

# Europäische Vorgaben für die nationalen Gesundheitssysteme – Ziele und Instrumente

von Bernd Schulte\*

## ABSTRACT

**Das Europäische Gemeinschaftsrecht** stellt in wachsendem Maße einen rechtlichen Rahmen dar auch für die Gesundheitspolitiken der Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Zugleich zielt die „Offene Methode der Koordinierung“ als politische Strategie auf eine Abstimmung dieser Politiken im Hinblick auf gemeinsame Ziele und „best practices“.

**Schlüsselworte:** Gemeinschaftsmethode, Offene Methode der Koordinierung, europäische Gesundheitspolitik, europäisches Krankenversicherungsrecht

**The European Community law** provides a legal framework regulating, to a certain degree, health care policies of the member states of the European Union. At the same time the „open method of coordination“ has been introduced as a political strategy to co-ordinate the policies of member states as to common goals and best practices.

**Keywords:** community method, open method of coordination, European health care policy, European Community provisions on social security

## 1. Rechtsgrundlagen des Europäischen Gesundheitsrechts

Der Vertrag von Amsterdam, hat sowohl den Vertrag über die Europäische Union („Maastricht-Vertrag“) als auch den Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft als maßgebliche primärrechtliche Rechtsgrundlagen der Europäischen Verfassung modifiziert. Auch hat er nicht nur eine Anzahl von Vertragsänderungen im Bereich der Sozialpolitik (Artikel 136 ff. EG-Vertrag) und der damit in Zusammenhang stehenden Politiken bis hin zur Gesundheitspolitik gebracht, sondern auch ganz konkret die Kompetenzen der Europäischen Gemeinschaft für das Gesundheitswesen neu gefasst: So enthält Artikel 152 EG (= ex Artikel 129 EG-Vertrag vor Amsterdam) einen Sicherstellungsauftrag für ein hohes Gesundheitsschutzniveau bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen (Hanika 1998).

Die Tätigkeit der Gemeinschaft ergänzt die einschlägigen Politiken der Mitgliedstaaten im Gesundheitsbereich. Sie ist auf die Ver-

besserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Krankheiten und die Beseitigung von Ursachen einer Gesundheitsgefährdung gerichtet. Sie umfasst darüber hinaus die Bekämpfung von weit verbreiteten schweren Krankheiten. Dabei stehen die Erforschung der Ursachen, Übertragung und Verhütung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung im Vordergrund. Die Primärverantwortung und Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Gesundheitspolitik bleibt dabei bestehen. Die Europäische Gemeinschaft ist auf die Forderung und Unterstützung beschränkt.

Im EG-Vertrag ist keine Harmonisierung im Sinne einer Vereinheitlichung oder Annäherung der Systeme der sozialen Sicherheit und der Gesundheitspolitiken der Mitgliedstaaten vorgesehen. Das heißt, dass die Mitgliedstaaten nach wie vor allein dafür verantwortlich sind, ihre Systeme der Gesundheitsversorgung zu errichten, zu erhalten, zu organisieren und zu steuern. Dabei sind sie allerdings gehalten, den Vorgaben des Gemeinschaftsrechts Rechnung zu tragen. Dies bedeutet beispielsweise – wie im Zusammen-

\*Dr. Bernd Schulte  
Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozial-

recht, Amalienstraße 33, 80799 München · Tel.: 089 38602-426  
Fax: 089 38602-490 · E-Mail: schulte@mpisoc.mpg.de

hang mit der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs in den Rechtssachen Decker und Kohll, Geraets-Smits und Peerbooms sowie Müller-Fauré/van Riet zu zeigen sein wird –, dass bei dieser Ausgestaltung der Gesundheitssysteme zum einen den in der gesamten Gemeinschaft geltenden wirtschaftlichen Grundfreiheiten und zum anderen dem EG-Wettbewerbsrecht Rechnung zu tragen ist. Berücksichtigt man diese mittelbaren Einflussnahmen des Europäischen Gemeinschaftsrechts und der Europäischen Gemeinschaftspolitiken auf die Gesundheitssysteme und -politiken der Mitgliedstaaten, so wird sehr schnell klar, dass über die Bestimmung des Artikel 152 Absatz 1 EG hinaus Konturen einer umfassenden Europäischen Gesundheitspolitik erkennbar sind, die bereits heute Ansätze administrativer gesundheitspolitischer Steuerung enthalten (Pitschas 1994).

Die Offene Methode der Koordinierung (OMK) – auf die später noch näher eingegangen wird – als politische Strategie wird auch im Gesundheitsbereich diesen Prozess forcieren, der sich im Rückblick auf die Entstehung und Entwicklung dieser Europäischen Gesundheitspolitik als Abfolge unterschiedlicher Phasen beschreiben lässt (Pitschas 1993, von Schwanenflügel 1996, Berg 1997, Hanika 1998, Schulte 1998).

Die Empfehlung des Rates vom 27. Juli 1992 über die Annäherung der Ziele und der Politiken im Bereich des sozialen Schutzes (92/442/EWG) war die Grundlage der Politik der Gemeinschaft zur

„sozialen Konvergenz“ (Amtsblatt EG 1992, 49). Sie hielt die Mitgliedstaaten unter anderem dazu an, unabhängig von ihren fortbestehenden Zuständigkeiten für die Bestimmung der Ziele, Grundsätze und des Aufbaus ihrer Sozialschutzsysteme einschließlich ihrer Gesundheitssysteme an bestimmten, freiwillig konsentierten gemeinsamen Zielsetzungen zu orientieren. Dazu gehört als allgemeines Prinzip die Gleichbehandlung, wodurch jegliche Diskriminierung aufgrund der Nationalität, des Geschlechts und – „seit Amsterdam“ in Gestalt des Artikel 13 EG – auch der Rasse, der Religion und so fort untersagt wird. Das gilt – einschränkend –, sofern die betreffenden Personen die Bedingungen der zum Erhalt von Leistungen erforderlichen Beitrags- und/oder Aufenthaltszeit erfüllen.

Für den „Funktionsbereich Krankheit“ ist den Mitgliedstaaten seinerzeit empfohlen worden, den Gesundheitsschutz, das heißt Krankheitsversorgung, Prävention, Rehabilitation und anderes zu organisieren. Dies muss so erfolgen, dass allen rechtmäßig im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats ansässigen Personen unter den von jedem Mitgliedstaat festgelegten Bedingungen Zugang zur notwendigen Gesundheitsversorgung sowie zu Vorsorgemaßnahmen ermöglicht wird. Die in der Folgezeit entwickelten Ansätze zu einer Europäischen Gesundheitspolitik sind als „unvollständiges gesundheitspolitisches Mosaikgebilde“ (von Schwanenflügel 1996, 60) sowie als „akzessorische Regelungskompetenz“ (Pitschas 1993, 718) auf dem Feld der Gesundheitspolitik gedeutet worden.

TABELLE 1

### Übersicht über die bisherigen Verfahren der „Offenen Methode der Koordinierung“

1	Basic Economic Policy Guidelines (BEPG) (Grundzüge der Wirtschaftspolitik)	→	Maastricht-Vertrag, 1992
2	„Luxemburg-Prozess“ (Europäische Beschäftigungsstrategie)	→	Amsterdam-Vertrag, 1997 und Luxemburg-„Beschäftigungsgipfel“
3	„Cardiff-Prozess“ (und Binnenmarktstrategie)	→	Europäischer Rat von Cardiff, 1998
4	„Köln-Prozess“ (makroökonomischer Dialog)	→	Europäischer Rat von Köln, 1999
5	OMK und Sozialschutz (Renten und Soziale Eingliederung)	→	Europäischer Rat von Lissabon, 2000 und Europäischer Rat von Laeken, 2001
6	Die neuesten OMKs (Gesundheit und Pflege, Erziehung, Migration, Unternehmertum etc.)	→	„Nach Lissabon“

Quelle: Casey 2003

Mit dem Vertrag über die Europäische Union von Maastricht, der als Vorläufer des heutigen Artikel 152 EG den Artikel 129 EGV alte Fassung in den Vertrag eingefügt hat, ist schließlich das Gesundheitswesen mit einem eigenen Titel Bestandteil des EG-Vertrages geworden und damit zugleich erstmalig ein Mandat der Gemeinschaft zur Gesundheitspolitik – freilich in dem vorstehend angesprochenen eingeschränkten Sinne – begründet worden.

### ■ 2. Europäisches Krankenversicherungsrecht

Im Rahmen der gemeinschaftsrechtlichen Zuständigkeitszuweisung ist die soziale Sicherheit, wie bereits erwähnt, in der Kompetenz der Mitgliedstaaten verblieben; dies jedoch von Anbeginn an vorbehaltlich des Bereichs der freizügigkeitsspezifischen sozialen Sicherheit mit dem Schwerpunkt Sozialversicherung. Der Europäischen (ursprünglich Wirtschafts-)Gemeinschaft ist nämlich – früher in Artikel 51 EWG-Vertrag, heute in Artikel 42 EG – die Aufgabe der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten zum Zwecke der Gewährleistung der Freizügigkeit der Wanderarbeitnehmer – und seit Anfang der 1980er Jahre auch der „wandernden“ Selbstständigen – sowie ihrer Familienangehörigen übertragen worden. Dies ist eine Aufgabe, deren Bedeutung für die Gemeinschaft sich dadurch erhellt, dass bereits die dritte und vierte EWG-Verordnung – überhaupt Verordnungen Nr. 3 und Nr. 4/1958 – sich dieser Materie widmeten.

Nach der primärrechtlichen Vorschrift des Artikel 51 EGV/42 EG beschließt der Rat heute im so genannten Mitentscheidungsverfahren unter Beteiligung des Europäischen Parlaments gemäß Artikel 251 EG einstimmig

„die auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer notwendigen Maßnahmen; zu diesem Zweck führt er insbesondere ein System ein, welches aus- und einwandernden Arbeitnehmern und deren anspruchsberechtigten Angehörigen folgendes sichert:

- a) die Zusammenrechnung aller nach den verschiedenen innerstaatlichen Rechtsvorschriften berücksichtigten Zeiten für den Erwerb und die Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs sowie für die Berechnung der Leistungen;
- b) die Zahlung der Leistungen an Personen, die in den Hoheitsgebieten der Mitgliedstaaten wohnen.“

Der Begriff „Koordinierung“ selbst wird im Übrigen weder im primären noch im sekundären Gemeinschaftsrecht definiert oder auch nur erwähnt. Auch der Europäische Gerichtshof hat den Begriff niemals bestimmt, sondern sich darauf beschränkt, kund zu tun, dass die Verordnungen (EWG) Nrn. 1408/71 und 574/72 lediglich „koordinieren“ sollen. Daraus hat er dann eine begrenzte Zielsetzung dieser Verordnungen dahingehend abgeleitet, dass die Freiheit der Mitgliedstaaten, ihre Systeme der sozialen Sicherheit

auszugestalten, nicht beeinträchtigt wird. Diese sozialrechtliche Koordinierung ist streng zu unterscheiden von der bereits erwähnten, lediglich begrifflich verwandten sozialpolitischen Strategie der „offenen Methode der Koordinierung“, die nunmehr auch im Bereich des Sozialschutzes Anwendung findet (siehe auch weiter unten).

Diese koordinationsrechtliche Regelung versucht im Interesse der Durchsetzung der Arbeitnehmer-Freizügigkeit zu vermeiden, dass Unterschiede bei der sozialen Sicherheit zwischen den einzelnen mitgliedstaatlichen Systemen die Mobilität der Personen innerhalb der Europäischen Union beeinträchtigen beziehungsweise die ihnen verbrieft Freizügigkeit und Niederlassungsfreiheit einschränken. Die sekundärrechtlichen Vorschriften der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 (die ihrerseits an die Stelle der Verordnungen Nr. 3 und Nr. 4 getreten waren, die als sekundärrechtliche Vorschriften die primärrechtliche Bestimmung des ex-Artikel 51 EGV/heute: Artikel 42 EG ausfüllen), gewährleisten unter anderem die Gleichbehandlung aller Personen, die von der primärrechtlich verbrieften Freizügigkeit Gebrauch machen. Die Vorschriften untersagen auch unmittelbare und mittelbare Diskriminierungen aufgrund der Staatsangehörigkeit. Diese Sozialrechtskoordinierung sichert Wanderarbeitnehmern auch den Erhalt der Leistungsansprüche und -anwartschaften, die sie im Laufe der Zeit in den Mitgliedstaaten der Gemeinschaft erworben haben. Darüber hinaus stellt sie den „Leistungsexport“ von Geldleistungen – beispielsweise Renten – sicher und integriert Wanderarbeitnehmer außerhalb ihres Beschäftigungsstaates gegebenenfalls in das Gesundheitssystem ihres Aufenthaltsstaates.

Sachlich gilt diese Verordnung für alle Rechtsvorschriften über Zweige der sozialen Sicherheit, die Leistungen bei Krankheit (einschließlich Leistungen bei Pflegebedürftigkeit [EuGH, Rechtsache C-160/96 Molenaar; EuGH, Rechtssache C-215/99 Jauch]), Mutterschaft, Invalidität, Alter, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, Arbeitslosigkeit, Tod im Hinblick auf Leistungen an Hinterbliebene und Sterbegeld sowie Familienleistungen im weiteren Sinne (einschließlich zum Beispiel Erziehungsgeld) betreffen. Die in den Artikeln 18–36 VO 1408/71 geregelte rechtliche Behandlung der Leistungen bei Krankheit – das Europäische Krankenversicherungsrecht (Neumann-Duesberg 1991; Sandler 1991; Bieback 1991; Bieback 1992; Wicke 1992; von Maydell 1995; Steinmeyer 2002; Schulte 2003; Bieback 2005; Schuler 2005; Eichenhofer 2005) – soll die unterschiedlichen Systeme der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten, soweit sie Leistungen bei Krankheit betreffen, in Bezug auf Arbeitnehmer und Selbstständige koordinieren, die zwischen Mitgliedstaaten „wandern“.

Gemäß Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe a VO 1408/71 unterliegt eine Person, die in einem Mitgliedstaat beschäftigt ist, dem Recht dieses Staates, und zwar auch dann, wenn sie im Gebiet eines an-

deren Mitgliedstaats wohnt. Es gilt mithin das Beschäftigungslandprinzip. Artikel 19 VO 1408/71 setzt diesen Grundsatz für die gesetzliche Krankenversicherung um: Gemäß Absatz 1 gilt auch für einen Arbeitnehmer, der in einem anderen Mitgliedstaat als seinem Beschäftigungsstaat wohnt, für die Entstehung eines Anspruchs auf Leistungen bei Krankheit mithin das Recht seines Beschäftigungsstaates. Ist der Leistungsanspruch anerkannt, so erhält der Arbeitnehmer in seinem Wohnstaat vom Träger seines Wohnorts zu Lasten des Trägers seines Beschäftigungsstaates Sachleistungen in den Grenzen und nach den Modalitäten, die im Wohnstaat gelten; er wird also auf Kosten des zuständigen Trägers seines Beschäftigungsstaates in das System der Krankenversicherung seines Wohnstaates eingegliedert.

### Leistungen bei Krankheit

Der Begriff „Leistungen bei Krankheit“ im Sinne der Verordnung ist eigenständiger, „Europäischer“ Natur und deshalb nicht unter Zugrundelegung der jeweiligen Kriterien des nationalen Rechts auszulegen. Einzelheiten regeln die Artikel 4 Absatz 1 a, 18–36 VO 1408/71 sowie 16–34 VO 574/72. Die Vorschriften bestimmen zum einen, welcher Staat für die Leistung zuständig ist, sehen zum anderen die Zusammenrechnung von Zeiten vor, die in anderen Mitgliedstaaten zurückgelegt worden sind. Sie enthalten darüber hinaus Regelungen hinsichtlich des „Exports“ von Geldleistungen und der so genannten Leistungsaushilfe bei Sachleistungen. Diese Sachleistungsaushilfe vollzieht sich in der Weise, dass der Träger eines anderen Staates (des Wohn- oder Aufenthaltsstaates des Leistungsberechtigten) als so genannter „Aushilfsträger“ den zuständigen Träger eines anderen Staates in der Weise unterstützt, dass er für diesen Leistungsträger gegenüber dessen leistungsberechtigten Personen Sachleistungen in dem Umfang und der Form erbringt wie an seine eigenen Versicherten. Dies geschieht auf Kosten des zuständigen Trägers, der seinerseits zum Ersatz der entstandenen Kosten verpflichtet ist. Damit findet auf einen inländischen Leistungsfall im Hinblick auf die in einem anderen Staat erfolgende Leistungserbringung das Recht dieses anderen Staates Anwendung. Der Leistungsanspruch muss allerdings nach dem Recht des zur Leistung verpflichteten Staates, das heißt des Beschäftigungsstaates bestehen (Neumann-Duesberg 1999, Godry 1999, Stachl 1999).

Hält sich ein Versicherter vorübergehend in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungs- oder Wohnstaat auf (zum Beispiel im Urlaub), so kann er dort – gleichsam nach „Ortsrecht“ – Sachleistungen in Anspruch nehmen, wenn sein Zustand eine unverzügliche Behandlung erfordert und eine Rückkehr in den leistungspflichtigen Staat deshalb nicht möglich ist (Artikel 22 Absatz 1 a VO 1408/71). Leistungsrechtlich wird der Berechtigte also partiell in das betreffende ausländische System zur Absicherung des Krankheitsrisikos eingegliedert.

Ein Versicherter darf sich mit Genehmigung des zuständigen Trägers auch in einen anderen Mitgliedstaat begeben, um sich dort behandeln zu lassen, wenn eine seinem Gesundheitszustand angemessene Behandlung im Leistungsstaat nicht gewährt werden kann. Auf die Erteilung der Genehmigung besteht in diesem Fall ein Rechtsanspruch (Artikel 22 Absatz 2 Satz 2 VO 1408/71). Allerdings muss die betreffende Leistung stets zum Leistungskatalog des zuständigen inländischen Trägers gehören (*EuGH, Rechtsache C-157/99*). Diese Regelung war die erste Einwirkung des Europäischen Gemeinschaftsrechts auf die nationalen Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten.

Die Regelung des Artikel 22 VO 1408/71 steht in einem Spannungsverhältnis zu Warenverkehrs- und zur Dienstleistungsfreiheit. Sie sind auf eine umfassende Möglichkeit zur Leistungsnachfrage von Seiten der Bürger als Leistungsnehmer auch in anderen Mitgliedstaaten (= passive Dienstleistungsfreiheit) sowie auf die Erbringung von Dienstleistungen durch Leistungserbringer auch in andere Mitgliedstaaten (= aktive Dienstleistungsfreiheit) angelegt. So stellt sich beispielsweise ganz konkret die Frage, ob ein Krankenversicherter, der in einem Mitgliedstaat wohnt, arbeitet und versichert ist – zum Beispiel in Luxemburg – in einem anderen Mitgliedstaat – zum Beispiel in Deutschland – im Hinblick auf die Warenverkehrsfreiheit auf Kosten seiner heimischen Krankenversicherung eine Brille kaufen oder mit Blick auf die Dienstleistungsfreiheit die Zähne seiner Tochter von einem in dem anderen Mitgliedstaat niedergelassenen Kieferorthopäden richten lassen kann. Der Europäische Gerichtshof hat diese Frage bejaht und damit ein weiteres Tor aufgestoßen für den „Einfall“ des Gemeinschaftsrechts in das Gesundheitsrecht der Mitgliedstaaten.

## ■ 3. Nationales Sozialrecht und Europäisches Binnenmarktrecht

Sowohl die wirtschaftlichen Grundfreiheiten des Gemeinsamen Marktes (Kapitalverkehrsfreiheit und Warenverkehrsfreiheit sowie der Personenverkehrsfreiheiten, das heißt Freizügigkeit der Arbeitnehmer, Niederlassungsfreiheit der Selbstständigen und Dienstleistungsfreiheit) als auch die Wettbewerbsregeln des Europäischen Gemeinschaftsrechts (Verbot unzulässiger staatlicher Beihilfen sowie wettbewerbsbeschränkender Vereinbarungen, abgestimmter Verhaltensweisen und der missbräuchlichen Ausnutzung einer marktbeherrschenden Stellung durch Unternehmen) sind in den letzten Jahren in zunehmendem Maße in ein Spannungsverhältnis zu den Sozialleistungsträgern getreten. Die Folge ist, dass die nationale Wohlfahrts- beziehungsweise Sozialstaatlichkeit der Mitgliedstaaten einer zunehmenden „Europäisierung“ ausgesetzt ist. Dies gilt auch für die Gesundheitspolitik. Einen überzeugenden Beleg dafür liefert der Bericht über

## Europäische Vorgaben für die nationalen Gesundheitssysteme

ein Forschungsprojekt, das die Auswirkungen des Binnenmarkts auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten untersucht hat (Busse et al. 2002).

Die Erbringung von Gesundheitsleistungen weist nämlich nicht nur eine soziale Dimension auf, sondern hat auch eine sehr bedeutsame wirtschaftliche Komponente. Die Einbettung der Erbringung von Gesundheitsleistungen in das System der sozialen Sicherung ändert nämlich nichts an dem Waren- und Dienstleistungscharakter von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen und damit auch nicht an der Zugehörigkeit zum Gemeinsamen Markt beziehungsweise zum Binnenmarkt und der daraus folgenden Anwendbarkeit der entsprechenden gemeinschaftsrechtlichen Grundfreiheiten. Beschränkungen des Zugangs zu Gesundheitsleistungen im EU-Ausland, etwa in Gestalt der Genehmigungsvorbehalte sowohl des nationalen Rechts als auch des Gemeinschaftsrechts (Artikel 22 VO 1408/71), sind somit als Einschränkungen der gemeinschaftsrechtlichen Grundfreiheiten zu begreifen (EuGH, *Rechtsache 215/87*; EuGH, *Rechtssache C-62/90*). Allerdings gibt es Rechtfertigungsgründe für Beschränkungen dieser Grundfreiheiten. Diese hängen vor allem zusammen mit der finanziellen Stabilität des sozialen Sicherungssystems unter Einschluss des Gesundheitssystems, seiner qualitativen Ausgestaltung und dem Ziel, flächendeckend die Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung zu gewährleisten.

Da von der Möglichkeit der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bisher in der Praxis nur recht wenig Gebrauch gemacht worden ist (und wohl auch künftig werden wird) – ausweislich der bisherigen Erfahrungen der Krankenkassen (Schulte 2001) und auch der Privaten Krankenversicherung – und da überdies der Anspruch auf Kostenerstattung nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs der Höhe nach begrenzt ist auf den Betrag, der für die entsprechende Leistung im Inland aufgewendet würde, kommt eine Rechtfertigung derartiger Einschränkungen der Grundfreiheiten aufgrund einer möglichen Gefährdung der finanziellen Stabilität des gesamten Sozialleistungssystems nicht in Betracht. Es ist nämlich so, dass durch die Leistungsanspruchnahme im Ausland dem zuständigen Leistungsträger grundsätzlich keine zusätzlichen Kosten erwachsen, während Einsparungen durchaus möglich sind, wenn die entsprechende Leistung im Ausland kostengünstiger erbracht wird. Diese Rechtsauffassung hat der Europäische Gerichtshof mit seinem Urteil vom 13. Mai 2003 in der Rechtssache Müller-Fauré/van Riet bestätigt (EuGH, *Urteil vom 15.5.2003*).

Allerdings gibt es nach der Judikatur des Europäischen Gerichtshofs zum Schutz überragender Interessen Ausnahmen von dieser grundsätzlichen Zulässigkeit der Leistungsanspruchnahme im EU-Ausland. Ausnahmen stellen beispielsweise die flächen-

deckende Versorgung der gesamten Bevölkerung mit adäquaten Gesundheitsleistungen, die Gewährleistung der finanziellen Stabilität des sozialen Sicherungssystems oder auch die Plan- und Steuerbarkeit des Gesundheitssystems dar. So kann die Beibehaltung einer Genehmigungserfordernis für die Inanspruchnahme der stationären Krankenhausversorgung zulässig sein, wenn dies durch entsprechende zwingende Gründe gerechtfertigt ist, auf objektiven und nicht diskriminierenden Kriterien beruht (die im Voraus bekannt sind), mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit in Einklang steht, und wenn überdies sichergestellt ist, dass die Versagung einer derartigen Genehmigung in einem gerichtlichen Verfahren angefochten werden kann.

Der deutsche Gesetzgeber hat in dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) dieser Judikatur dergestalt Rechnung getragen, dass nicht nur die Inanspruchnahme von EU-ausländischen Gesundheitsleistungen durch deutsche Versicherte im Wege der Kostenerstattung grundsätzlich (mit Ausnahme der stationären Krankenhausversorgung) und auch der Internet-Handel mit Humanarzneimitteln zugelassen worden sind, sondern auch die Möglichkeit eröffnet worden ist, dass deutsche Krankenkassen zur Versorgung ihrer Patienten mit EU-ausländischen Leistungsanbietern Verträge abschließen können. Hier ist ein „Paradigmenwechsel“ in der deutschen Gesundheitspolitik zu registrieren, denn Entwicklungen auf EU-Ebene werden nicht als „politisch-tendenziell“ grundsätzlich restriktiv auszulegende und defensiv zu behandelnde Herausforderungen, Risiken und Gefahren für das Bestehende, sondern als Chancen für das Zukünftige betrachtet. Das sich hier im Kern abzeichnende „Europa der Gesundheit“ wird Teil des „Europäischen Sozialraums“ sein, der eine Ergänzung zum gemeinsamen europäischen Markt darstellt und der langfristig auch das Bildungswesen und den Arbeitsmarkt in größerem Umfang als bisher „europäisieren“ wird (von Maydell und Schulte 2001).

Wenn wirtschaftliche Aktivitäten in den Mitgliedstaaten auch im Bereich der sozialen Daseinsvorsorge und damit auch im Gesundheitswesen grundsätzlich von den Vorschriften des Europäischen Wettbewerbsrechts betroffen sind, ist gleichzeitig einschränkend darauf hinzuweisen, dass die einschlägigen EG-rechtlichen Vorschriften keineswegs ausschließlich die Aufgabe haben, einen „vollkommenen unverfälschten Wettbewerb unionsweit“ zu gewährleisten. Vielmehr lassen sie gemäß Artikel 86 Absatz 2 EG-Vertrag die Erbringung von so genannten Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse auch in einer den Wettbewerb einschränkenden Weise zu (wobei diese Ausnahmebestimmung offenkundig bewusst vage und offen formuliert ist, um die unterschiedlichen Ausgestaltungen derartiger Dienstleistungen in den Mitgliedstaaten abdecken zu können). Die durch den Vertrag über die Europäische Union in den EG-Vertrag ein-

gefügte Vorschrift des Artikel 16 EG hat nicht nur diesen Ausnahmetatbestand bestätigt und damit das „Reservat“ gemeinwohlorientierter Leistungen gestärkt, sondern die Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse zu einer eigenständigen Aufgabe gemacht. Deren Einlösung ist auch ein gemeinschaftsrechtliches Anliegen und damit zugleich eine Pflicht der Gemeinschaftsorgane. Das Europäische Gemeinschaftsrecht enthält also einen von den Mitgliedstaaten einzulösenden Gemeinwohlvorbehalt. Damit wird Europäische Union und Mitgliedstaaten gemeinsam die Aufgabe gestellt, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen wirtschaftlichen und sozialen Zielsetzungen herzustellen. Hierdurch werden gemeinwohlorientierte Wirtschaftsformen im Rahmen der Europäischen Wirtschaftsverfassung gegenüber dem Konzept einer reinen Marktwirtschaft dergestalt gestärkt, dass diese Aktivitäten als legitime und eigenständige Komponenten der Europäischen Wirtschaftsverfassung anerkannt werden.

Der Europäische Gerichtshof hat mit Urteil vom 16. März 2004 in der Rechtssache AOK-Bundesverband für Recht erkannt, dass die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände bei der Festsetzung von Arzneimittel-Festbeträgen keine wirtschaftlichen Tätigkeiten ausüben und damit keine Unternehmen sind (EuGH, Rs.C-264/1). Die Spitzenverbände der Krankenkassen dürfen deshalb weiterhin gemeinsam und einheitlich Erstattungshöchstgrenzen für Arzneimittel bestimmen und sind dabei nicht als Unternehmen oder Unternehmensvereinigungen im wettbewerbsrechtlichen Sinne zu qualifizieren, denn

- sie wirken an der Verwaltung des Systems der sozialen Sicherheit mit und übernehmen dabei eine soziale Aufgabe, die auf dem Grundsatz der Solidarität beruht und ohne Gewinnerzielungsabsicht ausgeübt wird;
- die Kassen bieten ihren Mitgliedern überdies im Wesentlichen gleiche Pflichtleistungen an, die unabhängig von der Beitragshöhe sind;
- sie können auch keinen Einfluss auf die Leistungen nehmen, da sie im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zu einer Art Solidargemeinschaft zusammengeschlossen sind;
- sie konkurrieren weder miteinander noch mit den privaten Einrichtungen hinsichtlich der Erbringung der im Bereich der Behandlung oder der Arzneimittel gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen.

#### ■ 4. „Offene Methode der Koordinierung“ als politische Strategie in der Europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik

Auf Vorschlag der Europäischen Kommission in ihrer Mitteilung „Eine konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozial-schutzes“ hat der Rat Ende der 90er Jahre eine Vorgehensweise im Hinblick auf die Sozialschutzsysteme beschlossen, die den gegen-

seitigen Informationsaustausch verbessern und eine kontinuierliche Analyse aktueller politischer Entwicklungen unterstützen soll. Dies geschah angesichts der bedeutenden gemeinsamen Herausforderungen in Gestalt der sich verändernden Arbeitswelt, neuer gesellschaftlicher Strukturen und vor allem des demographischen Wandels, vor denen alle Mitgliedstaaten stehen.

Der Entscheidungsprozess der Europäischen Union beruht seit Gründung der Europäischen Gemeinschaften auf der so genannten Gemeinschaftsmethode. Diese zeichnet sich im Wesentlichen durch folgende Merkmale aus: Die Europäische Kommission hat das Monopol für die Vorlage von Rechtssetzungsvorschlägen. Der Ministerrat, der die Mitgliedstaaten vertritt, entscheidet in den meisten Fällen mit qualifizierter Mehrheit. Wenn das Europäische Parlament nicht als Mitgesetzgeber auftritt, muss es zumindest konsultiert werden. Darüber hinaus werden auch der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss sowie der Ausschuss der Regionen in vertraglich festgelegten Politikbereichen konsultiert. Die Mitgliedstaaten sind grundsätzlich für die Umsetzung der EU-Politik zuständig.

Zu den wichtigsten Initiativen, die in jüngster Zeit in Hinblick auf die Fortentwicklung der Europäischen Sozialpolitik unternommen worden sind, gehört diejenige nach einer Vertiefung der so genannten Offenen Methode der Koordinierung (OMK). Sie ist vom Europäischen Rat in Lissabon im Jahr 2000 als neue politische Strategie dort eingeführt worden, wo es der Europäischen Gemeinschaft an gesetzgeberischer Zuständigkeit fehlt. Die OMK strebt unter Respektierung des Subsidiaritätsprinzips ein freiwilliges Zusammenwirken der Mitgliedstaaten unter Assistenz der Europäischen Kommission an.

Die Bereiche „Armutsbekämpfung/soziale Eingliederung“, „Alterssicherung“ und „Gesundheitssicherung und Pflege für ältere Menschen“ werden nach dem Vorbild der mittlerweile im EG-Vertrag im so genannten Beschäftigungstitel der Artikel 125–130 EG rechtlich verankerten Europäischen Beschäftigungsstrategie von den Mitgliedstaaten gemeinsam gestaltet. Dies geschieht so, dass – bereichsspezifisch und damit für die einzelnen Politikbereiche unterschiedlich – jeweils gemeinsame Zielvorstellungen festgelegt, ihre Umsetzung auf nationaler Ebene anhand spezifischer Indikatoren in nationalen Berichten dargestellt und gegebenenfalls in Gestalt eines „Benchmarking“ dann ein Prozess des wechselseitigen Lernens eingeleitet wird. Dieser Prozess soll dazu führen, dass in anderen Mitgliedstaaten gefundene Lösungen für spezifische Probleme als „best practices“ übernommen werden.

Die Europäische Kommission definiert die OMK wie folgt: „Die offene Methode der Koordinierung anzuwenden bedeutet, dass alle Mitgliedstaaten in einem bestimmten Politikbereich gemein-

## Europäische Vorgaben für die nationalen Gesundheitssysteme

same Ziele festlegen, nationale Aktionspläne ausarbeiten, ihre jeweilige Leistung unter Anleitung der Kommission gegenseitig überprüfen und aus ihren Erfolgen und Misserfolgen lernen. Dies ist eine neue Art der Zusammenarbeit in der EU – nicht mehr allein durch Rechtsetzung, sondern auch durch eine flexible, aber doch strukturierte Kooperation zwischen den Mitgliedstaaten.“ (*Europäische Kommission 2002*)

Seit dem Europäischen Rat Lissabon 2000 wird die OMK, nachdem sie bereits bei der Entwicklung einer Europäischen Beschäftigungsstrategie praktiziert worden ist, auch in den Bereichen „soziale Eingliederung“ und „Renten“ praktiziert. Ihre Anwendung im Gesundheits- und Altenpflegebereich steht an.

Zu dieser Form der politischen Koordinierung gehören die Festlegung von Leitlinien, ein „Benchmarking“ sowie die Einrichtung eines Evaluierungssystems des erreichten Fortschritts mit Hilfe eines „Peer Group-Review“. Das Verfahren ist angesichts seiner Freiwilligkeit auf Konsensbildung angelegt, ist also ein konsentiertes Verfahren. Da die Initiative zu den Verfahren von den Mitgliedstaaten ausgeht – auch im Hinblick auf die gewählte Methode –, sind sowohl die Ziele als auch die Indikatoren und „Benchmarks“ noch nicht von vornherein bestimmt, sondern werden während des laufenden Prozesses festgelegt.

Der Sozialschutzausschuss, bestehend aus Mitarbeitern der Arbeits- und Sozialministerien der Mitgliedstaaten, ist mit der Umsetzung und Durchführung der OMK im Bereich des Sozialschutzes befasst. Der Europäische Rat von Göteborg 2001 hatte der EU-Kommission den Auftrag erteilt, einen Bericht über Leitlinien im Bereich des Gesundheitswesens und der Altenpflege zu erstellen. Mit ihrer Mitteilung „Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern“ vom 5. Dezember 2002 ist die EU-Kommission diesem Auftrag nachgekommen (*Schreiber 2005*). Im Gesundheitswesen sind danach vor allem folgende drei Herausforderungen zu meistern (*Busse 2002*):

- Zugänglichkeit gewährleisten,
- einen hohen Standard bei Qualität und Angebot garantieren,
- die finanzielle Nachhaltigkeit der Finanzierung des Systems sicherstellen.

Die Europäische Kommission hat einen Vorschlag für einen gemeinsamen Bericht „Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus“ vorgelegt, der als zweiter Bericht über Gesundheitswesen und Altenpflege vom Europäischen Rat 2003 zur Kenntnis genommen worden ist (*Kommission 2002*). In der Mitteilung der Europäischen Kommission zur Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege vom 20. April

2004 sind die Mitgliedstaaten aufgefordert worden, sicherzustellen, dass ein hochwertiges Pflegeangebot insbesondere für dauerhaft pflegebedürftige Personen, einkommensschwache und ethnische Minderheiten sowie Menschen mit Behinderung besteht. Darüber hinaus werden die Koordination zwischen Sozialfürsorge, Grundversorgung und Krankenversorgung sowie die Förderung von Palliativmedizin und Sterbebegleitung eingefordert. Die Mitgliedstaaten mussten bis April 2005 zu den Herausforderungen und Reformanstrengungen im Bereich Gesundheit und Pflege Stellung nehmen. Ausgangspunkt hierfür waren die drei allgemein akzeptierten Ziele Zugang, Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit. Eine Bewertung dieser Berichte durch die Kommission ist nicht vorgesehen – das zeigt die Zurückhaltung, mit der die OMK Gesundheitsversorgung und Pflege betrieben wird.

In der Indikatoren-Untergruppe des Sozialschutzausschusses finden immerhin bereits erste vorbereitende Arbeiten zur Bildung von Indikatoren statt. Der dafür gegebene konzeptionelle Rahmen wird zwischen Input (finanzielle Ressourcen, Arbeit, Technologie), Output (Dienste der Gesundheitsversorgung) und Outcome (Qualität der Pflege, verbesserter Gesundheitszustand) unterscheiden müssen. Eine langfristige finanzielle Nachhaltigkeit ist Grundvoraussetzung für ein dauerhaft stabiles Gesundheitswesen, und es ist eine weitere Aufgabe der Politik, auf nationaler und Europäischer Ebene hierfür geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen. Auf der anderen Seite muss vermieden werden, dass gesundheitspolitische Entwicklungen und Ziele nur noch unter fiskalischen Gesichtspunkten bewertet werden. Die OMK Gesundheit und Langzeitpflege ist insofern auch unter dem Aspekt einer Stärkung der wirtschaftlichen und insbesondere der sozialen Dimension des Lissabon-Prozesses zu sehen. Die Straffung des OMK-Prozesses darf nicht dazu führen, dass gesundheitsbezogene, zum Beispiel präventive und rehabilitative Politikansätze zugunsten einer rein fiskalpolitischen Betrachtungsweise vernachlässigt werden. Die Verantwortung aller an dem OMK-Prozess Beteiligten besteht vielmehr darin, die Komplexität und Vielfalt der nationalen Gesundheitspolitik zu bewahren.

Am 27. Mai 2003 hat die EU-Kommission eine Mitteilung zur Stärkung der sozialen Dimension der Lissabonner Strategie veröffentlicht, in der sie eine Straffung („Streamlining“) der OMK im Bereich Sozialschutz vorschlägt. „Streamlining“ der OMK bezieht sich danach auf die Koordinierungsprozesse in folgenden drei Politikbereichen:

- „Koordination der Wirtschaftspolitiken der EU-Mitgliedstaaten mit der Europäischen Beschäftigungsstrategie“;
- „Koordination der Sozialschutzpolitiken“ (also zwischen den Themenbereichen „soziale Eingliederung und Bekämpfung der Armut“, „Renten“, „Gesundheitswesen und Altenpflege“ und „Arbeit lohnend machen“);

■ „Koordination von Sozialschutzpolitik mit den benachbarten Politikfeldern Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik.“

Diese Straffung der OMK soll vor allem dadurch erfolgen, dass gemeinsame Ziele der Berichte „soziale Eingliederung und Bekämpfung der Armut“, „Alterssicherung“ sowie „Gesundheitswesen und Altenpflege“ in einen einzigen gemeinsamen Sozialschutzbericht der Europäischen Kommission und des Rates einfließen. Dann soll eine Synchronisierung dieses „gestrafften“ Prozesses im Bereich Sozialschutz mit den Grundzügen der Wirtschaftspolitik und der Europäischen Beschäftigungsstrategie in der Weise erfolgen, dass das Bündel gemeinsamer Ziele für den Sozialschutzbericht mit den im Jahr 2006 zu verabschiedenden Grundzügen der Wirtschaftspolitik und beschäftigungspolitischen Leitlinien abgestimmt und verzahnt wird.

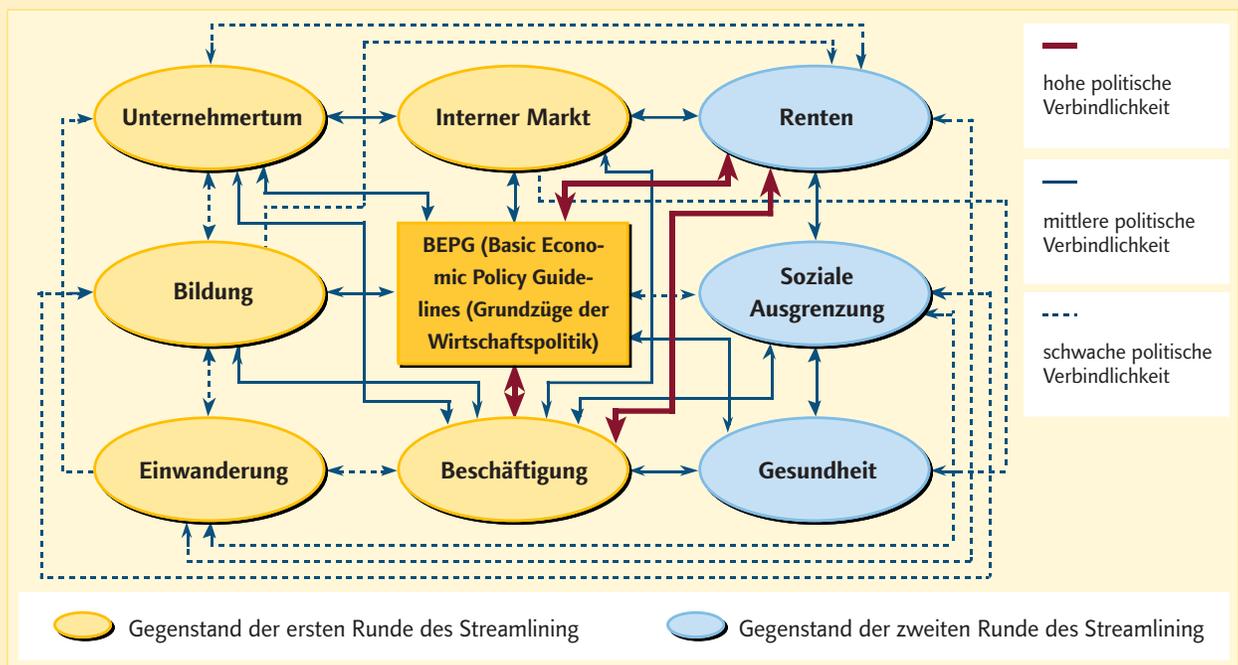
Was die Zukunft der Europäischen Gesundheitspolitik angeht, so hat die Europäische Kommission am 20. April 2004 eine Mitteilung zum Bericht des so genannten „Reflexionsprozesses auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union“ vorgelegt (Kommission 2004). Der Bericht ist von den Gesundheitsministern der Mitgliedstaaten und Vertretern der Patienten, der Gesundheitsberufe, der Krankenversicherungsträger und des Eu-

ropäischen Parlaments erstellt worden. Hier finden sich einige Grundsatzaussagen, auf deren Basis die neue Europäische Gesundheitsstrategie entwickelt werden soll. Zunächst ist davon auszugehen, dass die Mitgliedstaaten ungeachtet unterschiedlicher Gesundheitssysteme bei der Umsetzung der gemeinsamen Grundsätze – Universalität, Solidarität und Gleichheit – vor vergleichbaren Herausforderungen stehen. Zu deren Lösung kann eine verstärkte, zielgerichtete europäische Zusammenarbeit beitragen, wobei jedoch die vorrangige Verantwortung der Mitgliedstaaten für ihr Gesundheitssystem gewahrt bleibt.

Die Qualität der Versorgung zu verbessern ist eine ständige Aufgabe in jedem Gesundheitssystem. Die permanente Evaluierung neuer Methoden und Leistungen sowie ein entwickeltes Health Technology Assessment (HTA) sind die entsprechenden Instrumente. In Deutschland ist zu diesem Zweck das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ins Leben gerufen worden. Da alle Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten in dieser Hinsicht vor denselben Herausforderungen stehen, wäre es aus Sicht der Kommission sinnvoll, dass die Europäische Gemeinschaft hier einen entsprechenden Informations- und Datenaustausch etablierte (Schneider 2002).

ABBILDUNG 1

Die Wege zur Abstimmung der Politiken der Europäischen Mitgliedstaaten im Sozialbereich



## Europäische Vorgaben für die nationalen Gesundheitssysteme

Durch eine stärkere Zusammenarbeit auf europäischer Ebene können für Patienten, Leistungserbringer, Beitragszahler und Finanzierungsträger Verbesserungen erreicht werden. So müssen die mit der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs geschaffenen erweiterten Möglichkeiten einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung konkretisiert und durch zielgerichtete politische Maßnahmen gefördert und umgesetzt werden. Die dazu erforderlichen Schritte bedingen nicht durchweg gesamteuropäische Lösungen und Instrumente. Oft reichen auch bi- und multilaterale Vereinbarungen auf nichtstaatlicher Ebene zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern. Vor diesem Hintergrund sind die Themen Europäische Referenzzentren, Evaluierung von Gesundheitstechnologie und gemeinsame Nutzung freier Kapazitäten und grenzübergreifende Versorgung von besonderer Bedeutung.

Nach der Mitteilung der Kommission sollen europäische Referenzzentren Leistungen der Gesundheitsversorgung in Fällen erbringen, in denen eine besondere Bündelung von Ressourcen oder Fachwissen erforderlich ist, um eine qualitativ hoch stehende und kostenwirksame Versorgung, insbesondere bei seltenen Krankheiten sicherzustellen. Derartige Zentren können außerdem maßgeblich an Ausbildung und Forschung im Gesundheitsbereich und bei der Informationsverbreitung und -bewertung mitwirken. Das System soll flexibel, objektiv und transparent sein, mit klaren Kriterien arbeiten und sowohl Wissenschaftler als auch Leistungserbringer des Gesundheitswesens einbeziehen. Gerade in einer erweiterten Europäischen Union mit gewachsenen Unterschieden unter den Mitgliedstaaten in Bezug auf wirtschaftliche Ressourcen und daraus resultierende Finanzierungsmöglichkeiten ist die Gewährleistung einer hoch spezialisierten medizinischen Versorgung in der EU ein wichtiges Anliegen.

Die Entwicklungen in der Gesundheitstechnologie gehören – unabhängig vom jeweiligen Gesundheitssystem – zu den wichtigsten Ursachen für den Ausgabenanstieg in den europäischen Gesundheitssystemen in den letzten Jahrzehnten. Ungeachtet dieser Entwicklung findet eine Evaluierung von Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment) – hierunter sind insbesondere medizinische Geräte, Medizinprodukte und medizinische Verfahren zu verstehen – in Europa bisher nur in unzureichendem Maße statt. Es ist jedoch notwendig, neue Entwicklungen in der Gesundheitstechnologie angemessen zu evaluieren und mit anderen Behandlungsoptionen zu vergleichen, damit sie eine solide Evidenzgrundlage für Versorgungsentscheidungen bilden können. Als Lösung schlägt die Kommission vor, einen Koordinierungsmechanismus zu schaffen, der die bisher existierenden verschiedenen Projekte, Organisationen und Gremien miteinander verbindet und die Informationen und Ergebnisse in verwendbarer und effektiver Weise zusammenstellt.

Zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die in den letzten Jahren vor dem Hintergrund der Umsetzung der Decker/Kohll-Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs an Bedeutung zugenommen hat und die von den Patienten auch in zunehmendem Maß als Recht in Anspruch genommen und angesehen wird, gehören nach Auffassung der Kommission eine Vielzahl von Vorhaben:

- Projekte in Grenzregionen, in denen durch örtliche Vereinbarungen eine Zusammenarbeit ermöglicht wird, um bestehende Kapazitäten gemeinsam zu nutzen (z.B. EUREGIO Projekte),
- die Nutzung freier Kapazitäten – insbesondere in Krankenhäusern – durch Staatsangehörige anderer Mitgliedstaaten, in denen es Wartelisten gibt,
- die Erleichterung der Freizügigkeit der Bürger durch Vereinfachung der Verfahren und die Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte sowie
- die Vereinfachung der bestehenden Regelungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit durch die Modernisierung und Vereinfachung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 in Gestalt ihrer Ersetzung durch die Verordnung (EG) 883/2004.

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), zu deren Mitgliedern die gesetzlichen Sozialversicherungen, die privaten Kranken-, Pflege- und Lebensversicherungen, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, betriebliche Einrichtungen der Sozialen Sicherung, Gewerkschaften und Arbeitgeber, weitere gesellschaftlich relevante Institutionen sowie Wissenschaftler gehören, hat zu diesen Vorschlägen kritisch Stellung genommen (*Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung 2005*).

Die Europäischen Referenzzentren lassen aus Sicht der GVG eine Reihe von zentralen Fragen offen, die geklärt werden müssen, bevor weitere Schritte zur Ausgestaltung eines Netzwerks von Referenzzentren unternommen werden. So fehlt eine klare Bestimmung der Zielsetzung, der Zielgruppen und des Aufgabenbereiches dieser Zentren. Die Krankheitsbilder, die in einem europäischen Referenzzentrum behandelt werden sollen, sind nicht hinreichend eingegrenzt. Auch gibt es bisher keine Aussagen über die Maßstäbe für die Anerkennung als Referenzzentrum, zum Beispiel Qualitätskriterien. Auch zur Kostenfrage sind in der Mitteilung keine Aussagen gemacht worden. Die GVG begrüßt grundsätzlich das Vorhaben der Kommission, die Zusammenarbeit beim HTA zwischen den Mitgliedstaaten zu verbessern und den Zugang zu HTA-Berichten nationaler Einrichtungen zu erleichtern, sie gibt jedoch zu bedenken, dass die Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme in der EU sehr unterschiedlich sind. Die Einrichtung einer zentralen europäischen HTA-Datenbank, die die HTA-Berichte weltweit sammelt, wäre ein wichtiger Schritt hin zu einer höheren Transparenz und einem besseren Informationsaustausch in Sachen Gesundheitstechnologie.

Auch wäre eine weitere Standardisierung der Methodik zur medizinischen Wirksamkeitsbeurteilung sowie der HTA-Berichte im Sinne eines einheitlichen Berichtformats sinnvoll, um die Synergieeffekte zu erhöhen. Die GVG begrüßt schließlich, dass die Freizügigkeit der Patienten allgemein als Bestandteil der jedem Bürger zustehenden Freiheitsrechte des Binnenmarkts anerkannt wird und in vielen Staaten – so auch in Deutschland, mit dem GKV-Modernisierungsgesetz – sachgerechte Vorschriften erlassen worden sind. Dies geschieht auch vor dem Hintergrund, dass es in Ausnahmefällen notwendig sein mag, die Freizügigkeit durch im Allgemeininteresse begründete Steuerungselemente einzuschränken (hierzulande das Durchgangsarztverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung).

## ■ 5. Fazit

Die Beispiele zeigen, dass der Europäische Gesundheitsmarkt im Werden ist, und zwar nicht nur als Ergebnis des Europäischen Binnenmarktrechts, das die Durchsetzung der wirtschaftlichen Grundfreiheiten und des Prinzips des freien und unverfälschten Wettbewerbs verlangt. Das Recht wird im Übrigen zugleich im Hinblick

auf Dienste von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse – und damit auch Gesundheitsdienstleistungen – durch einen sich aus Artikel 16 und 86 Absatz 2 EG-Vertrag ableitenden Gemeinwohlvorbehalts, der national definiert wird, eingeschränkt. Die Entwicklung ist auch das Ergebnis medizinischer und gesundheitspolitischer sowie wirtschaftlicher Überlegungen. Künftige Gesundheitspolitik in Deutschland und den anderen Mitgliedstaaten ist eine Mehrebenenpolitik – nationale Ebene und Europäische Ebene –, wobei in der Bundesrepublik Deutschland den internen Ebenen von Bund, Ländern und Gemeinden die rechtlich eigenständigen Leistungsträger und Leistungserbringer als weitere Akteure hinzu treten. ♦

## Literatur

**Amtsblatt der EG (1992):** Nr. L 245 vom 26.8.1992, 49

**Berg W (1997):** Gesundheitsschutz als Aufgabe der EU-Entwicklung, Kompetenzen, Perspektiven. Nomos-Verlag, Baden-Baden.

**Bieback K-J (1992):** Soziale Sicherheit für den Fall der Krankheit und Mutterschaft In: Deutscher Sozialrechtsverband e.V. (Hrsg.). Europäisches Sozialrecht. Chmielorz: Wiesbaden, 51 ff.

**Bieback K-J (1991):** Einführender Diskussionsbeitrag. In: Schulte B/Zacher H (Hrsg.). Wechselwirkungen zwischem dem europäischen und dem Sozialrecht der Bundesrepublik Deutschland, Duncker & Humblot, Berlin, 177 ff.

**Bieback K-J (2005):** In: Fuchs M (Hrsg.). Europäisches Sozialrecht. 5. Auflage. Nomos-Verlag, Baden-Baden, I. Art. 18–24.

**Busse R/Wisman M/Berman P (eds.) (2002):** The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States. IOS Press, Amsterdam.

**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 Wissenschaft, Heft 2, 7 ff.

**Casey B (2003):** Koordination der „Koordination“: Über „Streamlining“ hinaus, in: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung/Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht (Hrsg.), Offene Methode der Koordinie-

rung im Bereich der Alterssicherung – Quo vadis? Internationale Tagung am 26. und 27. März 2003 in Berlin, DRV-Schriften: Frankfurt/Main.

**Eichenhofer E (2005),** in: Fuchs M (Hrsg.). Europäisches Sozialrecht. 4. Auflage. Nomos-Verlag, Baden-Baden, Art. 25.

**EuGH (1989):** Rechtssache 215/87 (Schumacher), Slg. 1989, 617, Rdnr. 20.

**EuGH (1992):** Rechtssache C-62/90 (Kommission ./ Deutschland), Slg. 1992, I-2575, Rdnr. 18.

**EuGH (1998):** Rechtssache C-160/96 (Molenaar), Slg. 1998, I-843.

**EuGH (1998):** Rechtssache C-120/95 (Decker), 1998, I-1838

**EuGH (1998):** Rechtssache C-158/96 (Kohll), Sammlung 1998, I-1938

**EuGH (2001):** Rechtssache C-215/99 (Jauch), Slg. 2001, I-1901.

**EuGH (2001):** Rechtssache C-157/99 (Geraets-Smits und Peerbooms), Slg. 2001, I-5473 Rdnrn. 83 ff.

**EuGH (2003):** Urteil vom 15.5.2003, Rechtssache C-385/99 (Müller-Fauré/van Riet), Slg. 2003, I-4309.

**EuGH (2004):** Rechtssache C-264/01 (AOK u. a.), Urteil vom 16.3.2004 in Slg. noch nicht veröff.

**Europäische Kommission (2002):** Beschäftigung und Soziales, Sozialagenda, April 2002, 7.

**Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2005):** Die GVG zur Patientenmobilität und den Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union, in: GVG Informationsdienst 305, Köln.

## Europäische Vorgaben für die nationalen Gesundheitssysteme

**Godry R (1999):** Diskussionsbeitrag. In: Schulte B/Barwig K (Hrsg.). Freizügigkeit und Soziale Sicherheit. Nomos, Baden-Baden, 109 ff.

**Hanika H (1998):** Europäische Gesundheitspolitik. Stärkung der Kompetenzen der Europäischen Union im Gesundheitswesen durch die Neufassung des Artikels 152 EG-Vertrag, in: Medizinrecht, 19ff.

**Kommission (2002):** Mitteilung „Modernisierung des Sozial-schutzes“, 774.

**Kommission (2004):** Soziale Daseinsvorsorge in Europa, 301; endgültige Stellungnahme des Rates dazu vom 2. Juni 2004.

**Neumann-Duesberg R (1991):** Leistungen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. In: Schulte B/Barwig K (Hrsg.): Freizügigkeit und Soziale Sicherheit. Duncker&Humblot Berlin, 89 ff.

**Pitschas R (1993):** Inhalt und Reichweite des Mandats der Europäischen Gemeinschaft auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 43: 468 ff., 483.

**Pitschas R (1994):** Europäische Gesundheitspolitik und berufliche Sozialarbeit im Gesundheitswesen, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Heft 44: 459 ff., 462.

**Schneider M (2002):** Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsstatistik in der Europäischen Union. Stand und Perspektiven im Hinblick auf die „offene Methode der Koordinierung“, in: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Heft 2: 15 ff.

**Schreiber A (2005):** Die Offene Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen und zur aktuellen Situation, in: Sozialer Fortschritt, Heft 54: 149 ff.

**Schuler R (2005):** In: Fuchs M (Hrsg.). Europäisches Sozialrecht. 4. Auflage. Nomos-Verlag, Baden-Baden, Art. 26–34

**Schulte B (1998):** Kompetenzen der Europäischen Union – rechtlicher und institutioneller Rahmen. Rolle des EuGH. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung

(Hrsg.). Auswirkungen der Politik der Europäischen Union auf das Gesundheitswesen und Perspektiven. GVG, Köln, 59 ff.

**Schulte B (2001/2002):** Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit im Gemeinsamen Markt: Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitswesen. Teil 1: Bestandsaufnahme, in: Arbeit und Sozialpolitik (ASP), Heft 7/8: 36 ff.; Teil 2: Perspektiven, Heft 1: 43 ff.

**Schulte B (2003):** Europäisches Wirtschaftsrecht und die VO 1408/71/EWG. In: Grillberger K/Mosler R (Hrsg.). Europäisches Wirtschaftsrecht und soziale Krankenversicherung. Manz, Wien, 121 ff.

**Sendler H (1991):** Diskussionsbeitrag, in: Schulte B/Zacher H (Hrsg.). Wechselwirkungen zwischen dem europäischen und dem Sozialrecht der Bundesrepublik Deutschland, Duncker & Humblot, Berlin, 169 ff.

**Stachl A (1999):** Statement. In: Schulte B/Barwig K (Hrsg.). Freizügigkeit und Soziale Sicherheit. Nomos, Baden-Baden, 123 ff.

**Steinmeyer H-D (2002):** Krankheit und Mutterschaft. In: Hanau P/Steinmeyer H-D/Wank R (Hrsg.). Handbuch des europäischen Arbeits- und Sozialrechts. C.H.Beck, München, 986 ff.

**von Maydell B (1995):** Internationales Krankenversicherungsrecht. In: Schulin B (Hrsg.). Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Band 1, Krankenversicherungsrecht. C.H.Beck, München.

**von Maydell B/Schulte B (2001):** Gesundheitsmarkt ohne Grenzen in Europa, in: Die Krankenversicherung, 207 ff.

**von Schwanenflügel M (1996):** Die Entwicklung der Kompetenzen der Europäischen Union im Gesundheitswesen. Erich Schmidt Verlag, Berlin.

**Wicke G (1992):** Statement. In: Deutscher Sozialrechtsverband e.V. (Hrsg.). Europäisches Sozialrecht, Chmielorz, Wiesbaden, 71 ff.

### DER AUTOR



#### Dr. Bernd Schulte

Studium der Rechtswissenschaft an den Universitäten Bonn und Dijon (Frankreich). Seit 1980 Referent am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht, München. Tätigkeit als Berater für

die Europäische Kommission, den Europarat, die Internationale Arbeitsorganisation (ILO), das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).