
Hochschule für Angewandte **W**issenschaften
Fachbereich **Ö**kotrophologie
Studiengang **G**esundheit

**Der Einfluss und die Auswirkungen der Europäischen
Binnenmarktpolitik und des GATS Abkommens auf das deutsche
Gesundheitssystem**

Diplomarbeit

Tag der Abgabe	17.08.2005
Vorgelegt von	Marion Müller Unnastr. 6 – 20253 Hamburg
Matrikelnummer	1644669
Betreuender Prüfer	Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp
Zweitprüfer	Dr. Karsten Schneider

Zusammenfassung

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich im Umbruch und die Ursachen dieser Entwicklung sind äußerst vielfältig. Zum einen stehen die Gesundheitssysteme unter ständigem Reformdruck. Zum anderen sind die Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen zunehmend dem Wettbewerb ausgesetzt. Allerdings sind neben den Reformen noch andere Institutionen an den Veränderungen beteiligt. Obwohl die Finanzierung und Organisation unter die nationalstaatliche Kompetenz fällt, nimmt die Europäische Union durch die Instrumente der Binnenmarktpolitik erheblichen Einfluss auf die Ausgestaltung der nationalen Gesundheitssysteme. Darüber hinaus gewinnen multilaterale Abkommen wie das General Agreement on Trade in Services (GATS) zunehmend an Bedeutung.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Auswirkungen der supranationalen Steuerung auf den unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems zu untersuchen. Dazu wurde eine Sekundäranalyse der bestehenden Literatur durchgeführt.

Die Nationalstaaten verlieren durch die supranationale Steuerung teilweise an Souveränität, da sie sich primär an die Bestimmungen der Europäischen Union und des GATS zu halten haben. Durch diese äußeren Einflüsse ist das deutsche Gesundheitssystem nachhaltigen Veränderungen ausgesetzt.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.0	Relevanz der Themenstellung	7
1.1	Struktur und Methode	9
2	Gesundheit und nationale Gesundheitspolitik	11
2.1	Gesundheitsdienstleistungen und Wettbewerb	11
2.1.1	Öffentliche Daseinsvorsorge	12
2.1.2	Leistungen im allgemeinen wirtschaftlichen Interesse	13
2.2	Gestaltung nationaler Gesundheitspolitik	15
2.2.1	Akteure	15
2.2.2	Grundlagen des deutschen Krankenversicherungssystems	16
2.2.3	Reformen im deutschen Gesundheitssystem	18
3	Europäische Integration und Gesundheit	20
3.1	Europäische Binnenmarktpolitik	20
3.2	Europäische Gesundheitspolitik	21
3.2.1	Allgemeine Grundlagen	21
3.2.2	Aktionsprogramme im Gesundheitsbereich	22
3.2.3	Gesundheitsziele der EU	23
3.3	Instrumente zur Erreichung eines europäischen Binnenmarktes	26
3.3.1	Die „vier Grundfreiheiten“	26
3.3.2	Offene Methode der Koordinierung (OMK)	28
3.4	Nichtgeplante Effekte auf die nationalen Gesundheitssysteme	30
4	General Agreement on Trade in Services (GATS)	34
4.1	Entstehung des GATS	34
4.2	Regelungsumfang	35
4.3	Liberalisierungsprinzipien	37
4.3.1	Das Prinzip der Meistbegünstigung	37
4.3.2	Das Prinzip der Inländerbehandlung	38
4.3.3	Das Prinzip des Marktzugangs	38
4.3.4	Institutionelle Regeln des GATS	39
4.4	GATS und Europäische Union	40

4.4.1	EU Verpflichtungen im Gesundheitssektor	40
4.4.2	Ausnahmeregelungen der EU für den Gesundheitssektor	42
5	Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem	44
5.1	Gesetzliche Krankenversicherung	44
5.1.1	Grundlagen des EU-Wettbewerbs	44
5.1.2	Krankenkassenwettbewerb	47
5.2	Krankenversorgung	48
5.2.1	Patientenmobilität	48
5.2.2	Leistungserbringer	50
5.3	Arbeitsbedingungen im Gesundheitssektor	52
5.4	Zusammenfassung	53
6	Diskussion	56
7	Literaturverzeichnis	60
8	Eidesstattliche Erklärung	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Maßnahmen der Aktionsprogramme von 1993	23
Tabelle 2: Auswahl von Artikeln des EGV zum Gesundheitsschutz	25
Tabelle 3: Klassifikation von Dienstleistungen	35
Tabelle 4: Die Einflussmöglichkeiten der EU und des GATS	54

Abkürzungsverzeichnis

Art.	Artikel
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
DRG	Diagnoses Related Groups
EAG	Europäische Atomgemeinschaft
ebd.	ebenda
EG	Europäische Gemeinschaft
EGV	Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft
EKGS	Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EWG	Vertrag zur Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft
et al.	und andere
GATS	General Agreement on Trade in Services (Allgemeines Übereinkommen über den Handel mit Dienstleistungen)
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade (Allgemeines Zoll- und Handelsabkommen)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IWF	Internationaler Währungsfond
KOM	Kommission der Europäischen Gemeinschaft
OMK	Offene Methode der Koordinierung
PKV	Private Krankenversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
SpiK	Spitzenverbände der Krankenkassen
SVR	Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
TRIPS	Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WTO	World Trade Organization (Welthandelsorganisation)

1 Einleitung

1.0 Relevanz der Themenstellung

Die Gesundheits- und Sozialsysteme vieler Industrieländer befinden sich seit Ende der achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts im Umbruch. Die politische und wirtschaftliche Globalisierung ist sicherlich maßgeblich an den Veränderungen der Gesundheitssysteme¹ beteiligt. Historisch gewachsene Gesundheitssysteme, die sehr durch ihre nationalen Besonderheiten geprägt sind, stehen besonders unter Druck und sind Reformen nachhaltig ausgesetzt. Ein solcher Druck kann struktureller Art sein, der beispielsweise die institutionelle und rechtliche Ausgestaltung eines Gesundheitssystem wie Finanzierung, Planung, Steuerung und Leistungserbringung in Frage stellen kann (Deppe 2000:89, Böcken et al. 2001).

Von den aktuellen Entwicklungen und den strukturellen Veränderungen ist das deutsche Gesundheitssystem besonders betroffen. Die Ursachen dafür sind zwar verschieden, greifen aber hinsichtlich ihrer Auswirkungen ineinander. Ein Aspekt ist zum einen die Wachstumsschwäche der deutschen Wirtschaft und die damit steigende Arbeitslosigkeit, die für die Mindereinnahmen der Sozialsysteme und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verantwortlich ist. Zum anderen kommt dem demographischen Faktor eine besondere Bedeutung zu. Immer weniger Erwerbstätige müssen immer mehr Rentner² finanzieren. Der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt und die steigende Erwartung der Menschen an die medizinische Wissenschaft führen zu einem weiteren Ungleichgewicht zwischen der Ausgaben- und Einnahmenseite der GKV (SVR 2003:17ff, Böcken et al. 2001, Hajen 2002).

Das Ziel der deutschen Reformbemühungen im Gesundheitsbereich ist daher, die vorhandenen Ressourcen effektiver und effizienter einzusetzen und die Qualität der Versorgung zu verbessern (SVR 2003:17ff). Um dieses Ziel zu erreichen, werden im Gesundheitswesen unter anderem zunehmend Wettbewerbsstrukturen eingeführt und

¹ Unter dem Begriff „Gesundheitssystem“ kann allgemein das medizinische Versorgungssystem verstanden werden. Dazu gehören die Einrichtungen der ambulanten und stationären medizinischen und pflegerischen Versorgung (Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Arztpraxen), sowie deren Zulieferer (Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, medizinische Geräte usw.) und Institutionen wie die gesetzliche Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung und die privaten Krankenversicherungen (Braun et al. 1999:9). Zusammengefasst sind darunter die komplexen sozialen Einrichtungen, sowie alle Menschen und Handlungen zu verstehen, die die Finanzierung und Organisation der medizinischen Versorgung regeln, die Gesundheit verbessern und fördern und dadurch die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen.

² Zur Erleichterung des Leseflusses ist in der Formulierung die männliche Sprachform gewählt, selbstverständlich ist auch immer die weibliche Form gemeint.

ehemals öffentlich erbrachte Gesundheitsdienstleistungen an private Anbieter übertragen. Die Akteure, die über diese Reformen und Veränderungen entscheiden, können der nationalstaatlichen Ebene, dem so genannten Makrobereich, zugeordnet werden. Die auf dieser Stufe getroffenen Regelungen betreffen die institutionellen Strukturen der gesundheitlichen Versorgung. Darunter ist die Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen, deren Qualitätsstandards und der Zugang der Menschen zu den Versorgungseinrichtungen zu verstehen (Rosenbrock, Gerlinger 2004:13ff). Gesundheitssysteme sind aber auch von dem Sozialcharakter einer Gesellschaft geprägt. Aus diesem Grund rücken zunehmend politische und ethische Themen in den Vordergrund (Deppe 2000:89; Böcken et.al. 2001) – beispielsweise bei der Frage, in welcher Höhe Leistungen von der Krankenkasse finanziert, oder ob bestimmte Behandlungen aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung gestrichen werden sollen (Deppe 2002).

Abgesehen von der Steuerung durch den nationalen Gesetzgeber gibt es jedoch noch andere Mechanismen, die Einfluss auf das deutsche Gesundheitssystem ausüben. Im Zuge der Globalisierung und des europäischen Integrationsprozesses sind einige wichtige gesundheitspolitische Entscheidungskompetenzen auf supranationale Träger und Organe wie die Europäische Union (EU) verlagert worden (Rosenbrock, Gerlinger 2004:13ff).

Neben der Europäischen Union und ihrer Binnenmarktpolitik ist auch das international verbindliche Dienstleistungsabkommen GATS zu nennen, das auf verschiedenen Ebenen in die Gesundheitspolitik der Nationalstaaten eingreift. Allerdings verläuft diese „Steuerung“ kaum transparent und die Meinungen über die internationale Einflussnahme und deren Umfang gehen auseinander. Darüber hinaus bleibt es für viele Menschen unklar – ausgenommen von einigen wenigen Experten in diesem Bereich – welche weitreichenden Auswirkungen die internationale Einbindung Deutschlands auf das Gesundheitssystem hat (Schmucker 2004). Auch ist schwer durchschaubar, welche Institutionen und Mechanismen an den aktuellen Entwicklungen eigentlich maßgeblich beteiligt sind. Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen, die durch diese Arbeit beantwortet werden sollen:

- Nach welchen Mechanismen vollzieht sich die supranationale Steuerung?
- Welche Auswirkungen sind aufgrund der supranationalen Steuerung für das deutsche Gesundheitssystem zu erwarten?
- Wie wird die deutsche Gesundheitspolitik durch den Einfluss der EU und des GATS verändert?

Ausgehend von der These, dass die Verwirklichung des Europäischen Binnenmarktes und international verbindliche Abkommen wie das GATS das deutsche Gesundheitssystem nachhaltig verändern werden, besteht die Motivation zu dieser Arbeit darin, die genannten Entwicklungen sichtbar zu machen. Es ist jetzt bereits absehbar, dass durch die zunehmende internationale Zusammenarbeit eine Abgrenzung und Abschottung nationaler Gesundheits- und Sozialpolitik kaum mehr möglich sein wird. Das Ziel dieser Arbeit ist es daher, die verschiedenen Ebenen der Steuerung durch die Europäische Union und des GATS Abkommens aufzuzeigen und die Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem zu analysieren.

1.1 Struktur und Methode

Zur Entwicklung und Gestaltung der Europäischen Binnenmarktpolitik sowie dem GATS Abkommen liegt eine große Bandbreite von Literatur vor. Allerdings fehlt es an einer gemeinsamen Darstellung der beiden Aspekte hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem. Die vorliegende Arbeit versucht, einen Beitrag zum Schließen dieser Lücke zu leisten. Deshalb wurde eine Sekundäranalyse der bestehenden Literatur durchgeführt.

Zunächst werden im vorbereitenden Teil grundsätzliche Fragen erläutert, wie die Bedeutung von Gesundheit, die Gestaltung nationaler Gesundheitspolitik und die Reformbemühungen im deutschen Gesundheitssystem. Auch ist der Begriff der „öffentlichen Daseinsvorsorge“ zu definieren und zu diskutieren. Die Auseinandersetzung mit der öffentlichen Daseinsvorsorge ist wichtig, um die Mechanismen zu verstehen, mit denen die EU Binnenmarktpolitik und das GATS die Nationalstaaten beeinflussen. Auf dieser Grundlage können die Auswirkungen der europäischen und supranationalen Entwicklungen für die nationalstaatlichen Gesundheitssysteme analysiert werden.

Das Kapitel drei beschreibt, nach einem Überblick über die Entwicklung und Gesetzgebung der Europäischen Union, ausführlich die Ziele und Schwerpunkte der europäischen Gesundheitspolitik. Die Instrumente zur Erreichung eines europäischen Binnenmarktes werden ebenso dargestellt, da diese weitreichende Auswirkungen auf die Nationalstaaten haben. Danach werden die so genannten „nichtgeplanten“ Effekte der Europäischen Binnenmarktpolitik auf das deutsche Gesundheitssystem beschrieben. Nach Erläuterung der EU-Ebene widmet sich das Kapitel vier dem GATS-Abkommen.

Zum besseren Verständnis wird zunächst kurz auf die Entstehung des GATS eingegangen und danach ausführlicher der Regelungsumfang und die Wirkungsweise des Abkommens erläutert. Darüber hinaus werden die Verpflichtungen, die die EU im GATS eingegangen ist, in Hinblick auf den Gesundheitssektor analysiert.

Zentraler Bestandteil dieser Arbeit ist die Beschreibung der Folgen und Auswirkungen der Europäischen Binnenmarktpolitik und des GATS Abkommens auf das deutsche Gesundheitssystem. Die wichtigsten Aspekte im Zusammenhang mit der Finanzierung des Gesundheitssystems, dem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und den Qualitätsstandards werden herausgearbeitet und die Folgen beschrieben. Hinsichtlich des GATS Abkommens können diese im Moment nur hypothetisch dargestellt werden, da das GATS für den Gesundheitssektor in Deutschland bisher noch nicht in Kraft getreten ist.

In der abschließenden Diskussion werden die kritischen Aspekte des supranationalen Einflusses diskutiert. Eine persönliche Einschätzung über die zukünftige Entwicklung bildet das Resümee und den Abschluss der Arbeit.

2 Gesundheit und nationale Gesundheitspolitik

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich der bestmöglichen Gesundheit zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder der sozialen Stellung“ (Präambel der Satzung der WHO 2005).

Diese viel zitierte WHO Definition über Gesundheit wird wegen ihrer allgemeinen Formulierung immer wieder kritisiert. Dennoch macht sie deutlich, dass Gesundheit ein existenzieller Lebenszustand und ein Grundrecht jedes Menschen ist.

Gesundheit und Krankheit sind damit nicht nur menschliche und persönliche, sondern auch gesellschaftliche Anliegen. Aus diesem Grund wird Gesundheit als besonders sensibles Feld angesehen (Deppe 2000:256), das es unbedingt zu schützen gilt. Dieses Argument ist sicherlich richtig. Wichtig bei dieser Betrachtung ist jedoch, zwischen Gesundheit als zu „schützendem Zustand“ und der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen eine Unterscheidung zu treffen. Beides gehört zusammen, sollte aber aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden.

Die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen wurde in Deutschland in der Vergangenheit primär vom Staat als öffentliche Dienstleistung geleistet oder an Wohlfahrtsorganisationen unter Vorgabe gesetzlicher Standards übertragen. Ein typisches Kennzeichen dieser Einrichtungen ist, dass diese nicht gewinnorientiert tätig sind. Mittlerweile zieht sich der Staat mehr und mehr aus vielen Bereichen der ehemals „öffentlichen Dienstleistungen“ zurück und Gesundheitsdienstleistungen sind somit zunehmend dem Wettbewerb ausgesetzt (Razza et al. 2004).

2.1 Gesundheitsdienstleistungen und Wettbewerb

Einführend ist die allgemein anerkannte Tatsache zu erwähnen, dass es sich bei Gesundheit um einen lebensnotwendigen, nicht käuflichen Zustand handelt. Dieser Aspekt ist entscheidend, weil er die Auffassung verdeutlicht, dass es keinen „Markt für Gesundheit“ gibt – anders bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen. In diesem Bereich werden zunehmend Wettbewerbsstrukturen und damit ein „Markt für

Gesundheitsdienstleistungen“ eingeführt. Es gibt jedoch unterschiedliche Ansichten, ob dies ein „freier“ Markt im eigentlichen Sinn ist, oder ob er einer intensiven Regulierung unterworfen werden muss. Insbesondere diejenigen Nationalstaaten, die eine Politik der sozialen Marktwirtschaft betreiben und sozialpolitische Ziele für ihre Gesellschaft in den Vordergrund stellen, müssen sich diese Frage zukünftig stellen (Hajen 2002, Fiedler 2002).

Kritiker argumentieren, dass ein Markt für Gesundheitsdienstleistungen nicht gegeben ist, weil sich der Patient durch sein Kranksein in einer Position der Abhängigkeit befindet und in der Regel nicht selbst bestimmen kann, wann und in welchem Umfang er Leistungen in Anspruch nimmt. Dadurch kann nicht von einer „Konsumentensouveränität“ der betroffenen Patienten gesprochen werden, die aber Voraussetzung für einen funktionierenden Markt wäre (Deppe 1996:10ff).

Die Befürworter hingegen vertreten die Ansicht, dass der Zustand „Gesundheit“ und Gesundheitsdienstleistungen zwar spezifisch sind, es sich aber bei der Erbringung der Dienstleistung bislang um staatlich geschützte Monopole gehandelt hat, die im Laufe der Jahre starr, unflexibel, ineffizient und damit unbezahlbar geworden sind (Schaub 2000:113). Dieser Standpunkt geht von der Meinung aus, dass sich durch Veränderungen in der Gesundheitspolitik – nämlich Förderung des Wettbewerbs um Gesundheitsdienstleistungen – positive Effekte für das Gesundheitssystem ergeben können.

2.1.1 Öffentliche Daseinsvorsorge

Neben diesen Überlegungen stellt sich aber auch die Frage, wer darüber bestimmt, wer Dienstleistungen produzieren bzw. die Koordination der Ausführung übernehmen soll. Der Begriff der „öffentlichen Dienstleistung“ legt nahe, dass für die Erstellung und Verwaltung der Leistungen eine – wie immer zu definierende – Öffentlichkeit verantwortlich ist. Was darunter zu verstehen ist und wie entsprechende staatliche Anforderungen konkret umzusetzen sind, dafür ist jedoch eine gesellschaftliche Auseinandersetzung notwendig. Unter öffentlicher Dienstleistung lässt sich der deutschsprachige Begriff „Daseinsvorsorge“ einordnen. Dieser Begriff impliziert, dass der Staat (oder seine ausführenden Organe) die Verantwortung für die Bereitstellung der jeweiligen Dienstleistungen tragen soll (Razza et al 2004).

Als klassische Bereiche der öffentlichen Daseinsvorsorge gelten in Deutschland gemeinhin Justiz und öffentliche Sicherheit, Verteidigung, Bildungs- und Gesundheitswesen, Energie- und Wasserversorgung, Müllbeseitigung, Verkehr und Telekommunikation³ (Fritz, Scherrer 2002a:15). Der Staat bzw. die Kommunen sind in diesen Bereichen verpflichtet, die Grundbedürfnisse der Bürger sicherzustellen und allen gleichermaßen einen störungsfreien Zugang zu den Dienstleistungen zu gewährleisten. Der Staat hat die Aufgabe, in den Bereichen der öffentlichen Daseinsvorsorge für seine Bürger

„(..) in jenen Passagen des menschlichen Lebens, in denen Individuen oder Familien nicht in der Lage sind, aus eigenen Ressourcen für Bildung und Ausbildung, für Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit, für die Alterssicherung oder auch für die Nahrung und Unterkunft, für Wasserangebot und Abwasserbeseitigung Sorge zu tragen (..)“ (Altvater 2003:173).

Allerdings gehen die Vorstellungen darüber, in welcher Form und in welchem Ausmaß Dienstleistungen öffentlich oder privat erbracht werden sollen, auseinander (Razza, et al. 2004). So könnte ein Krankenhaus einem öffentlichen Träger gehören, die stationäre Versorgung aber von einem privaten Anbieter geleistet werden.

Offenbar ist nicht klar definiert, welche Dienstleistungen primär vom öffentlichen Sektor (also dem Staat) bereitzustellen sind. Der Begriff und die Definition der öffentlichen Daseinsvorsorge variieren zwischen den Nationalstaaten – von der „sozialen Infrastruktur“, „Leistungen im allgemeinen (wirtschaftlichen) Interesse“, „öffentliche Dienstleistungen“, „gemeinwohlorientierte Leistungen“ bis hin zur „Daseinsvorsorge“. Im GATS Abkommen werden wiederum Dienstleistungen beschrieben, die in „Ausübung hoheitlicher Gewalt erbracht werden“ und damit vom Staat bereitzustellen sind (ebd.).

2.1.2 Leistungen im allgemeinen wirtschaftlichen Interesse

Dem wohlfahrtstaatlichen geprägten Begriff der Daseinsvorsorge stehen die „Leistungen im allgemeinen wirtschaftlichen Interesse“ gegenüber. Bei dieser Formulierung wird der Aspekt der „Öffentlichkeit“ bewusst vermieden. Diese Unterscheidung ist wichtig, da das „allgemeine wirtschaftliche“ eben nicht das „öffentliche“ Interesse ist und vor dem

³ Einige der genannten Dienstleistungen sind in Deutschland mittlerweile liberalisiert worden, diese Bereiche werden von privaten Unternehmen angeboten. Dazu zählen unter anderem die Telekommunikation und die Energieversorgung.

Hintergrund gesehen werden muss, dass auf EU-Ebene vornehmlich der Ausdruck des „allgemeinen wirtschaftlichen Interesse“ benutzt wird. Diesen unterschiedlichen Begrifflichkeiten liegen verschiedene Traditionen des modernen Staates zugrunde und damit auch eine unterschiedliche Herangehensweise, in welchem Umfang bestimmte Dienstleistungen öffentlich erbracht werden sollten (ebd.).

Die Kommission hat für den Europäischen Rat Leistungen der Daseinsvorsorge definiert als:

„(..) Leistungen der Daseinsvorsorge (oder gemeinwohlorientierte Leistungen) sind marktbezogene oder nichtmarktbezogene Tätigkeiten, die im Interesse der Allgemeinheit erbracht und daher von den Behörden mit spezifischen Gemeinwohlverpflichtungen verknüpft werden (..)“ (KOM 2001:24).

Die begriffliche Unschärfe rührt nach Meinung der Kommission daher

„(..) dass das Spektrum der Dienstleistungen, die auf einem Markt erbracht werden können, dem technologischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Wandel unterworfen ist und sich im Laufe der Zeit weiterentwickelt hat. Während eine Liste mit Beispielen ohne weiteres zusammengestellt werden kann, wäre es aber unmöglich, ein endgültiges A-priori-Verzeichnis sämtlicher Leistungen der Daseinsvorsorge aufzustellen, die als „nichtwirtschaftlich“ anzusehen sind (..)“ (ebd.:11).

Einerseits ist nach der Definition der Europäischen Union ausschlaggebend, ob Dienstleistungen einem „wirtschaftlichen“ oder „nichtwirtschaftlichen“ Charakter zuzuordnen sind. Andererseits ist es der Kommission aber nicht möglich, Bereiche gemeinwohlorientierter Daseinsvorsorge zu benennen, die von den Liberalisierungsschritten prinzipiell auszuschließen sind. Konkret bedeutet dies, dass theoretisch alle Dienstleistungsbereiche in die Liberalisierung eingeschlossen werden können. Wenn Dienstleistungen aber „von allgemeinen wirtschaftlichen Interesse“ sind, unterliegen sie in vollem Umfang den Europäischen Wettbewerbsregeln (Schmucker 2004, KOM 2003). Die EU schränkt allerdings ein, dass der Zugang der EU Bürger zu den Dienstleistungen trotz der Liberalisierungen kontinuierlich, in einer bestimmten Qualität und zu erschwinglichen Preisen sichergestellt sein sollte. Die Festlegung der Qualität und der Preisgestaltung obliegt jedoch den Mitgliedsstaaten.

Zusammenfassend lassen sich also zwei prinzipiell gegensätzliche Auffassungen

gegenüberstellen:

Anhänger der „öffentlichen Daseinsvorsorge“ argumentieren, dass allein der Staat oder vom Staat beauftragte Institutionen die gewünschten Leistungen im Gesundheitswesen erbringen können, weil die Erbringung dieser Leistungen nicht über eine marktwirtschaftliche Koordination von Angebot und Nachfrage organisiert werden könne. Befürworter einer marktwirtschaftlichen Liberalisierung argumentieren hingegen, dass Dienstleistungen im Gesundheitswesen durchaus im Wettbewerb verkauft werden können, solange die Versorgung der Bevölkerung durch eine sinnvolle Marktregulierung sichergestellt ist.

Um diese Diskussion auf das deutsche Gesundheitswesen anwenden zu können, werden im folgenden zunächst grundlegende Strukturen des deutschen Gesundheitssystems, wie Finanzierung usw., die wesentlichen Akteure sowie die Reformbemühungen der Regierung beschrieben.

2.2 Gestaltung nationaler Gesundheitspolitik

Die essenzielle Bedeutung von Gesundheit für den Einzelnen lässt das Gesundheitswesen als Branche erscheinen, die von besonderem wirtschaftlichen Interesse ist (Fiedler 2002). Dies liegt auch daran, dass Gesundheitspolitik und die Gestaltung der Gesundheitssysteme in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen haben. Zum einen gilt das Gesundheitswesen als zukunftssträchtiger Wirtschaftszweig, der in Deutschland bereits über 10% des BIP ausmacht und sich seit den siebziger Jahren zur größten Dienstleistungsbranche entwickelt hat (Reiners 2002). Zum anderen wird die Gesundheitsbranche auch aufgrund der zunehmenden Zahl älterer und damit überproportional behandlungsintensiver Patienten als wachstumsstark und hoch innovativ gesehen⁴ (SVR 1996).

2.2.1 Akteure

Die Steuerung nationalstaatlicher Gesundheitspolitik verläuft auf unterschiedlichen Ebenen und an der Gestaltung sind verschiedene Akteure beteiligt. Man kann hier die Makro-, Meso- und Mikroebene unterscheiden, denen sich die Akteure zuordnen lassen.

- Makroebene

⁴ Insgesamt arbeiten in Deutschland mehr als vier Millionen Erwerbstätige im Gesundheitswesen, das sind 10,3 % aller Beschäftigten. In Deutschland beliefen sich die Gesamtausgaben für Gesundheit 2003 auf 11,1% des BIP, damit wurden für Gesundheit 2996 US \$ pro Kopf ausgegeben (Statistisches Bundesamt 2005).

In jedem Staat haben in erster Linie die Regierungen und ihre Gesetzgebung einen überragenden Einfluss auf die Gestaltung des Gesundheitswesens. Gesundheitspolitik lässt sich also als ein „staatsnaher Politiksektor“ begreifen. Die Makroebene bezeichnet die nationalstaatliche Ebene der Gesundheitspolitik.

- Mesoebene

In aller Regel beschränken sich nationalstaatliche Akteure auf die Formulierung von Rahmenvorgaben, deren konkrete Ausgestaltung sie nachgeordneten Akteuren überlassen. Diese können der regionalen bzw. der verbandlichen Ebene zugeordnet werden. Im deutschen Gesundheitswesen sind für die Krankenversorgung beispielsweise die Bundesländer und die Kassenärztliche Vereinigung von Bedeutung.

- Mikroebene

Diese bezeichnet das Handeln und Zusammenwirken der individuellen Akteure, die Einfluss auf die Gesundheitsförderung, Prävention, Entstehung und Behandlung von Krankheiten nehmen. Dazu gehören die unterschiedlichen Professionen (Pflegerkräfte, Physiotherapeuten, Ärzte usw.) im Gesundheitswesen, sowie Institutionen wie Krankenkassen und Krankenhäuser (Rosenbrock, Gerlinger 2004:14ff).

Neben der Gestaltung der Gesundheitssysteme sind aber auch die Finanzierungsgrundlagen und die Strukturen von Bedeutung. Die wesentlichen Merkmale des deutschen Krankenversicherungssystems werden daher in groben Zügen skizziert.

2.2.2 Grundlagen des deutschen Krankenversicherungssystems

Das deutsche Sozialsystem kann dem „konservativen Wohlfahrtsstaatsmodell“ oder dem Sozialversicherungsmodell⁵ zugeordnet werden. Charakteristisch dabei ist, dass die Finanzierung der Sozialsysteme über Versicherungsbeiträge verläuft. Ein besonderes Merkmal ist darüber hinaus, dass die Erwerbsarbeit für die Finanzierung herangezogen wird. Aus der Erwerbsarbeit besteht eine Versicherungspflicht und damit auch ein Rechtsanspruch auf Leistungen der Sozialsysteme. Ausschlaggebend ist die Höhe des Arbeitseinkommens, diese dient als Grundlage für die zu zahlenden Beiträge der Versicherten. Bestimmte Gruppen, wie Beamte und Selbständige, aber auch Angestellte mit hohem Einkommen haben jedoch die Wahl, entweder einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung beizutreten. In Deutschland sind rund 90% der Bevölkerung in der

⁵ Unter die Sozialversicherungen fallen neben der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung und die Arbeitslosenversicherung.

Gesetzlichen Krankenversicherung versichert (Rosenbrock, Gerlinger 2004:89ff, Böcken et al. 2000, Deppe 2000).

Die Beiträge der Sozialversicherungen werden paritätisch finanziert, das heißt sowohl die Arbeitnehmer als auch die Arbeitgeber zahlen die gleichen Beiträge – die einkommensabhängig sind – in die Sozialversicherungskassen ein. Die Leistungen der GKV werden aber unabhängig von den eingezahlten Beiträgen gewährt. Der Grundgedanke dieses Prinzips ist, dass die Versicherten bei ungleichen Versicherungsbeträgen einen Rechtsanspruch auf die gleichen Leistungen⁶ im Krankheitsfall haben (ebd.).

Ferner sind die Leistungen, die die Versicherten in Anspruch nehmen, dem Sachleistungsprinzip zuzuordnen. Konkret bedeutet dies, dass die Leistungserbringer ihr Entgelt nicht vom Versicherten, sondern von seiner Krankenkasse erhalten (ebd.).

Die gesetzliche Krankenversicherung⁷ ist unter staatlicher Aufsicht tätig. Das Bundesgesundheitsministerium ist die oberste Aufsichtsbehörde, diese gibt den Leistungsrahmen vor und kann in die Finanzierung der Krankenkassen eingreifen, zum Beispiel bei der Einführung von Selbstbeteiligungen und der Praxisgebühr. Die Krankenkassen sind aber dennoch organisatorisch und finanziell selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechts und können ihren Beitragssatz – in einem bestimmten Rahmen – selbständig gestalten. Die GKV ist also kein privates Unternehmen, vielmehr handelt es sich um eine Non-Profit-Einrichtung, die aber prinzipiell kostendeckend arbeiten muss (ebd.).

Zusammengefasst bestehen die wichtigsten Solidarprinzipien der GKV in einer Umverteilung:

- von den niedrigen zu hohen Gesundheitsrisiken (Risikoausgleich),
- von den Beziehern höherer Arbeitsentgelte zu solchen mit niedrigeren Löhnen und Gehältern (Einkommensumverteilung),
- von Alleinstehenden zu kinderreichen Familien (Familienlastenausgleich),
- von jungen zu alten Versicherten (Generationenausgleich) (SVR 2003:17).

Daneben existieren private Krankenversicherungen (PKV), die als Unternehmen Gewinne erwirtschaften dürfen. Die Versicherungen unterliegen in rechtlicher und wirtschaftlicher

⁶ Einzige Ausnahme ist das Krankengeld, das nach sechs Wochen im Krankheitsfall von der Krankenversicherung bezahlt wird. Die Höhe des Krankengelds richtet sich nach dem Einkommen.

⁷ Es gibt in Deutschland aktuell ca. 255 gesetzliche Krankenversicherungen (BKK 2005).

Hinsicht jedoch auch der staatlichen Aufsicht. Ein großer Unterschied besteht in der Inanspruchnahme der Leistungen. Der Umfang des Leistungsanspruchs orientiert sich an der Höhe der Beiträge. Diese sind individuell gestaltbar und richten sich unter anderem auch nach dem Alter, dem Geschlecht und den Vorerkrankungen des Versicherten (Rosenbrock, Gerlinger 2004:89ff, Böcken et al. 2000, Deppe 2000).

Im Gegensatz zur GKV sind Familienangehörige in der privaten Krankenversicherung nicht beitragsfrei mitversichert und die Bezahlung erfolgt nach dem Prinzip der Kostenerstattung. Demnach müssen Versicherte bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen die Krankenbehandlung zunächst selbst bezahlen und sich dann die Kosten von der PKV erstatten lassen (Deppe 2000).

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht durch den steigenden medizinischen Fortschritt und die Veränderungen in der Versichertenstruktur jedoch unter ständigem Reformdruck. Im folgenden sollen einige der wichtigsten Reformansätze, die das Ziel haben, das Krankenversicherungssystem zu stabilisieren, ansatzweise skizziert werden.

2.2.3 Reformen im deutschen Gesundheitssystem

Da die Versichertenbeiträge zu den Lohnnebenkosten zählen, stand und steht im Mittelpunkt der Reformbemühungen die Senkung bzw. die Stabilität der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung. In den letzten Jahren sind daher unterschiedliche „Kostendämpfungsgesetze“ verabschiedet worden, um den steigenden Ausgaben entgegenzuwirken (SVR 2003, Gerlinger 2004).

Die Reformen der jeweiligen Bundesregierungen lassen sich auf unterschiedlichen Ebenen beschreiben. Zunächst kann eine Zuordnung nach Leistungserbringern und Leistungsempfängern getroffen werden.

Seitens der Leistungserbringer wurde beispielsweise die Einzelleistungsvergütung in der ambulanten ärztlichen Versorgung um Praxisbudgets ergänzt. Im stationären Sektor wurden die pauschalierten Tagespflegesätze von den Fallpauschalen abgelöst. Ab 2007 sollen alle Krankenhäuser (ausgenommen davon sind die Psychatrien) in Deutschland nach den Diagnosis Related Groups (DRG) vergütet werden. Die Krankenhäuser erhalten dann für die behandelten Patienten nur noch einen Festbetrag. Ziel der Reform ist unter anderem, die Leistungen der Krankenhäuser transparenter zu machen, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen und Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern zu schaffen. Darüber hinaus wurden die Ausgaben für den Arzneimittelbereich budgetiert. Ziel dieser Maßnahme war und ist auch hier, die Arzneimittelausgaben zu stabilisieren (Rosenbrock,

Gerlinger 2004:163ff, Deppe 2000).

Seitens der GKV sollte mit der Einführung des kassenübergreifenden Risikostrukturausgleichs⁸ und der individuellen Kassenwahlfreiheit der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen erhöht werden (Deppe 2000, Böcken et al. 2000).

Neben der Budgetierung der Ausgaben wurden Leistungen für die Versicherten eingeschränkt und Zuzahlungen eingeführt. Dazu zählen die so genannte Praxisgebühr, das Krankenhaustagegeld und die Zuzahlungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Des Weiteren wird der Zahnersatz nur noch anteilig von den Kassen bezuschusst. Seit 01.07.2005 hat es auch eine Veränderung der Beitragsstruktur gegeben. Der Beitragssatz für die Versicherten ist um 0,9 Prozentpunkte erhöht worden, allerdings wird diese Erhöhung allein von den Arbeitnehmern getragen. Der Arbeitgeberanteil ist im Gegenzug um die gleiche Punktzahl gesenkt worden (BMGS 2005a).

Zu den bisher genannten Reformen gehört aber auch der Versuch, die Qualität der Versorgung zu erhöhen und die Behandlungen effizienter und effektiver zu gestalten. Hervorzuheben sind hier die Bemühungen, das Versorgungssystem besser zu integrieren. Darunter kann die Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors verstanden werden (SVR 2003).

Nach Darstellung der wichtigsten Merkmale deutscher Gesundheitspolitik und ihrer Steuerung soll nun die Einflussnahme und Bedeutung Europäischer Gesundheitspolitik ausführlich beschrieben werden. Zunächst werden die wichtigsten Stationen der europäischen Einigung erläutert.

⁸ Der Risikostrukturausgleich (RSA), der 1994 eingeführt wurde, soll die Ungleichverteilung nach Alter, Einkommen, Geschlecht sowie Anzahl der beitragsfrei versicherten Familienmitglieder ausgleichen. Für jede Krankenkasse wird daher in Abhängigkeit von der Zusammensetzung ihrer Mitgliederstruktur ein Beitragsbetrag ermittelt. Liegt dieser Betrag über den Einnahmen, erhält die Krankenkasse Gelder aus dem RSA. Krankenkassen die eine „günstigere“ Versichertenstruktur aufweisen, müssen dagegen Gelder in den RSA einzahlen und die Kassen mit der „ungünstigeren“ Versichertenstruktur unterstützen (Rosenbrock, Gerlinger 2004:273ff).

3 Europäische Integration und Gesundheit

„Die Zusammenarbeit in Europa soll dazu beitragen, dass die Gesundheitssysteme die Herausforderungen, vor denen sie stehen, gemeinsam bewältigen“ (KOM 2004:2).

Der Prozess der Integration der europäischen Staaten hat sich seit Mitte der achtziger Jahre mit einer außerordentlichen Geschwindigkeit entwickelt. Im folgenden werden die Meilensteine dieser Entwicklung dargestellt, sowie die wichtigsten Ziele und Aspekte der Europäischen Gesundheitspolitik beschrieben.

3.1 Europäische Binnenmarktpolitik

Die wirtschaftliche und politische Integration Europas verlief in einer Vielzahl von Schritten und reicht zurück bis in die fünfziger Jahre. Die Gründung der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl (EGKS) von 1952, auch Montanunion genannt, stellt das erste entscheidende Ereignis zur Integration dar. Ziel der Verträge war im wesentlichen die Friedenssicherung, die Zugehörigkeit der Mitgliedsstaaten zu einer Wertegemeinschaft und die Steigerung des wirtschaftlichen Wohlstands (Schmuck 2003).

Mit dem Inkrafttreten der Römischen Verträge von 1957 wurde die Gemeinschaft um die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) und die Europäische Atomgemeinschaft (EAG) ergänzt. Das Ziel war die Schaffung eines gemeinsamen Marktes, in dem Waren, Dienstleistungen, Kapital und Personen frei zirkulieren können. Die Europäische Gemeinschaft entstand 1967 durch die Zusammenlegung der Teilgemeinschaften sowie ihrer Entscheidungsorgane⁹. Die Vollendung des europäischen Binnenmarktes wurde zum Ende des Jahres 1992 erreicht. Im Vertrag von Maastricht, der 1993 in Kraft trat, wurde die Europäische Gemeinschaft umbenannt in die Europäische Union. Wesentliches Ziel des Vertrages war, eine gemeinsame europäische Währungsunion mit dem Euro als Währung zu erreichen. Der 1997 beschlossene Vertrag von Amsterdam war eine Erweiterung der bestehenden Verträge und brachte eine Reihe von Neuerungen, die zu einer Stärkung der Gemeinschaftsstrukturen führen sollten (ebd.).

Der Vertrag von Nizza aus dem Jahr 2000 ist zum einen gekennzeichnet von der institutionellen Notwendigkeit der EU-Osterweiterung und zum anderen durch die Charta

⁹ Unter den hier genannten Entscheidungsorganen sind die Europäische Kommission, das Europäische Parlament, der Europäische Rat und der Europäische Gerichtshof zu verstehen.

der Grundrechte (ebd.). Der nächste Schritt zur wirtschaftlichen Einigung wurde auf dem Gipfeltreffen des Europäischen Rates in Lissabon im Jahr 2000 durch die Staats- und Regierungschefs beschlossen:

„(..) die Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum in der Welt zu machen – einem Wirtschaftsraum, der fähig ist, ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einem größeren Zusammenhalt zu erzielen (..)“ (Busse 2002:7)

Die Gipfelerklärung zeigt damit, dass sich durch die Ausweitung der EU-Kompetenzen die klassische Wirtschaftsgemeinschaft zu einer Gemeinschaft entwickelt, die sich sozialrechtlich relevanten Themen und sozialen Fragen stellt¹⁰ (Busse 2002).

Nach der Beschreibung des Europäischen Einigungsprozesses soll im folgenden die Entwicklung der Europäischen Gesundheitspolitik sowie ihrer wichtigsten Handlungsfelder und Ziele der Gesundheitspolitik genauer erläutert werden.

3.2 Europäische Gesundheitspolitik

Die Harmonisierung der Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten war zunächst kaum Gegenstand supranationaler Regulierungen. Bis zum Vertrag von Maastricht hatte Gesundheitspolitik in den europäischen Vertragswerken auch keinen eigenständigen Stellenwert. Das ist durch den Umstand zu erklären, dass die Art der Regulierung und Gestaltung der Gesundheitssysteme in den Mitgliedsstaaten sehr unterschiedlich ist. Aus diesen Grund ist es besonders schwierig, eine gemeinsame Sozial- und Gesundheitspolitik zu formulieren (Hajen 2002).

3.2.1 Allgemeine Grundlagen

Daher übt der Vertrag von Maastricht keinen direkten Einfluss auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten aus. Allerdings hat die EU im Laufe der Jahre Verordnungen und Richtlinien unterschiedlichster Art formuliert, die auf verschiedenen Ebenen den Aspekt „Gesundheit“ behandeln.

Diese Entwicklung lässt sich anhand der verabschiedeten Verträge verfolgen. Die EGKS

¹⁰ Als vorläufiger Höhepunkt der politischen und wirtschaftlichen Einigung Europas und bisher anspruchsvollstes Reformprojekt kann die „Verfassung für Europa“ bezeichnet werden (Läufer 2005:8). Dieser Einigungsprozess ist allerdings durch das Veto der Franzosen und der Niederländer im Frühjahr 2005 gegen die Ratifizierung der europäischen Verfassung auf vorerst unbestimmte Zeit verschoben worden.

weist zwar noch keinerlei konkrete gesundheitspolitische Regelungen auf, der Artikel 55 des EGKS Vertrag beschäftigt sich aber mit dem Gesundheitsschutz und der Arbeitssicherheit der Beschäftigten der Kohle- und Stahlindustrie. Der EAG Vertrag erweiterte diese Regelungen um den Schutz vor ionisierender Strahlung auch für Personen, die nicht in der Atomindustrie beschäftigt sind (Schmucker 2003a).

Im Laufe der ökonomischen Integration setzte die Europäische Gemeinschaft Mitte der siebziger Jahre zunehmend gesundheitsrelevante Themen auf ihre Agenda. Neben der sozialen Sicherheit der „Wanderarbeitnehmer“¹¹ und deren Familienangehöriger, der gegenseitigen Anerkennung der beruflichen Qualifikation von Krankenpflegepersonal, Ärzten und Zahnärzten sind auch erweiterte Maßnahmen zum Gesundheitsschutz sowie zur Sicherheit am Arbeitsplatz verabschiedet worden. Darüber hinaus wurde die Vereinheitlichung der europäischen Arzneimittelzulassung sowie die Preisregulierung und Kostenübernahme von Arzneimitteln in den Mitgliedsstaaten beschlossen (ebd.).

3.2.2 Aktionsprogramme im Gesundheitsbereich

Mitte der achtziger Jahre und damit vor den Verträgen von Maastricht und Amsterdam führte die Gemeinschaft verschiedene Aktionsprogramme im Gesundheitsbereich durch. Im Mittelpunkt der Programme und Kampagnen stand damals die Bekämpfung von AIDS, dem Drogenmissbrauch und Krebserkrankungen. Die Aktionsprogramme im Bereich der öffentlichen Gesundheit werden seither kontinuierlich weitergeführt und greifen immer wieder wichtige gesundheitsrelevante Themenbereiche auf (siehe Tabelle 1) (KOM 2000). Mit dem Vertrag von Maastricht erhält „Gesundheitspolitik“ auf europäischer Ebene aber erstmals eine rechtliche Grundlage. Der Vertrag führt das Konzept von Gesundheit im Sinne der WHO Definition (Diesfeld 1998) mit einen eigenen Titel „Gesundheitswesen“ neu ein. Damit wurde erstmals die Gesundheitskompetenz der EU geregelt und als ein eigenständiger Politikbereich festgelegt (Deppe 2000:92ff). Die Prävention von Krankheiten, insbesondere die Bekämpfung weit verbreiteter Gesundheitsrisiken, Maßnahmen zur Gesundheitsinformation- und erziehung werden explizit erwähnt.

¹¹ Dabei ging es um den Gesundheitsschutz von Wanderarbeitnehmer und deren Angehörigen, die damit auch im Ausland kostenfrei medizinisch behandelt werden konnten.

Beschlüsse	Inhalt
Nr. 645/96/EG	Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung
Nr. 646/96/EG	Aktionsplan zur Krebsbekämpfung
Nr. 647/96/EG	Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Prävention von AIDS und bestimmten anderen übertragbaren Krankheiten
Nr. 102/97/EG	Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Suchtprävention
Nr. 1400/97/EG	Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsberichterstattung
Nr. 372/99/EG	Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Verhütung von Verletzungen
Nr. 1295/99/EG	Aktionsprogramm der Gemeinschaft betreffend seltene Krankheiten
Nr. 1296/99/EG	Aktionsprogramm der Gemeinschaft betreffend durch Umweltverschmutzung bedingte Krankheiten

Quelle: EU Kommission 2000:26.

Tabelle 1: Maßnahmen der Aktionsprogramme von 1993.

Des weiteren werden die Mitgliedsländer zur Kooperation bei der Umsetzung ihrer Gesundheitsprogramme nach dem Art. 129 ausdrücklich ermutigt.

„(..) Die Tätigkeit der Gemeinschaft ist auf die Verhütung von Krankheiten, insbesondere der weit verbreiteten schwerwiegenden Krankheiten einschließlich der Drogenabhängigkeit, gerichtet; dabei werden die Erforschung der Ursachen und der Übertragung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformationen und -erziehung gefördert. Die Erfordernisse im Bereich des Gesundheitsschutzes sind Bestandteil der übrigen Politiken der Gemeinschaft (..)“ (Art. 129 EGV).

3.2.3 Gesundheitsziele der EU

Ferner formulierte die EU seit dem Maastrichter Vertrag verschiedene Ziele, die im Zusammenhang mit der öffentlichen Gesundheit stehen. Dazu gehört,

- die Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus in den Mittelpunkt aller

Aktivitäten der Gemeinschaftspolitiken zu stellen,

- die Hebung des Gesundheitsniveaus und Verhütung von Krankheiten,
- die Beseitigung von Ursachen der Gefährdung der Gesundheit,
- die Bekämpfung von weit verbreiteten schweren Krankheiten und die Erforschung ihrer Ursachen,
- Gesundheitsinformation- und Gesundheitserziehung,
- die Förderung der Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten,
- die Koordination von Maßnahmen unter den Mitgliedsstaaten im Einvernehmen mit der Kommission,
- die Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs (Schmucker 2003a:6ff).

Mit dem Amsterdamer Vertrag von 1997 wird der Artikel 129 revidiert und in veränderter Fassung zum Art. 152 des EG-Vertrags. Die zentrale Änderung im Amsterdamer Vertrag ist die Betonung der Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus als Maßgabe aller Gemeinschaftspolitiken und –maßnahmen. Damit ist der Gesundheitsschutz zu einer verpflichtenden Querschnittsaufgabe (siehe Tabelle 2) aller Politikbereiche der Gemeinschaft geworden (Art. 152 EGV).

Die Erweiterung der gesundheitspolitischen Querschnittsaufgaben wird auch durch den Vorschlag der Kommission für die Erarbeitung einer neuen Gesundheitsstrategie aus dem Jahr 2000 deutlich. Die Aktionsprogramme der EU wurden in der Vergangenheit immer wieder kritisiert, weil sie einen zu stark ausgerichteten „vertikalen Ansatz“ beinhalteten. Die Kritiker bemängelten, dass für jedes Problem ein eigenes Programm aufgelegt wurde und diese Programme zu ineffizient seien. Daher wurde 2002 eine Gesundheitsstrategie verabschiedet, die sich drei „horizontale Schwerpunkte“ setzt. Hierbei handelt es sich um die Verbesserung von Informationen und Kenntnissen im Bereich der Gesundheit, der raschen Reaktion auf Gesundheitsgefahren und der Berücksichtigung anderer Gesundheitsfaktoren (Schmucker 2003a:14ff).

Der Vertrag von Nizza erweitert das Recht der Unionsbürger bezüglich der Gesundheitsvorsorge und der ärztlichen Versorgung. Die Gemeinschaft hat demnach bei allen ihren Maßnahmen und Politiken ein hohes Niveau an Gesundheit sicherzustellen. Allerdings sollen diese, so die ausdrückliche Formulierung, nach Maßgabe der nationalen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten erfolgen (KOM 2000).

Die EU Verfassung modifiziert den Artikel 152 des Amsterdamer Vertrags und ergänzt durch den Artikel 278 (7) die Aufgaben der Gemeinschaft in der öffentlichen Gesundheit.

Alle Artikel betonen jedoch, dass

„(..) bei der Tätigkeit der Union die Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt bleibt (..)“ (Läufer 2005:EU Art. 278 Abs. 7)

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

Quelle: EU Kommission 2000:25.

Tabelle 2: Auswahl von Artikeln des EGV zum Gesundheitsschutz.

und damit die alleinige Kompetenz für die Gestaltung der Sozial- und Gesundheitspolitik nach wie vor bei den Mitgliedsländern liegt (Schmucker 2003a:3) und eine Harmonisierung der nationalen Gesetze und Regulierungen damit ausdrücklich ausgeschlossen ist¹².

Nach der Darstellung der europäischen Gesundheitspolitik soll nun auf besondere Richtlinien und Regelungen der EU eingegangen werden, die die nationalen Gesundheitssysteme auf unterschiedliche Weise beeinflussen.

3.3 Instrumente zur Erreichung eines europäischen Binnenmarktes

Bereits die römischen Verträge von 1957 formulierten zukunftsweisend die Verwirklichung eines einheitlichen Binnenmarktes. Als Voraussetzung für die Integration des Binnenmarktes und die Beseitigung von Handelshemmnissen im Inneren der EU sind neben den EU-Verträgen auch die rechtsverbindlichen Richtlinien, die die Mitgliedsstaaten in einem vorgegeben Zeitraum in nationale Gesetzgebung umsetzen müssen, zu nennen¹³. Insgesamt waren innerhalb der letzten 40 Jahre 265 Gesetzes- und Rechtsakte mit potentiellen und unmittelbaren Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedsländer festzustellen (Schaub 2000:37). Im Mittelpunkt stehen dabei die „vier Grundfreiheiten“, die im folgenden beschrieben werden.

3.3.1 Die „vier Grundfreiheiten“

Die „vier Grundfreiheiten“ gehören zum Kernbereich der Europäischen Gemeinschaft und wurden in den Römischen Verträgen von 1957 verabschiedet. Damals wie heute ist der zentrale Bestandteil der freie Verkehr von Gütern, Kapital, Personen und Dienstleistungen (Schaub 2000:43).

- **Freier Personenverkehr (Art. 18, 39, 42 und 43 EGV)**

Die größere Mobilität der EU-Bürger führt zu der Notwendigkeit, europäische Regeln aufzustellen, um die sozialen Rechte in der Gemeinschaft zu wahren. Die EU hat daher schon im Jahr 1975 Richtlinien erlassen, um die Freizügigkeit von Beschäftigten in den Gesundheitsberufen innerhalb Europas sicherzustellen. Insbesondere betrifft dies die

¹² Die Koordination und Kontrolle dieser Prozesse obliegt der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz. Diese bearbeitet alle relevanten gesundheitspolitischen Fragen und Themenbereiche. Die Direktion beschäftigt ca. 800 Mitarbeiter in Brüssel, Luxemburg und Dublin, der derzeitige Kommissar ist der Grieche Markos Kyprianou (EU 2005).

¹³ Zu erwähnen sind auch die Verordnungen und Empfehlungen der Kommission, dabei handelt es sich um so genannte „Kann-Bestimmungen“, die nicht rechtsverbindlich sind. Allerdings werden auf Grundlage der Empfehlungen und Verordnungen oft verbindliche Richtlinien erlassen. Verordnungen und Richtlinien zählen zu der „sekundären Gesetzgebung“, die der primären Gesetzgebung, in diesem Fall dem EU-Vertrag, nicht widersprechen dürfen (Busse 2004).

Anerkennung der Ausbildungsnachweise für Gesundheitsberufe, die sowohl den ärztlichen als auch den nicht-ärztlichen Bereich betreffen. Dazu gehört auch eine Richtlinie für die schon erwähnte gemeinsame Ausbildung der unterschiedlichen medizinischen Berufsgruppen (Pflegekräfte, Ärzte usw.). Daraus ergibt sich für die Beschäftigten dieser Berufsgruppen die Möglichkeit, in anderen EU-Mitgliedsländern zu arbeiten (Hajen 2002, Schmucker 2003b, Wismar 1998). Unter der Freizügigkeit des Personenverkehrs ist auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in anderen EU-Mitgliedsländern zu verstehen. Ferner ist der Datenverkehr und Datenschutz Gegenstand der Regulierung. Dieser umfasst den grenzüberschreitenden Datenaustausch von Patientendaten zwischen den Versicherungsträgern sowie den Schutz ihrer Daten (ebd.).

- **Freier Warenverkehr (Art. 28, EGV)**

Gesundheitsgüter sind laut EU Kommission „Waren“ und der freie Verkehr darf nur unter bestimmten Voraussetzungen beschränkt werden. Zu diesen Beschränkungen gehört das Allgemeininteresse am Schutz der Gesundheit oder die finanzielle Stabilität von Versorgungssystemen. Unter den freien Warenverkehr fallen der Medizinprodukte- und Pharmamarkt, die Beschaffung öffentlicher Güter und die Wahl der Patienten bezüglich medizinischer Gerätschaften. Das letztgenannte steht für die Möglichkeit der Patienten, medizinische Waren grenzüberschreitend zu beschaffen, zum Beispiel den Erwerb einer Brille oder die Zahnbehandlung in einem anderen Land. Unter Beschaffung öffentlicher Güter ist der institutionelle Erwerb von Gütern, etwa durch niedergelassene Ärzte oder Krankenhäuser zu verstehen (Wismar 1998).

Der Arzneimittelmarkt ist hinsichtlich der Vereinheitlichung von Beschriftungen und Verpackungen betroffen. Ziel dieser Maßnahme ist es, einen einheitlichen Qualitätsstandard für die Zulassung und Herstellung von Arzneimitteln zu schaffen. Auch soll gewährleistet sein, dass Arzneimittel auf Grundlage einer einzigen Prozedur für den gesamten europäischen Markt produziert und verkauft werden können. Damit soll die Wettbewerbsfähigkeit der europäischen Arzneimittelindustrie auf dem globalen Markt gestärkt werden. Bisher ist die Preisgestaltung von Arzneimitteln aber von diesem Prozedere ausgeklammert (Schmucker 2003a:25).

- **Freier Dienstleistungsverkehr (Art. 49, 50 EGV)**

Der größte Anteil der Ausgaben im Gesundheitsbereich betrifft den ambulanten und stationären Dienstleistungsbereich. Unter den freien Dienstleistungsverkehr gehört sowohl die private wie auch die gesetzliche Krankenversicherung. Hierunter ist unter anderem die Möglichkeit zu verstehen, dass EU-Bürger medizinische Leistungen im europäischen Ausland erhalten können, welche dann von den privaten und gesetzlichen Krankenkassen

bezahlt werden müssen (Hajen 2002, Schmucker 2003b, Wismar 1998).

- **Freier Kapitalverkehr (Art. 56, EGV)**

Krankenhausinvestitionen sind bisher der einzige gesundheitsrelevante Bereich, der dem Kapitalverkehr zuzuordnen ist. Darunter fällt die Möglichkeit, dass sich ausländische Anbieter beispielsweise an der Privatisierung von Krankenhäusern beteiligen können. (Wismar 1998).

Neben den vier Grundfreiheiten bildet das europäische Wettbewerbsrecht den zweiten Kern des Gemeinsamen Marktes. Die Artikel 81 und 82 des EGV beziehen sich dabei insbesondere auf das Verbot wettbewerbsbeschränkender Absprachen (Kartellrecht) und des Missbrauchs marktbeherrschender Stellungen. Unter dem letztgenannten sind das Verbot von Fusionen bestimmter marktbeherrschender Unternehmen sowie unerlaubte Beihilfen bzw. Subventionen zu verstehen (Schaub 2000:55, Knipsel 2001).

Über die Grundfreiheiten und das Wettbewerbsrecht hinaus gibt es jedoch noch andere Regelungsmechanismen zur Erreichung eines europäischen Binnenmarkts. Zukünftig wird die offene Methode der Koordinierung richtungsweisend für die nationalen Gesundheitssysteme sein.

3.3.2 Offene Methode der Koordinierung (OMK)

Das Ziel der offenen Methode der Koordinierung ist die „*Modernisierung des Europäischen Sozialmodells*“, die auf Grundlage der rechtlich unverbindlichen Beschlüsse des Europäischen Rates erfolgt (Greß et al. 2003:16ff).

Die OMK kann demnach als ein Prozess verstanden werden, in dem gemeinsame Ziele/Leitlinien festgelegt werden und mittels bestimmter Indikatoren die Zielerreichung in den Mitgliedsstaaten evaluiert wird. Die Art und Weise der Zielerreichung bleibt den Mitgliedsstaaten überlassen. Aber der Prozess an sich und sein Fortschritt muss regelmäßig dargelegt werden. Hintergrund dieser Idee ist, aus den so genannten „best practice“ Modellen zu lernen. Nach der Beschäftigungspolitik soll diese Methode zukünftig auch für das Gesundheitswesen gelten (Busse 2004). Damit ist die OMK, im Gegensatz zu den regulären Instrumenten, in ihrer Zielsetzung ergebnisorientiert.

Auf die Gesundheitspolitik bezogen kann die Zielsetzung der EU, nämlich ein hohes Gesundheitsniveau für alle Bürger der Mitgliedsstaaten sicherzustellen sowie den Zugang

zum Versorgungssystem und die langfristige Finanzierung der Gesundheitssysteme zu gewährleisten, als OMK verstanden werden. Allerdings müssen die genannten Ziele konkret erfüllt werden. Beispielsweise muss – zur Erreichung einer hohen Lebensqualität bei einer gleichzeitigen hohen Lebenserwartung – der Fokus der Gesundheitspolitik auf die Prävention von Krankheiten gelegt werden (Hajen 2002, Busse 2004).

Da die Anwendung der OMK im Gesundheitswesen bisher noch neu ist, gibt es bisher nur wenige Projekte in diesem Bereich. Die Kommission hat 2001 einen Bericht über Leitlinien im Gesundheitswesen und der Altenpflege erstellt. Die sehr allgemein gehaltenen Ziele fordern im wesentlichen:

- *„Sicherung des allgemeinen Zugangs zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Situation alter Menschen, die der Langzeitpflege bedürfen (Finanzierung, Anpassung des Versorgungsangebots insbesondere durch die Institutionalisierung der Langzeitpflege).*
- *Erhöhung von Transparenz und Qualität im Gesundheitssystem insbesondere durch die Evaluierung von medizinischen Verfahren und Erzeugnissen sowie der Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens.*
- *Fortsetzung der auf eine Kostendämpfung abzielenden Reformen in Verbindung mit politischen Maßnahmen zur Konsolidierung der öffentlichen Finanzen und zur Sicherung einer adäquaten Finanzierung der Gesundheitsversorgung“ (KOM 2001b:15).*

Problematisch ist sicherlich die Bildung geeigneter Indikatoren für diesen Bereich, da es sich nicht nur um quantitative Daten handelt. Es müssen daher Qualitätsindikatoren zur Gesundheitsversorgung formuliert werden (Greß et al. 2003:20). Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass gleiche Begriffe nicht immer gleiche Sachverhalte bezeichnen. Daher ist es wichtig, dass Ziele wie Zugänglichkeit, Qualität und Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung gleichberechtigt nebeneinander stehen (Greß et al. 2003:50ff, Busse 2002).

Die Darstellung der vier Grundfreiheiten, des Wettbewerbsrechts und der OMK hat deutlich gezeigt, dass die Gemeinschaft zielgerichtet in die gesundheitliche Versorgung der Mitgliedsstaaten eingreift. Neben den geplanten Effekten nimmt ein weiterer Mechanismus, welcher als „nichtgeplanter“ Effekt bezeichnet wird, Einfluss auf die Politik

der Nationalstaaten.

3.4 Nichtgeplante Effekte auf die nationalen Gesundheitssysteme

Zu diesen nichtgeplanten Effekten der EU gehören vor allem die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes (EuGH). Mit der Rechtsprechung des EuGH werden die nationalen Zuständigkeiten der Mitgliedsstaaten sowie deren Gestaltung hinsichtlich der Gesundheits- und Sozialsysteme ständig überprüft. Der EuGH betont dabei ausdrücklich, dass die Mitgliedsstaaten sich an die Regelungen des europäischen Vertragswerks zu halten haben. In den letzten Jahren haben einige dieser Urteile zu folgenreichen Entscheidungen geführt (Schmucker 2003b).

- **Urteil des EuGH zur Pflegeversicherung**

Der Fall Molenaar (Rechtssache C-160/96) betrifft ein niederländisch-deutsches Ehepaar, das in Deutschland arbeitete und in Frankreich wohnte. Das Ehepaar zahlte freiwillig Beiträge in die deutsche gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung ein. Die deutsche Pflegeversicherung teilte ihnen aber mit, dass sie aufgrund des französischen Wohnsitzes keine Leistungsansprüche in Deutschland besitzen. Das EuGH entschied jedoch, dass Versicherte auch Anspruch auf Leistungen der deutschen Pflegeversicherung haben, wenn sie sich in anderen EU-Mitgliedsländern aufhalten. Der Anspruch gilt aber nur für die Kostenerstattung, also das Pflegegeld, Sachleistungen sind davon ausgenommen. Dieses Urteil hat beispielsweise auch Auswirkungen auf Rentner und Pensionäre, die ihren Alterssitz in einem südeuropäischen Land haben (Schmucker 2003a:27ff, Wismar 1998).

- **Urteil des EuGH zum ambulanten Sektor**

Hier kommen die Urteile Kohll (C-158/96) und Decker (C-120/95) zum tragen. Es handelt sich hierbei um zwei Luxemburger Bürger, die sich in einem anderen EU-Mitgliedsland medizinisch behandeln ließen¹⁴. Beide holten vor der Behandlung keine Genehmigung ihrer Krankenkasse ein, forderten aber die entstanden Behandlungskosten zurück. Da die Krankenversicherung sich weigerte, die Kosten zu erstatten, gingen Kohll und Decker vor Gericht. Der EuGH entschied, dass die nationalen Sozialversicherungsträger die Kosten in dem anderen EU-Mitgliedsstaat zu tragen hatten und argumentierte auf Grundlage der Gewährleistung des freien Verkehrs von Waren und Dienstleistungen. Mit der Entscheidung wurde ein Weg eröffnet, Auslandsbehandlungen auch ohne dringenden Fall und damit eine geplante medizinische Maßnahme im EU-Ausland ohne vorherige

¹⁴ Bei dem Fall Kohll handelte es sich um eine kieferorthopädische Zahnbehandlung seiner Tochter in Deutschland. Im Fall Decker ging es um die Erstattung einer Brille, die dieser in Belgien erworben hatte.

Genehmigung des Finanzierungsträgers durchzuführen (Schmucker 2003a:28ff; Busse 2004).

- **Urteil des EuGH zum stationären Sektor**

In dem Urteil Peerboom (C-157/99) ging es um die Übernahme von Kosten einer Krankenhausleistung, die im EU-Ausland erfolgte. Der Niederländer Peerboom war schwer erkrankt und seine Angehörigen wollten ihm eine spezielle Therapie zukommen lassen. Die Niederländische Krankenversicherung weigerte sich, diese zu bezahlen, die Angehörigen ließen ihn daraufhin in ein Krankenhaus in Österreich verlegen und Peerboom erhielt die Therapie dort. Später reichte die Familie die Rechnung bei der zuständigen niederländischen Krankenversicherung ein, um sich die Behandlungskosten erstatten zu lassen. Die Krankenkasse lehnte die Erstattung zum einen mit der Begründung ab, die Behandlung sei vorher nicht genehmigt worden. Zum anderen argumentierte sie, dass diese Therapie nicht im niederländischen Leistungskatalog enthalten sei.

Der EuGH stellte dazu fest, dass es sich um eine Dienstleistung im Sinne des EG-Vertrags handelt. Des weiteren kann ein Land zwar Leistungen ausschließen, dies dürfe aber nicht willkürlich geschehen, sondern Leistungen dürfen nur dann ausgeschlossen werden, wenn die internationale medizinische Literatur belegt, dass sie nicht wirksam seien. Eine vorherige Genehmigung bei der Krankenkasse ist zwar von dem Versicherten einzuholen, aber die Krankenkasse darf die Behandlung nicht verweigern, wenn die Behandlung evidenzbasiert ist. Demnach gilt die Dienstleistungsfreiheit auch für den stationären Sektor (ebd.).

Das Entscheidende an den Urteilen den ambulanten und stationären Sektor betreffend war, dass bis dahin davon ausgegangen wurde, dass der freie Waren- und Dienstleistungsverkehr nicht auf die Gesundheitssysteme zutreffen. Des weiteren wurde davon ausgegangen, dass die Entscheidungen des EuGH nur für Länder gelten würden, die ein Kostenerstattungsprinzip hätten und Länder mit einem Sachleistungsprinzip von den Urteilen ausgenommen wären (Busse 2004).

Der EuGH hat durch die Urteile klargestellt, dass die Wettbewerbsregeln und Binnenmarktfreiheiten auch für Gesundheitsgüter und –dienstleistungen gelten und nur eingeschränkt werden dürfen, wenn es zwingende Gründe für das Allgemeinwohl gibt (Hajen 2002). Dienstleistungen dürfen nur dann eingeschränkt werden, wenn

„(..) das finanzielle Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherung gefährdet ist oder wenn die Sicherstellung einer ausgewogenen, allen zugänglichen ärztlichen und klinischen Versorgung bedroht ist (..)“ (Schmucker 2003b:115).

Damit erkennt der EuGH zwar die Tatsache an, dass Gesundheitsdienstleistungen nicht vergleichbar mit anderen Dienstleistungen sind, dennoch gelten die Binnenmarktregeln und Ausnahmen für den Gesundheitssektor müssen begründet sein (Hajen 2000).

Demnach gelten nach dem EuGH folgenden Grundsätze:

- Jegliche ambulante Versorgung, zu der ein EU-Bürger in seinem Land Zugang hat, kann er auch in einem anderem EU-Mitgliedsland ohne vorherige Genehmigung in Anspruch nehmen. Die Kosten müssen in der Höhe erstattet werden, die auch für die Versorgung im eigenen Land gelten würde.
- Dasselbe gilt für die stationäre Versorgung, allerdings muss vor der Inanspruchnahme eine Genehmigung der Krankenkasse eingeholt werden. Die Genehmigung muss erteilt werden, wenn das eigene Gesundheitssystem die Behandlung in einer bestimmten Frist nicht gewährleisten kann (KOM 2004).

Wie in diesem Kapitel deutlich dargestellt wurde, entwickelt sich nationale Gesundheitspolitik zunehmend im europäischen Kontext. Es wurde beschrieben, wie die Institutionen der EU in vielfältiger Weise Einfluss auf die Gestaltung sowie die Handlungsspielräume nationalstaatlicher Gesundheitspolitik nehmen. Dabei fällt auf, dass der Wettbewerb durch die Leistungsanbieter aus anderen Mitgliedsstaaten immer stärker wird. Die Folge dieses Wettbewerbs ist unter anderem die Erweiterung des Handels mit Gesundheitsdienstleistungen auf europäischer Ebene.

Ergänzend ist hier noch der Vorschlag der Europäischen Kommission zu erwähnen, eine Richtlinie über Dienstleistungen für den europäischen Binnenmarkt zu verabschieden, *„um Rechtssicherheit über die Bewilligungsverfahren für die Bürger zu erreichen“* (KOM 2004:10). Die so genannte „Dienstleistungsrichtlinie“ geht in ihren Liberalisierungsforderungen weiter als der EG Vertrag und die Grundfreiheiten, denn sie verlangt die vollständige Liberalisierung aller Dienstleistungen. Zur Zeit ist die Dienstleistungsrichtlinie noch im Stadium der Konzeption, daher wird sie im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter behandelt.

Wie eingangs erwähnt, gibt es aber noch andere Instanzen, die auf die

Gesundheitssysteme der Nationalstaaten Einfluss nehmen. Dazu gehört vor allem das international verbindliche GATS Abkommen, das nachstehend in Grundzügen beschrieben wird.

4 General Agreement on Trade in Services (GATS)

„Any liberalization under GATS should aim to produce better quality, affordable, and effective health-related services, leading to greater equity in health outcomes“ (Drager, Fidler 2004).

Der kommerzielle Handel mit Dienstleistungen gilt als einer dynamischsten Wachstumsbereiche der Weltwirtschaft. Nach Angaben der Welthandelsorganisation (WTO) machen Dienstleistungen rund ein Fünftel des gesamten Welthandels aus. Das General Agreement on Trade in Services ist ein multilaterales, völkerrechtlich bindendes Abkommen zur Liberalisierung des Dienstleistungssektors und stellt eine Säule der WTO dar (Drager, Vieria 2002, Mosebach 2003). Das GATS ist für das deutsche Gesundheitssystem insofern von großer Bedeutung, da auf seiner Basis der weltweite Handel mit Gesundheitsdienstleistungen ermöglicht wird.

Um die Effekte des GATS auf die EU und das deutsche Gesundheitssystem zu verstehen, werden zunächst die Entstehung, die Gestaltung und die Prinzipien des Abkommens dargestellt.

4.1 Entstehung des GATS

Ähnlich wie bei der Entwicklung der EU ist auch das GATS auf das Ziel zurückzuführen, Handelsbarrieren zu überwinden. Begonnen hatte diese Entwicklung mit dem Allgemeinen Zoll- und Handelsabkommen (GATT), das 1948 in Kraft getreten ist. Im Laufe der Jahre entwickelte sich das GATT durch die Erweiterung seiner inhaltlichen Aufgaben zu einer de facto internationalen Handelsorganisation, die die Gründung der WTO¹⁵ 1995 zur Folge hatte. Die WTO schafft somit die rechtlichen Rahmenbedingungen für den Handel mit Waren, Dienstleistungen und den Rechten am geistigen Eigentum (TRIPS). Damit gründet sich die Rechtsordnung der WTO auf drei „Säulen“: das GATT, das TRIPS und das GATS. Diese Säulen werden durch die Streitbeilegungsvereinbarung ergänzt (WTO 2003).

Die Ziele der WTO und des GATS sind der Austausch von Gütern, der Abbau von Handelsbarrieren und die Schaffung eines gleichberechtigten Zugangs zu den Märkten

¹⁵ Der WTO gehören mittlerweile 148 Mitgliedsstaaten an, davon sind, mit steigenden Tendenz, zwei Drittel Entwicklungsländer. Jedes Land kann einen Aufnahmeantrag bei der WTO stellen, die dann über die Aufnahme entscheidet. Die WTO hat den selben Status wie der Internationale Währungsfond (IWF) und die Weltbank (WTO 2003).

der Mitgliedsstaaten. Ferner strebt die WTO die Erhöhung des Lebensstandards und Vollbeschäftigung für die Bevölkerung ihrer Mitgliedsstaaten an (WTO 2003). Das langfristige Ziel des GATS ist die vollständige Liberalisierung des Dienstleistungssektors (Fritz 2003:11).

Der GATS Vertrag ist äußerst komplex, allerdings hat das Vertragswerk vergleichsweise flexible Strukturen (WTO 2003). Diese Flexibilität hat zur Folge, dass die WTO-Mitglieder bisher zum Teil sehr differenzierte Liberalisierungsverpflichtungen ihrer Dienstleistungssektoren übernommen haben (Fritz 2003:23).

Im folgenden sollen die Prinzipien des GATS und der Regelungsumfang anhand von Beispielen aus dem Gesundheitssektor erläutert werden.

4.2 Regelungsumfang

Da es bei den Mitgliedsstaaten keine allgemeine Definition über die Abgrenzung von Dienstleistungen zu Gütern gab, sind die Dienstleistungen von der WTO in zwölf Sektoren eingeteilt worden (siehe Tabelle 3), die wiederum in weitere 155 Subsektoren untergliedert sind. Die für die Gesundheitssysteme relevanten Bereiche finden sich in mehreren Sektoren und Subsektoren.

Im Prinzip umfasst das GATS sämtliche Dienstleistungen, ausgeschlossen sind lediglich die Luftverkehrsrechte und Dienstleistungen die „*in Ausübung hoheitlicher Gewalt erbracht*“ (GATS: Art. I Abs. 3b) werden. Zu den hoheitlichen Aufgaben gehören beispielsweise das Militär oder die Zentralbanken.

Ferner klassifiziert das GATS die Dienstleistungen hinsichtlich ihrer Erbringungsart. Es werden vier Formen, die so genannten „Modes“, unterschieden:

- Mode 1: Die grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen z.B. telemedizinische Dienstleistungen: Übermittlung von Patientendaten via Internet oder der Verkauf von privaten Krankenversicherungen via Internet.
- Mode 2: Die Nutzung einer Dienstleistung im Ausland z.B. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Ausland.
- Mode 3: Die kommerzielle Präsenz eines Dienstleistungsanbieters im Ausland z.B. ausländischer Krankenhauskonzern erwirbt und betreibt ein Krankenhaus in Deutschland.

<p>1. Unternehmerische und berufsbezogene Dienstleistungen</p> <p>A. (Frei)-berufliche Dienstleistungen z.B. Ärzte, Anwälte, Architekten etc.</p> <p>B. EDV-Dienstleistungen z.B. Datenbanken</p> <p>C. Forschung und Entwicklung</p> <p>D. Grundstücks- und Immobiliendienstleistungen</p> <p>E. Miet/Leasing-Dienstleistungen ohne Personal</p> <p>F. Andere gewerbliche Dienstleistungen</p> <p>2. Kommunikationsdienstleistungen</p> <p>A. Postdienste</p> <p>B. Kurierdienste</p> <p>C. Telekommunikationsdienste</p> <p>D. Audiovisuelle Dienstleistungen</p> <p>E. Andere</p> <p>3. Bau- und Montagedienstleistungen</p> <p>A. Allgemeine Bauausführung (Hochbau)</p> <p>B. Allgemeine Bauausführung (Tiefbau)</p> <p>C. Installation und Montagearbeiten</p> <p>D. Baufertigstellung</p> <p>E. Andere</p> <p>4. Vertriebsleistungen</p> <p>A. (Provisions-) Vertreter</p> <p>B. Großhandel</p> <p>C. Einzelhandel</p> <p>D. Franchising</p> <p>E. Andere</p> <p>5. Bildungsdienstleistungen</p> <p>A. Kindergarten/Grundschule</p> <p>B. Schulbildung</p> <p>C. Beruf-/Universitätsausbildung</p>	<p>C. Sanitäre Einrichtungen/Hygiene</p> <p>D. Andere</p> <p>7. Finanzdienstleistungen</p> <p>A. Alle Versicherungen und versicherungsbezogene Dienstleistungen</p> <p>B. Bank- und Finanzdienstleistungen (außer Versicherungen)</p> <p>C. Andere</p> <p>8. Medizinische und soziale Dienstleistungen</p> <p>A. Krankenhausdienstleistungen</p> <p>B. Sonstige Gesundheitsdienstleistungen</p> <p>C. Soziale Dienstleistungen</p> <p>D. Andere</p> <p>9. Tourismus und Reisedienstleistungen</p> <p>A. Hotels und Restaurants</p> <p>B. Reiseagenturen und Reiseveranstalter</p> <p>C. Fremdenführer/Reisebegleitung</p> <p>D. Andere</p> <p>10. Erholung, Kultur und Sport</p> <p>A. Unterhaltungsdienstleistungen</p> <p>B. Nachrichtenagenturen</p> <p>C. Büchereien, Archive, Museen und sonstige kulturelle Dienstleistungen</p> <p>D. Sport und andere Erholungsdienstleistungen</p> <p>E. Andere</p> <p>11. Transportdienstleistungen</p> <p>A. Seeschifffahrt</p> <p>B. Binnenschifffahrt</p> <p>C. Lufttransport</p> <p>D. Raumfahrt</p> <p>E. Schienenverkehr</p>
--	--

D. Erwachsenenbildung	F. Straßenverkehr
E. Andere Bildungseinrichtungen	G. Pipeline-Transport
6. Umweltdienstleistungen	H. Hilfsdienste für Transportdienstleistungen
A. Abwasserbeseitigung/Kanalisation	I. Andere Transportdienstleistungen
B. (Sperr-) Müllabfuhr	12. Sonstige nicht aufgeführte Dienstleistungen

Quelle: Fritz, Scherrer 2002a:13ff. (Die für das Gesundheitssystem relevanten Dienstleistungen sind fett gedruckt).

Tabelle 3: Klassifikation von Dienstleistungen

- Mode 4: Die Präsenz eines Dienstleistungsunternehmens im Ausland mit einer Präsenz von Personen, die zeitweise in diesem Ausland leben z.B. Pflegekräfte aus Kanada arbeiten befristet in Deutschland (Fritz, Scherrer 2002a:12).

Wenn ein Land bestimmte Gesundheitsdienstleistungen liberalisieren möchte, werden diese Sektoren in eine so genannte „Länderliste“ eingetragen. Durch die Modes kann das jeweilige Land den Grad¹⁶ der Liberalisierung und damit Art und Umfang der Liberalisierung bestimmen. Sobald ein Mitgliedsland bestimmte Sektoren für den Welthandel liberalisiert, erhält es Zugang zu den Märkten der anderen Mitgliedsländer. Gleichzeitig verpflichtet es sich zur Einhaltung der zentralen Prinzipien des GATS und muss seinen Markt für ausländische Anbieter in entsprechender Weise öffnen.

4.3 Liberalisierungsprinzipien

Um die Funktionsweise des GATS zu verdeutlichen, werden die drei wichtigsten Liberalisierungsprinzipien erklärt: das Meistbegünstigungsprinzip, die Inländerbehandlung und der Marktzugang.

4.3.1 Das Prinzip der Meistbegünstigung

Das Prinzip der Meistbegünstigung (Art. II), kann auch als Motor der Liberalisierung bezeichnet werden. Danach dürfen die Dienstleistungserbringer verschiedener Länder nicht ungleich behandelt werden und Handelsvergünstigungen müssen allen WTO-

¹⁶ Im ersten Grad gibt es keine Liberalisierungsbeschränkung. Im zweiten Liberalisierungsgrad gibt es prinzipiell keine Beschränkungen, nur mit einzelnen Ausnahmen. Im dritten Grad ist der Bereich prinzipiell nicht liberalisiert, außer unter bestimmten Bedingungen (darunter fallen Notstandsmaßnahmen, zeitlich beschränkte Maßnahmen sowie die „Notwendigkeit eines wirtschaftlicher Bedarfs“). Im letzten Grad ist keine Liberalisierung zugelassen (Mosebach 2002).

Mitgliedsstaaten gleichermaßen gewährt werden.

Allerdings gibt es einige allgemeine Ausnahmen des Meistbegünstigungsprinzips. Darunter fallen unter anderem die im Art. V. genannte wirtschaftliche oder regionale Integration, die gegenseitige Anerkennung von Qualifikationen (Art. VII) und die öffentliche Auftragsvergabe (Art. XIII). Diese Ausnahmen sind für die EU von Relevanz, da sie verhindern, dass Handelsvorteile des europäischen Binnenmarktes automatisch auch Drittstaaten gewährt werden müssen (Fritz, Scherrer 2002a). Ein Beispiel aus dem Gesundheitsbereich soll das Meistbegünstigungsprinzip und die Ausnahmen veranschaulichen:

Durch die in der EU geltende Niederlassungsfreiheit von Ärzten müsste nach dem GATS Ärzten aus Drittländern wie z.B. Kanada die Möglichkeit der Niederlassung in Europa gewährt werden. Die von der EU formulierte Ausnahmeregelung nach dem Art. V (der regionalen Integration), erlaubt es dem kanadischen Arzt jedoch nicht, eine eigene Praxis in Deutschland zu eröffnen. Wenn sich die EU im Rahmen des GATS allerdings verpflichtet, den ambulanten Gesundheitssektor (z.B. Arztpraxen) im Mode 3 (kommerzielle Präsenz) zu liberalisieren, muss den Anbietern von ambulanten Gesundheitsdienstleistungen (in diesem Fall den Ärzten) aller WTO-Mitgliedsstaaten der Zugang nach Europa erlaubt werden. Infolgedessen dürfte sich ein kanadischer Arzt doch in Deutschland niederlassen (Mosebach 2003).

4.3.2 Das Prinzip der Inländerbehandlung

Das Prinzip der Inländerbehandlung (Art. XVII) verlangt eine qualitative Gleichbehandlung der Anbieter, deswegen dürfen in- oder ausländische Anbieter nicht diskriminiert werden. Ferner müssen gleiche Wettbewerbsbedingungen für die Dienstleistungserbringer geschaffen werden. Dazu folgendes Beispiel:

Das Zulassungsverfahren für die Anerkennung des kanadischen Arztes, der sich in Deutschland niederlassen möchte, muss dem des inländischen Arztes gleichen. Es dürfen demnach keine anderen Kriterien (z.B. besondere Fortbildungen oder Qualifikationen) für die Anerkennung des kanadischen Arztes angelegt werden.

4.3.3 Das Prinzip des Marktzugangs

Die einheitliche Gewährung des Marktzugangs (Art. XVI Abs. 2) bedeutet, dass alle quantitativen Handelshemmnisse untersagt sind. Beispielsweise dürfen keine Beschränkungen hinsichtlich der Anzahl der Dienstleistungserbringer, der Zahl natürlicher

Personen, die in einem Sektor beschäftigt werden dürfen, und der Höhe ausländischer Kapitalbeteiligungen formuliert werden (Fritz, Scherrer 2002a). Das bedeutet konkret:

Der kanadische Arzt dürfte sich daher mit einem Betrag in beliebiger Höhe an einer anderen Arztpraxis beteiligen oder mehrere Ärzte in seiner Praxis anstellen.

Neben den genannten Prinzipien überlässt das GATS den Mitgliedsstaaten die Entscheidung, welche Dienstleistungen und in welchem Umfang sie diese liberalisieren wollen. Auch können die Länder Ausnahmenregelungen treffen. Die EU hat zum Beispiel in den Sektoren Finanzdienstleistungen, Telekommunikationsdienstleistungen, Seeverkehr und bei der Erbringung des grenzüberschreitenden Personenverkehrs Ausnahmen angemeldet (Fritz, Scherrer 2002b:29).

Die meisten Liberalisierungszugeständnisse sind weltweit bisher im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich sowie bei Tätigkeiten im Krankenhausbereich eingegangen worden. Allerdings variiert der jeweilige Liberalisierungsgrad zwischen den einzelnen Ländern sehr stark (Adlung, Carzangia 2001). Neben den wichtigsten Prinzipien des GATS sind einige institutionellen Regelungen von Bedeutung.

4.3.4 Institutionelle Regeln des GATS

Die WTO-Mitglieder entscheiden nur einmal, welche Sektoren liberalisiert werden sollen. Bestehende Zugeständnisse oder Änderungen bereits liberalisierter Dienstleistungen können frühestens drei Jahre nach deren Inkrafttreten und mit einstimmiger Mehrheit der Mitgliedsstaaten zurückgenommen werden (Mosebach 2003). Faktisch ist damit eine Rücknahme von einmal vereinbarten Regelungen so gut wie unmöglich.

Um Unstimmigkeiten zwischen den Mitgliedsstaaten beilegen zu können, wurde im GATS der Art. XXIII zum Streitbeilegungsverfahren verfasst. Dieser regelt das Vorgehen bei einem Vertragsverstoß – beispielsweise bei bestehenden Handelshemmnissen. Ein Sanktionsmechanismus wird allerdings nur in Gang gesetzt, wenn eine Regierung der Auffassung ist, dass es sich um einen Verstoß handelt. Die Regierung muss dann die Initiative ergreifen, damit das betreffende Land seinen Verpflichtungen nachkommt. Beim Auftreten eines Streitfalls wird das Streitbeilegungsverfahren der WTO angerufen (Fritz, Scherrer 2002a:27ff). Die Entscheidungen der WTO können entweder zur Rücknahme der handelshemmenden Regulierung oder zu einer Entschädigungszahlung durch das beklagte Mitglied führen. Es ist aber auch möglich, gegen das beklagte Land eine

Handelssanktion auszusprechen oder Strafzölle zu verhängen. Entscheidend bei diesem Mechanismus ist, dass die Urteile völkerrechtlich bindend sind (Mosebach 2003, Razza 2005).

Nach Darstellung der Funktionsweise des GATS stellt sich nun die Frage, welche Liberalisierungsverpflichtungen für das deutsche Gesundheitssystem relevant sind. Bevor diese erläutert werden, gilt es zunächst die Interaktion zwischen der EU und den Mitgliedsstaaten der EU hinsichtlich der GATS Verhandlungen zu beschreiben.

4.4 GATS und Europäische Union

Die EU Kommission führt für ihre Mitgliedsstaaten die GATS Verhandlungen. Die Nationalstaaten haben aber die Möglichkeit, sich mit der Kommission über die gemeinsame Außenhandelspolitik und Vorgehensweise abzustimmen. Der Ministerrat der EU beschließt dann mit qualifizierter Mehrheit über die Annahme von Handelsabkommen (nach Art. 133 EGV), demnach ist für einzelne Mitglieder kein Vetorecht möglich. Auf bundesdeutscher Ebene führt das Bundeswirtschaftsministerium die Verhandlungen mit der EU (Fritz, Scherrer 2002a:110ff).

Für die EU, einschließlich ihrer Mitgliedsstaaten, gibt es eine gemeinsame Verpflichtungsliste. Diese enthält spezifische Beschränkungen des Marktzugangs und der Inländerbehandlung. In vielen der Subsektoren hat die EU bislang keinerlei Zugeständnisse zur Liberalisierung im Rahmen des GATS gemacht.

4.4.1 EU Verpflichtungen im Gesundheitssektor

Die EU ist bisher verschiedene Verpflichtungen im Gesundheitsbereich eingegangen. In den nachstehenden Sektoren sind konkrete Liberalisierungen beschlossen worden, die auch für Deutschland relevant sind:

- Ärztliche, zahnärztliche und Hebammen-Dienste: ambulante ärztliche Dienstleistungen im Mode 2 und 3 sowie begrenzt 4, Dienstleistungen von Pflegepersonal, Physiotherapeuten etc.: ambulante Pflege im Mode 2 und 3,
- Bereitstellung pharmazeutischer Güter für die Allgemeinheit (Apotheker): Bereitstellung von Arzneimitteln im Mode 2 und 3 sowie begrenzt 4,
- Krankenversicherungsdienstleistungen: private Krankenversicherungen im Mode 1 und 3,
- Krankenhausdienstleistungen: Erbringung von Krankenhausdienstleistungen im

Mode 2 und 3 (Mosebach 2003).

Aufgrund der Erbringungsart – der vier Modes – lassen sich die hier vorgestellten Liberalisierungen und die beschlossenen Ausnahmeregelungen folgendermaßen unterscheiden:

- Mode 1 Grenzüberschreitende Dienstleistungserbringung

In den verschiedenen Sektoren des Gesundheitsbereichs ist die EU bisher keine Liberalisierung eingegangen. Einzige Ausnahme sind die privaten Krankenversicherungen, diese dürfen grenzüberschreitend angeboten werden.

- Mode 2 Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Ausland

Ohne Einschränkungen ist die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland liberalisiert worden. Damit können sich Patienten im außereuropäischen Ausland medizinisch behandeln lassen.

- Mode 3 Kommerzielle Präsenz

Die Zulassung außereuropäischer Anbieter ist sektoral begrenzt und es gibt Ausnahmeregeln bei der Inländerbehandlung und dem Marktzugang. Ärztliche Dienstleistungen dürfen zum Beispiel bislang nur im Falle eines „wirtschaftlichen Bedarfs“ angeboten werden.

- Mode 4 Präsenz von natürlichen Personen

Die Präsenz, also die befristete Arbeitsmigration, ist in der EU – und somit in Deutschland – bisher nur für einen kleinen Personenkreis liberalisiert worden. Nur wenn es besondere „gesundheitspolitische Interessen“ gibt, ist eine weitere Liberalisierung für bestimmte medizinische Professionen in Deutschland möglich (Mosebach 2003).

Um die Tragweite des GATS zu veranschaulichen, ist es interessant, die Forderungen anderer WTO Staaten an die EU darzustellen. Bisher gab es vor allem Forderungen von Entwicklungsländern, den europäischen Markt für medizinische Arbeitskräfte zu öffnen. Ferner wurde die Anerkennung der Berufsqualifikation verlangt. Indien verlangte für seine Arbeitskräfte Ausnahmen von der verpflichtenden Abgabenleistung der Sozialversicherungen. Wenn die EU auf diese Forderungen eingeht, würde dies bedeuten, dass beispielsweise eine indische Krankenschwester, die in Deutschland beschäftigt wäre, keine Sozialversicherungsbeiträge zahlen müsste (Razza 2005).

Es wird deutlich, dass die von der EU liberalisierten Bereiche den vier Grundfreiheiten und auch den Folgen der EuGH Urteile sehr ähnlich sind. Die GATS Verpflichtungen gehen damit auch nicht über die in Europa herrschenden Bestimmungen hinaus, weil die EU zahlreiche Ausnahmenregelungen formuliert hat.

4.4.2 Ausnahmeregelungen der EU für den Gesundheitssektor

Die EU hat einige wichtige Ausnahmen für die Erbringungsart im Mode 3 (kommerzielle Präsenz) eintragen lassen. Dazu gehören die öffentlichen Dienste, Zweigstellen von Unternehmen aus Drittstaaten und die Bewilligung von Subventionen. Der Grund für diese Vorgehensweise ist die schwammige Definition im GATS über die öffentlichen Aufgaben bzw. Dienstleistungen, die „in Ausübung hoheitlicher Gewalt“ erbracht werden:

„(..) jede Art von Dienstleistung, die weder zu kommerziellen Zwecken noch im Wettbewerb mit einem oder mehreren Dienstleistungserbringern erbracht wird (..)“
(GATS Art. I Abs. 3c).

Die EU hat sich daher vorbehalten, dass in sämtlichen EU-Mitgliedsstaaten

„(..) Dienstleistungen, die auf nationaler oder örtlicher Ebene der öffentlichen Aufgaben betrachtet werden, den staatlichen Monopolen oder ausschließlichen Rechten privater Betreiber unterliegen (..)“ (Fritz, Scherrer 2002b:39),

von den Verhandlungen auszunehmen sind. Damit ist es der EU möglich, den Marktzugang im Bereich der öffentlichen Aufgaben bzw. der öffentlichen Dienstleistungen für Drittländer einzuschränken. Die EU definiert den Bereich der öffentlichen Aufgaben sehr weitreichend¹⁷. Die besondere Problematik besteht darin, dass alle Dienstleistungen, in denen staatliche und private Anbieter öffentliche Aufgaben wahrnehmen (z.B. ambulante Pflegedienste), nicht unter die GATS Definition des öffentlichen Sektors fallen. In vielen Ländern werden die klassischen Bereiche der Daseinsvorsorge (wie Bildungs- und Gesundheitswesen) gleichermaßen durch öffentliche und private Anbieter bedient. Daher herrscht eine große Unsicherheit, wie dieser Artikel zu interpretieren ist. Bei den öffentlichen Krankenhausdiensten stellt die WTO selbst in Frage, ob diese unter die

¹⁷ Neben Gesundheitsdienstleistungen werden Sozial- und Geisteswissenschaften, Umweltdienstleistungen, Verkehrsdienstleistungen und Hilfsdienstleistungen für alle Verkehrsarten usw. genannt. Die EU begründet dies damit, dass eine „detaillierte und erschöpfende sektorspezifische Auflistung nicht möglich ist, da öffentliche Aufgaben oft auf nachgeordneter Ebene bestehen“ (Fritz, Scherrer 2002a:39).

„Hoheitsklausel“ fallen. Die WTO argumentiert, dass der Krankenhausesektor in den meisten Ländern

„(..) aus Einrichtungen im staatlichen und privaten Besitz“ besteht, „die beide kommerziell tätig sind, da sie den Patienten bzw. deren Versicherungen die Behandlungskosten in Rechnung stellen (..)“ (zitiert nach WTO 2002 aus Fritz, Scherrer 2002a:15).

Vor diesem Hintergrund folgert die WTO, dass es unrealistisch sei, den Gesundheitsbereich vom GATS auszuschließen (Fritz, Scherrer 2002a:144ff; Mosebach 2003). Die WTO stellt jedoch auch fest, dass Gesundheitsdienstleistungen keine *„Handelswaren im herkömmlichen Sinn“* sind (zitiert nach WTO 2002 aus Fritz, Scherrer 2002a:16).

Die Darstellung macht deutlich, wie schwierig eine allgemeingültige Abgrenzung der öffentlichen Dienstleistungen bzw. der Daseinsvorsorge von kommerziellen Dienstleistungen ist.

Im folgenden werden nun die konkreten Folgen der EU Binnenmarktpolitik und des GATS-Abkommens für das deutsche Gesundheitssystem untersucht.

5 Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem

„GATS und die Dienstleistungsliberalisierung der EU können als sich ergänzende Liberalisierungsebenen verstanden werden“ (Enquete-Kommission 2002:153)

Sowohl die Europäische Union als auch das GATS haben Einfluss auf das deutsche Gesundheitssystem. Es ist das Ziel dieses Kapitels, die Folgen auf den unterschiedlichen Ebenen des deutschen Gesundheitssystems zu analysieren. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen zum einen die Wirkungen auf die Gesetzliche Krankenversicherung sowie die stationäre und ambulante Krankenversorgung. Zum anderen ergeben sich auch Folgen für die Beschäftigten und die Nutzer des Gesundheitssystems, nämlich die Patienten. Aufgrund der Komplexität der Auswirkungen ist es aber bei der Darstellung nicht immer möglich, die Ergebnisse nur einer Ebene zuzuordnen.

5.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Die Besonderheiten und die Grundlagen der Finanzierung der GKV sowie die Reformbestrebungen der Bundesregierung wurden schon im Kapitel 2.2 beschrieben. Die Untersuchung des europäischen Binnenmarktes zeigt, dass dem europäischen Wettbewerbsrecht in Bezug auf die GKV eine besondere Bedeutung zukommt. Ferner wird bei der Anwendung des europäischen Wettbewerbsrechts deutlich, wie wichtig die „Unternehmensform“ einer Organisation ist. Der GATS Vertrag hat, unter bestimmten Voraussetzungen, ebenso Einfluss auf die Gestaltung der GKV und auf die privaten Krankenversicherungen.

5.1.1 Grundlagen des EU-Wettbewerbs

Das Wettbewerbsrecht der EU ist insofern von Wichtigkeit, da es auf alle Bereiche und Organisationen anzuwenden ist, die Unternehmenscharakter besitzen. Unterstrichen wird dies durch folgendes Zitat:

„(..) Nachhaltige Bedeutung hat zukünftig das europäische Wettbewerbsrecht. Insbesondere die Kompetenzen der Gemeinsamen Selbstverwaltung [der GKV] sind vor dem Hintergrund eines in wesentlichen Teilen wettbewerblich organisierten Systems der GKV zu hinterfragen. Auch in diesem Fall wird die

sozialversicherungsrechtliche Autonomie des Mitgliedsstaates durch Regelungen aus anderen Rechtsbereichen – hier das Wettbewerbsrecht – eingeschränkt (..)“ (Greß et al.2003).

Dazu muss die Organisation jedoch „wirtschaftlich aktiv“ sein. Diese sehr weitreichende Formulierung hat die EU insofern eingeschränkt, dass sie einige Ausnahmenregeln erlassen hat. Unter diese Regeln fallen Organisationen, die nicht gewinnorientiert tätig sind und Merkmale der Solidarität enthalten. Die Merkmale der Solidarität hat der EuGH wiederum ausdrücklich daran gekoppelt, dass die Höhe der Beiträge von der Höhe des Einkommens abhängig ist, die Leistungen für alle Empfänger identisch sind und die Leistungen unabhängig von der Höhe des Beitrags gewährt werden. Ein weiteres Kriterium ist, dass die Organisationen vom Staat kontrolliert werden müssen, keine profitorientierten Tätigkeiten betreiben und Aufgaben erfüllen, die ausschließlich einen „sozialen Charakter“ haben (SpiK 2000a; Knispel 2001, Schmucker 2003a:34). Bisher ist die GKV zwar von dem Wettbewerbsrecht ausgenommen, aber:

„(..) Das Versicherungsmonopol der GKV wird vom europäischen Wettbewerbsrecht solange hingenommen, wie es sich auf die Prinzipien der Solidarität und der Umverteilung stützt und auf das staatlich kontrollierte Ziel eines hohen Gesundheitsschutzniveaus der Bevölkerung ausgerichtet ist. Werden demnach Solidarelemente durch nationale Gesundheitspolitik abgebaut, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass der Sektor dem Wettbewerbsrecht zu unterwerfen ist (..)“ (Schmucker 2003b:119).

Zudem schränkt auch der EuGH ein, dass der Grundsatz der Solidarität nicht ausreichend ist, um eine Ausnahme vom Wettbewerbsrecht zu erreichen. Darüber hinaus ist auch die Beziehung zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern von Bedeutung¹⁸. Die Europäische Kommission stellt hinsichtlich der Gestaltung des Krankenversicherungssystems fest:

„(..) Es ist Sache jedes einzelnen Mitgliedstaates, die Rechte und Pflichten der Krankenversicherung im jeweiligen System der sozialen Sicherung zu regeln. Ebenso liegt es in der Entscheidung der Mitgliedstaaten, unter welchen Bedingungen welche

¹⁸ In diesem Fall handelt es sich bei den Leistungserbringern um die Arzneimittelhersteller. Diese sahen in den Arzneimittelfestbeträgen der Krankenkassen einen Verstoß gegen das Kartellrecht, da die Krankenkassen durch diesen Vorgang eine unternehmerische Tätigkeit ausüben würden. Die Krankenkassen dagegen argumentierten, dass es sich bei den Festbeträgen ausschließlich „um eine hoheitliche Funktion unter staatlicher Aufsicht handele“ (SpiK 2000b).

Leistungen der Krankenversicherungssysteme erbracht werden. Nach den europäischen Vorschriften über die Freizügigkeit dürfen diese Bedingungen nur nicht diskriminierend sein oder die Freizügigkeit von Personen, die Dienstleistungs- oder die Niederlassungsfreiheit behindern (...)“ (KOM 2004:10).

Auf ähnlichem Niveau argumentiert auch die WTO bezüglich des freien Marktzugangs. Explizite Ausnahmen vom GATS-Abkommen gelten folglich nur, wenn „Dienstleistungen in hoheitlicher Zuständigkeit“ ausgeübt werden. Für die gesetzlichen Krankenversicherungen heißt das, dass sie nicht in Konkurrenz zu privaten Anbietern stehen dürfen, ansonsten muss ausländischen Investoren der freie Marktzugang gewährt werden. Bei einer Abschaffung der gesetzlichen Pflichtversicherung würde demzufolge dieser Sektor in vollem Umfang dem GATS Abkommen unterliegen. Bestehende handelsbeschränkende Auflagen dürfen dabei ebenso wenig belastend für andere Anbieter sein. Der Risikostrukturausgleich könnte beispielsweise schon als Handelshemmnis angesehen werden (Fritz, Scherrer 2002a:107ff).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die zukünftige Gestaltung des deutschen Krankenversicherungssystems vor allem von der „Unternehmenseigenschaft“ der Versicherungen abhängt. Daraus resultieren für das deutsche Gesundheitssystem zwei Schlussfolgerungen:

1. Je mehr der soziale Ausgleich in der GKV an Bedeutung verliert und je mehr sich das System der PKV annähert, desto weniger kann die GKV argumentieren, dass sie eine „nicht wirtschaftliche Tätigkeit“ (nach Definition der EU) ausübt. Unter einer Annäherung an die PKV ist beispielsweise auch die Möglichkeit einer Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme der Leistungen oder die Beitragsermäßigung bei einem Selbstbehalt¹⁹ zu verstehen. Ferner müssen sich die gewährten Leistungen nach dem Bedarf richten und nicht nach dem Beitragssatz (Knispel 2001, SpiK 2000b).
2. Bei der Einführung der so genannten „Kopfpauschalen“²⁰ würde die GKV unter das Wettbewerbsrecht fallen, da der zentrale Gedanke der Kopfpauschalen die Aufhebung der Einkommensabhängigkeit ist (siehe Kap. 2.2.2), damit die Versichertenbeiträge von den Lohnnebenkosten abgekoppelt werden können.

¹⁹ Darunter ist die Möglichkeit zu verstehen, bestimmte Leistungen aus der Krankenversicherung herauszunehmen.

²⁰ Das Kopfpauschalenmodell sieht vor, dass alle Bürger einkommensunabhängig den gleichen Betrag in die Krankenversicherung einzahlen. Genannt wurde bisher ein Betrag von ca. 200 Euro pro Monat. Einkommensschwache Bürger würden vom Staat einen entsprechenden Beitragszuschuss erhalten.

Hinsichtlich der Finanzierung der GKV stellen einige Autoren einen Zusammenhang mit dem Europäischen Stabilitätspakt her. Die Einhaltung von strikten Grenzen bei der Haushaltsverschuldung zur dauerhaften Stabilität des Euros hat nach ihrer Auffassung Auswirkungen auf die nationalen Haushalte, da diese ohne Berücksichtigung der beschäftigungs- und sozialpolitischen Lage die europäischen Stabilitätskriterien einhalten müssen. Das Problem bei der Bewertung der Defizite ist, dass diese auch über die Einnahmen und Ausgaben der Sozialversicherungssysteme definiert werden. Das GKV Defizit (in Deutschland drei Milliarden Euro pro Jahr von 2001-2003) war unter anderem ein Grund für die Überschreitung der Drei-Prozent-Verschuldungsgrenze durch Deutschland. Die Verschuldung hätte dann insofern Auswirkungen auf die Finanzierung des Gesundheitssystems, als dass die Akteure auf Regierungsebene unbedingt bemüht sind, die Kosten der Gesundheitssysteme durch die Konsolidierung der Haushalte niedrig zu halten. Daraus folgern die Autoren, dass es zu einer weiteren „ökonomisch reduzierten“ Gesundheitspolitik in den Mitgliedsstaaten kommen könnte (Busse 2004, Hajen 2002, Greß et al. 2000).

5.1.2 Krankenkassenwettbewerb

Die wichtigste Folge der beschriebenen Entwicklungen ist die Tatsache, dass jegliche Eingriffe der Regierung in die Finanzierung und Gestaltung der GKV – wie die Senkung der Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung – zu einer Wechselwirkung führen kann. Die Senkung der Arbeitgeberbeiträge hat zur Folge, dass das europäische Wettbewerbsrecht Anwendung auf die GKV finden könnte. Dadurch würde die Gestaltung des Gesundheitssystems nicht mehr allein auf nationalstaatlicher Ebene entschieden.

Weiterhin stellt sich die Frage, welche Auswirkungen zu erwarten sind, wenn die GKV zum einen unter das europäische Wettbewerbsrecht und zum anderen unter das GATS Abkommen fallen würde. Befürworter dieser Entwicklung argumentieren, dass „mehr Wettbewerb“ zu mehr Effektivität und zu einer verbesserten Qualität führen würde. Positiv formuliert, hätten die Krankenkassen durch die Gewinnorientierung einen finanziellen Anreiz, die Versorgung günstiger zu gestalten (Knappe, Optendrenk 2000).

Ein freier Wettbewerb der Krankenkassen könnte aber auch zu einer größeren Risikoselektion anstatt zur Versorgungsoptimierung führen. Die Krankenkassen würden sich primär um die jungen, gesunden Versicherten bemühen, die mit niedrigeren Beiträgen rechnen könnten. Daraus würde wiederum resultieren, dass Kassen mit einer „guten“ Risikostruktur größere finanzielle Spielräume hätten. Benachteiligt wären die chronisch

Kranken, da diese durch ihre in der Regel hohen Behandlungskosten nicht mit den günstigeren Beitragssätzen der Kassen rechnen könnten (Paetow 2002).

Entscheidend ist hier, inwieweit dieser Markt durch die Bundesregierung reglementiert werden würde. Die Nationalstaaten sind, wie im Kapitel 2.1. zur Daseinsvorsorge beschrieben, verpflichtet, den Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen sicherzustellen. Darüber hinaus muss die Qualität der Versorgung hochwertig und für jeden Bürger erschwinglich sein. Für das deutsche Gesundheitssystem müsste eine Regulierung des Krankenversicherungsmarktes konkret vor allem folgende Punkte beinhalten:

- ein Verbot für die Krankenkassen, Patienten bzw. Versicherte abzulehnen,
- eine Höchstgrenze der Versichertenbeiträge,
- die Finanzierung der Versicherungsbeiträge für Kinder aus Steuermitteln,
- Begünstigung von chronisch Kranken durch Zuschüsse.

Neben der GKV ist das System der Krankenversorgung, nämlich der stationäre und ambulante Sektor von besonderer Relevanz. Auch hier zeigen sich Effekte auf das deutsche Gesundheitssystem.

5.2 Krankenversorgung

Die Auswirkungen der EU Binnenmarktpolitik und das GATS lassen sich auf der Ebene der Leistungsempfänger (Patienten) und Leistungserbringer (Pflegepersonal, Ärzte) erklären. Ferner haben die EU und das GATS auch Einfluss auf die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen.

5.2.1 Patientenmobilität

Bevor die Effekte erläutert werden, ist anzumerken, dass es einige wichtige Entscheidungen der EU gegeben hat, die zwar nicht direkt der Binnenmarktpolitik zuzuordnen sind, jedoch weitreichend für die Bürger der EU sind. Seit 2004 ist zum Beispiel eine europäische Krankenversicherungskarte erhältlich, diese erleichtert die Mobilität der Menschen zwischen den europäischen Mitgliedsstaaten.

Des Weiteren hat die EU, um den Bedarf an grenzüberschreitenden medizinischen

Behandlungsangeboten zu decken, vor einigen Jahren auf europäischer Ebene mehrere Modellprojekte gestartet – z.B. das EUREGIO Projekt in der Region Maas-Rhein, das 1997 ins Leben gerufen wurde, um sowohl den niederländischen, belgischen als auch den deutschen Bürgern eine Behandlung in dem jeweiligen Nachbarland zu ermöglichen. Allerdings ist die bisherige Beteiligung der Patienten nicht sehr hoch. Die Gründe für die zurückhaltende Nachfrage liegen zum einen in der ungenügenden Information über die bestehenden Modellprojekte. Zum anderen spielen die Präferenzen der Patienten eine entscheidende Rolle. Diese orientieren sich im Krankheitsfall anscheinend eher an vertrauten Strukturen und Kliniken (Schaub 2001, Busse et al. 2002). Allerdings lassen beispielsweise die Entwicklungen in den Niederlanden hinsichtlich der langen Wartezeiten bei einigen Facharzt Disziplinen erwarten, dass sich diese Situation in Zukunft ändern wird (Böcken et al. 2000).

Neben diesen „geplanten Maßnahmen“ wurden aber auch, wie aus Kapitel 3.4. ersichtlich ist, durch die EuGH Urteile die Rechte der Patienten gestärkt. Versicherte können ohne vorherige Genehmigung ihrer Krankenkasse im Ausland Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung in Anspruch nehmen. Die Krankenkassen müssen demnach die Kosten für die im Ausland erbrachten Leistungen übernehmen – allerdings nur bis zu dem Betrag, den die Behandlung im Herkunftsland gekostet hätte. Die Bundesregierung hat insofern auf die Europäische Rechtsprechung reagiert, als dass sie im Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2003 die Vorgaben des EuGH eingearbeitet und das Recht der Patienten, grenzüberschreitende Behandlungen in Anspruch zu nehmen, gesetzlich festgeschrieben hat (BMGS 2005b).

Theoretisch kann die Inanspruchnahme der Krankenbehandlung im Ausland zu einer geringeren Auslastung der Krankenhauskapazitäten und des ambulanten Bereichs in Deutschland führen. Dies wäre dann der Fall, wenn deutsche Patienten medizinische Leistungen verstärkt im Ausland in Anspruch nehmen würden. Das könnte wiederum einen weiteren Bettenabbau in den Krankenhäusern und Entlassungen von medizinischem Personal zur Folge haben. Die derzeitige Situation lässt dies aber wahrscheinlich nicht erwarten, da eher niederländische und englische Patienten (aufgrund der Wartezeiten in diesen Ländern) zur medizinischen Behandlung nach Deutschland kommen (Greß et al 2003:50ff).

Eine verstärkte Nachfrage von medizinischen Leistungen durch ausländische Patienten in Deutschland könnte aber auch zu einer besseren Auslastung sowohl des stationären als

auch des ambulanten Bereichs führen. Gerade Krankenhäuser in strukturschwachen Grenzregionen stellen sich zunehmend auf ausländische Patienten ein. Beispielsweise profitieren Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern von Patienten aus Skandinavien, da dort die Wartezeiten für bestimmte Operationen sehr lang sind.

Wie sich die Situation letztlich entwickeln wird, zum Beispiel auch durch die verstärkte Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen im Ausland (wegen der hohen Zuzahlungen in Deutschland), ist bisher noch nicht mit gesicherten Erkenntnissen untermauert. Die Entwicklungen machen aber deutlich, dass für das deutsche Gesundheitssystem sowohl positive als auch negative Tendenzen zu erkennen sind.

5.2.2 Leistungserbringer

Die Leistungserbringung erfolgt sowohl durch den stationären als auch den ambulanten Sektor. An der Erbringung der Dienstleistungen sind Beschäftigte aus pflegerischen, ärztlichen und aus anderen medizinischen Berufen beteiligt. Zunächst wird der Krankenhausbereich untersucht, danach erfolgt die Betrachtung der Qualitätsstandards.

5.2.2.1 Stationärer Sektor

Der stationäre Sektor zeichnet sich durch seine hochkomplexen Organisationsstrukturen aus und der größte Anteil der GKV-Leistungsausgaben kommt dem Krankenhaussektor zu. Obwohl die Zahl der Krankenhausbetten seit Jahren reduziert wird, wachsen die Ausgaben für diesen Bereich stetig (Rosenbrock, Gerlinger 2004:142). Aus diesem Grund steht der stationäre Sektor im Mittelpunkt der Reformbemühungen und die Krankenhäuser sind immensen Veränderungen ausgesetzt. Neben der europäischen Binnenmarktpolitik hat aber auch, je nach den eingegangenen Verpflichtungen, das GATS Abkommen Einfluss auf den stationären Sektor.

Entscheidend sind die Handelshemmnisse. Darunter sind vor allem Subventionen des Staates zu verstehen. Sollten die Krankenhäuser unter Liberalisierungsdruck geraten, müsste ausländischen Anbietern der vollständige Zugang zu sämtlichen Unterstützungsmaßnahmen gewährt werden, die sonst nur öffentlichen Krankenhausdienstleistern in Deutschland zur Verfügung stehen (Fritz, Scherrer 2002a:107ff). Andersherum könnten auch die Subventionen für die deutschen Empfänger gestrichen werden. Da die Bundesländer für den Krankenhausbau und die Ausstattung der Krankenhäuser verantwortlich sind (Rosenbrock, Gerlinger 2004:145), hätte die

Kürzung dieser Subventionen fatale Folgen für die finanzielle Situation der Krankenhäuser.

5.2.2.2 Qualität der Gesundheitsdienstleistungen

Auf europäischer Ebene sind in der Vergangenheit verschiedene verbindliche Abkommen und Richtlinien mit Einfluss auf den Gesundheitssektor erlassen worden. Diese haben nicht nur dazu beigetragen, den Arbeitsschutz zu erhöhen, sondern dadurch sind auch einheitliche europäische Standards entstanden. Dazu gehören auch die Qualitätsstandards bzw. die Gewährleistung der Sicherheit von Blutprodukten und Substanzen menschlichen Ursprungs.

Bei der Erbringung von medizinischen Leistungen gibt es auf nationalstaatlicher Ebene zunehmend Qualitätsstandards und Leitlinien. Das GATS-Abkommen stellt dazu fest:

„(..) dass alle regulatorischen Maßnahmen, die als Handelshemmnis ausgelegt werden können oder die den Handel mit diesen Dienstleistungen beeinträchtigen können, der WTO zu berichten sind. Darüber hinaus gibt es Bestrebungen, Richtlinien zu entwickeln, die gewährleisten sollen, dass bestimmte nationalstaatliche Regulierungen wie beispielsweise Qualitätsanforderungen oder technische Normen keine Handelshemmnisse darstellen. Dazu soll eine Notwendigkeitsprüfung durchgeführt werden, die nachweisen soll, ob die Maßnahme den Handel nicht unnötig belastet. Die Qualifikation und Berufsfähigkeit von medizinischen Professionen könnte damit ebenso als ein Handelshemmnis eingestuft werden (..)“ (Razza 2005).

Davon betroffen sind die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität und somit die Erbringung von allen spezialisierten medizinischen Leistungen. Demnach könnten nationale Qualitätsstandards, wie beispielsweise Richtlinien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik, als Handelshemmnis verstanden werden. Folglich müssten die Standards in der Qualität „nach unten“ korrigiert werden. Die Befürchtung ist dabei, dass es zu einer Nivellierung des Gesundheitsschutzes auf niedrigem Niveau kommen könnte (Fritz, Scherrer 2002a:107ff, Stahl 2002).

Einschränkend ist jedoch zu bemerken, dass die meisten der medizinischen Leitlinien internationale Qualitätsstandards sind. Von Bedeutung wäre dieser Aspekt nur dann, wenn tatsächlich ein Land mit niedrigen Standards Zugang zum europäischen Gesundheitsmarkt erhalten würde.

Die Qualitätsanforderungen können aber auch unter dem Gesichtspunkt der Beschäftigung betrachtet werden. Theoretisch können Qualifikationsanforderungen an das

medizinische Personal als ein Handelshemmnis im Sinne des GATS gesehen werden. Da die Nationalstaaten diese „Marktzugangsbarrieren“ beseitigen müssten, könnte auch die Liberalisierung grenzüberschreitender Arbeitsmigration eine Harmonisierung von Qualitätsstandards nach „unten“ nach sich ziehen. Vor dem Hintergrund, dass die Qualitätsanforderungen in einer Vielzahl von Ländern niedriger sind als in Deutschland, besteht die Befürchtung, dass eine Einigung auf den „kleinsten gemeinsamen Nenner“ erfolgen könnte. Damit würde sich eine Harmonisierung der Qualitätsstandards negativ auf das deutsche Gesundheitssystem auswirken (Fritz, Scherrer 2002a: 106).

Allerdings lehnt der EuGH die Begründung hinsichtlich der Nivellierung der Qualität auf ein niedriges Niveau auf europäischer Ebene ab. Der EuGH argumentiert, dass durch die Richtlinie der gegenseitigen Anerkennung der Berufsausbildung und Qualifikationen (93/161/EWG) ein hoher europäischer Standard gegeben sei. Demnach sind Pflegekräfte, Ärzte etc. aus anderen EU-Mitgliedsstaaten per Definition ebenso qualifiziert wie deutsche Beschäftigte. Außerdem können die Regelungen der gegenseitigen Anerkennung auch als eine Qualitätssicherung verstanden werden. Darüber hinaus geht der Trend zu internationalen Standards, die von international tätigen Fachgesellschaften festgelegt werden. Jedoch schränken einige Autoren ein, dass es nicht

„(..) auszuschließen wäre, dass die bestehenden rechtlichen Anforderungen oder praktischen Realisierungen geringer anzusetzen sind als in Deutschland (..)“ (Greß et al. 2003:50).

Nachdem die Auswirkungen auf die Beschäftigten im Gesundheitssektor skizziert worden sind, werden nachfolgend wesentliche Aspekte zu den Arbeitsbedingungen im Gesundheitssektor dargestellt.

5.3 Arbeitsbedingungen im Gesundheitssektor

Die EU Binnenmarktpolitik und das GATS haben auf sehr verschiedene Bereiche der Beschäftigung Auswirkungen. Die Entscheidungen des EuGH lassen sich hinsichtlich der Arbeitszeiten von medizinischem Personal und der Möglichkeit der grenzüberschreitenden Beschäftigung unterscheiden.

Die Grundlagen der Mobilität von Patienten und medizinischem Personal im europäischen Ausland wurden ausführlich im Kapitel 3.4 dargestellt. Die Mobilität des medizinischen Personals kann aus zwei Perspektiven betrachtet werden.

Bei der Migration von medizinischem Personal aus dem Ausland nach Deutschland wird befürchtet, dass durch die EU-Osterweiterung und die Vorgaben des GATS die Nachfrage nach ausländischen Arbeitskräften ansteigen könnte, da sie zu einem niedrigeren Lohn als deutsche Arbeitnehmer arbeiten. Die grenzüberschreitende Beschäftigung ist unter anderem Inhalt der geplanten Europäischen Dienstleistungsrichtlinie. Sollte sie in der bisher geplanten Form umgesetzt werden, hätte dies zur Folge, dass medizinisches Personal nach den gesetzlichen Vorgaben und Gehältern des jeweiligen Herkunftslandes beschäftigt wäre. Die Beschäftigten müssten dann nicht nach deutschem Tarifrecht entlohnt und beschäftigt werden. Die „Dienstleistungsrichtlinie“ würde damit weit über die Vorgaben des GATS-Abkommens hinaus gehen.

Die Befürchtung angesichts dieser Entwicklung ist, dass inländische Arbeitskräfte weniger beschäftigt würden oder es zu einem Druck auf die inländischen Löhne kommen könnte. Lohnsenkungen und/oder Entlassungen könnten die Folge sein (Razza 2005, Fritz 2002a). Ferner besteht die Besorgnis, dass es zu einer verminderten Arbeitsplatzsicherheit in Deutschland kommen könnte, zum Beispiel durch die Zunahme befristeter Arbeitsverträge (Fritz, Scherrer 2002a:107ff).

Die Urteile des EuGH hatten in der Vergangenheit auch Einfluss auf die Arbeitszeiten der Ärzte. Der EuGH stellte fest, dass die Zeit in den Bereitschaftsdiensten der Arbeitszeit anzurechnen ist und nicht – wie in der Vergangenheit – nur anteilig anzurechnen ist. Das hat konkrete Auswirkungen auf die Krankenhäuser, die die Dienstzeiten der Ärzte ändern mussten. Die Folge war, dass viele Krankenhäuser zusätzliche Ärzte anstellen mussten. Dies führt zu einer deutlichen finanziellen Mehrbelastung der Krankenhäuser. Allerdings wurde in diesem Fall der niedrigere deutsche Standard auf europäisches Niveau angehoben, was auch einen positiven Beschäftigungseffekt zur Folge hatte.

5.4 Zusammenfassung

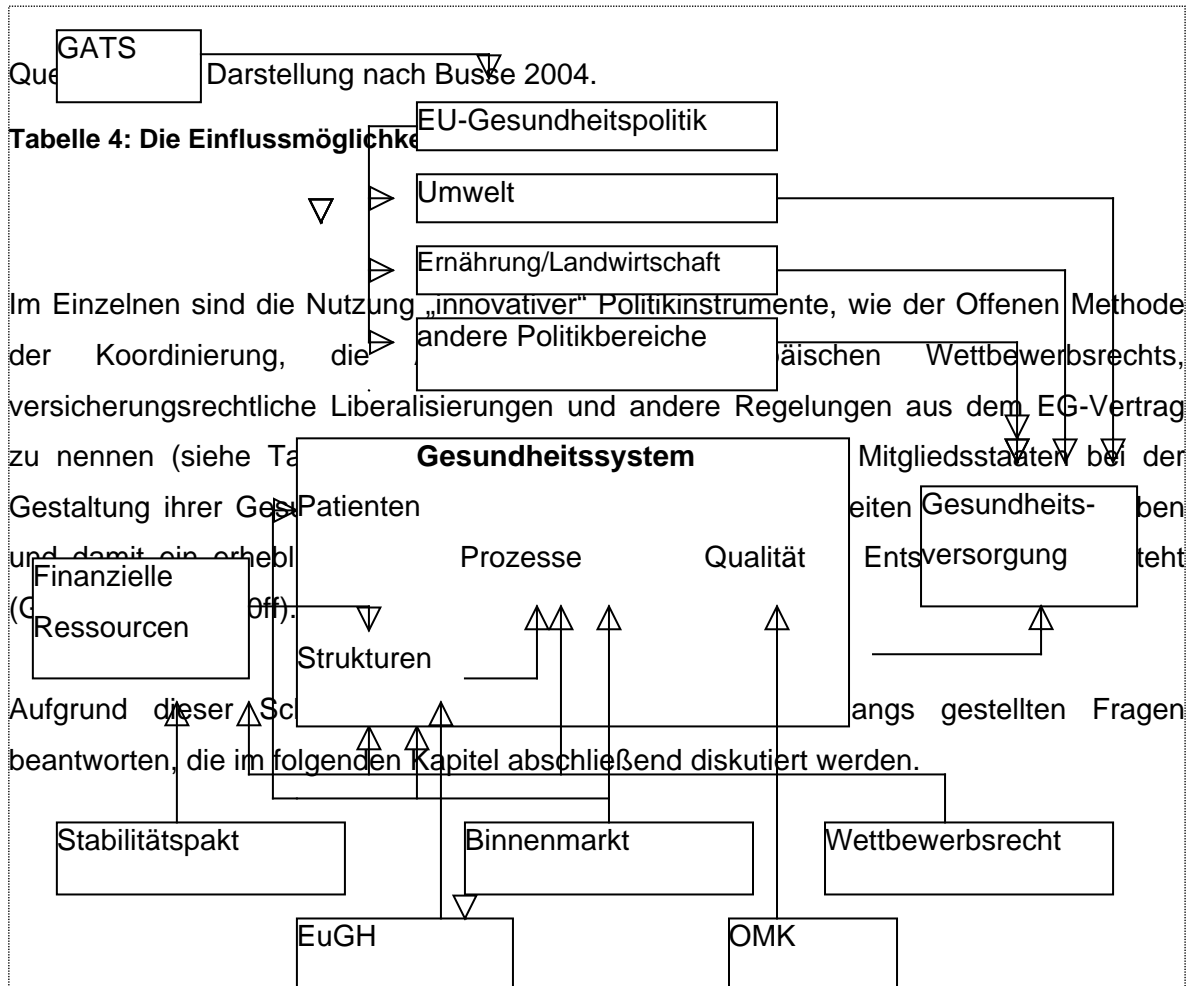
Abschließend lässt sich feststellen, dass die Politik der EU zwar keinen direkt steuernden Einfluss auf die nationalen Gesundheitssysteme ausübt, die Binnenmarktfreiheiten, die EuGH Urteile und das europäische Wettbewerbsrecht dennoch erhebliche Auswirkungen auf den Gesundheitssektor haben. Die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs haben wohl den größten Einfluss auf die Nationalstaaten, da durch seine Urteile eine „*binnenmarktorientierte Verrechtlichung europäischer Gesundheitspolitik*“ (Schmucker 2003b) stattgefunden hat. Die verschiedenen Ebenen – nationale Gesundheitspolitik, EU

und GATS – können hinsichtlich ihrer Rechtsverbindlichkeit der deutschen Gesundheitspolitik hierarchisch zugeordnet werden. Nationalstaatliche Regelungen beeinflussen direkt und unmittelbar das Gesundheitssystem. Die auf EU Ebene getroffenen Entscheidungen stehen „über“ den nationalstaatlichen Regulierungen. Dem GATS als internationales verbindliches Abkommen müssen sich wiederum sowohl die EU als auch die Nationalstaaten unterordnen.

Obwohl das GATS als multilaterales Abkommen „über“ der EU-Politik steht, sind die Liberalisierungsprozesse der EU im Gesundheitssektor zunächst weitaus wirkungsvoller als die des GATS Abkommens. Das liegt daran, dass das GATS bisher nicht über die Liberalisierungsbemühungen der EU hinaus geht. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass es durch den Streitschlichtungsmechanismus des GATS Abkommens zu weiteren Liberalisierungen im Gesundheitssektor kommt. Dies kann zu einem Verlust nationaler Regelungshoheit im Gesundheitsbereich führen (Fritz, Scherrer 2002a) und den Mitgliedsstaaten würden damit teilweise gesundheitspolitische Steuerungsmöglichkeiten genommen werden (Scherrer et al. 2004:6, Greß et al. 2003:51).

Insgesamt zeigt sich, dass es zwar eine eindeutige Zuweisung der gesundheitspolitischen Kompetenzen aus dem EG-Vertrag gibt, die Ausübung dieser Kompetenzen aber aus ganz unterschiedlichen Quellen beeinflusst wird.

„(..) Faktisch nehmen trotz der formalen Kompetenzabgrenzungen zwischen der Europäischen Union und den Mitgliedsstaaten im EG-Vertrag insbesondere die Grundfreiheiten und das Wettbewerbsrecht Einfluss auf die Ausgestaltung nationaler Gesundheitssysteme (..)“ (Greß et al. 2003:50).



Die Tabelle veranschaulicht die Zuständigkeiten und verdeutlicht den Einfluss der EU. Die Binnenmarktpolitik, das Wettbewerbsrecht und die Entscheidungen des EuGH haben Wirkungen auf die Strukturen der Gesundheitssysteme sowie auf die Prozesse der Gesundheitsversorgung. Der Stabilitätspakt schränkt unter anderem die finanziellen Mittel der Gesundheitssysteme ein. Im Mittelpunkt der OMK steht die Verbesserung der Versorgungsqualität. Die Interaktion des deutschen Gesundheitssystems und der EU Gesetzgebung bestimmt durch direkten und indirekten Einfluss die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung.

6 Diskussion

Europäische Binnenmarktpolitik und internationale Abkommen wie das GATS haben unterschiedliche Wirkungen auf die Gestaltung nationaler Gesundheitspolitik. Auch ist offensichtlich, dass vor allem durch die Patientenmobilität eine Abschottung und Abgrenzung nationaler Gesundheitspolitik tatsächlich nicht möglich ist. Durch die Interaktion der nationalen und europäischen Ebene entsteht zwar noch kein gemeinsames europäisches Gesundheitssystem, doch ist der Einfluss der EU dennoch von großer Bedeutung (Wismar 1998). Ein europäisches Gesundheitssystem ist schon deshalb nicht möglich, weil die Systeme hinsichtlich ihrer Finanzierung, ihrer Struktur und ihrer kulturellen Entwicklung völlig unterschiedlich sind. Durch die Osterweiterung der EU werden diese Aspekte noch verstärkt.

„(..) Die Gesundheitssysteme der EU-Mitglieder können nicht auf Dauer national abgeschottete Dienstleistungsbereiche bleiben. Der Druck der EU-Kommission wird zunehmen. Mit jedem Reformschritt wird das Gesundheitssystem näher an den gemeinsamen europäischen Markt herangeführt werden müssen. Die nationale Abschottung der Gesundheitssysteme widerspricht nicht nur den Grundzielen der EU sondern auch der weltweiten Handelsliberalisierung für Dienstleistungen (..)“ (Knappe, Optendrenk 2000).

Der europäische Einigungsprozess zu mehr Wettbewerb bedeutet aber auch einen stärkeren Wettbewerb der Gesundheitssysteme. Ähnliches trifft auf das GATS Abkommen zu. Die Mitgliedsstaaten sind zukünftig angehalten, ihre politischen Maßnahmen auf WTO-Kompatibilität zu prüfen, um nicht ökonomische Sanktionierungen und Schiedsgerichtsverfahren zu riskieren (Razza 2005).

Die Entscheidungen, die auf europäischer Ebene getroffen werden, verändern damit die Gesundheitspolitik der Nationalstaaten. Diese sind aufgefordert, sich früher oder später am europäischen Recht oder an den Liberalisierungsverpflichtungen des GATS zu orientieren.

Die Tendenz zu einer gemeinsamen europäischen Gesundheitspolitik mit einheitlichen Leitlinien und Qualitätsstandards ist jedoch zu begrüßen. Zum einen würde damit Rechtssicherheit – auch für zukünftige Liberalisierungsvorhaben – geschaffen werden. Zum anderen würden die Kompetenzen zwischen der EU und den Mitgliedsstaaten klarer definiert werden. Allerdings muss die deutsche Regierung dafür Sorge tragen, dass

nationale Standards durch die EU nicht nach „unten“ korrigiert werden.

Die Entwicklungen werden, je nach Anschauung, höchst unterschiedlich bewertet. Die Kritiker bemängeln, dass das Recht zur nationalen Regulierung des Gesundheitssektors durch die EU und das GATS-Abkommen reduziert wird. Ferner argumentieren sie, dass negative Auswirkungen auf die Finanzierung von nationalen Leistungserbringern zu erwarten sind, wenn Subventionen Handelshemmnisse darstellen (Fritz, Scherrer 2003, Schmucker 2003b). Die Hauptforderung der EU und GATS Kritiker ist generell, dass die sensiblen öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen von den Verhandlungen ausgeschlossen werden.

Die Enquete Kommission des deutschen Bundestags zur „Globalisierung der Weltwirtschaft“ spricht sich ebenso gegen die Einbeziehung dieser Bereiche aus, solange nicht die Folgen der GATS-Verhandlungen abzuschätzen sind und die Öffentlichkeit an den Prozessen beteiligt wurde (Enquete-Kommission 2002). Daher sollten zunächst keine weiteren Liberalisierungsverpflichtungen eingegangen werden. Die intransparenten Verhandlungen zum GATS und der EU sind sicherlich ein weiterer Grund für diese Forderungen. Bei beiden Ebenen wurden und werden die Gespräche und Verhandlungen gleichermaßen unter Ausschluss der Öffentlichkeit geführt (Fritz, Scherrer 2002a, Razza 2005). Die Demonstrationen gegen die Globalisierung in den vergangenen Jahren haben auch gezeigt, wie sensibel viele Menschen auf die Prozesse und Entwicklungen reagieren. Die Globalisierungskritiker bemängeln vor allem, dass die Entscheidungen der WTO sowie der EU höchst undemokratisch getroffen werden.

Der Verlust der Regelungskompetenz des Staates kann nach Ansicht der Kritiker zu einem Verlust von Sicherheit und Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung führen, da ein verstärkter Wettbewerb im Gesundheitswesen zur Diskriminierung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Versicherten mit niedrigen Einkommen führen könnte. Diese haben in der Regel einen höheren Bedarf an medizinischen Leistungen, verfügen jedoch meist nicht über ausreichende finanzielle Mittel, um sich diese Leistungen dann „kaufen zu können“ (Rosenbrock 2002). Selbst die EU stellt in Frage, ob bei bestimmten Dienstleistungen ein „freier Markt“ überhaupt möglich ist und bekräftigt, dass es für Gesundheitsdienstleistungen keinen Markt mit souveräner Nachfrage gibt.

„(..) Der Markt bietet gewöhnlich die Gewähr für eine optimale Allokation der Ressourcen. Doch lassen sich manche Dienstleistungen von allgemeinem Interesse

durch die Märkte allein nicht voll befriedigen, weil entweder ihr Marktpreis für Verbraucher mit niedriger Kaufkraft zu hoch ist oder weil die Kosten, die bei der Erbringung dieser Leistung entstehen, sich durch den Marktpreis nicht abdecken lassen (..)“ (KOM 2003:9).

Die Befürworter der Liberalisierung und eines verstärkten Wettbewerbs argumentieren jedoch, dass

„(..) ein marktwirtschaftlich organisierter Gesundheitssektor, eingebunden in den europäischen (internationalen) Wettbewerb und die länderübergreifende Arbeitsteilung, zu einer Triebfeder des Wirtschaftswachstums werden würde (..)“ (Knappe, Optendrenk 2000)

und dass es einem *„freiwilligen Wachstumsverzicht und damit letztendlich einer Selbstschädigung gleichkommen“* würde, wenn der Gesundheitssektor weiter unter alleiniger staatlichen Aufsicht stehen würde (Knappe, Optendrenk 2000). Die Liberalisierung hätte außerdem weniger Bürokratie zur Folge und der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern würde eine Steigerung der Effizienz und Qualität der Versorgung bringen. Die Befürworter kritisieren besonders, dass die Liberalisierungsgegner die ökonomische Notwendigkeit verkennen, nach der sich das Wohlfahrtsstaatsmodell ändern muss. Diese Veränderungen würden nicht als Chance begriffen, sondern eher als Bedrohung.

Diese Anschauung ist sicherlich kritisch zu hinterfragen. Bisher gibt es kaum empirische Untersuchungen zu den Auswirkungen auf die Beschäftigten, Qualifikationsanforderungen, Arbeitsbedingungen und Löhne. Gleiches gilt für die Qualität, Zugang und Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen (Enquete-Kommission 2002:155).

Infolgedessen darf Gesundheitspolitik, die auf nationalstaatlicher Ebene getroffen wird, nicht mehr nur nationalstaatlich „gedacht“ werden. Darüber hinaus gilt es, die Wechselwirkungen zwischen nationaler, europäischer und multilateraler Regulierungsebene zu untersuchen, bevor weitere Liberalisierungszugeständnisse getroffen und in nationale Reformen umgesetzt werden. Der Trend, Gesundheitsdienstleistungen zu liberalisieren – wie die Privatisierungswelle der deutschen Krankenhäuser zeigt – ist unter diesem Gesichtspunkt besonders kritisch zu bewerten. Natürlich müssen die von privaten Anbietern erbrachten Dienstleistungen die

Qualitätsstandards erfüllen und der Staat bzw. die dafür zuständigen Institutionen kontrollieren deren Einhaltung. Der entscheidende Punkt ist aber, dass die privaten Anbieter in erster Linie gewinnorientiert arbeiten und damit nicht mehr die Voraussetzungen der öffentlichen Daseinsvorsorge erfüllen. Die Tendenzen bei der GKV sind ähnlich. Zum einen wird die paritätische Finanzierung durch die Senkung der Arbeitgeberanteile aufgehoben. Zum anderen würde bei der Einführung einer „Kopfpauschale“ das Solidarprinzip durch den Verlust der Einkommensabhängigkeit der Versichertenbeiträge aufgehoben werden. Dem zufolge ist das Hauptkriterium der öffentlichen Daseinsvorsorge (nach der EU und GATS Definition) nicht gegeben. Folglich können mit großer Wahrscheinlichkeit weitere Gesundheitsdienstleistungen liberalisiert werden. In welchem Ausmaß dies geschehen wird, ist allerdings noch nicht abzusehen, da das sehr von der jeweiligen Regierung abhängig ist.

Es steht fest, dass bestimmte Tendenzen nicht mehr rückgängig zu machen sind. Der europäische Einigungsprozess ist nicht aufzuhalten, ebensowenig die Globalisierung und damit der weltweite Handel mit Dienstleistungen. Gesundheitspolitik ist demnach keine „nationale Veranstaltung“ mehr, sondern ist vielmehr eingebettet in einen europäischen und globalen Kontext. Die Frage ist nur, wie die nationalen Regierungen diese Entwicklungen und den daraus resultierenden Wettbewerb gestalten.

Die nationalen und supranationalen Entscheidungsträger sind dazu angehalten, diese Entwicklungen transparent zu gestalten, um so eine gesellschaftliche Partizipation zu ermöglichen. Generell gilt es, die Chancen des gemeinsamen Europas zu nutzen und gemeinsame Sozialstandards zu schaffen, die aber keinen völligen Verlust der nationalen Kompetenzen zur Folge haben dürfen. Die Entscheidungen des EuGH zu den Arbeitszeiten in den Krankenhäusern, die Möglichkeit für EU Bürger sich grenzüberschreitend behandeln zu lassen, die gemeinsamen europäischen Standards zum Arbeitsschutz sind einige der positiven Beispiele.

Allerdings darf nicht alles dem „Markt“ überlassen werden, Die deutsche Politik ist aufgefordert, die notwendigen Regulierungsmaßnahmen zu treffen, um allen Bürgern eine – unabhängig vom Einkommen, Geschlecht und Erkrankungen – qualitativ hochwertige medizinische Behandlung zu garantieren.

Die Politik hat eine besondere Verantwortung bei der Gestaltung dieser Prozesse und muss sich daher der Kritik und den Ängsten der Menschen stellen.

7 Literaturverzeichnis

Adlung R, Carzaniga A. (2001): Health Services under the General Agreement on Trade in Services. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79(4): 352-364.

Altvater E. (2003): Was passiert wenn öffentliche Güter privatisiert werden? in, Peripherie Nr. 90/91, 23 Jg. 2003, Verlag Westfälisches Dampfboot, Münster: 171-201.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (2000a): Strategischer Umgang der GKV mit den aktuellen europarechtlichen Entwicklungen. Herausforderung Europa annehmen und gestalten. Positionspapier der erweiterten Europa-AG der SpiK, August 2000.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (2000b): Strategischer Umgang der GKV mit den aktuellen europarechtlichen Entwicklungen. Herausforderung Europa annehmen und gestalten. Anlage 2, Zur Anwendbarkeit des europäischen Wettbewerbs- und Kartellrechts auf die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände. Positionspapier der erweiterten Europa-AG der SpiK, August 2000.

BKK (2005): <http://www.bkk.de/bkk/pressemitteilungen/powerslave,id13,nodeid,15html>
Zugriff am 18.07.05.

Böcken J, Butzlaff M, Esche A. (2001): Einleitung: Problembefund, in Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse einer internationalen Recherche. Böcken J, Butzlaff M, Esche A. (Hrsg.) (2001): 3.Auflage 2001, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh: 11-22.

Braun B, Kühn H, Reiners H. (1999): Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Fischer Taschenbuchverlag GmbH, 3. Auflage 1999, Frankfurt am Main.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (2005a): Pressemitteilung, Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung informiert über den zusätzlichen Beitragssatz ab 1. Juli 2005
<http://www.bmgs.bund.de/downloads/050615122Beitragssaetze2.pdf>
Zugriff am 18.07.05.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (2005b):
Gesundheitsmodernisierungsgesetz
<http://www.bmgs.bund.de/deu/ges/050615122Beitragssaetze2.pdf>
Zugriff am 18.07.05.

Busse R, Wismar m, Berman P (2002): The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States. Biomedical and Health Research Volume 50. IOS Press, Amsterdam, Berlin, Oxford, Tokyo, Washington D.C.

Busse R. (2002): Anwendung der „offenen Methode der Koordinierung“ auf die europäischen Gesundheitswesen. Hintergrund, mögliche Ziele und Indikatoren, Auswirkungen auf Gesundheitssysteme, in: Gesundheit und Gesellschaft, Heft 2/2002: 7-14.

Busse R. (2004): Europäische Union. Neue Verfassung, neue Sozialpolitik?, in: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 02/04. 7 Jahrgang: 34-40.

Deppe U. (1996): Soziale Verantwortung und Transformation von Gesundheitssystemen. Beiträge zur Gesundheitspolitik. Reihe Psychosoziale Aspekte in der Medizin. VAS Frankfurt/Main.

Deppe U. (2000): Soziale Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. Reihe Psychosoziale Aspekte in der Medizin. VAS Frankfurt/Main.

Deppe U, Burkhardt W. (2002): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizib. VSA Verlag Hamburg.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2002): Globalisierung der Weltwirtschaft. Schlussbericht

-
- der Enquete-Kommission, Leske+Budrich, 2002, Opladen.
- Diesfeld H. (1998): Internationale Gesundheitsprobleme, in Hurrelmann K., Laser U. (Hrsg.) (1998): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag, Weinheim am Main: 875-903.
- Drager N, Fidler D. (2004): GATS and Health Related Services. Managing Liberalization of Trade in Services from a Health Policy Perspective. Trade and Health notes, World Health Organization, 2004, February.
- Drager N, Viera C. (2002): Trade in Health services. Global, regional, and country perspectives. Pan American Health Organization, World Health Organization 2002, Washington D.C.
- Europäischer Gerichtshof (C-120/95) 1998: Urteil in der Rechtssache C-120/95 (Decker) vom 28.April 1998.
- Europäischer Gerichtshof (C-158/96) 1998: Urteil in der Rechtssache C-158/96 (Kohll) vom 28.April 1998.
- Europäischer Gerichtshof (C-160/96) 1998: Urteil in der Rechtssache C-160/96 (Molenaar) vom 05.März 1998.
- Europäischer Gerichtshof (C-157/99) 2001: Urteil in der Rechtssache C-167/99 (Peerboom) vom 12. Juli 2001.
- Europäische Union (2005): http://www.europa.eu.int/comm/health.index_de.html
Zugriff am 18.07.05.
- Fiedler M. (2002): Nationale Gesundheitspolitik in globalisierten Märkten, in: Paetow H, Fiedler M, Leonhardt M. (Hrsg.): Therapien für ein krankes Gesundheitswesen. Orientierungspunkte für Versicherte, PatientInnen und Beschäftigte, VSA-Verlag Hamburg: 209-221.
- Fritz T, Scherrer C. (2002a): GATS zu wessen Diensten? Öffentliche Aufgaben unter Globalisierungsdruck, VSA Verlag Hamburg.

-
- Fritz T, Scherrer C. (2002b): GATS 2000. Arbeitnehmerinteressen und die Liberalisierung des Dienstleistungshandels. Edition der Hans Böckler Stiftung 63 Düsseldorf.
- Fritz T. (2002): GATS-Dienstleistungsliberalisierung, in: GATS- Dienstleistungsliberalisierung: Szenarien sektoraler Auswirkungen – Vorstellung eines Zwischenberichtes. Dokumentation eines Workshops am 11. November 2002, ver.di und Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): 18-26.
- Fritz T. WEED e.V. (Hrsg.) (2003): Die letzte Grenze. GATS: Die Dienstleistungsverhandlungen der WTO. Sachstand, Probleme, Alternativen. Eine kritische Einführung. Berlin.
- Gerlinger T. (2004): Privatisierung – Liberalisierung – Re-Regulierung. Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems, in: WSI Mitteilungen 9/2004: 501-506.
- Greß S, Axer P, Wasem J, Rupprecht C. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2003): Europäisierung des Gesundheitswesens. Perspektiven für Deutschland. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2003.
- Hajen L. (2002): Gesundheitspolitik in der Europäischen Gemeinschaft, in: Paetow H, Fiedler M, Leonhardt M. (Hrsg.): Therapien für ein krankes Gesundheitswesen. Orientierungspunkte für Versicherte, PatientInnen und Beschäftigte, VSA-Verlag Hamburg: 190-207.
- Knappe E., Optendrenk S. (2000): Reform des Gesundheitswesens bleibt aktuell. Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.). http://www.bph.de/publikationen/CDQPS2,0,0,Reform_des_Gesundheitswesens_bleibt_aktuell.html. Zugriff am 06.04.2005.
- Knipsel U. (2001): Zur Bedeutung des europäischen Wettbewerbsrechts für die gesetzliche Krankenversicherung, in: Gesundheit und Gesellschaft, Heft 2/2001: 7-13.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2000): Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Gemeinschaft. Vorschlag über eine Beschluss des Europäischen

Parlaments und das Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001-2006) KOM (2000) 285 endgültig, 2000/0119 (COD), Brüssel.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2001a): Bericht für den Europäischen Rat in Laeken: Leistungen der Daseinsfürsorge. KOM (2001) endgültig, Brüssel.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2001b): Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern. KOM (2001) 723 endgültig 2001 Brüssel.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2003): Grünbuch zu Dienstleistungen von Allgemeinen Interesse. KOM (2003) 270 endgültig, Brüssel.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2004): Mitteilung der Kommission: Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union. KOM (2004) 301 endgültig 2004 Brüssel.

Konsolidierte Fassung des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (2002) (C 325/33), Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften (2002).

Läufer T. Bundeszentrale für politische Bildung/bpb (Hrsg.) (2005): Verfassung der Europäischen Union. Verfassungsvertrag vom 29. Oktober 2004. Protokolle und Erklärungen zum Vertragswerk, Schriftenreihe Band 474.

Mosebach K. (2003): Macht GATS krank? Auswirkungen des multilateralen Dienstleistungsabkommens auf das deutsche Gesundheitssystem, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 48 März/2003: 354-363.

Mosebach, K. (2002): Gesundheitsdienstleistungen und GATS 2000, in: GATS-Dienstleistungsliberalisierung: Szenarien sektoraler Auswirkungen – Vorstellung eines Zwischenberichtes. Dokumentation eines Workshops am 11. November 2002, ver.di und Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): 27-35.

-
- Paetow H (2002): Krankenkassenwettbewerb gefährdet die Solidarität, in: Paetow H, Fiedler M, Leonhardt M. (Hrsg.): Therapien für ein krankes Gesundheitswesen. Orientierungspunkte für Versicherte, PatientInnen und Beschäftigte, VSA-Verlag Hamburg: 27-53.
- OECD (2005): www.oecd.org/topicstatsportal/0,2647.en_2825_495642_1_1_1_1_1_1,00
Zugriff am 18.07.05.
- Razza W, Wedl V, Angelo S. (2004): Liberalisierung öffentlicher Dienstleistungen. Eine konzeptuelle, begriffliche und rechtliche Einführung ins Thema. Zur Zukunft öffentlicher Dienstleistungen. AK Wien, Nr. 1 Jänner 2004.
- Razza W. (2005): GATS: Auswirkungen der Liberalisierung des Handels mit Dienstleistungen auf Gesundheits- und soziale Dienste.
http://www.stoppgats.at/0200/0201.php?kategorie_id=24&artikel_id=294
Zugriff am 06.04.2005.
- Reiners H. (2002): Ökonomische Dogmen und Gesundheitspolitik. Anmerkungen zur Gesundheitsökonomie, in: Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin. Deppe U, Burkhardt W. (Hrsg.) VSA Verlag Hamburg: 36-57.
- Rosenbrock R, Gerlinger T., (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Verlag Hans Huber Bern.
- Rosenbrock R. (2002): Kann die soziale Krankenversicherung in der Marktgesellschaft überleben?, in: Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin. Deppe U, Burkhardt W. (Hrsg.) VSA Verlag Hamburg: 24-35.
- Sachverständigenrat der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (1996): Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunft. Band I, Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Sondergutachten 1996 Kurzfassung. www.svr-gesundeheit.de Zugriff am 18.07.05.
- Sachverständigenrat der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I, Qualität und Versorgungsstrukturen Band

II, Gutachten 2003. Kurzfassung. www.svr-gesundeheit.de Zugriff am 18.07.05.

Schaub V. (2000): Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union. Die gesetzlichen Gesundheitssysteme im Wettbewerb. Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft Band 7. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden.

Scherrer C, Beilecke F, Fritz T, Kohlmorgen L, Schneider K. (2004): Liberalisierung öffentlicher Dienstleistungen durch das GATS. Gemeinwirtschaftliche Auswirkungen in den Sektoren Wasserversorgung und Verkehr (Schiene, ÖPNV). Zur Zukunft öffentlicher Dienstleistungen. AK Wien, Nr. 4 Dezember 2004.

Schmuck O. (2003): Motive, Leitbilder und Etappen der Integration, in: Bundeszentrale für politische Bildung/bph (Hrsg.): Informationen zur politischen Bildung 279. Europäische Union, 2 Quartal 2003: 5-16.

Schmucker R. (2003a): Europäische Integration und Gesundheitspolitik. Arbeitspapier Nr.23/2003. Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Zentrum der Psychosozialen Grundlagen der Medizin, Institut für Medizinische Soziologie.

Schmucker R. (2003b): Europäischer Binnenmarkt und nationale Gesundheitspolitik, in: Jahrbuch der kritischen Medizin 38. Gesundheitsreformen – nationale Erfahrungen. Argument Verlag: 107-120.

Schmucker R. (2004): Gesundheit als Dienstleistung von allgemeinem Interesse. Perspektiven europäischer Gesundheitspolitik, in: Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Elsner G, Gerlinger T, Stegmüller L. (Hrsg.) VSA Verlag Hamburg: 183-194.

Stahl R. (2002): Europäisches Gesundheitswesen. Ein schleichender Prozess, in Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, Heft 13, 29 März 2002: A825.

Statistisches Bundesamt: www.destatis.de/basis/d/gesu/gesu/ab.1.php

Zugriff am 18.07.05.

Wismar M. (1998): Gesundheitspolitik. Europa regiert schon lange heimlich mit, in: Gesundheit und Gesellschaft, Heft 10/1998: 28-35.

World Health Organization: www.euro.who.int/aboutwho/20021122_3?language=german

Zugriff am 18.07.05.

World Health Organization and World Trade Organization (2002): WTO Agreements & Public Health. A joint study by the WHO and the WTO Secretariat. Geneva.

WTO-Welthandelsorganisation (2003), 2. Auflage, Deutscher Taschenbuch Verlag. Beck-
Texte.

8 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 17.08.2005

Marion Müller