

Neue Verfassung, neue Sozialpolitik?

Brüssels Arm reicht weit: Schon heute gibt das europäische Recht in vielen Politikbereichen vor, wo's national lang zu gehen hat. Wie groß aber ist der Einfluss der Europäischen Union auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten? Bahnt sich durch die geplante Verfassung eine andere EU-Gesundheitspolitik an? Antworten von Reinhard Busse

Europäische Union (EU) und nationale Gesundheitspolitik – das Verhältnis zwischen ihnen war, ist und bleibt aller Voraussicht nach umstritten. Dabei dürfte es ziemlich egal sein, ob der EG-Gründungsvertrag (EGV) bleibt oder durch eine europäische Verfassung abgelöst wird. Die rechtlichen und politischen Grundlagen, ihre Interpretation und die Handlungen der EU-Kommission und der Mitgliedstaaten werden so oder so immer undurchschaubarer – und 2003 hat sich auch ohne Verabschiedung einer Verfassung so viel getan, dass eine Standortbestimmung nötiger denn je ist.

Lange Zeit waren viele Akteure im Gesundheitswesen (nicht nur in Deutschland) der Meinung, dass die „Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in der alleinigen Zuständigkeit der EU-Mitgliedstaaten liegen“ (Ar-

beitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2002). Sie beriefen sich dabei auf Artikel 152 Absatz 5 EGV. Danach wird bei der „Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung ... die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt.“ Zwei Dinge wurden dabei übersehen: Zum einen bezieht sich diese Einschränkung nur auf die in Artikel 152 explizit genannten Maßnahmen. Zum anderen ist das EU-Mandat hinsichtlich Gesundheit inzwischen ziemlich weitreichend.

Gesundheitspolitische Kompetenzen der EU: Beginnen wir mit dem zweiten Punkt: Artikel 3, Absatz 1 (p), verpflichtet die Gemeinschaft, in all ihren Politiken und Maßnahmen einen Bei-

trag zur Erreichung eines hohen Niveaus beim Gesundheitsschutz zu leisten. Artikel 30 stellt den freien Warenverkehr unter einen Gesundheitsschutzvorbehalt, Artikel 39 die Freizügigkeit von Arbeitnehmern, Artikel 46 das Niederlassungsrecht und Artikel 95 die Angleichung von Rechtsvorschriften. Verkürzt lässt sich also feststellen: Viele Grundpfeiler der EU, insbesondere der Binnenmarkt mit seinen vier Grundfreiheiten für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital können – und müssen – dann eingeschränkt werden, wenn die Gesundheit der Bürger gefährdet ist. Beispiel: die Exportverbote von Rindfleisch aus EU-Ländern mit bestätigten BSE-Fällen in andere Mitgliedstaaten. Verkauf und Verzehr innerhalb der betroffenen Länder einzuschränken, lag und liegt dagegen außerhalb der Gemeinschaftskompetenz. Die BSE-Krise führte dazu, dass „Gesundheit“ auf EU-Ebene als eng verflochten mit dem Verbraucherschutz gesehen wird. Beleg dafür: die Bildung der „Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz“.

Fest steht, dass die gesundheitlichen Belange bei vielen Gemeinschaftspolitiken zu berücksichtigen sind – und die nationalen Gesundheitsminister können auf EU-Ebene in vielen Politikbereichen mitbestimmen. Nur in einem Bereich haben sie Nichts zu sagen: im Gesundheitssystem (Artikel 152 Absatz 5). Das heisst aber nicht, dass die EU keinerlei Kompetenzen hätte, die Einfluss auf die Organisation dieser Systeme haben.

bestimmungen. Dass sich jetzt EU-weit die Erkenntnis durchgesetzt hat, dass die Gesundheitssysteme nicht im EU-rechtsfreien Raum existieren, sondern dass sie den vier Freiheiten unterworfen sind, ist dem EuGH zu verdanken. Er hat seit 1998 in einer Reihe Aufsehen erregender Urteile darüber befunden, ob und inwiefern der EGV auch für die Gesundheitssysteme anzuwenden ist. Hier sei kurz angemerkt: Die von einigen gezogene Schlussfolgerung, der EuGH sei für die Ausweitung von EU-Kompetenzen in diesem Bereich verantwortlich, ist falsch. Denn: Der Gerichtshof stützt seine Urteile auf den EGV.

Was der EuGH entschieden hat: Bereits vor ziemlich genau sechs Jahren stellte der EuGH in den Rechtssachen Decker (Aktenzeichen C-120/95) und Kohll (Aktenzeichen C-158/96) fest, dass medizinische Waren wie Brillen Waren im Sinne des EGV sind, also grundsätzlich dem freien Warenverkehr unterliegen und medizinische Dienstleistungen wie zahnärztliche Behandlungen dem freien Dienstleistungsverkehr. Nach dem Urteil bekam der Luxemburger Decker also die Kosten seiner in Belgien erstandenen Brille von seiner Krankenkasse erstattet, und dessen Landsmann Kohll die Kosten der kieferchirurgischen Behandlung seiner Tochter in Trier.

Bis zu diesen Urteilen war man davon ausgegangen, dass der freie Waren- und Dienstleistungsverkehr nicht für die Gesund-

Unumstritten ist etwa, dass die Defizite öffentlicher Gesundheitssysteme einschließlich der Systeme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf die Verschuldungsgrenzen nach Maastricht angerechnet werden. Das GKV-Defizit – bei uns immerhin rund drei Milliarden Euro pro Jahr im Zeitraum 2001 bis 2003 – war ein Grund für das Überschreiten der Drei-Prozent-Verschuldungsgrenze durch Deutschland.

Einfluss der EU auf die Gesundheitssysteme: Natürlich wirken sich auch die EU-Richtlinien und Verordnungen zu den Arbeitsbedingungen direkt auf die nationalen Gesundheitssysteme aus: So hat sich England lange gegen die Arbeitszeit-Richtlinie gewandt – und zwar ausschließlich wegen der höheren Arbeitszeit jüngerer Ärzte. Während wir hier zu Lande diese Diskussion viele Jahre nur als Zaungäste beobachtet haben, holte uns im Jahr 2003 diese Richtlinie ebenfalls ein, als der Europäische Gerichtshof (EuGH) den Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit wertete. Zudem beeinflusst das EU-Wettbewerbsbeziehungsweise Kartellrecht unser Gesundheitssystem nachhaltig: Erinnert sei hier nur an die zweijährige Aussetzung der Kompetenz der Kassen, Arzneifestbeträge zu bestimmen.

All diese Bereiche wären aber vermutlich öffentlich kaum wahrgenommen worden, wären da nicht die Binnenmarkt-

heitssysteme zutrefte. Als die Urteile gefällt waren, machten sich denn auch sogleich die gesundheitspolitischen Bedenken in allen EU-Staaten ans Werk. Sie redeten die potenziellen Auswirkungen der Luxemburger Rechtsprechung klein und werteten sie als nicht allgemeingültig. Der EuGH hätte nicht die Kompetenz gehabt, so zu urteilen. Zudem würden seine Entscheidungen nur für ambulante Waren und Dienstleistungen gelten und auch nur für Länder mit einem Kostenerstattungsprinzip und nicht für die mit Sachleistungsprinzip.

Doch bald darauf wurden diese Zweifler und Kritiker eines Besseren belehrt: durch die EuGH-Urteile in den Rechtssachen Geraets-Smits/Peerbooms (C-157/99) und Vanbraekel (C-368/98) im Jahre 2001. Exemplarisch sei an dieser Stelle nur auf den Fall des Niederländers Peerbooms eingegangen. Der Holländer war ins Koma gefallen. Seine Angehörigen wollten ihm eine spezielle Komatherapie zukommen lassen, die von den niederländischen Krankenkassen im Rahmen einer Studie für Personen unter 25 Jahre bezahlt wurde. Peerbooms aber war älter. Die Angehörigen ließen ihn nach Österreich verlegen. Er bekam dort diese Therapie, die im österreichischen Leistungskatalog enthalten ist. Nachdem er schließlich genesen war, reichte er die Rechnung bei seiner Krankenkasse ein, um sich die Behandlungskosten erstatten zu lassen. Seine Kasse lehnte

die Kostenerstattung aber mit der Begründung ab, die Behandlung sei nicht genehmigt worden. Außerdem sähe der niederländische Leistungskatalog eine solche Behandlung nicht vor. Nun musste der EuGH über eine ausgeschlossene stationäre Leistung in einem Land mit Sachleistungsprinzip entscheiden.

Das Gericht stellte schließlich fest: Ein Land kann zwar Leistungen ausschließen. Dies dürfe aber nicht willkürlich geschehen, zum Beispiel weil einheimische Ärzte ohne gute Gründe eine alternative Therapie bevorzugen. Leistungen dürften nur dann ausgeschlossen werden, wenn die internationale medizinische Literatur nicht belege, dass sie wirksam seien.

Herrn Peerbooms brachte dieses Urteil zwar Nichts, da sich der niederländische Leistungsausschluss als gerechtfertigt im Sinne von Evidenz-basierter Medizin herausstellte. Aber konsequent durchdacht bedeutet dieses Urteil, dass die Möglichkeiten der EU-Staaten, den Leistungskatalog auf wirksame Leistungen zu begrenzen, nach dem Europarecht stark eingeschränkt sind. Natürlich haben die EuGH-Urteile auf die Binnenversorgung keine direkte Auswirkung. Aber auf Dauer wird es wohl kaum zu rechtfertigen sein, Leistungen, die bei

Grenzüberschreitung von den Krankenkassen bezahlt werden müssen, den in Deutschland Bleibenden zu verweigern. Angenommen, Deutschland grenzt eine effektive Maßnahme aus seinem Leistungskatalog aus. Solange diese in Belgien im Leistungskatalog verbleibt, müssten die hiesigen Krankenkassen allen GKV-Versicherten, die nach Belgien gehen, diese auch bezahlen. Im Inland würde sie dagegen verweigert – auf Dauer wäre das wohl kaum denkbar. Weiter gedacht führt eine solche Entwicklung zu einem europäischen (Kern-)Leistungskatalog – ein Trend, den viele verhindern wollen.

Außerdem bejahte der EuGH, dass nach dem Sachleistungsprinzip erbrachte Leistungen Dienstleistungen nach dem EGV-Vertrag sind – stationäre Leistungen grundsätzlich auch. Bei Krankenhausleistungen müsse aber geprüft werden, ob es der im EGV stehende Gesundheitsvorbehalt rechtfertige, die Freizügigkeit einzuschränken, etwa um ein am Bedarf orientiertes Angebot vorhalten zu können. Zugleich dürfe aber eine Genehmigung durch die heimische Kasse dann nicht verweigert werden, wenn die Wartezeiten unangemessen lang oder wenn entsprechende Kapazitäten im Land nicht vorhanden wären.

An dieser Stelle ist es chronologisch gerechtfertigt innezuhalten. Wir schreiben das Jahr 2002 und mindestens zwei entscheidende Dinge passieren, die potenziell die weitere Entwicklung beeinflussen können: Zum einen treffen sich am 8. Februar 2002 sich die europäischen Gesundheitsminister in Malaga. Sie stellen zum ersten Mal förmlich fest, dass Binnenmarktregeln ständig und massiv in die nationalen Gesundheitssysteme eingreifen. Am 26. Juni beschließen die Minister, eine so genannte hochrangige Reflexionsgruppe einzuberufen. An ihr nehmen 14 Minister sowie Vertreter von Organisationen wie der Association Internationale de la Mutualité, der European Health Management Association oder des European Patients Forum teil. Zum anderen wird der europäische Konvent zur Erarbeitung eines EGV-Nachfolgers, später Verfassungsentwurf genannt, eingesetzt. Wenn von einem Gremium eine eindeutige Klärung der gesundheitspolitischen Kompetenzen zu erwarten gewesen wäre, dann vom Konvent. Aber dazu später mehr.

Zunächst noch mal zurück zum EuGH: Am 13. Mai 2003 entschied er in zwei weiteren Fällen (C-385/99). Im ersten Fall hatte die Holländerin Müller-Fauré ihren Urlaub in Deutschland dazu genutzt, um sich hier einer zahnärztlichen Behandlung zu unterziehen, ohne zuvor eine Genehmigung von ihrer Krankenkasse eingeholt zu haben. Nach ihrer Rückkehr in die Niederlande beantragte sie die Erstattung der Behandlungskosten. Dies wurde abgelehnt: Es habe sich nicht um einen Notfall gehandelt. Außerdem habe sich die Patientin von einem Zahnarzt behandeln lassen, mit dem ihre Krankenversicherung keine vertragliche Vereinbarung geschlossen habe.

In einem anderen Fall, dem der Niederländerin van Riet, hatte der Hausarzt die Kostenübernahme für eine Arthroskopie in einem belgischen Krankenhaus vorab beantragt. Der Eingriff konnte dort zu einem früheren Termin erfolgen als in Holland. Die zuständige Kasse hatte diesen Antrag abgelehnt. Begründung: Die Behandlung könne auch in den Niederlanden erfolgen. Zwischenzeitlich hatte sich die Betroffene aber bereits der Behandlung in Belgien unterzogen. Auch hier wurde die Kostentübernahme mit der Begründung abgelehnt, die erforderliche und geeignete Behandlung sei in den Niederlanden in einem angemessenen Zeitraum möglich gewesen.

Gegen die abschlägigen Bescheide ihrer Kassen klagten die Betroffenen vor dem zuständigen nationalen Gericht. Die niederländischen Richter fragten den EuGH, ob das Erfordernis, sich die Übernahme der Kosten für eine medizinische Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat durch einen Arzt oder ein Krankenhaus, mit denen die Kasse keine vertragliche Vereinbarung geschlossen hat, vorher genehmigen zu lassen, gegen den Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs verstoße. Falls der EuGH dies bejahe, wollte das niederländische Gericht wissen, ob das Prinzip der vorherigen Genehmigung wegen eines zwingenden Grundes des Allgemeininteresses eine Ausnahme vom Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs darstelle. Außerdem bat das niederländische Gericht den EuGH darum, den Begriff „rechtzeitig“ zu klären. Es handelt sich dabei um eine der beiden Voraussetzungen, von denen die niederländischen Krankenkassen die vorherige Genehmigung der Kostenübernahme im Ausland abhängig machen.

Der EuGH stellte fest: Das Erfordernis der vorherigen Genehmigung der Kostenübernahme bei Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Versorgung im EU-Ausland verstößt in jedem Fall gegen den Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs. Damit wies der Gerichtshof die von mehreren EU-Mitgliedstaaten vorgetragene Befürchtung zurück, eine Aufhebung des Erfordernisses der vorherigen Genehmigung gefährde das fi-

Immer wieder hat der Europäische Gerichtshof klargestellt: Für die nationalen Gesundheitssysteme gilt das Gemeinschaftsrecht.

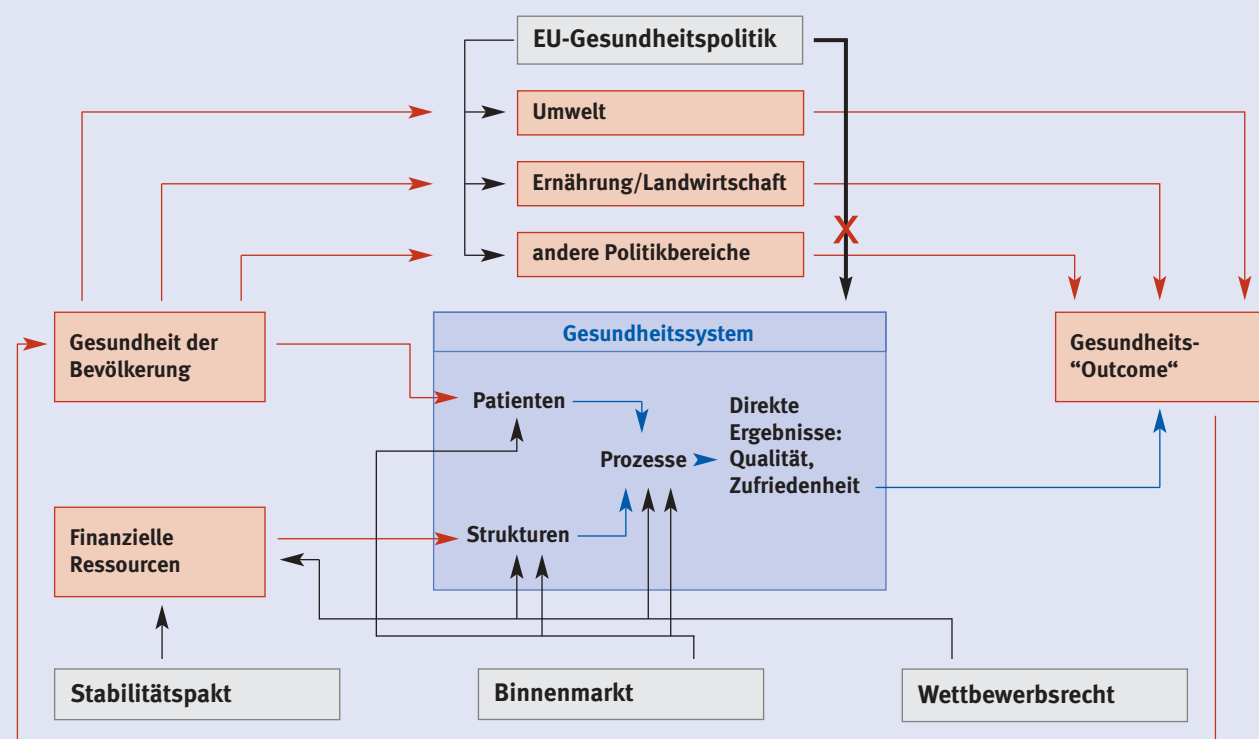
nanzielle Gleichgewicht der sozialen Sicherungssysteme. Allerdings könnten Versicherte, die sich ohne vorherige Genehmigung zur Behandlung in einen anderen EU-Staat begeben, nur die Übernahme der Kosten in der Höhe verlangen, wie sie im nationalen Krankenversicherungssystem des Versicherten gelten. Dabei spiele es auch keine Rolle, ob dieses System auf dem Sachleistungs- oder auf dem Kostenerstattungsprinzip beruht: Unter dem Gesichtspunkt des freien Dienstleistungsverkehrs sei nicht danach zu unterscheiden, ob der Patient die angefallenen Kosten zahle und später ihre Erstattung beantrage oder ob der Leistungserbringer die Zahlung direkt von der Krankenkasse oder aus dem Staatshaushalt erhalte.

Planungs- und Finanzsicherheit im Blick: Demgegenüber sah der EuGH bei der Inanspruchnahme stationärer Leistungen das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung unter bestimmten Voraussetzungen als gerechtfertigt an. Damit ein ausgewogenes Angebot einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung ständig in ausreichendem Maß zugänglich sei, müsse die Zahl der Kliniken, ihre geographische Verteilung und die dort angebotenen medizinischen Leistungen planbar sein. Die Planung trage dazu bei, die Kostenentwicklung zu beherrschen und die Verschwendung von Ressourcen zu verhindern. Das Erfordernis der vorherigen Genehmigung der Kostenerstattung bei einer Krankenhausbehandlung im EU-Ausland sei daher eine sowohl notwendige als auch angemessene Maßnahme.

Zugleich stellt der EuGH aber auch klar, dass eine entsprechende Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs nur dann gerechtfertigt sei, wenn sie dem Erfordernis der Verhältnismäßigkeit genüge und auf objektiven und nichtdiskriminierenden Kriterien beruhe. Ein derartiges System der vorherigen Genehmigung müsse sich zudem auf eine leicht zugängliche Verfahrensregelung stützen und geeignet sein, den Betroffenen zu garantieren, dass ihr Antrag innerhalb einer angemessenen Frist objektiv und unparteilich behandelt werde. Werde eine Genehmigung versagt, weil die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung möglich sei, mit der die Krankenkasse eine vertragliche Vereinbarung geschlossen habe, sei dies eine zu rechtfertigende Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs. Bei der Beurteilung der Frage, ob eine entsprechende Behandlung dem Patienten tatsächlich rechtzeitig zur Verfügung stehe,

BRÜSSEL: KEIN DIREKTER ZUGRIFF AUF DIE GESUNDHEITSSYSTEME

Die Einflussmöglichkeiten der Europäischen Union sind dennoch groß



Die Gesundheitspolitik der Europäischen Union hat zwar keinen direkten Zugriff auf Patienten, Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten. Die EU übt aber durch die Maastricht-Kriterien (Stabilitätspakt), die Binnenmarktregelungen (Freiheit des Personen-, Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehrs) und das Wettbewerbsrecht indirekt erheblichen Einfluss aus. Das hat auch Deutschland schon zu spüren bekommen. Das Milliardendefizit in der gesetzlichen Krankenversicherung setzt Berlin zusätzlich unter (Reform-)Druck, wenn es um die Einhaltung des Stabilitätspaktes geht; der Europäische Gerichtshof hat klargestellt, dass die Freiheiten des Binnenmarktes auch für Patienten gelten. Sie können sich deshalb grundsätzlich im Ausland (nicht nur

im Notfall und auf Reisen) medizinisch versorgen lassen; das Wettbewerbsrecht spielt zum Beispiel bei der Zulässigkeit von Arzneimittelfestbeträgen eine Rolle. Die Gesundheit der Bevölkerung beeinflusst Brüssel darüber hinaus durch die Umweltpolitik (Schadstoffe, etc.), die Landwirtschafts- und Ernährungspolitik (BSE-Krise) sowie durch Bestimmungen in anderen Politikbereichen. Zusammen mit den eigentlichen Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten bestimmen all die direkten und indirekten Eingriffe der EU den Gesundheits-Outcome, das Maß an „Mehr Gesundheit“, mit. Durch die geplante europäische Verfassung würde sich an dem beschriebenen Ist-Zustand nichts Grundsätzliches ändern.

Quelle: Busse/G+G

seien sämtliche Umstände des Falles zu beachten, unter anderem der Gesundheitszustand des Patienten, das Ausmaß seiner Schmerzen, die Art seiner Behinderung sowie die Vorgeschichte des Patienten. Dagegen wertete der EuGH ausdrücklich eine Versagung der vorherigen Genehmigung, die ausschließlich durch die Existenz entsprechender Wartelisten für die Krankenhausversorgung im Inland motiviert sei, als ungerechtfertigten Eingriff in die Dienstleistungsfreiheit. Durch „rein wirtschaftliche Erwägungen“ lasse sich die Praxis der vorherigen Genehmigung nicht rechtfertigen.

Natürlich ließ auch dieses Urteil wieder viele Fragen offen. Was beispielsweise sind stationäre Leistungen, die qualitativ so hochwertig sind, dass ihre Planung die Einschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs rechtfertigt? Eine einfache Blinddarmentfernung kann diesen Status wohl kaum für sich reklamieren; liegt eine Knieendoprothese vielleicht über der Schwelle? Und überhaupt, darf jedes Land darüber selbst entscheiden oder bedarf es nicht vielmehr einer EU-weiten Vereinbarung?

Auswirkungen der Urteile: Wie dem auch sei – die bisherigen Urteile hinterlassen Spuren in den nationalen Gesundheitssystemen. So war der Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches (SGB) V in der Vergangenheit auf Deutschland begrenzt, ein Anspruch auf Leistungen im Ausland bestand explizit nicht.

Dies ist durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) geändert worden, ausdrücklich unter Hinweis auf die EuGH-Urteile. Allerdings war

noch im GMG-Entwurf vom Mai 2003 eine Inanspruchnahme ambulanter Leistungen im EU-Ausland auf den (sehr kleinen) Kreis von freiwillig Versicherten begrenzt, die sich im Inland zur Kostenerstattung entschieden haben. Erst die parteiübergreifende Vereinbarung vom Juli 2003 sah dann vor, allen GKV-Versicherten den Anspruch auf Kostenerstattung von in EU-Ländern erbrachten Leistungen auch ohne „unmittelbaren“ Hilfsbedarf in einer Akutsituation zu gewähren. Während ambulante Leistungen keiner Vorabgenehmigung durch den Kostenträger bedürfen und auf der Grundlage der in der GKV geltenden Vergütungsregeln erstattet werden, ist für eine stationäre Behandlung aber weiterhin die vorherige Kassen-Genehmigung erforderlich. Hier zeigt sich der Einfluss des van Riet/Müller-Fauré-Urteils.

Festgefahrene Situation im Jahr 2003: Versucht man die Lage bis dahin zusammenzufassen, wird deutlich, dass eine quasi schizophrene Situation vorliegt. Zugespielt formuliert: Die Gesundheitsminister der EU-Staaten dürfen sich zwar mit allen möglichen EU-Politiken beschäftigen, aber nicht mit ihrem eigentlichen Metier: dem Gesundheitswesen. Dagegen dürfen (fast) alle anderen Fachressorts durchaus im Gesundheitssystem mitbestimmen (siehe Abbildung „Brüssel: Kein direkter Zugriff auf die Gesundheitssysteme“ auf Seite 36). Aus Sicht der EU-Kommission ist dies übrigens keinesfalls zufällig. Denn die Gesundheitssysteme werden in der am 7. Mai 2003 vorgelegten Binnenmarktstrategie als Teil dessen betrachtet.

Auf nationaler Ebene würde wohl kein Gesundheitsminister eine solche Situation hinnehmen, im eigenen Land ist Gesundheitspolitik aber auch überwiegend ein Teil der Sozialpolitik. Da der Sozialpolitik auf EU-Ebene allerdings nur eine untergeordnete Rolle eingeräumt wird (und der Gesundheitsbereich fast vollständig ausgenommen ist), kommen hier ausschließlich die ökonomisch geprägten Marktregelungen zum Tragen.

Diese schizophrene Situation zu überwinden, ist eigentlich ganz einfach – wir bräuchten auf EU-Ebene gesundheitspolitische Kompetenzen mit ähnlicher Wirkungsstärke auf die Gesundheitssysteme wie die Binnenmarktregelungen. Nur so könnte sicher gestellt werden, dass Gesundheitssysteme nicht nur als Teil des Binnenmarktes, sondern auch als Teil des Sozialsystems betrachtet werden.

Hier Klarheit herbeizuführen, wäre die Aufgabe des verfassungsgebenden Konvents gewesen. Diese Chance wurde aber bislang vertan, zu unterschiedlich sind die nationalen Vorstellungen. Während Frankreich offenbar das Prinzip des Gesundheitsschutzes stärker als bisher im Verfassungsentwurf verankern will, plädiert unter anderem Großbritannien dafür, den Rechtsanspruch auf eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung und Kostenerstattung einzuschränken.

Doch werfen wir mal einen Blick in den jetzigen, auf Eis gelegten Verfassungsentwurf. Welche gesundheitspolitischen Überlegungen enthält er zurzeit?

Was im Verfassungsentwurf steht: Teil I des Entwurfs geht unter anderem auf die Zuständigkeiten der EU ein. Demnach verfügt Brüssel über eine ausschließliche Zuständigkeit insbesondere für die Festlegung von Wettbewerbsregeln im Binnenmarkt, für die Währungspolitik der Euro-Länder und für die gemeinsame Handelspolitik. In diesen Bereichen kann daher nur die EU gesetzgeberisch tätig werden und verbindliche Rechtsakte erlassen; die Mitgliedstaaten dürfen hier nur tätig werden, wenn sie von Brüssel dazu ermächtigt worden sind.

Über geteilte Zuständigkeiten würde die EU demgegenüber unter anderem im Verbraucherschutz, in der Sozialpolitik und für „Sicherheitsmaßnahmen von gemeinsamem Interesse im Bereich des Gesundheitswesens“ verfügen. Die Mitgliedstaaten können ihre Zuständigkeit in einem dieser Bereiche dann ausüben, wenn die EU ihre Zuständigkeit nicht ausgeübt hat oder nicht mehr ausübt.

Außerdem kann die EU in verschiedenen Bereichen Unterstützungs-, Koordinierungs- oder Ergänzungsmaßnahmen mit europäischer Zielsetzung ergreifen. Darunter fällt ausdrücklich auch der Bereich des Schutzes und der Verbesserung der menschlichen Gesundheit. Rechtlich bindende Rechtsakte dürfen hier jedoch keine Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten einschließen.

In der Charta der Grundrechte regelt Artikel II-34 die soziale Sicherheit und soziale Unterstützung. Demnach erkennt die EU das Recht auf Zugang zu den Leistungen der sozialen Sicherheit und zu den sozialen Diensten nach Maßgabe des Gemeinschaftsrechts und der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten an. Außerdem hat jeder Bürger mit rechtmäßigem Wohnsitz in der EU Anspruch auf Leistungen der sozialen Sicherheit.

Artikel II-35 äußert sich zum Gesundheitsschutz: Jeder Mensch hat demnach das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe des einzelstaatlichen Rechts. Bei der Festlegung und Durchführung der EU-Politik ist ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen. Diese Bestimmungen sind übrigens nicht ganz neu. Sie sind bereits wortgleich in der Grundrechte-Charta der EU enthalten, die praktisch unbemerkt parallel zum EGV in der Version von Nizza am 1. Februar 2003 in Kraft getreten ist.

Brüssel betrachtet das Gesundheitswesen als Teil des Binnenmarktes und nicht als wichtiges Element der Sozialpolitik.

Der jetzige Artikel 152 des EGV findet sich im Verfassungsentwurf als Artikel III-179 wieder. Vergleicht man beide, zeigt sich, dass die Inhalte in großen Teilen unverändert geblieben sind. Allerdings wird im Verfassungsentwurf klargestellt, dass zur Verwirklichung der in Artikel 152 EGV aufgeführten Ziele nicht einfach „Maßnahmen“, sondern „europäische Gesetze oder Rahmengesetze“ beitragen sollen. Diese berühren nicht die anerkannte Befugnis der Mitgliedstaaten, die Grundprinzipien ihres Systems der sozialen Sicherheit festzulegen. Auch dürfen sie das finanzielle Gleichgewicht dieser Systeme nicht erheblich beeinträchtigen. Zugleich können die Mitgliedstaaten strengere Schutzmaßnahmen beibehalten oder erlassen. Diese müssen aber mit der Verfassung vereinbar sind.

Bei der letzten Sitzung des Konvents vor der Übergabe des Verfassungsentwurfs in Thessaloniki (Juni 2003) wurde außerdem noch folgender Passus in den Entwurf aufgenommen: „Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind, insbesondere Initiativen, die darauf abzielen, Leitlinien und Indikatoren festzulegen, den Austausch bewährter Verfahren durchzuführen und die erforderlichen Elemente für eine regelmäßige Überwachung und Bewertung auszuarbeiten.“ Damit würde die „offene Methode der Koordinierung“ (OMK) in diesem Bereich eingeführt.

Die offene Methode der Koordinierung: Die OMK ist ein Prozess, in dem gemeinsame Ziele/Leitlinien und entsprechende Indikatoren festgelegt werden. Die Art und Weise der Zielerreichung bleibt den Mitgliedsstaaten überlassen. Aber die Zielerreichung an sich und der Fortschritt im Bezug auf die ausgewählten Indikatoren muss regelmäßig dargelegt werden und wird von den anderen Mitgliedstaaten bewertet. Dahinter steckt die Idee, dass die Schlechteren von den Besseren im Sinne von „Best practice“ lernen können.

Mit der Einführung der OMK beschritt der Verfassungskonvent nur insofern Neuland, als dass diese Methode nun explizit für die „Gesundheitswesen“ gelten soll. Im Jahr 2000 war bereits beschlossen worden, den Bereich der sozialen Sicherheit miteinzubeziehen. Der EGV war in Nizza in Artikel 137 ent-

LESE- UND WEBTIPPS

- **Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002):** Die offene Methode der Koordinierung im Bereich des Gesundheitswesens. Erhältlich über www.g-k-v.com
- **Busse R (2002):** Anwendung der „offenen Methode der Koordinierung“ auf die europäischen Gesundheitssysteme. In: G+G-Wissenschaft 2(2): 7-14
- **Busse R/Wismar M/Berman P (Hrsg. für die European Health Management Association) (2002):** The European Union and Health Services – The impact of the Single European Market on Member States. Amsterdam: IOS Press; viele Kapitel sind über <http://mig.tu-berlin.de> unter „Publikationen“ verfügbar.

Die Europäische Union ist im Internet fast so schwer zu durchschauen wie ihre Institutionen. Zwar sind die Webauftritte in den letzten Jahren deutlich besser geworden, aber es gibt zu den meisten Themenbereichen mehrere Einstiegsseiten, die sich in ihrer Übersichtlichkeit und Aktualität zum Teil deutlich unterscheiden.

Empfehlenswerte Einstiegsseiten auf Deutsch sind

- für den EGV in der aktuellen Nizza-Version, den Vorschlag für eine Verfassung, etc.: http://europa.eu.int/eurlx/de/search/search_treaties.html.
- Die **Webseiten zur sekundären Gesetzgebung**, das heißt zu Verordnungen, Richtlinien, etc. sind schwerer zu finden; Treffer sind vor allem mit den jeweiligen Nummern (Beispiel 1408/71) zu erzielen.
- Die **Rechtssprechung des Europäischen Gerichtshofs** ist zu finden unter: <http://curia.eu.int/de/actu/communiqués/index.htm> mit

den Pressemitteilungen, die die Urteile auf Deutsch zusammenfassen, und unter <http://curia.eu.int/de/content/juris/index.htm> mit den vollständigen Urteilen (auch auf Deutsch).

- Für den **Bereich „Öffentliche Gesundheit“** der Generaldirektion „Gesundheit und Verbraucherschutz“ gibt es deutschsprachige Texte unter anderem mit Informationen zur hochrangigen Reflexionsgruppe. Oft existieren aber Dokumente und Daten nur in englischer Sprache, zum Beispiel die gesundheitspolitische Strategie, Eurobarometer-Ergebnisse, geförderte Projekte. Die Internet-Adresse ist: http://europa.eu.int/comm/health/index_de.htm
- Für den **Bereich „Gesundheit und Altenpflege“** der Generaldirektion „Beschäftigung und soziale Angelegenheiten“, unter anderem mit einem Zugang zu Dokumenten zur „offenen Methode der Koordinierung“ in diesem Bereich, aber auch zu Vergleichen der EU-Gesundheitssysteme): http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/healthcare/healthcare_de.htm
- **Deutsche Organisationen** mit Informationen zur europäischen Gesundheitspolitik sind rar. Gut waren bisher die Brüssel-Infos der Deutschen Krankenhausgesellschaft; die Webseite http://www.dkgev.de/1_pol.htm ist allerdings nicht gerade übersichtlich.
- Auf der Internetseite der **Spitzenverbände der Krankenkassen** <http://www.g-k-v.com> finden sich bei „Positionen“ unter anderem die Dokumente „Die offene Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen“ (28. Februar 2002) und „Strategischer Umgang der GKV mit aktuellen europarechtlichen Entwicklungen“ (31. August 2000) als pdf-Dateien. Reinhard Busse

sprechend geändert worden. Obwohl diese Revision formal erst seit dem 1. Februar 2003 gilt, hatten die Staats- und Regierungschefs der Kommission bereits im Juni 2001 den Auftrag erteilt, für das Gesundheitswesen und die Altenpflege entsprechende Ziele vorzulegen. Im Dezember 2001 lag ein entsprechender Entwurf vor, der allerdings inhaltlich und methodisch nicht überzeugte. Eine detailliertere Version wird bis zum zweiten Quartal 2004 erarbeitet. Noch aber ist unklar, ob es bei einer separaten OMK für Gesundheit und Altenpflege bleibt.

Zu den Ungereimtheiten bezüglich der EU-Kompetenzen zählt sicherlich auch die Frage, warum die Staats- und Regierungschefs einerseits die Kommission zu Arbeiten anhalten, die indirekt die Gesundheitssysteme unter Rechtfertigungs- und Zugzwang bringen können, während andererseits die Gesundheitsminister weiter auf nationale Kompetenzen pochen dürfen. Darüber hinaus führt auch die Einbeziehung der Regionen in den Entscheidungsprozess nicht gerade zu mehr Klarheit: So hat der Bundesrat Leitlinien in den Bereichen Gesundheit und Altenpflege ausdrücklich abgelehnt. Nach Ansicht der Länderkammer soll der Schwerpunkt auf dem Austausch von Informationen und der Ermittlung von Best-Practices-Beispielen liegen; die EU soll sich auf unverbindliche Vorschläge beschränken und sich „nicht in Detailfragen der nationalen Sozialpolitik einmischen“ (Bundesrats-Drucksache 420/1/03).

Wie geht's weiter? Am 8. Dezember 2003 traf sich die bereits oben erwähnte hochrangige Reflexionsgruppe der EU-Kommission zu ihrer abschließenden Sitzung und legte ihren Bericht vor. Diejenigen, die für die Gesundheitsminister einen Befreiungsschlag in Richtung auf mehr Kompetenzen für eine europäische Gesundheitspolitik erwartet haben, sahen sich enttäuscht. Nur in einzelnen Bereichen, etwa bei der Festlegung „europäischer Referenzzentren“ für die Behandlung von Patienten mit seltenen Erkrankungen und bei der Etablierung eines europäischen Netzwerkes für Health Technology Assessment sind Fortschritte zu erkennen – ein Kommissions-Vorstoß Richtung HTA-Netzwerk war von den Mitgliedsstaaten noch im Jahr 2001 als Einmischung in ihre Kompetenzen abgeschmettert worden.

Weiter schlägt die Reflexionsgruppe vor, die Daten- und Informationslage zu verbessern, zum Beispiel über existierende Behandlungskapazitäten, Leistungskataloge, Kosten einzelner Leistungen, qualitätssichernde Maßnahmen, grenzüberschreitende Euregio-Projekte, Zugangs- und Zuzahlungsregelungen. Mittelfristig erkennt sie den Bedarf an, die gesundheitspolitischen Kompetenzen zwischen EU und Mitgliedsstaaten klarer zu definieren, und zwar durch eine Änderung des EGV, durch neue Verordnungen und Richtlinien oder eine stärkere europäische Kooperation, wobei der Text eine leichte Präferenz zugunsten der letzteren Option andeutet. Dies dürfte als Einverständniserklärung der Gesundheitsminister gewertet werden, sich auf den Weg der OMK zu begeben – ob mit oder ohne europäische Verfassung. Und wie es mit ihr weitergeht, steht ja bekanntlich noch in den Sternen. ♦

Professor Dr. Reinhard Busse hat den Lehrstuhl „Management im Gesundheitswesen“ der Technischen Universität inne. E-Mail: rbusse@tu-berlin.de

Europäischer Gründungsvertrag (EGV): Der EGV ist das vertragliche Rückgrat der Europäischen Union. Er beruht auf dem Vertrag von Rom aus dem Jahr 1957. Seit dieser Zeit ist der EGV durch diverse Verträge modifiziert worden, insbesondere durch die Verträge von Maastricht, Amsterdam und Nizza. Durch „Amsterdam“ änderte sich auch die Nummerierung der Artikel, wodurch zum Beispiel der durch „Maastricht“ eingeführte Artikel 129 zum Gesundheitswesen seine heutige Ziffer 152 erhielt. Seit dem 1. Februar 2003 gilt der EGV in der Version von Nizza; dadurch wurde unter anderem die offene Methode der Koordinierung für den Sozialschutz eingeführt.

Verfassungskonvent: Der Konvent ist vom Europäischen Rat, also den Regierungs- und Staatschefs eingesetzt worden, um den EGV sowie die weiteren vertraglichen Grundlagen der Europäischen Union (unter anderem zur gemeinsamen Außen- und Sicherheitspolitik, aber auch die Grundrechte-Charta) zu durchforsten, zu modernisieren und in ein einheitliches Dokument („Verfassung“) zusammenzuführen. Dem Konvent gehörten pro EU-Mitgliedstaat und für jeden der 13 Beitrittskandidaten (also die zehn Mitglieder ab 1. Mai 2004 sowie Rumänien, Bulgarien und Türkei) jeweils ein Regierungsmitglied und zwei Mitglieder der nationalen Parlamente an. Außerdem nahmen 16 Mitglieder des Europäischen Parlaments und zwei Vertreter der EU-Kommission teil. Die Staats- und Regierungschefs haben sich bisher aber nicht auf die Verfassung einigen können. Der Verfassungsentwurf steht im Internet unter: <http://european-convention.eu.int>

Verordnung 1408/71: Sie regelt die Zuständigkeiten für und Leistungsansprüche von Sozialversicherten innerhalb der EU, für Grenzgänger und Touristen. Ursprünglich war sie auf abhängig beschäftigte EU-Bürger begrenzt. Der unter Verordnung 1408/71 fallende Personenkreis ist allerdings, ähnlich wie der Versichertenkreis der GKV, im Laufe der Zeit erweitert worden, unter anderem auf Selbstständige, Arbeitssuchende, Studenten und zuletzt (2003) auf sozialversicherte Nicht-EU-Bürger; dadurch profitieren jetzt zum Beispiel auch GKV-Mitglieder mit vietnamesischem Pass bei einer Reise nach Irland. Dagegen ist der Inhalt nicht substantiell verändert worden, außer vielleicht durch den Verzicht auf „dringende Behandlungsbedürftigkeit“ von Rentnern für Leistungen im EU-Ausland, eine unmittelbare Folge der EuGH-Rechtsprechung. Die Verordnung 1408/71 gilt per se direkt für den definierten Personenkreis. Richtlinien dagegen – etwa die zur Arbeitszeitregelung – sind von den Mitgliedstaaten in nationales Recht zu überführen. Verordnungen und Richtlinien zählen zur so genannten „sekundären Gesetzgebung“, die der primären, also dem EGV nicht widersprechen darf (so wie in Deutschland Gesetze verfassungskonform sein müssen).

Offene Methode der Koordinierung: Die „offene Methode der Koordinierung“ ist ein Prozess mit folgenden Schritten: Festlegung von Politikzielen und Leitlinien für die EU mit einem jeweils genauen Zeitplan für die Verwirklichung der kurz-, mittel- und langfristigen Ziele; gegebenenfalls Festlegung quantitativer und qualitativer Indikatoren und Benchmarks; Umsetzung dieser europäischen Leitlinien in die nationale und regionale Politik durch Entwicklung konkreter Ziele und den Erlass entsprechender Maßnahmen unter Berücksichtigung der nationalen und regionalen Unterschiede; regelmäßige Überwachung, Bewertung und gegenseitige Evaluierung des Fortschritts der nationalen Reformbemühungen. Nach der Beschäftigungspolitik wird diese Methode derzeit im Bereich der sozialen Ausgrenzung und in Zukunft vermutlich im Gesundheitswesen angewandt.