

Niederlassungsfreiheit der Ärzte in der Europäischen Union*

Die Europäische Union (EU) versteht sich in erster Linie als eine Wirtschaftsgemeinschaft. Bildungs-, Gesundheits- und Sozialpolitik gehören nicht zu ihren Aufgaben.¹ Für diese Bereiche gilt – zumindest im Prinzip – die Souveränität der Mitgliedstaaten.² Eines der grundlegenden Ziele der Union ist gemäß Artikel 3 des EG-Vertrags³ die Beseitigung der Hindernisse für den freien Waren-, Personen-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehr. Dieses Ziel hat jedoch zwangsläufig zur Folge, daß über genuin Wirtschaftliches hinaus in andere Lebensbereiche, im Sinne einer Angleichung der Verhältnisse, eingegriffen werden muß. Die Freizügigkeit der Arbeitnehmer setzt Vereinbarungen über ihre soziale Absicherung bei Krankheit und Unfall voraus. Erworbene Rentenansprüche müssen transferierbar sein, wenn der »Gastarbeiter« in sein Heimatland zurückkehrt. Die Tatsache, daß jemand im Ausland arbeitet, darf nicht dazu führen, daß er sozial schlechter gestellt wird.⁴ Die Freizügigkeit von Waren und Dienstleistungen wiederum setzt nicht nur voraus, daß Zölle und Einfuhrbeschränkungen entfallen, sondern darüber hinaus, daß z.B. das soziale Sicherungssystem des einen Landes die Kosten der in einem anderen europäischen Land erhaltenen medizinischen Behandlung oder erworbenen Hilfsmittel ohne irgendwelche Vorbedingungen übernimmt. Hierzu gab und gibt es zwischenstaatliche Regelungen. Daß dies jedoch in der EU generell möglich sein muß, hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) im vergangenen Jahr entschieden.⁵ Demnach hat jeder EU-Bürger das Recht, bestimmte Gesundheitsleistungen im europäischen Ausland auf Kosten seiner nationalen Krankenversicherung und maximal zu deren Preisen zu erwerben. Insbesondere diese Entscheidungen wurden als gravierender Eingriff in das Recht auf die nationale Regelung der Sozialen Sicherung interpretiert und zumindest in Deutschland von einigen Politikern und Vertretern der Krankenkassen vehement kritisiert (z.B. Seehofer 1998; Domscheid 1998).

Ein demgegenüber in der Öffentlichkeit erstaunlich wenig diskutiertes Beispiel der Angleichung europäischer Lebensverhältnisse im Zuge der Durchsetzung der Freizügigkeit von Personen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind die sogenannten Ärzterichtlinien. Der Gedanke,

daß Ärzte sich nur dann in einem beliebigen Land der EU niederlassen oder in Kliniken arbeiten dürfen, wenn gewährleistet ist, daß ihre Qualifikationen *untereinander auch gleichwertig* sind, ist plausibel. Der Patient muß sich darauf verlassen können, daß die Behandlung – gleichgültig, ob sie von einem In- oder Ausländer durchgeführt wird – den einheimischen Standards entspricht. In dem Moment, als die damalige EWG die Freizügigkeit von Personen und Dienstleistungen zu einem ihrer grundlegenden Ziele erklärte, entstand daher die Frage, ob die ärztliche Ausbildung in allen Mitgliedsländern äquivalent sei, bzw. welche Vorkehrungen getroffen werden müßten, um eine solche Gleichwertigkeit zu gewährleisten. Damit rücken bildungspolitische Probleme in den Mittelpunkt der Diskussion.⁶

Die EU hat kein bildungspolitisches Mandat. Bildungspolitik – wie generell Wissenschafts- und Kulturpolitik – sind grundsätzlich Angelegenheit der Mitgliedstaaten. Um so interessanter ist die Frage, wie und mit welchem Ergebnis diese Probleme gelöst wurden.

Im Folgenden gebe ich zunächst einen Überblick über die von der EU erlassenen Richtlinien. Anschließend soll der quantitative Aspekt der Freizügigkeit anhand einiger Daten illustriert werden. Schließlich werde ich das Problem der gegenseitigen Anerkennung der Aus- und Weiterbildung der Ärzte und Zahnärzte und die damit verbundenen Fragen der Qualitätssicherung und des Verbraucherschutzes erörtern.

1. Richtlinien für die reglementierten Berufe

Das Problem der Äquivalenz akademischer Aus- und Weiterbildung in den Staaten der EU und damit die Frage, unter welchen Bedingungen Ärzte in anderen europäischen Ländern arbeiten dürfen, beschäftigte die EU-Gremien seit Ende der 50er Jahre. Das Recht der freien Niederlassung, also die freie Wahl des Wohnsitzes, verbunden mit der Möglichkeit der Berufsausübung ist – wie Crayencour (1983: 33) schreibt – »zweifelloso von grundlegender Bedeutung. Man bedenke, daß es z.B. noch immer nicht in den Vereinigten Staaten existiert.«

Die Römischen Verträge von 1957 enthielten die Forderung, alle Hindernisse der Freizügigkeit von Personen, Dienstleistungen und Kapital zwischen den Mitgliedstaaten zu beseitigen. Der freie Personen- und Dienstleistungsverkehr darf nach Auffassung des EuGH und unter Berufung auf die einschlägigen Normen des EG-Vertrages nur insoweit eingeschränkt werden, als zwingende Gründe des Allgemeinwohls, des Patientenschutzes oder des Schutzes der öffentlichen Gesundheit dies erfordern. Artikel 47 (ex Artikel 57) des EG-Vertrags sieht den Erlaß von

Richtlinien zur gegenseitigen Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise der sogenannten »reglementierten« Berufe vor. Reglementierung bedeutet, daß Berufszugang, Berufsausübung oder das Führen einer Berufsbezeichnung an die Vorlage eines Diploms oder eines anderen Befähigungsnachweises gebunden sind. Der Arztberuf ist in allen EU-Staaten reglementiert, d.h. die ärztliche Tätigkeit setzt den Nachweis bestimmter Qualifikationen voraus.⁷ Neben der gegenseitigen Anerkennung der Diplome sollten die Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Aufnahme und Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in den einzelnen Mitgliedstaaten durch Richtlinien koordiniert werden. Damit sollte die bis dahin übliche (und für Personen aus Nicht-EU-Ländern weiterhin geltende) Einzelfallprüfung zugunsten einer allgemeinen Regelung aufgehoben werden.

Die von der EU erlassenen »Richtlinien« verpflichten die Mitgliedstaaten, die vorgegebenen Ziele durch eigene Gesetzgebung in nationales Recht umzusetzen (Artikel 249 EG-Vertrag (ex Artikel 189)). Es handelt es sich somit um eine Art Rahmengesetzgebung, die jeweils auf nationaler Ebene der Ausführungsgesetze bedarf.

Innerhalb einer Frist von zwölf Jahren nach Inkrafttreten der Römischen Verträge, also Anfang 1970, sollten alle erforderlichen Richtlinien erlassen und in den Mitgliedstaaten umgesetzt sein. Zu diesem Zeitpunkt waren jedoch erst die Mobilitätshindernisse für die meisten abhängig Beschäftigten beseitigt. Für reglementierte Berufe gab es noch keinen »Europäischen Status«.

Insgesamt hat die Kommission sieben Einzelrichtlinien erlassen, und zwar für Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen, Tierärzte, Apotheker und Architekten. Da sich dieses Verfahren als enorm arbeits- und zeitaufwendig erwies, beließ man es für alle übrigen Berufe bei allgemeinen Regelungen.

Zwar hatten sich die Ärzteverbände aller EG-Staaten bereits Ende 1959 mit dem »Ständigen Ausschuß der europäischen Ärzte« ein Gremium geschaffen, welches die Kriterien gegenseitiger Anerkennung der Diplome und Zertifikate klären sollte. Die damit verbundenen Probleme waren jedoch so zahlreich, daß es fast 16 Jahre dauerte, bis der EG-Ministerrat die ersten Richtlinien erlassen konnte.

Im Jahre 1975 schließlich verabschiedete der Rat zwei Richtlinien zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte: die »Anerkennungsrichtlinie« (75/362), die die Befähigungsnachweise derjenigen fachärztlichen Disziplinen, die von allen Mitgliedstaaten anzuerkennen sind, in den verschiedenen Sprachen auflistet, und die »Koordinierungsrichtlinie« (75/363), in der die Mindestanforderungen für den Erwerb dieser Qualifikationen

festgelegt wurden. Ferner setzte der Rat zwei beratende Ausschüsse ein: den »Ausschuß für ärztliche Ausbildung« und den »Ausschuß hoher Beamter für das öffentliche Gesundheitswesen«. Ersterer hat die Aufgabe, »zur Gewährleistung eines vergleichbar anspruchsvollen Niveaus« der ärztlichen Aus- und Weiterbildung Informationen über Inhalt, Methoden, Niveau und Struktur des theoretischen und praktischen Unterrichts in den Mitgliedstaaten zu sammeln und durch Konsultationen zu gemeinsamen Konzeptionen »hinsichtlich des in der ärztlichen Ausbildung zu erreichenden Niveaus sowie gegebenenfalls hinsichtlich Struktur und Inhalt dieser Ausbildung zu gelangen«. Er besteht aus je einem praktizierenden Arzt, einem Wissenschaftler und einem Vertreter der Gesundheitsbehörden jedes Mitgliedslandes. Der »Ausschuß hoher Beamter für das öffentliche Gesundheitswesen« wiederum soll die Durchführung der Richtlinien in den Ländern beobachten, auf dabei entstehende Probleme aufmerksam machen und Stellungnahmen als Leitlinien für die weitere Arbeit der Kommission abgeben.

Die Richtlinien wurden im Laufe der Zeit mehrfach überarbeitet; dabei wurde vor allem die Liste der Facharztdisziplinen aktualisiert. Die wichtigste Ergänzung stellt die Richtlinie 86/457 »Über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin« dar. Sie bestimmt, daß spätestens ab 1. Januar 1995 in allen Mitgliedstaaten die Tätigkeit als praktischer Arzt im Rahmen des Sozialversicherungssystems vom Nachweis einer mindestens zweijährigen spezifischen Ausbildung abhängig zu machen sei. Schließlich wurden mit der Richtlinie 93/16 alle bis dahin erlassenen Vorschriften konsolidiert.⁸

Die Zahnmedizin stellte für die Europäische Kommission ein besonderes Problem dar. Während sich das Fachgebiet in acht der damals neun Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft von der Medizin getrennt und als eigenständige Disziplin etabliert hatte, war es in Italien Teil der ärztlichen Ausbildung geblieben. Einen Beruf des Zahnarztes, wie wir ihn kennen, gab es nicht. Voraussetzung für die Tätigkeit war ein abgeschlossenes Studium der Humanmedizin. Jeder italienische Arzt hatte das Recht, unmittelbar nach Beendigung seines Studiums (in dem er nur wenige Wochen etwas über Zahnbehandlung erfahren hatte) zahnärztlich tätig zu werden. Sofern er sich auf diesem Gebiet spezialisieren wollte, boten die Universitäten eine (meist zweijährige) Weiterbildung an. Zahnärzte anderer europäischer Länder, soweit sie nicht ein volles Medizinstudium absolviert hatten, bekamen in Italien keine Erlaubnis, selbständig zu praktizieren. Wenn überhaupt, so durften sie nur unter Aufsicht eines italienischen Arztes arbeiten. Umgekehrt erhielten italienische Ärzte – auch wenn sie nachweislich Zahnkrankheiten behandelt

hatten –, da sie kein Studium der Zahnmedizin nachweisen konnten, außerhalb ihrer Heimat keine Arbeitserlaubnis.

Die Tatsache, daß es in Italien keine eigenständige zahnärztliche Profession gab, stellte die Kommission vor ernste Schwierigkeiten und verzögerte den Erlass der entsprechenden Richtlinien erheblich. Die Lösung des Problems bestand schließlich – wie Orzack (1981: 807) feststellt – darin, »daß eine supranationale Behörde von einer souveränen nationalen Regierung verlangte, einen neuen Beruf zu schaffen – ein wohl einmaliger Vorgang«.

Im Jahre 1978 wurden die beiden Richtlinien für Zahnärzte erlassen. Sie verpflichteten Italien, sich innerhalb eines Zeitraumes von maximal 6 Jahren dem europäischen Standard anzupassen. Innerhalb dieser Zeit sollte ein Ausbildungsprogramm geschaffen werden, mit den entsprechenden Institutionen, die dieses Programm implementierten, so daß ein Beruf entstand, der den EG-Anforderungen genügte und damit Freizügigkeit zwischen den Mitgliedstaaten gestattete.

2. *Der quantitative Aspekt der Mobilität*

Die folgenden Tabellen vermitteln einen Eindruck vom Umfang der Migration der Ärzte innerhalb der EU. Die wenigen verfügbaren Daten sind allerdings teilweise recht widersprüchlich und daher mit Vorsicht zu betrachten.

Im Jahre 1990 veröffentlichte L. Hurwitz einen Überblick über die Ärztewanderung in den ersten zehn Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinien. Innerhalb dieses Zeitraums wechselten knapp 11 000 Ärzte in ein anderes europäisches Land, um dort zu arbeiten. Das sind 1,6 % der etwa 700 000 Ärzte in der damaligen EG. Da sich die Zahlen auf die Wanderungsbewegung beziehen, werden auch vorübergehende Auslandstätigkeiten mitgezählt. Wie viele Ärzte zu einem bestimmten Zeitpunkt außerhalb ihres Heimatlandes tätig waren, ist deshalb nicht zu ermitteln. Die meisten Ärzte kamen aus Irland, Griechenland und Italien. Bezogen auf die kurze Zeit der Mitgliedschaft – Griechenland trat erst Anfang 1981 der EG bei – nahmen relativ viele griechische Ärzte die Möglichkeit wahr, in einem anderen europäischen Land zu arbeiten. England verbuchte innerhalb dieser zehn Jahre einen Wanderungsgewinn von über 3 500 Ärzten, von denen die meisten aus Irland kamen. In Deutschland betrug der Wanderungsgewinn knapp 3 300 Personen – angesichts der schon damals beklagten »Ärztenschwemme« ein zwar geringer, aber nicht gerade erwünschter Zuwachs. Ein möglicher Beweggrund für die Auswanderung könnte die Arztdichte in den jeweiligen Heimatländern sein.

Die neuesten verfügbaren Statistiken für alle EU-Staaten beziehen sich auf das Jahr 1994. Insgesamt gab es zu der Zeit 1,2 Millionen Ärzte in den Staaten der EU.

Tabelle 1: Arztdichte in den Ländern der Europäischen Union 1994

Land	Einwohner in 1000	Ärzte insgesamt	Einwohner / Arzt
England	58 395	87 561	667
Irland	3 571	7 129	501
Luxemburg	398	870	457
Niederlande	15 382	39 069*	394
Schweden	8 781	22 400	392
Finnland	5 029	13 809	364
Frankreich	57 900	162 721	356
Dänemark	5 206	15 102	345
Portugal	9 912	29 031	341
Deutschland	81 538	267 186	305
Österreich	8 031	27 170	296
Belgien	10 116	37 792	268
Griechenland	10 426	40 487	258
Spanien	39 150	162 089	242
Italien	57 190	296 385**	193
EU	371 025	1 208 801	306

* 1991; ** 1992

Quellen: BASYS 1998: 179f; Danish Medical Association 1996

Das sind durchschnittlich 306 Einwohner pro Arzt. Wie die Tabelle 1 zeigt, weist die Arztdichte erhebliche Unterschiede auf. Mit 667 Einwohnern pro Arzt ist sie in England am geringsten. Auch in Irland ist sie mit 501 Einwohnern pro Arzt relativ gering. Allerdings ist dort die Bevölkerungsdichte mit 52 Einwohnern pro qkm (England: 243 Einwohner pro qkm) so niedrig, daß es außerhalb der wenigen Agglomerationen für einen Arzt schwierig sein dürfte, sein Auskommen zu finden. Die höchste Arztdichte hat Italien mit 193 Einwohnern pro Arzt. Mit 305 Einwohnern pro Arzt bzw. 3,28 Ärzten auf 1 000 Einwohner ist sie in Deutschland mehr als doppelt so hoch wie in England und entspricht etwa dem Durchschnitt in der EU.

Tabelle 2 zeigt die Zahl ausländischer Ärzte Ende 1997 in vier europäischen Ländern. Mit über 12 000 Ärzten aus anderen europäischen Ländern ist England das wichtigste Einwanderungsland.⁹ Selbst wenn

man die aus der Republik Irland kommenden 5 500 Ärzte abzieht, sind es immer noch mehr als doppelt so viele Zuwanderer wie in Deutschland.

Tabelle 2: Ärzte aus Ländern der Europäischen Union (1997)

Herkunftsland	Deutschland 31.12.1997	England Juli 1998	Frankreich 31.12.1997	Österreich 31.12.1997
Belgien	218	244	603	
Dänemark	57	85	11	
Deutschland		2093	397	152
England	124		77	1
Finnland	59	40	4	
Frankreich	239	245		1
Griechenland	686	1 242	86	
Irland	17	5 501	9	
Italien	364	1 073	336	10
Luxemburg	102		74	1
Niederlande	436	638	58	4
Österreich	355	73	12	
Portugal	24	55	39	1
Schweden	73	163	9	
Spanien	186	1 002	265	
Insgesamt	2 940	12 454	1 980	170

Quellen:

- Spalte 2: Bundesärztekammer 1998; hinzu kamen 349 Ärzte aus Ländern der EU, die weder im Krankenhaus noch als Vertragsärzte arbeiteten. Darüber hinaus arbeiteten in Deutschland 2 946 Ärzte aus europäischen Ländern, die nicht der EU angehören, sowie 3 418 Ärzte aus nichteuropäischen Staaten.
- Spalte 3: Health Service Journal vom 17.9.1998: 26
- Spalte 4: Confédération des Syndicats Médicaux Français 1998
- Spalte 5: Ärztekammer Österreich 1998

Nach Auffassung der British Medical Association (BMA) gibt es in England einen akuten Ärztemangel, den auch die Zuwanderung nicht beseitigt hat. In einer Pressemitteilung der BMA vom Juni 1998 heißt es: »Alle englischen Regierungen haben betont, daß wir genügend Ärzte ausbilden müssen, um ›Selbstversorger‹ zu sein, aber keine hat sich um das Problem gekümmert. Tatsächlich besitzen nur 38 % der neu registrierten Ärzte auch die englische Nationalität. Andere europäische Länder unternehmen konkrete Schritte, ihr Überangebot an Ärzten zu verringern, mit der Folge, daß wir bald in noch größerem Umfange darauf angewiesen sein könnten, den Entwicklungsländern ihre Ärzte wegzunehmen. Das

wäre jedoch aus moralischen Erwägungen nicht vertretbar« (Press release, 19.6.1998). In ihrer Verlautbarung fordert die BMA den raschen Ausbau der Medizinischen Hochschulen um mindestens 1 000 Studienplätze.

Während in Deutschland seit Jahrzehnten von einer »Ärztenschwemme« die Rede ist und Zulassungsbeschränkungen sowie Altersbegrenzungen für Vertragsärzte eingeführt wurden, wird in England seit langem über einen Ärztemangel diskutiert. Wenngleich die englische Regierung die Zahl der Ausbildungsplätze, der Stellen und Spezialisierungen unter Bedarfsgesichtspunkten zu steuern versucht, so scheint dies angesichts der Dauer der ärztlichen Ausbildung sowie einer durch demographische und technische Entwicklungen sich ständig ändernden medizinischen Praxis zumindest problematisch.

Die Ausbildung eines Arztes kostet etwa 150 000 £. In diesem Zusammenhang wird in England die Frage aufgeworfen, ob man nicht angesichts der Tatsache, daß etliche europäische Länder erheblich mehr Ärzte ausbilden, als sie beschäftigen können, auf das Prinzip der nationalen Unabhängigkeit verzichten und systematisch europäische Ärzte anwerben sollte. Die Autarkie würde sich dann nicht auf das Vereinigte Königreich, sondern auf Europa beziehen (Goldacre 1998: 1847) – angesichts der bisher geringen Nutzung der Freizügigkeit eine gewagte, aber möglicherweise zukunftsweisende Perspektive. Bei der gegebenen Verbreitung der englischen Sprache wäre sie vielleicht sogar nicht ganz unrealistisch.

Insgesamt gewinnt man den Eindruck, als habe sich die Mobilität der Ärzte gegenüber dem ersten Zehnjahreszeitraum etwas vergrößert. Waren es in der Zeit von 1976 bis 1986 nur 10 818 Ärzte, die die Freizügigkeit innerhalb der EU vorübergehend oder auf Dauer in Anspruch nahmen, so arbeiteten am 31.12.1997 immerhin bereits etwas mehr als 17 000 Ärzte in einem der vier aufgeführten EU-Staaten. Trotzdem ist auch diese Zahl gering, so daß die Bedeutung der Freizügigkeit für Ärzte mehr im Prinzip als in der Sache selbst zu sehen ist.

3. *Hindernisse der Freizügigkeit*

Es wäre falsch zu glauben, daß die Arbeitsmigration innerhalb der EU durch die Richtlinien einfach geworden sei. Bereits der von der Europäischen Kommission veröffentlichte »Leitfaden für die allgemeine Regelung zur Anerkennung der beruflichen Befähigungsnachweise« (XV/E/8417/94-DE) macht in seiner Konzeption und Lückenhaftigkeit deutlich, daß die Hürden, die der Einzelne noch zu überwinden hat, erheblich sind.¹⁰ McKee u.a. (1996) verweisen darauf, daß die für die Arbeiterlaubnis zuständigen Stellen häufig schwer ausfindig zu machen

sind. Hinderlich sei vor allem die Dezentralisierung in Frankreich und Deutschland. Die regionalen Institutionen seien über den Umgang mit ausländischen Qualifikationen häufig nicht hinreichend informiert. Nicht selten käme es daher zu längeren Streitigkeiten, in einigen Fällen sogar zu gerichtlichen Auseinandersetzungen. So war z.B. eine Entscheidung des EuGH erforderlich, um die französischen Behörden von der Auffassung abzubringen, die Richtlinien seien für öffentlich-rechtliche Krankenhäuser nicht bindend.

Hat der Betreffende schließlich die Arbeitserlaubnis erhalten, so entsteht die Notwendigkeit, sich über die keineswegs einheitlichen Spezifika der Berufsausübung, also die Gesundheits- und Sozialgesetze des Gastlandes, zu informieren. In einigen Ländern ist jeder Arzt verpflichtet, im Notdienst mitzuarbeiten, in anderen besteht diese Verpflichtung nicht. In vielen Staaten darf ein Arzt nur in einer Praxis arbeiten; will er eine zweite eröffnen, so benötigt er dafür eine besondere Erlaubnis.¹¹ In manchen Ländern bedarf die Anschaffung bestimmter medizinischer Geräte einer Genehmigung, in anderen ist dies nicht erforderlich. Hurwitz (1990) verweist darauf, daß in den Ländern der EG teilweise recht unterschiedliche ethische Vorstellungen (bzgl. Abtreibung, Empfängnisverhütung, Todesdefinition, Transplantation, Berufsgeheimnis etc.) bestehen. Der Arzt müsse sich daher auch mit diesen Fragen auseinandersetzen, da die Regeln des jeweiligen Gastlandes bindend sind.

Aus US-amerikanischer Sicht erscheint ferner das zwar unterschiedlich geregelte, aber in allen europäischen Ländern bestehende Werbeverbot als relevantes Mobilitätshindernis. »Die Vorteile einer akkuraten und seriösen Information über Zugänglichkeit, Art und Kosten von Gütern und Diensten wurden schon immer als positives Element für eine optimale Konsumentenentscheidung angesehen. Theoretisch können die Konsumenten auf diese Weise zwischen Alternativen wählen, um die gewünschte Qualität zum niedrigsten Preis zu erhalten« (Hurwitz 1990: 26). Die Feststellung, das Werbeverbot solle eine Kommerzialisierung der Medizin, mit sinkender Qualität und überflüssigen Leistungen, sowie unnötige Konkurrenz unter den Ärzten verhindern, ist in den Augen eines amerikanischen Politologen wenig triftig. Daß hiermit eine bestimmte Perspektive auf die amerikanischen Erfahrungen verallgemeinert wird, scheint dem Autor nicht bewußt. Allerdings wird auch in der Europäische Kommission unter Hinweis auf Verbraucherinformation und Wettbewerb das Werbeverbot für Ärzte zunehmend in Frage gestellt.

Aus US-amerikanischer Perspektive erscheinen daher auch Gebührenordnungen als Mobilitätshindernis. Sie seien nicht nur eine Wettbewerbsbeschränkung mit zwangsläufig höheren Preisen, sondern hinderten

vor allem neu niedergelassene Ärzte, durch niedrigere Preise sich einen Patientenstamm zu gewinnen.¹² Abgesehen davon, daß auch in den USA mit ihrer Drei-Klassen-Medizin ein solcher Preiswettbewerb nur vergleichsweise wenigen Personen zugute kommt, während die übrige Bevölkerung – soweit sie überhaupt eine Gesundheitsversorgung in unserem Sinne erhält – vorwiegend auf angestellte Ärzte angewiesen ist, ließen sich solche Überlegungen nur unter Verzicht auf grundlegende Prinzipien eines sozial orientierten Gesundheitswesens auf Europa übertragen.¹³ Für die meisten Wirtschaftsbereiche in der EU sind kollektive Preisfestsetzungen verboten. Daher vertreten etliche Kommentatoren die Ansicht, dies werde früher oder später auch für das Gesundheitswesen gelten.

4. Zulassung zur Kassenärztlichen Versorgung

Die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung erfolgt für In- und Ausländer nach den gleichen Kriterien. (Vgl. § 95a SGB V) Insofern kann von einer Ausländerdiskriminierung nicht die Rede sein. Allerdings sehen einige Autoren in den verschärften Zulassungsregelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 eine unzulässige Behinderung der Freizügigkeit. Die Verweigerung der Zulassung eines ausländischen Arztes im Falle der Überversorgung erscheint ihnen ebenso rechtswidrig wie die Regelung, daß Ärzte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, keinen Zugang zur kassenärztlichen Versorgung mehr bekommen¹⁴, oder die seit 1. Januar 1999 für Vertragsärzte geltende Altersgrenze von 68 Jahren.¹⁵ In diesen Fällen, meint z.B. R. Pitschas (1993), sei eine Anpassung an europäisches Recht erforderlich.¹⁶

Zweifellos können derlei Beschränkungen im Einzelfall die Freizügigkeit behindern. Da sie jedoch In- und Ausländer gleichermaßen betreffen, ist zumindest offen, ob es sich dabei um eine Diskriminierung handelt. Bezogen auf die Rechtsprechung des EuGH hat die Bundesrepublik jeden europäischen Arzt, der seine Zulassung in Deutschland beantragt, bei gleicher Qualifikation als Vertragsarzt zu akzeptieren. Ob allerdings die genannten Zulassungsbeschränkungen vertragswidrig sind, müßte der EuGH entscheiden. Bezogen auf die Qualifikationsanforderungen sind jedenfalls die Richtlinien und nicht innerstaatliche Regelungen verbindlich. Dies wird deutlich in einem EuGH-Urteil von 1995. Demnach wäre es durchaus mit dem Gemeinschaftsrecht vereinbar, wenn z.B. eine nationale Regelung für »den Betrieb eines Frisiersalons den Besitz eines Diploms verlangt, während sie es den Friseuren, die Angehörige anderer Mitgliedstaaten sind, erlaubt, einen Frisiersalon zu betreiben,

ohne Inhaber eines solchen Diploms zu sein.«¹⁷ Nicht-Diskriminierung meint also keineswegs Gleichbehandlung von In- und Ausländern. Maßstab sind vielmehr die von der EU formulierten »Mindestanforderungen«. Es scheint demnach nicht hinreichend, die Zulassungsentscheidung nach objektiv nachprüfbaren Kriterien unabhängig von der Staatszugehörigkeit zu treffen; vielmehr stellt sich die Frage, ob die genannten Beschränkungen, insoweit Ausländer davon betroffen sind, auch vor dem EuGH Bestand haben¹⁸ (auf das Problem der »Inländerdiskriminierung« gehe ich weiter unten ein).

4.1 *Koordinierung oder formale Gleichstellung der Ausbildung*

Die Richtlinie von 1975 sah eine »Koordinierung« der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Tätigkeit des Arztes vor, und in der Begründung der Richtlinie 93/16 heißt es, zwischenzeitlich habe sich »eine gewisse Koordinierung der Ausbildungsbedingungen« als notwendig erwiesen. Und weiter: Die »Koordinierung der Bedingungen für die Berufsausübung schließt eine weitere Koordinierung nicht aus« (S. 2). In der Richtlinie 78/686 für Zahnärzte heißt es: »Obgleich diese Koordinierung nicht die Harmonisierung aller Vorschriften der Mitgliedstaaten zur Folge hat...« (S. 2). Die Begriffe der Koordinierung bzw. der Harmonisierung sind schwer zu trennen. Offenbar wird unter Harmonisierung ein höherer Grad an Übereinstimmung verstanden.

Bei den Gesundheitsberufen (wie auch bei anderen Professionen) bedarf die Freizügigkeit ergänzender Maßnahmen, um sicher zu stellen, daß gleiche oder ähnliche Berufsbezeichnungen weitestgehend identische Qualifikationen beinhalten. Nur auf diese Weise kann der notwendige Verbraucherschutz gewährleistet werden. Der Patient, der eine Praxis oder ein Krankenhaus aufsucht, muß sicher sein können, daß die Ärzte die für seine Behandlung je erforderliche Qualifikation besitzen. Eine gegenseitige Anerkennung der Diplome im Sinne ihrer formalen Gleichstellung ist in diesem Falle also nicht hinreichend. Vielmehr ist eine inhaltliche Äquivalenz der Ausbildung bzw. der fachärztlichen Weiterbildung erforderlich.

Bei der Beschäftigung mit dieser Frage wurde den zuständigen Gremien sehr schnell deutlich, daß sich die Aus- und Weiterbildungsstrukturen erheblich unterscheiden, und daß gleich oder ähnlich lautende Abschlüsse in den einzelnen Ländern durchaus unterschiedliche Inhalte bezeichnen. Die medizinische Wissenschaft ist international, auch wenn sie nicht im eigentlichen Sinne eine Naturwissenschaft ist. Die Ausbildung zum Arzt ist es jedoch keineswegs, und die ärztliche Praxis schon gar nicht.¹⁹ Die Beschränkung auf eine formale Anerkennung der Abschlüsse hätte daher

wichtige Fragen der Qualitätssicherung und des Patientenschutzes außer Acht gelassen.

Koordinieren heißt aufeinander abstimmen, in unserem Falle also: einander angleichen oder eben harmonisieren. Ein solches Vorhaben klingt einfach, beinhaltet jedoch erhebliche Probleme. Es ist keineswegs selbstverständlich, daß eine solche »Angleichung« erstrebenswert sei. Vor allem stellt sich die Frage, auf welche Weise und nach welchen Kriterien sie erfolgen soll. Seit mehr als hundert Jahren haben wirtschaftliche und rechtliche Rahmenbedingungen wie auch gesundheits- und allgemeinpolitische Prioritäten die Entwicklung der Ausbildungsstruktur sowie der Arbeitsteilung in der medizinischen Versorgung der europäischen Staaten auf unterschiedlichste Weise geprägt. Abgesehen von der Frage, woran sich ein europäischer Standard orientieren soll, bedeutete eine solche Angleichung einen erheblichen Verlust an Tradition und kultureller Eigenständigkeit. Außerdem wäre sie mit erheblichen Kosten verbunden, da sie tiefgreifende Folgen sowohl für das Ausbildungsangebot der Hochschulen als auch für die Versorgungsstruktur der einzelnen Staaten hätte. Denn die ärztliche Ausbildung findet nicht nur an Universitäten, sondern gleichermaßen in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, also in Krankenhäusern und Praxen statt.

Schließlich wäre die Harmonisierung der Ausbildung ein gravierender Eingriff in die Kulturhoheit der einzelnen Staaten – ein Bereich, in dem die EU keine rechtliche Handhabe besitzt, also nur auf Konsens bauen kann. In diesem Sinne bemerkt Vogelaar bereits 1975: »Wenn jedoch eine Richtlinie besagt, daß es zwei Kategorien von Ingenieuren geben soll, von denen jede ihr eigenes Ausbildungsprogramm von bestimmter Dauer und Inhalt besitzt, ... wenn nicht jeder Allgemeinarzt weiterhin zahnärztlich tätig sein darf (wie dies z.B. in Italien, Portugal und Spanien der Fall war²⁰ – S. K.), wenn die Berufsausbildung für Anwälte aus der Praxis an die Universität verlagert wird, dann geht es um Fragen der Kultur, der Erziehung und der sozialen Beziehungen.« »Hier verlassen wir das Gebiet rein technisch neutraler Liberalisierungsmaßnahmen und begeben uns in den gefährlichen Bereich der Politik« (Vogelaar 1975: 227).

Es verwundert daher nicht, daß man sich schließlich auf die Position zurückzog, die universitären Ausbildungsstrukturen in Westeuropa seien einander hinreichend ähnlich, um auf eine Angleichung verzichten zu können. Wie es in einem Kommentar heißt: Die Regierungen seien »dahin übereingekommen, ... daß die subjektive Vergleichbarkeit in einem so hohen Maße gewährleistet ist, daß auf eine Einzelfallüberprüfung verzichtet werden kann und das Diplom aus einem Staat mit dem eines

anderen vergleichbar ist, genauso wie das Diplom einer medizinischen Fakultät in der Bundesrepublik Deutschland mit dem einer anderen medizinischen Fakultät« (Haage 1997: 64). Ein wenig erstaunt nimmt man dann allerdings zur Kenntnis, daß es in demselben Kommentar weiter heißt: »Voraussetzung für diese objektive Vergleichbarkeit bieten für den Bereich des EWR die Mindestanforderungen, die in den entsprechenden Richtlinien festgelegt worden sind, und für den Inlandsbereich die Mindestanforderungen durch die Regelungen der ÄAppO, die jeweils subjektiv nachgewiesen werden müssen« (Haage 1997: 64). Wenn Vergleichbarkeit gegeben ist, weshalb dann das Insistieren auf Mindestanforderungen, die im Falle des Europäischen Wirtschaftsraumes nur den kleinsten gemeinsamen Nenner angesichts erheblicher Divergenzen darstellen? Wollte man damit den Schein wahren, daß die je in den einzelnen Staaten erworbenen Qualifikationen äquivalent seien, der Patient also keine Bedenken haben müsse?

4.2 Mindestbedingungen für die Aus- und Weiterbildung der Ärzte

»Die Koordinierung der Ausbildung in den Mitgliedstaaten im Hinblick auf die Verwirklichung der gegenseitigen Anerkennung der Diplome ... kann in Anbetracht der Vergleichbarkeit der Ausbildungsgänge auf die Forderung der Erfüllung von Mindestbedingungen beschränkt bleiben, so daß die Mitgliedstaaten im übrigen bei der Gestaltung der Ausbildung freie Hand behalten« (Richtlinie 75/363: 14). Nach dieser Maxime werden u. a. folgende Mindestbedingungen in der Richtlinie festgelegt: »Angemessene Kenntnisse in den Wissenschaften, auf denen die Medizin beruht, und ein gutes Verständnis für die wissenschaftlichen Methoden ..., angemessene Kenntnisse in Bezug auf die Struktur, die Funktionen und das Verhalten gesunder und kranker Menschen, ... angemessene klinische Erfahrung.« Was angemessen ist, wird nirgends erläutert, sondern bleibt wie bisher den nationalen Institutionen überlassen. Festgelegt wird nur die Dauer und Stundenzahl der Ausbildung: Sie soll »mindestens sechs Jahre oder 5500 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht« umfassen.²¹ Bereits der mit Abschluß dieser Ausbildung, also der ärztlichen Approbation, erworbene Titel macht skeptisch in Bezug auf die unterstellte Vergleichbarkeit: Das »Staatliche Diplom eines Doktors der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe« (Belgien) soll gleichwertig sein mit dem »Zeugnis über die ärztliche Staatsprüfung« verbunden mit dem »Zeugnis über die Vorbereitungszeit als Medizinalassistent« (Deutschland), und in England der »Primary Qualification« in Verbindung mit einer »Bescheinigung über die praktische Erfahrung, die zur Eintragung als »fully registered medical practitioner« führt, dem »endgültig

eingetragenen praktischen Arzt« – wie es in der deutschen Übersetzung heißt (Richtlinie 93/16, Artikel 3)? Nun handelt es sich bei der belgischen Approbation sicherlich nicht um einen Facharzt für Chirurgie und Geburtshilfe, sondern um jemand, der erste Erfahrungen auf diesen Gebieten erworben hat. Die Vermutung jedoch, daß die Ausbildungsschwerpunkte sich teilweise erheblich unterscheiden, ist zumindest nicht abwegig.

Weit komplizierter noch ist allerdings die gegenseitige Anerkennung der Weiterbildung zum Facharzt. Anzahl und Inhalt der fachärztlichen Spezialisierungen sind von Land zu Land verschieden, deshalb bezeichnet der gleiche Titel nicht notwendig die gleichen Qualifikationen.

Der Gesamtbereich ärztlicher Tätigkeit: »Linderung oder Heilung von Krankheit« ist überall derselbe. Was sich unterscheidet, ist die Schneidung der Tätigkeitsfelder, die Zuordnung der Aufgaben zu den einzelnen Fachgebieten: Je weniger Spezialisierungen/Facharztbezeichnungen in einem Land existieren, desto breiter ist notgedrungen der jeweilige Aufgabenbereich, das heißt, die in der Weiterbildung erworbene Qualifikation. Nur elf Facharztstitel waren 1975 allen europäischen Mitgliedsstaaten gemeinsam. In zweijähriger Kleinarbeit ermittelte der »Beratende Ausschuß für die ärztliche Ausbildung« 280 Fachbezeichnungen sowie die jeweiligen Qualifikationsbeschreibungen (Europäische Kommission 1997: 47). Unter Berücksichtigung inhaltlicher Überschneidungen wurden diese schließlich zu 74 Fächern zusammengefaßt.

In Deutschland gibt es 41 Spezialisierungen, die zum Führen eines Facharztstitels berechtigen. Während es also noch relativ einfach war, die Approbation, den erfolgreichen Abschluß der Grundausbildung zum Arzt – abgesehen von allen bekannten Unterschieden im Ausbildungsverlauf und in den Anforderungen – gegenseitig anzuerkennen, bestand hier ein weitaus schwieriger zu lösendes Problem.

Ein Facharzt darf nur auf dem Gebiet tätig werden, für das er sein Diplom erworben hat. Bezieht sich die Weiterbildung in dem einen Land auf ein großes Fachgebiet, wie z.B. die Innere Medizin, so ist in einem anderen Land dieses Gebiet in einzelne Fächer – wie Kardiologie, Gastroenterologie oder Nephrologie – aufgesplittet. Dementsprechend sind die Schwerpunkte der Weiterbildung, also die Qualifikationen des Arztes strukturiert. Einige Fächer – wie public health oder Arbeitsmedizin – haben in einigen Ländern eine lange Tradition mit erheblicher Ausdifferenzierung der Weiterbildungsinhalte, während sie in anderen Staaten völlig unbekannt sind. Das wiederum berechtigt zu der Annahme, daß die entsprechenden Inhalte und Aufgaben dem Tätigkeitsfeld anderer Fachärzte zugeordnet sind.

Deshalb besagt schon die gegenseitige Anerkennung der in allen Mitgliedstaaten gemeinsam bestehenden Fachgebietsbezeichnungen in keiner Weise, daß es sich – über ein bestimmtes Kerngebiet hinaus – hierbei um identische Qualifikationen/Arbeitsfelder handelt. Die Richtlinien stellen somit zu Recht fest, daß dem gleichen Diplom »nicht unbedingt die sachliche Gleichwertigkeit« der Ausbildung entspricht.

Die Richtlinien beschränken sich daher auf die gegenseitige Anerkennung der Weiterbildungsnachweise als solcher, also auf die Berechtigung, den erworbenen Facharztstitel auch im Gastland zu führen. Quasi als Schutz vor falschen Kompetenzzuschreibungen – wobei nicht ganz klar ist, was oder wer dadurch letztlich geschützt werden soll – darf dieser Titel nur in der Sprache des Herkunftslandes geführt werden, um Verwechslungen zu vermeiden, ggf. sogar nur unter Beifügung von Name und Ort der Lehranstalt, an der diese Ausbildungsbezeichnung erworben wurde.²²

Die in den Richtlinien genannten Facharzt diplome müssen von allen Mitgliedstaaten anerkannt werden. Dazu heißt es ausdrücklich, daß das Gastland in seinem Hoheitsgebiet den Befähigungsnachweisen des Facharztes die gleiche Wirkung verleiht wie den von ihm ausgestellten Diplomen. Insoweit unterstellt die Richtlinie also, daß auch die gleiche Qualifikation vorliegt – eine fast widersprüchliche Regelung, da die Berufsbezeichnungen, deren Inhalt und Bedeutung sich erst im Kontext des Tätigkeitsfeldes, in dem sie erworben wurden, erschließt, letztlich dann doch (trotz des caveat eines fremdsprachigen Titels) auch als inhaltlich gleichwertig anerkannt werden.

In mehreren Schritten wurden seit 1975 sukzessive alle in mindestens zwei Mitgliedstaaten vorhandenen Fachgebiete in die Richtlinie aufgenommen und für jede dieser Spezialisierungen eine Mindestausbildungszeit vorgeschrieben. Ohne genaue Angabe der in dieser Zeit zu erwerbenden Qualifikationen erscheint eine solche Festlegung allerdings willkürlich. Die inhaltliche Koordinierung bleibt weiterhin Aufgabe der einzelnen Staaten. Betrachtet man die deutsche Weiterbildungsordnung, in der die nachzuweisenden Kenntnisse und trainierten Fähigkeiten jeder einzelnen fachärztlichen Disziplin – teilweise über mehrere Seiten – detailliert aufgelistet werden, fragt sich, was Koordinierung bzw. Harmonisierung für die EU-Gremien heißt.

Die folgende Tabelle 3 zeigt in Spalte (2) für einige Fachgebiete die in der Richtlinie 93/16 für alle Staaten verbindlich festgelegte Mindestdauer der Ausbildung. Wie aus Spalte 4 deutlich wird, erfüllen mittlerweile alle Staaten diese Anforderung. Dennoch divergiert die Ausbildungsdauer erheblich. In Spalte (3) sind diejenigen Länder aufgeführt, die jeweils die längste Ausbildungszeit vorschreiben, und in Spalte (4) diejenigen

mit der kürzesten. Auffällig ist zunächst, daß England (UK) in den meisten Fächern die längsten Ausbildungszeiten hat, während in den südeuropäischen Ländern Spanien (E), Griechenland (GR) und Italien (I) die Ausbildung meist wesentlich kürzer ist. Diese grobe Gegenüberstellung kann jedoch täuschen. In Deutschland ist Allergologie keine eigenständige Facharztdisziplin, sondern eine einjährige Zusatzausbildung im Anschluß an die Facharztprüfung für Innere Medizin oder Dermatologie. In Finnland wiederum handelt es sich um eine zweijährige Ausbildung anschließend an die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin, Dermatologie, Pädiatrie, HNO oder Pneumologie. Pneumologie, in fast allen EU-Ländern eine eigenständige Fachdisziplin, gab es zwar in der DDR, aber nicht in Westdeutschland, daher wurde sie nach 1990 im Zuge der Angleichung zu einem Teilgebiet der Inneren Medizin.

Tabelle 3: Ausbildungsdauer einzelner Fachgebiete in den EU-Staaten

Fachgebiet	Richtlinie 93/16	maximal	minimal
Allergologie	3	7 UK	4 E/I
Anästhesiologie	3	7 UK	5 D
Augenheilkunde	3	6 AU/FIN	4 B/E/F
Chirurgie	5	8 UK/IRL	5 E/F/I
Dermatologie	3	7 UK/IRL	4 E/F
Gynäkologie/ Geburtshilfe	4	8 UK	4 E/I
Hals-Nase-Ohren	3	6 AU/FIN/UK	3 IRL
Innere Medizin	5	7 UK/IRL	5 E/F/GR/I
Kardiologie	4	8 AU/D	4 GR/I
Kinderheilkunde	4	7 IRL	4 E/F/GR/I
Pneumologie	4	7 UK	4 E/F/GR/I
Radiologie	4	6 AU/FIN	4 E/F/GR/I
Urologie	5	7 DK/UK	5 D/E/GR/I

Quelle: UEMS 1995, *European Training Charter for Medical Specialists*, Brüssel, Oktober 1995

Es bringt wenig, auf dieser formalen Ebene weiter ins Detail zu gehen. Aber es dürfte klar geworden sein, daß von einer Harmonisierung bislang kaum die Rede sein kann. Wenn sich ein englischer Chirurg als Facharzt für Chirurgie in Deutschland niederläßt oder anfängt, in einem Krankenhaus zu arbeiten, so hat er mindestens acht Jahre Berufserfahrung, sein französischer Kollege hat nur fünf Jahre. Ein englischer Dermatologe

bringt sieben Jahre Ausbildung mit, wenn er nach Deutschland kommt, während der hier ansässige Deutsche nur fünf Jahre Ausbildung absolviert hat. Wenn umgekehrt ein irischer HNO-Arzt sich in Österreich niederläßt, hat er eine dreijährige Ausbildung, während von dem Österreicher sechs Jahre verlangt werden. Da ein Gastland – auch wenn es an die Ausbildung des Arztes höhere Anforderungen stellt – dem Ausländer, der die Bedingungen der Richtlinie erfüllt, die Niederlassung nicht verweigern darf, resultiert hieraus eine »Inländerdiskriminierung« oder – wie es in der Sprache des EuGH heißt – »umgekehrte Diskriminierung«. Der Patient kennt diese Unterschiede nicht, wie sollte er auch. Ob ihn ein ausländischer Titel eher skeptisch macht oder als besondere Spezialisierung interessant erscheint und damit die Konkurrenz gegenüber den einheimischen Ärzten verschärft, wie F. Wallner (1997) meint, ist schwer zu sagen.

4.3 Praktischer Arzt / Allgemeinarzt

Im Jahre 1986 wurde von der Kommission eine Richtlinie zur spezifischen Ausbildung in der Allgemeinmedizin verabschiedet (Richtlinie 86/457 sowie Richtlinie 93/16, Begründung und Artikel 30ff.). Damit wurde eine zweijährige Weiterbildung als Voraussetzung für die Niederlassung und die Zulassung zu einer Tätigkeit im Rahmen des Sozialversicherungssystems EG-weit verbindlich vorgeschrieben. In ihrer Begründung stellt die Kommission zunächst fest, daß sich seit längerem »in einigen Staaten die Tendenz abzeichnet, die Rolle des praktischen Arztes und die Bedeutung seiner Ausbildung stärker hervorzuheben«, und daß nunmehr dieses Bedürfnis nahezu allgemein anerkannt sei. »Eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin ist vor allem deshalb notwendig, weil sich... zwischen der Forschung und medizinischen Ausbildung einerseits, der Praxis der Allgemeinmedizin andererseits eine immer größere Kluft gebildet hat, so daß wichtige Aspekte der Allgemeinmedizin im Rahmen der... medizinischen Grundausbildung... nicht mehr auf befriedigende Weise gelehrt werden können. Abgesehen von dem Gewinn für die Patienten ist auch anerkannt, daß eine bessere Anpassung des praktischen Arztes an seine besondere Funktion dazu beitragen wird, die ärztliche Versorgung insofern zu verbessern, als die Inanspruchnahme von Fachärzten sowie von Laboratorien und sonstigen hochspezialisierten Einrichtungen und Ausrüstungen auf einer selektiveren Grundlage erfolgen würde« (Richtlinie 86/475: 2).

An diesen Ausführungen ist dreierlei von Interesse:

Bis zum Erlass der Richtlinie konnte sich in mehreren EG-Staaten ein Arzt nach Abschluß des Studiums ohne weitere Ausbildung niederlassen.

Unter dem Gesichtspunkt der Freizügigkeit hätte man diese Regelung beibehalten bzw. für alle Länder verbindlich machen können. Diejenigen Länder, in denen eine weitergehende Ausbildung verlangt wurde, verwahrten sich dagegen mit dem gesundheitspolitischen Argument, ihren Patienten seien derart unzureichend ausgebildete Ärzte nicht zuzumuten. Daraufhin beschränkte die Kommission das Niederlassungsrecht. Dabei traf sie zugleich eine gesundheits- und bildungspolitische Entscheidung, insofern nunmehr von allen europäischen Ärzten vor der Niederlassung eine Weiterbildung von mindestens zwei Jahren verlangt wird. Die Richtlinie spricht hier von einer »Reform«, durch die die Versorgungssituation in den Mitgliedstaaten »nicht übermäßig beschleunigt, sondern in Etappen einander angenähert werden soll« (Richtlinie 86/475: 27).

Zweitens: Die Kommission argumentiert nicht nur gesundheitspolitisch, sondern verweist zugleich auf die Rolle des Allgemeinarztes als »gate keeper«. Er soll dazu beitragen, daß die Inanspruchnahme von Fachärzten und »hochspezialisierten Einrichtungen« auf einer »selektiveren Grundlage« erfolgt. Durch die Einführung des praktischen Arztes soll also die Versorgung nicht nur besser, sondern auch kostengünstiger werden. Damit gewinnt die Regelung der Freizügigkeit eine sozialpolitische Dimension.

Schließlich ist diese Richtlinie ein Beispiel für die sogenannte »Inländerdiskriminierung«. Der österreichische Arzt F. Wallner stellte 1997 zu Recht fest: »Praktisch alle EU-Mitgliedstaaten mit Ausnahme von Frankreich und Österreich kennen neben dem speziell ausgebildeten Allgemeinmediziner und neben dem Facharzt den schlichten, zur selbstständigen Berufsausübung approbierten Arzt ohne weitergehende Ausbildung. Wir haben traditionell in Österreich niemals einen bloß approbierten Arzt ausgebildet, sondern immer nur Allgemeinmediziner oder Fachärzte, weil wir keinerlei Bedarf für einen Arzt gesehen haben, der weder das eine noch das andere ist« (Wallner 1997: 100). Seit Erlass dieser Richtlinie hat jeder Arzt nach Abschluß einer zweijährigen Weiterbildung nicht nur das Recht, sich in jedem Mitgliedstaat niederzulassen, sondern als Allgemeinmediziner auch den Anspruch auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. In Deutschland wird für den Facharzt für Allgemeinmedizin eine dreijährige Weiterbildung verlangt. »Insoweit besteht hier eine sog. Inländerdiskriminierung, d.h. deutsche Staatsangehörige werden schlechter gestellt als Staatsangehörige der EU-Mitgliedstaaten« (Haage 1997: 47).

Nicht zu Unrecht bezeichnen daher S. Hollmann/W. Schulz-Weidner die Mindestbedingungen als »Maximalstandards«.²³ Wenn die Tätigkeit als praktischer Arzt im Rahmen der Sozialversicherung nicht durch

Anforderungen, die über die Qualifikationserfordernisse der Richtlinien hinausgehen, behindert werden darf, handelt es sich de facto um Maximalstandards. Mit den Worten des EuGH: »Die Indifferenz des Gemeinschaftsrechts gegenüber rein internen Sachverhalten verhindert eine Berufung auf das Gemeinschaftsrecht in Fällen der sogenannten »umgekehrten Diskriminierung«, also der Schlechterstellung von Inländern gegenüber Gemeinschaftsangehörigen. Die umgekehrte Diskriminierung wird vielerorts erst durch das Gemeinschaftsrecht provoziert, wo es den Gemeinschaftsangehörigen Rechte einräumt, die über die Inländergleichbehandlung hinausgehen.«²⁴ Damit jedoch erzwingt der EuGH längerfristig eine Abgleichung der Standards. Denn auf Dauer lassen sich höhere Anforderungen innenpolitisch vermutlich kaum durchhalten. Sobald sich die Wanderungsbewegung innerhalb der EU wesentlich vergrößert, z.B. durch die Aufnahme der osteuropäischen Staaten, wird sich angesichts der gestiegenen Konkurrenz schnell die Frage stellen, inwieweit diese Mindestbedingungen als Voraussetzung für Freizügigkeit hinreichend sind.

4.4 Ausbildung der Zahnärzte

Sieht man von der Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin ab, so erfolgt der deutlichste Eingriff in der Ausbildung der Zahnärzte.

1976 gab es in Italien nur knapp 8 000 Zahnärzte mit einer zwei- bis dreijährigen zahnärztlichen Weiterbildung nach Abschluß des Medizinstudiums. Ein Großteil von ihnen arbeitete in Krankenhäusern. Weitere 4 000 Ärzte hatten zwar keine spezielle Ausbildung, beschäftigten sich jedoch in ihrer Praxis ausschließlich mit Zahnbehandlungen. Schließlich behandelten etwa 5 000 Ärzte neben ihrer allgemeinärztlichen Praxis auch Patienten mit Zahnerkrankungen. In Ländern, in denen die Zahnmedizin ein Teilgebiet der Medizin geblieben ist, ist die Zahl der zahnärztlich tätigen Ärzte meist recht gering. Dies wiederum hat zur Folge, daß daneben der nicht-akademische Beruf des Dentisten entsteht, der eine primär handwerklich-technische Qualifikation besitzt. So gab es in Italien – wie früher auch in Deutschland²⁵ – mehrere tausend Dentisten bzw. Zahntechniker, die Zahnbehandlungen durchführten. Sie durften nur auf Grund ärztlicher Verordnung und unter ärztlicher Aufsicht tätig werden, daher arbeiteten sie oft illegal.

Für die übrigen europäischen Staaten hätte eine Angleichung an die italienischen Verhältnisse einen Rückschritt bedeutet. In Zusammenarbeit mit den nationalen Berufsverbänden wurde folglich ein Konzept entwickelt, welches die Voraussetzungen für Freizügigkeit schaffen sollte. Diesem Konzept stimmten schließlich alle EU-Staaten zu. Damit konnte

es als verbindlich erklärt und vom Rat verabschiedet werden. Trotz dieser behördlich geleiteten korporatistischen Vorgehensweise handelt es sich de facto um einen Eingriff in die Hoheitsrechte einer souveränen Nation in einen gemeinhin als parochial angesehenen Bereich. »Eine spezielle Berufsgruppe, eine dominante Profession, souveräne Regierungen und multinationale Interessenverbände der betreffenden Berufsgruppen nahmen daran teil, eine neue Dimension öffentlicher Politik zu gestalten.« (Orzack 1981: 808)

In der Koordinierungsrichtlinie 78/687 heißt es: »Diese Richtlinie hat zur Folge, daß Italien eine neue Berufsgruppe schaffen muß, die berechtigt ist, zahnärztliche Tätigkeiten mit einem anderen Befähigungsnachweis als dem des Arztes auszuüben. Die Schaffung eines neuen Berufs erfordert in Italien nicht nur die Einführung einer den Kriterien entsprechenden Fachausbildung, sondern auch die Schaffung der Strukturen für den neuen Beruf, wie beispielsweise der Zahnärztekammer.« Da es in Italien noch nicht den »Beruf des Zahnarztes als solchen« gibt, wird das Land aufgefordert, der Kommission und den Mitgliedstaaten innerhalb der vorgesehenen Frist den Titel – also die Berufsbezeichnung –, der für die Aufnahme zahnärztlicher Tätigkeit vorgesehen ist, mitzuteilen. Mit dem Beitritt von Spanien und Portugal stellte sich das gleiche Problem noch einmal. Nunmehr war die Problemlösung jedoch vorgezeichnet und bedurfte keiner Diskussion mehr.²⁶

In allen drei Fällen ist davon auszugehen, daß die Anpassung an den EU-Standard eine nicht unerhebliche Umstrukturierung, vor allem aber eine Erweiterung der Ausbildungskapazitäten erforderte. Dies wird insbesondere bei Italien und Spanien deutlich, da sich in diesen Ländern die Zahl der Zahnärzte schlagartig vergrößerte. (Dabei dürfte die Zuwanderung aus anderen EU-Staaten nur eine geringe Rolle gespielt haben.) In Italien stieg die Zahl der Zahnärzte in der Zeit von 1980 bis 1994 auf das dreifache und erreichte damit fast die durchschnittliche EU-Dichte. In Spanien kamen 1994 zwar immer noch fast 3 000 Einwohner auf einen Zahnarzt (in Deutschland: 1377). Innerhalb von 14 Jahren hat sich ihre Zahl jedoch mehr als verdreifacht.²⁷ Solche Veränderungen lassen sich nicht ohne erhebliche Investitionen bewältigen. Leider konnte ich hierzu keine Zahlen bekommen. (Interessant wären auch die Übergangsregelungen für Dentisten, denen nunmehr die Möglichkeit genommen war, unter Aufsicht eines Arztes Zahnbehandlungen durchzuführen.) Die größte Zahnarztdichte haben übrigens Griechenland und Schweden mit 960 Einwohnern pro Arzt.

5. *Das Problem der Sprachkompetenz*

In den Richtlinien wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Kenntnis der Sprache des Gastlandes nicht zur Voraussetzung für die Arbeitsaufnahme gemacht werden darf. Zwar sollen die Mitgliedstaaten dafür Sorge tragen, daß die Ärzte, wie es heißt, »in ihrem Interesse und im Interesse ihrer Patienten die Sprachkenntnisse erwerben, die sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit brauchen«.²⁸ Wie dies erfolgen soll, bleibt jedoch offen. Eine Art Vorbereitungszeit zum Erlernen der Landessprache kann daraus nicht abgeleitet werden. (Vgl. Narr 1997: Rz 918) Mangelhafte Sprachkenntnisse gewinnen nur unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten Bedeutung, also wenn der Arzt z.B. wegen Verständigungsschwierigkeiten einen Behandlungsfehler begeht (Haage 1997: 47).

Das Sprachproblem war in den Gremien vielfach diskutiert worden (Crayencour 1983: 87). Ein Vorschlag war: Der wandernde Arzt solle vor seiner Zulassung im Gastland eine Art Vorbereitungszeit bei einem einheimischen Kollegen absolvieren. In dieser Zeit könne er nicht nur die rechtlichen und kulturellen Besonderheiten des Gastlandes kennenlernen, sondern auch das erforderliche sprachliche Niveau erwerben. Da jedoch Inländer die nötigen Kenntnisse bereits besitzen, wurde dieser Vorschlag als eine – nach dem EG-Vertrag verbotene – Ausländerdiskriminierung abgelehnt. Auch die Verpflichtung, vor einer Arbeitsaufnahme ein Sprachtraining zu absolvieren, wurde als Behinderung der Freizügigkeit interpretiert und damit untersagt. Der Versuch der Engländer, eine Sprachprüfung durchzusetzen, wurde von der Kommission als unzulässig verworfen (Hurwitz 1990: 19).

Selbstverständlich stellen mangelhafte Sprachkenntnisse, wenn sie zu einem Behandlungsfehler führen, ein Verschulden und damit einen Haftungsgrund dar. Häufiger dürfte es der Fall sein, daß Verständigungsschwierigkeiten zu einer suboptimalen Behandlung führen können, die vom Patienten – da er im allgemeinen keine medizinische Sachkenntnis besitzt – nicht als solche wahrgenommen wird und damit auch keine rechtliche Relevanz gewinnt. Sie kann jedoch nicht nur Leiden verlängern, sondern stellt darüber hinaus unter Umständen einen nicht unbeachtlichen Kostenfaktor dar. Hier wird der Verbraucherschutz einer ungehinderten Freizügigkeit geopfert.

Es ist erstaunlich, wie selbstverständlich sich die Argumentationsweise der Kommission in einem Kommentar niederschlägt. Im Zusammenhang mit der Feststellung der Gleichwertigkeit der Ausbildungsstandes bei der Approbation aus einem Drittland heißt es: Eine Prüfung sei nicht zwingend erforderlich, da zum einen die notwendigen Kenntnisse in einer

»kurzen Prüfung« nur schwer zu ermitteln seien, zum anderen auch Sprachprobleme dabei relevant würden, die mit dem eigentlichen medizinischen Können und Wissen wenig zu tun haben. »Auch mündlich-praktische Prüfungen erfordern Mindestkenntnisse der deutschen Sprache« und würden auf Grund der »unterschiedlichen Sprachkenntnisse keine Chancengleichheit für alle Bewerber aus Drittländern ermöglichen« (Haage 1997: 58/59 u. Anmerkung 211). Was ist aber unter »eigentlichem medizinischen Können und Wissen« zu verstehen? Eine ubiquitäre Technik, wie z.B. die korrekte Handhabung des Skalpells oder die Interpretation einer Tomographie? Gerade in diesen primär technischen Gebieten wäre eine Prüfung auch ohne sonderliche Sprachkenntnisse möglich. Eine qualifizierte Anamnese jedoch, Voraussetzung für jede qualifizierte Diagnose und Therapie, kann durchaus ein sehr differenziertes Verständnis der Sprache erfordern. Schließlich heißt es in der Richtlinie 93/16 (S. 3) ausdrücklich, daß es für den Allgemeinmediziner besonders wichtig sei, »das soziale Umfeld seiner Patienten persönlich« zu kennen und »sie als Gesamtpersönlichkeit in Fragen der Krankheitsverhütung und des Gesundheitsschutzes« zu beraten. Wie soll dies ohne ausreichende Sprachkenntnis erfolgen. Geht es um Mobilität und Chancengleichheit oder um Qualitätssicherung bzw. Patientenschutz?

Mit diesen Überlegungen soll keineswegs in Frage gestellt werden, daß der einzelne Arzt im Normalfall bestrebt sein wird, die erforderlichen Sprachkenntnisse zu erwerben. Fatal ist hier die ausschließlich rechtliche Gewichtung der Sachzusammenhänge. Freizügigkeit ist offenbar nichts anderes als eine wirtschaftspolitische Kategorie. Die Rolle des Patienten/Kunden hat in diesem Zusammenhang keine Bedeutung.²⁹

Sämtliche Regelungen unterstellen quasi technische Tätigkeitsfelder, in denen der Arbeitsablauf weitgehend standardisiert ist. Zweifellos ist der Verlauf eines chirurgischen Eingriffs oder einer radiologischen Untersuchung in allen Ländern im Prinzip der gleiche. Die Kommunikationsanforderungen beschränken sich hierbei auf ein schnell erlernbares, teilweise sogar internationales Vokabular. Der Prozess der Diagnose hingegen ist weit weniger standardisiert und standardisierbar und bedarf ggf. einer sehr differenzierten sprachlichen Kompetenz. Hier und bei den therapeutischen Konzepten gibt es zudem erhebliche kulturspezifische Unterschiede. In den Richtlinien wird Medizin aus der Perspektive der Lebensrettung und nicht der einer alltäglichen medizinischen Versorgung begriffen. Ob dies hinreicht, um die Freizügigkeit innerhalb der EU auf eine vernünftige Basis zu stellen, darf man bezweifeln.

Korrespondenzadresse:
 PD Dr. Stefan Kirchberger
 Institut für Medizinische Psychologie der Universität Münster
 Von-Esmach-Straße 56
 48149 Münster

Anmerkungen

- * Überarbeitete Version eines Vortrags, den ich am 26. November 1998 auf einer vom Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa (Universität Kiel) zum Thema »Europäische Union und gesetzliche Krankenversicherung« veranstalteten Tagung gehalten habe.
- 1 Siehe allerdings Artikel 152 EDV i.d.F. des Amsterdamer Vertrages.
- 2 In diesem Sinne auch Art. 152 Abs.5 EGV.
- 3 Alle Artikel werden in der konsolidierten Fassung des Amsterdamer Vertrages zitiert.
- 4 Dieser Problembereich wird in der Verordnung 1408/71 umfassend geregelt. Die aktuelle Fassung findet sich in: ABl EG Nr. L28 vom 30.1.1997.
- 5 Vgl. die Urteile Kohll (Rechtssache C-158/96) und Dekker (Rechtssache C-120/95) in EuGH Entscheidungen 1998 Slg I 1931 und 1831). Die Urteile beziehen sich zunächst nur auf die Kostenerstattung bei dem Erwerb von Zahnersatz und Brillen. Die Entscheidungen werden jedoch in der Literatur durchweg weitergehend – also bezogen auf Gesundheitsleistungen generell – interpretiert (vgl. dazu Schulte 1999; einen Überblick über die Rechtslage in Deutschland geben Heine/Füßer 1997).
- 6 Es scheint mir nicht ohne Interesse, daß Ralf Dahrendorf bis Oktober 1974, also bis kurz vor Erlass der ersten Richtlinien, der verantwortliche Kommissar für die wechselseitige Anerkennung der Diplome war. Sein Nachfolger wurde Guido Brunner (Deutschland).
- 7 In Deutschland beispielsweise wurde die sogenannte Kurierfreiheit mit Inkrafttreten des Heilpraktikergesetzes im Jahre 1939 abgeschafft. Seitdem sind bestimmte Tätigkeiten den Ärzten und in beschränktem Umfang Heilpraktikern vorbehalten.
- 8 Weitere Ergänzungen erfolgten durch Richtlinie 97/50 (Vereinfachung der Aktualisierung der Richtlinie 93/16 angesichts der »häufigen Veränderungen in der medizinischen Ausbildung und den medizinischen Fachbereichen«) sowie Richtlinie 98/16 (Änderung bzw. Ergänzung einiger Facharztbezeichnungen).
- 9 Die Zahl der Ärzte, die aus den ehemaligen Kolonien nach England bzw. Frankreich kommen, ist noch erheblich größer.
- 10 Einen Überblick über die administrativen Anforderungen für die Zulassung zur ärztlichen Praxis in den EU-Staaten bietet das UEMO Reference Book 1998/99: 106-133.
- 11 Vgl. dazu Pitschas 1994: 109. Seiner Ansicht nach verstößt diese Regelung in § 32 Ärzte ZV »gegen das Gebot der europäischen Niederlassungsfreiheit«.
- 12 Hurwitz 1990: 27-30. Ähnlich argumentiert R. Pitschas (1993: 478): »Es besteht die Wahrscheinlichkeit, daß ... Maßnahmen der Bedarfslenkung (durch Zulassungsbeschränkungen – S.K.) die Preise für Dienstleistungen der niedergelassenen Ärzte (Honorare) dem Wettbewerbsdruck entziehen und eine rechtswidrige Marktschließung bewirken.«
- 13 Unter dem Gesichtspunkt der Konkurrenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung in Deutschland vgl. Kühn 1990.

- 14 Zulassungsordnung für Vertragsärzte, § 25.
- 15 SGBV § 95 Abs. 7. In einem Leserbrief an die deutsche Ausgabe der »Medical Tribune« wird die Frage aufgeworfen, ob Ärzte aus anderen EU-Staaten sich in Gebieten, wo derzeit keine Niederlassung mehr möglich ist, »weiterhin ungehemmt niederlassen dürfen?« In der Antwort heißt es: »Die EG-Institutionen ... differenzieren nicht zwischen Niederlassung und Kassenzulassung. Man ist dort der Auffassung, daß nur durch eine Teilnahme am System der vertragsärztlichen Versorgung auch das Grundrecht der Berufsfreiheit voll verwirklicht werden kann. Die Frage, ob die Zulassungsbeschränkungen des GSG gegen den Grundsatz der Niederlassungsfreiheit in der EG verstoßen, bedarf der gerichtlichen Klärung. Sollte tatsächlich ein solcher Verstoß vorliegen, könnten sich ... auch deutsche Ärzte hierauf berufen.« (Medical Tribune v. 8. Oktober 1993: 40)
- 16 »Anpassungsprobleme bereitet ... die Begrenzung der Zahl der zugelassenen Ärzte und Zahnärzte nach §§ 101, 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB V in der Fassung des Art. 1 GSG«. Pitschas 1994: 108 sowie Pitschas 1993: 465 et passim. Ob die Zulassungsbeschränkungen auch – wie Pitschas meint – »im Hinblick auf Artikel 12 Abs. 1 GG als verfassungswidrig« anzusehen sind, kann dahingestellt bleiben. Ein deutscher Staatsangehöriger könnte sich mit dieser Frage nur an ein deutsches Gericht wenden.
- 17 EuGH-Entscheidungen, Urteil vom 16. 2. 1995, Slg. 1995, I 301 (316).
- 18 In diesem Sinne stellen Hollmann/Schulz-Weidner (1998: 205) fest: »Ganz allgemein ist die strikte Haltung des EuGH hinsichtlich der »Ausländerdiskriminierung« festzustellen. Insofern auch hat er Art. 52 EWG V fortwährend dergestalt interpretiert, daß alle nationalen Regelungen, die sich in besonderer Weise negativ auf die Niederlassung von Ausländern auswirken, als gemeinschaftswidrig gelten müssen«.
- 19 Ein informativer, wenngleich etwas journalistisch abgefaßter Bericht über Unterschiede der ärztlichen Praxis in England, Frankreich, Deutschland und den USA findet sich in dem Buch von L. Payer (1993).
- 20 Dementsprechend wird auch in den Statistiken dieser Länder erst seit kurzem zwischen Ärzten und Zahnärzten unterschieden.
- 21 Richtlinie 75/363, wörtlich übernommen in Richtlinie 93/16, Artikel 23.
- 22 Richtlinie 75/362/EWG, sowie Richtlinie 93/16, Artikel 39 Abs. 1.
- 23 »Entgegen einem ersten Eindruck bei der Lektüre der einschlägigen Richtlinie handelt es sich bei den gesetzten zugangsberechtigenden Ausbildungsstandards nicht um Mindestvorschriften, sondern in Wirklichkeit faktisch um Maximal-Standards.« Hollmann/Schulz-Weidner 1998: 207.
- 24 EuGH-Entscheidungen 1995, I: 308.
- 25 Den Beruf des Dentisten gab es in Deutschland bis 1955.
- 26 In Österreich setzte die Zahnmedizin zwar auch ein abgeschlossenes humanmedizinisches Studium voraus. Voraussetzung für die zahnärztliche Tätigkeit war jedoch eine zweijährige postgraduierte fachärztliche Ausbildung an einer medizinischen Fakultät. Damit entsprach die Ausbildung zwar nicht den EG-Richtlinien, der Aufbau eines grundständigen zahnmedizinischen Studienganges bedurfte jedoch nur weniger Änderungen. Organisatorisch verblieben die österreichischen Zahnärzte in den Ärztekammern, gründeten also keine eigene Standesorganisation.
- 27 In Portugal scheint die Neuregelung wenig Einfluß gehabt zu haben. Die Zahl der Zahnärzte verringerte sich bis 1994 nur geringfügig, von 958 auf 1 377. Mit 7 198 Einwohnern pro Zahnarzt besaß Portugal die geringste Zahnärztdichte in der Europäischen Union.
- 28 Richtlinie 75/362, unverändert in Richtlinie 93/16: 15.

- 29 Interessanter Weise enthält das österreichische Krankenpflegegesetz von 1997 einen Passus, der besagt, daß zur Ausübung des »gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege« nur Personen berechtigt sind, die »über die für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen« (Republik Österreich BGBl I vom 19.8.1997, Nr. 108, § 27, Abs.1, Satz 4). Ob diese Zugangsvoraussetzung vor dem EuGH Bestand haben wird, bleibt abzuwarten.

Literatur

- BASYS (1998): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Augsburg
- Crayencour, J.P. de (1983): Die Europäische Gemeinschaft und die Freizügigkeit der freien Berufe – Gegenseitige Anerkennung der Diplome (Hrsg. v. d. Kommission der Europäischen Gemeinschaften), Brüssel/Luxemburg
- Danish Medical Association (ed.) (1996): Medical Manpower in Europe by the year 2000, Kopenhagen
- Domscheit, A. (1998): Freier EG-Binnenmarkt rüttelt an den nationalen Sozialversicherungssystemen, in: Die Krankenversicherung, August/September: 246-250
- Europäische Kommission, Generaldirektion XV, Beratender Ausschuß für die ärztliche Ausbildung, Vierter Bericht und Empfehlungen zur Weiterbildung zum Facharzt, Brüssel, den 30. Juni 1997, (Dok. XV/E/8306/4/96-DE)
- Goldacre, M. (1998): Planning the United Kingdom's medical workforce, in: British Medical Journal (316) 20. Juni 1998: 1847
- Haage, H. (1997): Ausbildungsrecht Medizin, London/Weinheim
- Heine, W.; Füßer, K. (1997): Transfer sozialversicherungsrechtlicher Komplexleistungen ins Ausland, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 9: 9-29 u. Heft 10: 30-49
- Hollmann, S.; Schulz-Weidner, W. (1998): Der Einfluß der EG auf das Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten, in: ZS für Ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht: 181-214
- Hurwitz, L. (1990): The free Circulation of Physicians within the European Community, (Aldershot) Avebury
- Kühn, H. (1990): »Privat oder Kasse?« Folgen des Wachstums der privaten Krankenversicherung, in: »Gesundheitsreform« und die Folgen, Jahrbuch für Kritische Medizin 15: 31-45
- McKee, M., u.a. (1996): The Influence of European Law on National Health Policy, in: Journal of European Social Policy 6 (4)
- Narr, H. (1997): Ärztliches Berufsrecht: Ausbildung, Weiterbildung, Berufsausübung, Köln
- Orzack, L.H. (1981): New Professions by Fiat: Italian Dentistry and the European Common Market, in: Social Science & Medicine Vol. 15A: 807-816
- Payer, L. (1993): Andere Länder andere Leiden, Frankfurt/New York
- Pitschas, R. (1993): Inhalt und Reichweite des Mandats der Europäischen Gemeinschaft auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik, in: Zeitschrift für Sozialreform: 468-485
- Pitschas, R., (1994): Die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung in Deutschland im Gegenlicht europäischer Gesundheitspolitik, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht 2: 85-118
- Schulte, B. (1999): »Zur Kur nach Abano Terme, zum Zahnarzt nach Antwerpen?« – Europäische Marktfreiheiten und nationales Krankenversicherungsrecht, in: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch, Heft 5: 269-278 u. Heft 6: 347-362

- Seehofer, H. (1998): Kommentar. Wir müssen die Auszehrung unserer Gesetzlichen Krankenversicherung verhindern, in: *Die Krankenversicherung*: 212
- UEMO: European Union of General Practitioners; Reference Book 1998/1999, London
- Vogelaar, Th. W. (1975): The Approximation of the Laws of Member States under the Treaty of Rome, in: *Common Market Law Review* 1975: 226ff.
- Wallner, F. (1997): Einfluß der EU auf die nationale Gesundheitspolitik, in: *Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung* (Hrsg.): *Gesundheitspolitisches Fachseminar, Deutschland - Österreich, Dokumentation*, Köln: 97-109
- Richtlinien der Europäischen Kommission, veröffentlicht im Amtsblatt der Europäischen Kommission (ABl EG)
- Richtlinien 75/362 und 75/363 vom 16.6.1975, in: ABl EG Nr. L 167: 1ff.
- Richtlinie 78/686 und 78/687 vom 24.8.1978, in: ABl EG Nr. L 233
- Richtlinie 86/457 vom 15.9.1986, in: ABl EG Nr. L 267: 26
- Richtlinie 93/16 vom 5.4.1993, in: ABl EG Nr. L 165: 1ff. vom 7.7.1993
- Richtlinie 97/50 vom 6.10.1997, in: ABl EG Nr. L 291: 35 vom 24.10.1997
- Richtlinie 98/16 vom 8.4.1998, in: ABl EG Nr. L 119: 15 vom 22.4.1998