegeln, Zielkorridore zu bestimmen, bei denen kein Land den untersten Wert seiner Gruppe unterschreiten darf. Das entspräche einem Europa »unterschiedlicher Geschwindigkeiten«, das auch auf anderen Gebieten der europäischen Politik der einzige Weg sein dürfte, die europäische Integration als einen Prozess zu gestalten, der kein Mitgliedsland ausschließt, aber seine Dynamik aus dem Vorgehen einzelner Mitglieder erhält.

Korrespondenzadresse:
 Prof. Dr. Leonhard Hajen
 Universität Hamburg
 Department für Wirtschaft und Politik
 Von-Melle-Park 9
 20146 Hamburg
 E-Mail: Leonhard.Hajen@wiso.uni-hamburg.de

Literatur

- Amsterdamer Vertrag vom 2. 10. 1997 zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (1997): BGBl. 1998 II S 387 ber. BGBl. 1999 II S. 416
- Beck, U.; Grande, E. (2004): Das kosmopolitische Europa. Gesellschaft und Politik in der Zeiten Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005): Endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KJ 1-2004. http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_601100/SharedDocs/Download/... (28. 2. 2006)
- Europäischer Gerichtshof (1998): Rs. C-120/95, Slg. 1998, S. I-1831 (Decker)
- Europäischer Gerichtshof (1998): Rs. C-158/96, Slg. 1998, S. I-1931 (Kohl)
- Europäischer Gerichtshof (2001): Rs. C-157/99, Slg. 2001, S. I-5473 (Smits und Peerbooms)
- Europäischer Gerichtshof (2001): Rs. C-368/98, Slg. 2001, S. I-5363 (Vanbraekel)
- Europäischer Gerichtshof (2003): Rs. C-385/99, Slg. 2003, S. I-4509 (Müller-Fauré/van Riet)
- Europäisches Parlament (2006): Ein großer Schritt nach vorne für den freien Dienstleistungsverkehr, Presseerklärung vom 22. 2. 2006. http://www.europarl.eu.int/news/public/story_page/... (28. 2. 2006)
- European Commission, Health&Consumer Protection Directorate-General (2005): Total expenditure on health – % of Gross Domestic Product http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/hsis/account_7.pdf (28. 2. 2006)
- European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office of Europe et al.(1999): Health Care Systems in Transition – Poland. <http://www.who.dk/countryinformation/CtryInfoRes?language=English&Country=POL> (28. 2. 2006)
- Eurostat, Statistische Amt der Europäischen Union (2006): BIP pro Kopf in Kaufkraftstandards (EU-25 = 100). <http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal...> (28. 2. 2006)
- Frenkel, M.; Menkhoff, L. (2000): Stabile Weltfinanzen? Die Debatte um eine neue internationale Finanzarchitektur. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
- Giddens, A. (2006): Die Zukunft des Europäischen Sozialmodells, Berliner Republik 8, 4: 20-29
- Hirst, P.; Thompson, G. (1996): Globalization in Question. Cambridge: Polity Press
- Kaelble, H. (2004): Das europäische Sozialmodell – eine historische Perspektive. In: Kaelble, H.; Schmidt, G. Hrsg. (2004): Das europäische Sozialmodell. Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat. Berlin: Edition Sigma, 31-50
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2005): Pressemitteilung vom 12. 11. 2005 »Deutsche Ärzte im Ausland – Ausländische Ärzte in Deutschland«

- Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2004a): Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rats über Dienstleistungen im Binnenmarkt. KOM (2004) 2 endgültig/2 vom 25. 2. 2004. Brüssel (sog. Bolkestein-Richtlinie)
- Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2004b): Weißbuch zu Dienstleistungen im allgemeinen Interesse. KOM (2004) 374 endg. vom 12. 5. 2004. Brüssel
- Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2005): Der Haushalt der Europäischen Union auf einen Blick. http://europa.eu.int/comm/budget/budget_glance/index_de.htm (28. 2. 2006)
- OECD (2005): Health at a Glance. OECD Indicators 2005. Paris
- Offe, K. (2005): Soziale Sicherheit im supranationalen Kontext: Europäische Integration und die Zukunft des »Europäischen Sozialmodells«. In: Miller, M., Hrsg., Welten des Kapitalismus. Institutionelle Alternativen in der globalisierten Ökonomie. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 188-225
- Schaub, E. (2001): Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union. Die gesetzlichen Gesundheitssysteme im Wettbewerb. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Schulte, B. (2004): Die Entwicklung der Sozialpolitik der Europäischen Union und ihr Beitrag zur Konstituierung des europäischen Sozialmodells. In: Kaelble, H.; Schmidt, G., Hrsg.: Das europäische Sozialmodell. Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat. Berlin: Edition Sigma
- Spielberg, P. (2006): Welche Folgen hat die neue EU-Richtlinie für Gesundheitsberufe? Ärzte-Zeitung vom 20. 2. 2006
- Strehl, R. (2003): Privatisierungswelle im deutschen Krankenhauswesen? In: Arnold, M.; Klauber, J.; Schellschmidt, H., Hrsg.: Krankenhausreport 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 113-129
- Turner, A. (2001): Just Capital. The Liberal Economy. Basingstoke, Oxford: McMillan
- WHO (2000): World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva