

Europäische Integration und Gesundheitspolitik

Vom Paradiesvogel zum Prestigeobjekt

Wolfram Lamping

Abstract

Gesundheitspolitik lässt sich seit den 90er Jahren nicht mehr allein national denken, denn die europäische Integration hat dieses Politikfeld mittlerweile auf vielfältigen Wegen beeinflusst und zu einem wesentlichen Anliegen der EU gemacht. Auf diesem Wege ist ein europäischer Mehrebenenstaat im Bereich Gesundheit entstanden, der in einem ständigen Wandel begriffen und durch nachhaltige Kompetenzkonflikte und (noch) unbewältigte Widersprüche und Inkonsistenzen geprägt ist. In diesem Prozess der allmählichen und nicht selten zufälligen Verschränkung von nationaler und supranationaler Ebene dominieren Richter, Administrationen und Märkte, während die Regierungen v. a. im Bereich der Gesundheitsversorgung weitgehend nach der Maxime verfahren, dass nicht sein kann, was nicht sein darf. Der Beitrag vertritt daher die These, dass eine stärkere politische Aneignung und Aufladung des gesundheitspolitischen Integrationsprozesses dringend geboten ist.

Einführung

Es gehört seit den 90er Jahren zu den Lektionen, die die nationalen Regierungen – in der Regel widerwillig – haben lernen müssen: Die vormals sozialrechtlich nachhaltig »abgedichteten« Gesundheitswesen entgrenzen sich zunehmend innerhalb der EU, während zugleich die supranationale Ebene eine immer stärkere Rolle bei der Definition und Regulierung der Gesundheitsversorgung spielt. Dies ist auf den ersten Blick erstaunlich, handelt es sich beim Gesundheitswesen doch um einen Bereich, von dem zurecht behauptet werden kann, es sei mit Blick auf Europäisierung »the less likely policy field« (Martinsen 2005, 1036) – die kulturellen, institutionellen und politischen Zutrittsbarrieren für die EU liegen in der Tat hoch. Dennoch hat »Gesundheit« eine ehemals kaum vorsehbare Karriere auf europäischer Ebene hinter sich, denn dieser Bereich ist, wenngleich er noch als ein inkonsistenter Flickenteppich von Einzelpolitiken erscheint, mittlerweile systematisch in die Handlungen und Politiken der Europäischen Kommission einbezogen und steht überdies in hohem Maße unter dem Einfluss der Binnenmarktpolitik sowie der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH). Die beiden »üblichen Verdächtigen«, Kommission und EuGH, versuchen dabei, den Handlungsspielraum und Kompetenzkanon der Union in einer Geschwindigkeit zu erweitern, die die Mitgliedsregierungen kaum zu tolerieren gewillt sind. Aus der Perspektive der Mitgliedsregierungen handelt es sich daher zu meist um eine »uninvited Europeanization« (Greer 2006) eines ihrem Selbstverständnis nach untrennbar nationalen Politikfeldes.

Dieser Beitrag zeigt zum einen, wie sich das komplexe Spannungsfeld zwischen den Politikebenen darstellt und welche Dynamiken und Logiken die Europäisierung von »Gesundheit« kennzeichnen. Zum anderen wird schlaglichtartig veranschaulicht, dass dieser folgenreiche Prozess der Europäisierung von Gesundheitspolitik nicht nur inkremental und diskontinuierlich stattfindet, sondern dass dieser als *ungleichzeitige* und *segmentierte Europäisierung* eines Politikfeldes verstanden werden muss: je nach Vertragsmandat, je nach Sektor und je nach politischer Kreativität der Akteure stellt sich der Einfluss der EU unterschiedlich dar. Ferner wird ein Ausblick auf das Gesundheitswesen in der postnationalen Konstellation gewagt, wobei zwei Aspekte im Vordergrund stehen: Einerseits wird die These vertreten, dass die supranationale und die nationale Ebene gesundheitspolitisch kaum noch getrennt betrachtet werden können, sondern beide nunmehr Teil eines ebenenübergreifenden gesundheitspolitischen Verbundes der Aufgabenverschränkung und Verantwortungsteilung sind. Andererseits wird argumentiert, dass der Prozess der Europäisierung von Gesundheitspolitik sicher keinen Mangel an binnenmarktlicher und richterlicher Dominanz hat, sondern durch ein politisches Gestaltungsdefizit gekennzeichnet ist.

Gesundheit als europäisches Politikfeld und der kreative Opportunismus der Kommission

Gesundheitspolitik ist ein Politikbereich, der in besonderem Maße durch nationale Entwicklungen, Eigenheiten und Traditionen geprägt ist. Die institutionellen Unterschiede sind trotz ähnlicher Ziele ganz erheblich. Überdies spielt die Gesundheitsversorgung eine sehr spezielle und prägende Rolle in der Konstruktion des Staat-Bürger-Verhältnisses: Sie ist in hohem Maße Ausdruck nationaler Selbstverständnisse und Kulturen sowie Teil des *nation-building* und überdies nach wie vor von wahlpolitisch immenser Bedeutung. Daher werden die Gesundheitsminister nicht müde, auf die beschränkten Kompetenzen der Gemeinschaft in diesem Bereich hinzuweisen. Allerdings ist Gesundheitspolitik ein mehrfach geteiltes Politikfeld, bei dem nicht immer klar ist, welcher Politikebene welche Kompetenzen zustehen und wo die Grenzen der jeweils anderen Ebene liegen.

In *kompetenzrechtlicher* Hinsicht ist die Spaltung zwischen Public Health und individueller Gesundheitsversorgung am folgenreichsten für die Europäisierung von Gesundheitspolitik. Gesundheit ist erst sehr spät mit dem Maastrichter Vertrag von 1993 zu einem eigenständigen europäischen Politikbereich geworden. Seit dem Amsterdamer Vertrag hat die Gemeinschaft nunmehr verstärkte Möglichkeiten, Einfluss im Bereich Gesundheit auszuüben. Allerdings ist Gesundheit nach gängiger Auffassung nur in den Außenbezirken – nämlich auf dem Gebiet von Public Health – Gegenstand gemeinschaftlicher Politik. Gemäß Artikel 152 Abs. 1 des EG-Vertrags »ergänzt« die Tätigkeit der Gemeinschaft [...] die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit« ausgerichtet. Nach Absatz 2 dieses Artikels haben sich die Mitgliedstaaten zusätzlich verpflichtet, ihre Politiken und Programme mit der Kommission und untereinander zu koordinieren. Gesundheit ist damit in den Rang eines Gemeinschaftszieles aufgestiegen und soll als sog. *cross-cutting issue* in die Konzeptionalisierung aller Gemeinschaftspolitiken integriert werden.

Im Bereich von Public Health ist der Aufbau europäischer Handlungskapazitäten nicht nur weit fortgeschritten, sondern in diesem Politikfeld genießt die gemeinschaftliche Aktivität, ähnlich wie im binnenmarkt- und Verbraucherschutzrelevanten und weitestgehend regulativ harmonisierten Bereich der Medizinprodukte (Arzneimittel, Hilfsmittel u. a.), eine breite Akzeptanz unter den Mitgliedsregierungen. Zudem ist der Mehrwert eines gemeinschaftlichen Handelns unmittelbar einsichtig, handelt es sich doch nicht zuletzt um gemeinsame Risiken und gemeinsame Herausforderungen, die grenzüberschreitend sind, Kooperation und Koordination nahe legen sowie den Mitgliedstaaten die attraktive Möglichkeit gegeben haben, Verantwortung in prekären Bereichen an die supranationale Ebene abzugeben. V. a. Krisen, z. B. im Kontext der AIDS-Bekämpfung, BSE, SARS, Bio-Terrorismus, Vogelgrippe, Nahrung uvm. haben zu einem Zentralisierungsschub im Bereich Public Health und insbesondere zur Gründung von Europäischen Agenturen (z. B. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, European Food Agency, European Centre for Disease Prevention and Control) geführt.

In diesen Bereichen von Public Health, aber auch im Kontext der Gründung eines gemeinsamen Marktes für Gesundheitsgüter sowie im Gefolge der Ausweitung ihres Verbraucherschutz-Mandats hat die Kommission, präziser: die Generaldirektion »Gesundheit und Verbraucherschutz« (DG Sanco), sich bietende politische Gelegenheitsfenster geschickt genutzt, um Expertise und (regulative) Kompetenz auf der EU-Ebene zu poolen. Auf diese von der Kommission ideell und finanziell geförderten transnationalen Netzwerke von gesundheitspolitischen Experten kann DG Sanco auch im Sinne einer intellektuellen Infrastruktur zurückgreifen, wenn es darum geht, eigene strukturelle und kapazitive Defizite zu kompensieren und sich selbst als Knotenpunkt europäischer Gesundheitspolitik zu etablieren.

Neben diesen vielgestaltigen und schwer eingrenzbaaren Public Health-Kompetenzen haben sich die Mitgliedstaaten ein – so glaubten sie – robustes Bollwerk gegen zu viel Gemeinschaftseinfluss auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik in den Vertrag hinein geschrieben. Dort heißt es in Absatz 5 des Artikels 152, dass »bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich Gesundheit der Bevölkerung (...) die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt« wird (inhaltlich auch im Entwurf eines Verfassungsvertrags in Artikel III-174). Damit ist ein direkter Einfluss der EU auf die Kernbereiche der Gesundheitsversorgung formal ausgeschlossen, sieht man einmal von der Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme ab, zu der sich die Mitgliedstaaten schon früh bekannt haben (Art. 42 EG-Vertrag), um die Mobilität von Arbeitskräften und Familienangehörigen zu fördern. Dieses Bollwerk hat sich indes als eine Art trügerisches Sedativum für die sensibilisierten Regierungen heraus gestellt, denn das Gemeinschaftsrecht hat auf ganz anderen als den erwarteten Wegen mittlerweile tiefe Schneisen in die mitgliedstaatlichen Systeme hinein gelegt, v. a. über den Rückgriff auf andere Politikbereiche und Politikmandate. Denn das Harmonisierungsverbot impliziert nicht automatisch, »dass ein bestimmter Politikbereich gegen jegliche Einwirkung der EU imprägniert ist« (Schulte 2006, 104). Die Kommission bemerkte hierzu ebenso treffend wie trocken: »Respecting national responsibility for health systems does not mean doing nothing at European level« (Commission 2004, 16).

Neben der Fähigkeit, Krisenerscheinungen zu nutzen, um die eigenen Rolle als zentraler politischer Akteur zu stärken (im Bereich Public Health), neben dem

»Über-die-Bande-Spielen« mit den *stakeholders*, die von einer Vergemeinschaftung profitieren (Pharmaindustrie, Ärzte, Patienten etc.), um die Regierungen unter Zugzwang zu setzen und zur Kooperation zu bewegen sowie jenseits der parallelen Etablierung einer die Kommission unterstützenden Gesundheits-Community auf EU-Ebene hat »Gesundheit« der Kommission mannigfaltige Einfallstore für das sog. »treaty base game« geboten: Zwar hat die Gemeinschaft keine tiefgreifenden gesundheitspolitischen Kompetenzen, jedoch ist DG Sanco eine Meisterin im Ableiten von Begründungen und Berechtigungen aus anderen Politikfeldern, in denen die EU ein robusteres Politikmandat hat und die sie zur Legitimation ihrer Initiativen heranziehen kann. Im Bereich Gesundheit hat dieses Spielen mit den vertraglichen Möglichkeiten maßgeblich dazu beigetragen, »Gesundheit« aus dem fest von den Mitgliedstaaten kontrollierten Bereich der sozialen Sicherheit in den Bereich des Binnenmarktregimes (Marktintegration; vier Grundfreiheiten) zu verschieben, ohne durch diese Umwegthematismen die gesundheits(schutz)politische Stoßrichtung aufzugeben (so z. B. jüngst bei der Richtlinie zum Tabakwerbeverbot). DG Sanco hat es daher beharrlich geschafft, durch eine gleichermaßen hohe Strategiefähigkeit und die Kunst des politischen Improvisierens Gelegenheitsfenster zu öffnen und die Abschließungstendenzen nationaler Politik zu umgehen. Sollte DG Sanco einmal an seine Grenzen stoßen, bleibt bisweilen noch der Umweg über den EuGH, der in der Gesundheitspolitik zu einem Blockadebrecher schlechthin avanciert ist.

Die vier Grundfreiheiten und die politischen Albträume der Mitgliedstaaten

Neben der Kommission, die ihre Politik der gezielten kleinen Nadelstiche gegenüber den Mitgliedstaaten seit den 90er Jahren fortwährend verfeinert hat, hat v. a. der EuGH die Weichen in Richtung eines grenzenlosen europäischen Raumes der Gesundheitsversorgung gestellt. Er ist zu einem sozialpolitischen »Ersatzgesetzgeber« geworden, der einen Vertrag interpretieren muss, der gerade in der Sozialpolitik voll von Ambiguität und Vagheit ist. Es sind jedoch gerade diese Ambiguität und Vagheit des Vertrags, die dem EuGH sowie der Kommission einen außerordentlich großen Spielraum bei der Ausdeutung und Anwendung des Gemeinschaftsrechts lässt.

Der EuGH hat den Mitgliedsregierungen mit großer Nachhaltigkeit vor Augen geführt, dass die Kompetenzen der EU trotz genuiner Nicht-Kompetenz bisweilen erheblich sein können. In einem Satz: Die Grundfreiheiten sind nach Ansicht des Gerichtshofs grundsätzlich höherwertiger als die nationale Kompetenz zur Ausgestaltung der Gesundheitssysteme. Zwar obliegt den Mitgliedstaaten die Kompetenz und Verantwortung im Bereich Organisation der Gesundheitssysteme und medizinische Versorgung. Allerdings muss, was immer die Regierungen tun, dieses Handeln kompatibel mit dem Gemeinschaftsrecht sein, das wesentlich auf den vier Grundfreiheiten des Binnenmarktes gründet. Dass diese vier Grundfreiheiten in vollem Umfang auch auf den sensiblen Bereich der Gesundheitsversorgung anwendbar sind sowie dass Gesundheitsleistungen Dienstleistungen im Sinne des liberalen Binnenmarktrechts sind, hat nicht zuletzt der EuGH den Regierungen seit Ende der 90er Jahre in einer Kaskade von Einzelfall-Entscheidungen unmissverständlich klar gemacht. Dies betrifft nicht zuletzt das EU-Wettbewerbsrecht – die große Unbekannte –, im Rahmen dessen die Marktentgrenzungs- und Marktschaffungsregeln der EU

mit den sozialstaatlichen Marktbeschränkungsregimen der Mitgliedstaaten zusammenprallen (können).

Der EuGH hat zwar wiederholt gezeigt, dass er durchaus gewillt ist, nationale Sozial- und damit Marktbeschränkungspolitiken zu akzeptieren, wenn wesentliche öffentliche oder sozialpolitische Gründe hierfür sprechen. Der Rechtfertigungszwang für solche Politiken auf mitgliedstaatlicher Ebene ist durch den EuGH dennoch enorm erhöht worden. Daher ist es kein Wunder, dass das Gericht in vielen Fällen in Konflikt mit den nationalen Regierungen geriet. Die Legitimation für Gemeinschaftsaktivität in diesem Bereich ist ökonomisch abgeleitet, die Folgen sind immens und politisch. Die Regierungen haben indes den EuGH zu seinen weitgehenden Interpretationen des Vertragswerks geradezu eingeladen: Das Gericht ist in das Gestaltungsvakuum gestoßen, das die Regierungen durch ihre Nicht-Entscheidungen und die bisweilen irrational anmutende Kunst des politischen Verdrängens von Handlungsnotwendigkeiten hinterlassen haben. Die Folgen sind evident: »Die nationale Zuständigkeit wird damit tendenziell unterlaufen, ohne dass vertragsrechtliche Normen existieren, die das Wirken des Gerichtshofs auf diesem Gebiet einschränken« (Schmucker 2003, 209). Die Logik und Rationalität des gesundheitspolitischen Integrationsprozesses lässt sich daher hinreichend nur dann verstehen, wenn man gerade *nicht* die einzige gesundheitspolitische Kompetenznorm des EU-Vertrags in den Blick nimmt und diesem Prozess zugrunde legt. Mit anderen Worten: Die gesundheitspolitische »Revolution«, die die Entgrenzung der nationalen Gesundheitswesen darstellt, hat jenseits des Art. 152 Absatz 5 stattgefunden und diesen einer schleichenden vertraglichen Revision ohne politische Vertragsänderung unterzogen.

Mit Blick auf die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hat der EuGH in zahlreichen Urteilen, in denen er die Dienstleistungs- und Warenfreiheit auf die Gesundheitsversorgung angewendet hatte, die PatientInnen- bzw. KonsumentInnenrechte stark ausgeweitet und v. a. im Bereich der ambulanten Versorgung, aber fortschreitend auch im Bereich der Krankenhausbehandlung sozialrechtlich sowie aus der PatientInnenperspektive ein »single social area« (Threllfall 2003) geschaffen, innerhalb dessen die PatientInnen die EU als einen nahezu grenzenlosen und zusammenhängenden Sozialrechtsraum erfahren können. Er hat damit mit ehernen Prinzipien der Territorialität und Souveränität in diesem sensiblen Bereich von *public policy* gebrochen und durch diesen Prozess des »boundary shifting« (Ferrera 2005) den Mitgliedstaaten in einem hohen Maße Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten über PatientInnen, Ressourcen und Produzenten von Gesundheitsleistungen genommen. Diese neuen »Freiheiten« im Bereich Gesundheit haben die »hitherto almost sealed world of territoriality and unsurmountable administrative thresholds« (Danner/Dawson/Terwey 2004, 420) aufgebrochen, indem sie die Marktfreiheiten als anwendbar auf diesen sensiblen Bereich definierten haben, den die Mitgliedstaaten explizit und weitestgehend vom Markt (und im Vertrag) ausgeschlossen hatten. Das Gros der Regierungen hat die EuGH-Entscheidungen als »attack on their right to organise their health and social security systems in their own way under *subsidiarity*« (Commission 2001: 11; Herv. im Original) empfunden. Geradezu sybillinisch verwies der EuGH indes in allen Urteilen darauf, dass die Verantwortlichkeit und Kompetenz der Mitgliedstaaten für die Organisation ihrer Gesundheitswesen nicht angetastet werde, gleichwohl

hätten sie bei allem, was sie tun, dafür Sorge zu tragen, dass das Gemeinschaftsrecht beachtet werde.

Einige folgenschwere EuGH-Entscheidungen, die von couragierten Einzelpersonen initiiert und von den Mitgliedsregierungen zunächst als politischer Albtraum wahrgenommen worden waren, lassen im ambulanten wie stationären Bereich die Konturen eines künftigen europäischen Marktes für Gesundheitsdienstleistungen erkennen (vgl. zu der europäischen Rechtsentwicklung im ambulanten und stationären Bereich z. B. Lamping 2005 und Martinsen 2005). Eine ganz wesentliche und für die Regierungen wiederum überraschende Entwicklung zeichnet sich durch ein jüngeres Urteil ab: In der Rechtssache *Geraets-Smits und Peerbooms* (C-157/99) hatte der Gerichtshof im Juli 2001 entschieden, dass die stationäre Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat nur aus sehr spezifischen Gründen von den Mitgliedstaaten nicht genehmigt werden darf. Ein Nicht-Genehmigungsgrund, so das Gericht, liegt u. a. dann vor, wenn die gleiche oder eine für die PatientInnen ebenso wirksame Behandlung *rechtzeitig* (without undue delay) im Inland erbracht werden kann. Die britische Staatsbürgerin Yvonne Watts, die an Hüftarthrititis litt, war vom zuständigen Träger trotz einer von ihr beantragten Operation im Inland sowie trotz einer Verschlechterung ihres Zustands auf die in Großbritannien übliche Warteliste gesetzt worden. Frau Watts ließ die Operation dennoch auf eigene Kosten in Frankreich durchführen und beantragte daheim Kostenerstattung, die ihr verwehrt wurde. Der EuGH, angerufen von Frau Watts, urteilte schließlich im Mai 2006 (C-372/04), dass der Kranken die ihr in Großbritannien auferlegte Wartezeit nicht zuzumuten und medizinisch nicht zu vertreten sei und verpflichtete den zuständigen Träger, die Kosten insoweit zu tragen, wie diese im nationalen Gesundheitssystem auch übernommen worden wären.

Zwei Aspekte sind hier für die künftige Entwicklung der Gesundheitsversorgung, sowohl national als auch supranational, wesentlich: Zum einen zeigt der Richterspruch, dass die Begründungen der EuGH-Urteile präzise gelesen werden sollten, denn das Gericht hatte die Regierungen zuvor in der Rechtssache *Geraets-Smits und Peerbooms* implizit aufgefordert, den Terminus »*medizinisch vertretbarer zeitlicher Rahmen*« politisch und gemeinsam zu definieren und damit der sich abzeichnenden Wartelistenproblematik offensiv und gestaltend zu begegnen. Zum anderen zeigt dieses für die Wartelistenländer unangenehme Urteil aber auch, dass der EuGH sich allmählich auf normatives Gebiet vorwagt: Die *Watts*-Entscheidung kann zum ersten Mal als eine im Kern sozialpolitische gelesen werden, die überdies weniger eine KonsumentInnen- denn nunmehr eine PatientInnen-Perspektive einnimmt.

Nicht nur diese Beispiele zeigen, dass der EuGH neben der Kommission ein wesentlicher (auch *sozialpolitischer*) Motor der Integration ist. Damit wächst der Druck auf die Regierungen, nicht nur das Heft des Handelns nicht völlig aus der Hand zu geben, sondern mit dem Ziel der Schaffung von Rechts- und Handlungssicherheit wesentliche Aspekte der (grenzüberschreitenden) Gesundheitsversorgung stärker als bisher zu harmonisieren, nicht zuletzt mit Blick auf einen einheitlicheren europäischen Leistungskatalog, einheitlichere Versorgungsstandards sowie einen europäischen Kodex für Patientenmobilität und -sicherheit. Tun sie dies nicht, verharren sie also weiterhin in einer Art Duldungsstarre, dann entbindet dies zwar von politischer Verantwortlichkeit, beraubt die politischen Akteure indes auch ihrer politischen Gestaltungsfähigkeit.

Lissabon-Strategie und Methode der Offenen Koordinierung: Politische Einstiegsluken in die Gestaltung der nationalen Gesundheitssysteme

Seit dem Jahr 2000 glaubt das offizielle Brüssel an die Wirkungen der sog. Lissabon-Strategie. Im Rahmen der Lissabon-Strategie haben die mitgliedstaatlichen Regierungen im Jahre 2000 beschlossen, die Wettbewerbsfähigkeit der EU über sehr substantielle strukturelle Reformen der Gütermärkte, Arbeitsmärkte und sozialen Sicherungssysteme zu erhöhen. Im Rahmen dieses Programms und als Teil davon versucht die Methode der Offenen Koordinierung (MOK), den Wandel auf EU-Ebene politisch zu koordinieren und möglichst gleichgerichtet verlaufen zu lassen. Die MOK ist der Versuch, den Einfluss der Union auch auf solche Politikfelder zu erhöhen, die nach dem Vertragsrecht in die alleinige Gestaltungskompetenz der Mitgliedstaaten fallen bzw. wo es der EU an gesetzgeberischer Zuständigkeit fehlt. Dies betrifft in sozialpolitischer Hinsicht auch das Gesundheitswesen.

Die Verständigung auf die Anwendung dieses neuen Regulierungsmodus auf Sozial- und Gesundheitspolitik steht in einem engen Zusammenhang mit einer strategischen Neuausrichtung der Politikinhalte und Politikziele des europäischen Integrationsprozesses. Das Gesundheitswesen ist nicht zuletzt aufgrund der hohen fiskal-, volkswirtschafts- und arbeitsmarktpolitischen Dimension zu einem Schlüssel-Politikfeld bei dieser Modernisierung des Sozialschutzes hin zu einem markt- und wettbewerbskonformen Sozialmodell geworden. Ihm wird von der Kommission explizit eine zentrale Bedeutung bei der Auseinandersetzung über die neue politische Ökonomie der EU zugeschrieben. Die Anwendung der OMK auf Gesundheit findet daher in einem Kontext statt, der *zum einen* durch weitreichende Kostendämpfungs- und Restrukturierungspolitiken in den auf finanzielle Konsolidierung und wettbewerbspolitische Neuausrichtung orientierten Mitgliedstaaten sowie *zum anderen* durch die marktorientierte Neuausrichtung der gemeinschaftlichen Politiken im Fahrwasser der alten und neuen Lissabon-Agenda gekennzeichnet ist.

Die Mitgliedstaaten haben sich freiwillig (wenn auch auf nachhaltigen Druck der Kommission) bereit erklärt, Gesundheitspolitik in die Prozeduren und den Modus der OMK einzugliedern und damit für die nächsten Jahren zu einem Gegenstand europäischer und nationaler (Selbst-)Verständigungsprozesse im Rahmen eines neuen transnationalen Verhandlungsregimes zu machen. Überzeugungsarbeit leistete hier das Argument, dass die Mitgliedsregierungen nach wie vor und formal den »Steuerknüppel« des Prozesses in der Hand behielten. Die GesundheitsministerInnen haben sich zu dieser Teilnahme an der OMK auch bereit erklärt, weil sie sich angesichts der wenigen, aber wirkungsvollen Richtersprüche zur Gesundheitsversorgung sowie angesichts der Dominanz liberaler Wirtschaftsdogmatik im Binnenmarkt wenigstens einen Rest an politischem Gestaltungsanspruch erhalten wollten. Für die Mitgliedsregierungen zählt überdies, dass es sich um ein freiwilliges und unverbindliches Prozedere handelt. Denn die OMK stellt von ihrem formalen (und hohen) Anspruch her zunächst eine Informations- und Lerninfrastruktur zur Verfügung, die genutzt werden kann. Diesen »Lockrufen« haben sich die sonst im Bereich Gesundheitsversorgung gegenüber der EU eher reserviert eingestellten Gesundheitspolitiker politisch kaum verschließen können – wenngleich die Grundbefürchtung bleibt, so ein Vertreter des deutschen Bundesgesundheitsministeriums, dass die MOK »als tak-

tischer Zwischenschritt zu viel weitgehenderen Harmonisierungsabsichten für die Gesundheitspolitik« (Schulte 2006, 105) diene.

Die Mitteilungen der Kommission über die Re-Konzeptualisierung und Straffung der OMK (KOM 2003 und 2005) zeigten, so argumentieren Gerlinger/Urban (2005, 276) treffend, dass der Prozess der Vorbereitung der OMK auf europäischer Ebene zäher verlaufen sei als anfangs angenommen. Insbesondere die Aspekte der Schaffung von Transparenz und der Vergleichbarkeit von Gesundheitssystemen (Leistungsfähigkeit, Effizienz, Effektivität u. a.) rühren an einen wunden Punkt. Die deutsche Bundesregierung spielte daher in der Ablehnungsfront gegen Ranglisten eine wesentliche Rolle. Ein ehemaliger Mitarbeiter des Bundesgesundheitsministeriums fasste dies freimütig in folgende Worte: »Member States do not want to be given grades. They do not agree on qualitative and quantitative indicators because their results might be used against them« (Stein 2003, 24). Die der MOK theoretisch inhärenten Mechanismen des subtilen oder öffentlichen *naming and shaming* werden daher im Bereich Gesundheit nur begrenzt verfügbar sein – jedenfalls nur so weit, wie die Regierungen bereit sind, sich hierauf einzulassen.

Der Prozess der Definition, Gewichtung und Vernetzung von gemeinsamen, validen und damit aussagekräftigen Indikatoren im Rahmen der MOK ist ferner ein komplexes und zähes Unterfangen, in dem die verschiedenen Interessen am und im Gesundheitswesen manifest werden und die unterschiedlichen Befindlichkeiten der Mitgliedsregierungen berücksichtigt werden müssen. Daher stellt die Operationalisierung und Gewichtung der drei gesundheitspolitischen Oberziele »Zugang«, »Qualität« und »Finanzierbarkeit« und ihre Transformation in allgemein akzeptierte quantitative *und* qualitative Indikatoren der Systembewertung einen politischen Balanceakt dar, da unmittelbar Länderinteressen involviert sind. Ein Beispiel für Konfliktlinien und Kompromissbildungszwänge mag dies illustrieren: Auf der einen Seite versuchen die sog. Wartelisten-Länder, weitreichende Zugangsindikatoren abzuwehren, da sie hierbei eher schlecht aussehen (Wartelisten, Altersgrenzen etc.), und drängen dem gegenüber auf die Höherbewertung von Finanzierungsindikatoren, da sie hierbei meist besser dastehen. Auf der anderen Seite versuchen teure Gesundheitssysteme, wie Deutschland oder Frankreich, eine Diskussion über Finanzierungsindikatoren abzuschwächen, da sie sich dem Dauervorwurf ausgesetzt sehen, teuer und ineffizient zu sein – jedoch über eine hohe und generöse Zugänglichkeit von Gesundheitsleistungen verfügen.

Das Gesundheitswesen vor der Liberalisierung? Die Dienstleistungsrichtlinie

Im Februar 2004 unterbreitete die Europäische Kommission einen Vorschlag für eine Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt. Ziel war und ist es, die Dienstleistungsfreiheit auszubauen und die grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen zu vereinfachen. Dieser Vorschlag wurde von der Generaldirektion Binnenmarkt konzipiert und auf den Weg gebracht und hat ausdrücklich auch das Gesundheitswesen mit eingeschlossen – und damit die legislative Subsidiarität in diesem Bereich erneut unterlaufen. Die Mehrheit im europäischen Parlament ebenso wie die Mehrheit der Mitgliedsregierungen hatten sich im November und Dezember 2006 für die Herausnahme des Gesundheitsbereichs aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie ausgesprochen und damit zunächst Erfolg gehabt. Die neue Richtlinie

ist nunmehr ein Kompromiss, der die national unterschiedlichen Grenzverläufe zwischen Markt und Sozialstaat respektiert: Ausdrücklich ausgenommen sind nicht-wirtschaftliche Dienstleistungen, öffentliche und private Gesundheitsdienstleistungen sowie bestimmte soziale Dienstleistungen.

Doch die Kommission lässt noch nicht locker und hat einen neuen Versuch gestartet, die Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen zu liberalisieren. Ziel der Kommission ist es offiziell, einen Gemeinschaftsrahmen zu schaffen, innerhalb dessen die Staaten diese Dienste EU-rechtskonform ausgestalten können. Das Problematische an der Dienstleistungsrichtlinie ist in einer grundsätzlichen Perspektive zu erkennen: Sie führt im Kern zu einer Trivialisierung des Sozialen durch die Gleichsetzung ökonomischer und sozialer Dienstleistungen. Hier geht es nicht nur ums Prinzip, sondern um das Eigentliche des Sozialen, denn gemäß der Logik der Kommissionsargumentation ist das Gesundheitswesen ein liberalisierbarer Markt wie jeder andere. Man kann hier ein Primat des Ökonomischen vor dem Sozialen feststellen, da vornehmlich wettbewerbliche Freiheitsrechte normgebend sind; Ausnahmen vom Wettbewerb und der Vermarktlichung sind zu legitimieren – nicht umgekehrt. Die breite Debatte über die Stellung der Daseinsvorsorge in Europa hat zu einer Art Beweislastumkehr geführt, der zufolge die Mitgliedstaaten nachweisen müssen, warum soziale Leistungen nicht von privaten Anbietern erbracht werden. Das Soziale wird überdies allein an dem Maß seines Beitrags zum Wachstum gemessen.

Gesundheitspolitik in der postnationalen Konstellation

Zwar führt die EU in den gesundheitspolitischen Debatten in fast allen Mitgliedstaaten ein Schattendasein, jedoch steht dieses folgenreiche Verdrängen in einem inversen Verhältnis zur wachsenden Bedeutung des Integrationsprozesses für die nationalen Gesundheitswesen wie für die nationalen Steuerungsmöglichkeiten gleichermaßen. Gesundheitspolitik ist mittlerweile von einer exklusiv nationalen Domäne zu einem prominenten und aus Sicht der Kommission wichtigen europäischen Politikfeld empor gestiegen. Die Geschichte der Integration von Gesundheitspolitik ist daher eine Erfolgsgeschichte der Kommission, die ihre Ziele (Errichtung eines gemeinsamen grenzenlosen Gesundheitsmarkts, Erweiterung der PatientInnenrechte und PatientInnenmobilität etc.) beharrlich und geschickt verfolgt und sich durch Widerstände aus den Reihen der Mitgliedsregierungen eher angestachelt denn ausgebremst fühlt. Getrieben nicht zuletzt von ausgeprägten, Bürokratien eigenen expansiven Selbstinteressen hat die Kommission auf unterschiedlichen Wegen und mit unterschiedlichen Instrumenten versucht, die Fesseln des engen vertraglichen Korsetts auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik abzustreifen und die eigenen regulativen Kompetenzen auszuweiten. Dabei ist es dieser *politischen Institution* wiederholt gelungen, die Mitgliedsregierungen auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik nicht nur unter einen steten Zugzwang zu setzen, sondern v. a. mit einer hohen Unsicherheit zu konfrontieren. Ein Teil der Erfolgsgeschichte der Integration von Gesundheitspolitik lässt sich erschließen, wenn man mit Héritier (2003, 119) das Regierungssystem der EU als »open-ended polity« versteht, das »incentives to come up with all kinds of policy and procedural proposals« kreiert und »tremendous opportunities for trading demands and working out package deals, issue linkages and compensation payments« bietet. Die Kommission, in ihrer Politikstrategie als »purposeful opportunist« (Cram 1993, 143)

zu bezeichnen, hat vor diesem Hintergrund in vielen Fällen bewiesen, dass sie eine lernfähige politische Unternehmerin *par excellence* ist (für die Gesundheitspolitik: Lamping 2007), die den Konflikt mit den Mitgliedstaaten nicht scheut.

Die Erfolgsaussichten von Vergemeinschaftungsinitiativen steigen in dem Maße wie es gelingt, mit Blick auf das Doppelziel der Kommission – nämlich die Etablierung eines liberalisierten, grenzenlosen europäischen Gesundheitsmarktes *und* die Sicherung hoher Versorgungsstandards für die Gesamtbevölkerung – sowohl innerhalb der eigenen Behörde als auch zwischen Kommission und Mitgliedsregierungen bei der Marktöffnung und Marktschaffung im Bereich Gesundheitsversorgung belastbare Interessenkoalitionen zu bilden und Kompromisslinien zu definieren. Viel hängt dabei von der Stärkung der Rolle von DG Sanco innerhalb der Kommission ab. In diesem Spannungsfeld zwischen Zielkonflikten und Kompromissbildungszwängen innerhalb der Kommission (Liberalisierung des Gesundheitssektors, Lissabon-Strategie) einerseits und den Befindlichkeiten der Mitgliedsregierungen wird es wichtig sein, ob es DG Sanco gelingen wird, »über Bande« mit der an einem hohen Gesundheitsschutz interessierten europäischen Öffentlichkeit zu spielen und sich als Sachwalter des Sozialen bei diesem neuen Prestigeprojekt europäischer Politik zu positionieren.

Die Integration von Gesundheitspolitik resultiert ferner zu einem großen Teil aus dem Zusammenspiel von Kommission und dem integrationsfreundlichen EuGH. Die Kommission hat wiederholt strategischen Gebrauch vom Gericht und dessen Rechtsprechung gemacht, um Druck auf den Ministerrat und die Mitgliedstaaten aufzubauen. Dabei haben zwei Aspekte das politische Tagesgeschäft der Kommission erleichtert und zugleich dem EuGH eine Schlüsselposition eingeräumt: Zum einen waren dies die Unwilligkeit und die Unfähigkeit unter den Mitgliedsregierungen, die Auswirkungen der fortschreitenden Integration auf die Gesundheitssysteme zu antizipieren sowie zugleich angesichts des EU-Binnenmarktregimes angemessene (sozialpolitische) Antworten auf diese Herausforderung zu formulieren (und damit Handlungsaufträge und Handlungsspielräume der EU präziser festzulegen). Zum anderen musste und muss der Gerichtshof auf einen Vertrag rekurrieren, der mit Recht als »incomplete treaty« (Stone-Sweet 2004) bezeichnet worden ist, d. h. ein Vertrag, der eine Unwucht zugunsten der ökonomischen Integration (negative Integration) hat. Beides zusammen genommen, hat dazu geführt, dass die Autorität der EU, in den Bereich der Gesundheitsversorgung einzugreifen, selten Ergebnis politischer Entscheidungsfindung auf europäischer Ebene gewesen ist, sondern im wesentlichen ein Nebeneffekt der vier Binnenmarktfreiheiten, die im Vertrag einen überragenden Status haben und die der EuGH konsequent auf die Gesundheitssysteme anwenden konnte. In diesem Sinne hat der EuGH als eine Art »Ersatzgesetzgeber« fungiert, der die regulativen Defizite der Regierungen auf EU-Ebene thematisiert und kompensiert hat – die unentschlossenen und interessenheterogenen Regierungen konnten den Rechtsprechungen und der schrittweisen juristischen Definition eines europäischen Regimes kaum etwas entgegen setzen.

In strukturell-institutioneller Hinsicht hat sich mittlerweile ein sektorspezifisch unterschiedlich ausgestalteter und zusammengesetzter europäischer Mehrebenen-Gesundheitsstaat herausgebildet, in dem supranationale und nationale Ebene unterschiedliche Rollen und Verantwortlichkeiten tragen. Dieser Mehrebenen-Gesundheitsstaat entsteht bisweilen in einem schleichenden und ungeplanten Prozess der

Anpassung, Angleichung und Verflechtung, der in sich noch voller Widersprüche, Ambivalenzen und unbearbeiteter Konflikte ist. Die Kompetenzen der EU mögen daher auf genuin gesundheitspolitischem Gebiet zwar noch gering sein. Allerdings hat sie zahlreiche politische Schraubenschlüssel in der Hand, mit denen sie an ungemein wichtigen Muttern und Schrauben der Gesundheitspolitik stellen kann. Dabei ist es sicher viel zu kurz gegriffen, den Einfluss der Europäischen Integration allein im Duktus der Bedrohlichkeit und der Einschränkung ehemals vorhandener einzelstaatlicher Handlungsspielräume zu diskutieren. Zweifelsohne und notwendiger Weise geht die Integration mit Einschränkung der nationalen Autonomie und Souveränität einher, in dessen Folge die Schutzschirme über den Gesundheitssystemen immer weiter zusammengeklappt werden. Allerdings sind die Mitgliedstaaten hierbei alles andere als in die Rolle eines staunenden Zuschauers gedrängt. Zudem ist der Handlungsspielraum der Regierungen nicht nur eingeschränkt, sondern auch erweitert worden, denn die europäische Integration ist auch eine Gelegenheit, die hart gefrorenen sozialstaatlichen Institutionen mit ihren eingegrabenen Interessen »aufzutauen« und in diesem Zuge nicht nur die hoch vermachteten und exklusiven Anbieter- und Nachfrager-Kartelle im Gesundheitswesen zu reformieren, sondern den entstehenden grenzenlosen Gesundheitsmarkt im Sinne der Kosteneinsparung intelligent zu nutzen (Verträge mit ausländischen Anbietern, Ausnutzung von Preisdifferenzen im Binnenmarkt, europäische Referenzzentren u. a.).

Jenseits des Vertrauens auf den Binnenmarkt, die glücklichen Zufälle von EuGH-Urteilen sowie die strategischen Landnahmen der Kommission ist es daher auch wichtig, die Politik wieder verstärkt ins Spiel zu bringen, d. h. den Prozess des Wandels und der Integration stärker und proaktiver politisch zu gestalten. Was daher Not tate, wäre eine Behebung des politischen Gestaltungsdefizits in der Europäisierung von Gesundheitspolitik, im Zuge dessen sehr viel offener über Chancen und Risiken der europäischen Integration für die Gesundheitspolitik diskutiert werden sollte. Wer weiß zudem, was passieren würde, wenn die Union anvisieren würde, das Postulat des Vertrags von Nizza, dem zufolge die Tätigkeit der Gemeinschaft einen »Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus« leisten soll (Artikel 3 Abs. 1 Buchstabe p; vgl. auch Art. III-278 Verfassungsvertrag), als Teil der Strukturfonds-Förderung zu verstehen und über Transferzahlen zu realisieren? Die damit verbundenen Anpassungszahlungen unter den Mitgliedstaaten würden jedenfalls eine nachhaltige Politisierung des Themas Gesundheit auf vielen Ebenen hervorrufen und eine öffentliche Diskussion über die künftige (gemeinsame) Entwicklung des Gesundheitswesens (Gesundheitsziele, Leistungsfähigkeit der Versorgungsstrukturen, Gesundheitsergebnisse und Gesundheit der Bevölkerung, Ressourceneinsatz, Zugang u. a.) erheblich befördern.

Literatur

- Commission of the European Communities (2004) Modernising Social Protection for the Development of High-quality, Accessible and Sustainable Health Care and Long-term Care: Support for the National Strategies Using the »Open Method of Coordination« (COM 2004/304), Brussels.
- Danner, Günter/ Dawson, Christine/ Terwey, Franz (2004) Towards an EU Market for Health: Targets, Competition and Regulation, in: Die BKK. Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung 8/2004, 420-425.

- Ferrera, Maurizio (2005) *The Boundaries of Welfare. European Integration and the New Spatial Politics of Social Protection*, Oxford.
- Gerlinger, Thomas/ Urban, Hans-Jürgen (2004) *Auf neuen Wegen zu neuen Zielen? Die Offene Methode der Koordinierung und die Zukunft der Gesundheitspolitik in Europa*, in: Kaelble, Hartmut/Schmid, Günter (Hg.) *Das europäische Sozialmodell. Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat (WZB-Jahrbuch 2004)*, Berlin, 263-288.
- Greer, Scott L. (2006) *Uninvited Europeanization: Neofunctionalism and the EU in Health Policy*, in: *Journal of European Public Policy* 1/2006, 134-152.
- Héritier, Adrienne (2003) *Containing Negative Integration*, in: Mayntz, Renate/ Streeck, Wolfgang (Hg.) *Die Reformierbarkeit der Demokratie. Innovationen und Blockaden. Festschrift für Fritz W. Scharpf*, Frankfurt a. M./ New York, 101-121.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2003) *Stärkung der sozialen Dimension der Lissabonner Strategie: Straffung der offenen Methode der Koordinierung im Bereich Sozialschutz (KOM 2003/261)*, Brüssel.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005) *Zusammenarbeiten, zusammen mehr erreichen: ein neuer Rahmen für die offene Koordinierung der Sozialschutzpolitik und der Eingliederungspolitik in der Europäischen Union (KOM 2005/706)*, Brüssel.
- Lamping, Wolfram (2005) *European Integration and Health Policy – a Peculiar Relationship*, in: Steffen, Monika (Hg.) *Health Governance in Europe. Issues, Challenges, Theories*, London, 18-48.
- Lamping, Wolfram (2007) *Die Kunst des Bohrens dicker Bretter. Die Europäische Kommission und die Europäisierung von Gesundheitspolitik*, in: Fischer, Robert/ Karrass, Anne/ Kröger, Sandra (Hg.) *Die Europäische Kommission und die Zukunft der EU. Visionäre Ideenfabrik und strategischer Akteur zwischen nationalen Interessen und europäischem Auftrag*, Wiesbaden (i. E.).
- Martinsen, Dorte Sindbjerg (2005) *Towards an Internal Health Market with the European Court*, in: *West European Politics* 5/2005, 1035-1056.
- Schmucker, Rolf (2003) *Die Offene Methode der Koordinierung als Instrument europäischer Gesundheitspolitik*, in: *Die Krankenversicherung* 7/2003, 206-209.
- Schulte, Ortwin (2006) *Stand und Zukunftsperspektiven der europäischen Gesundheitspolitik*, in: *Die Krankenversicherung* 4/2006, 103-106.
- Stein, Hans (2003) *The Open Method of Coordination in the Field of EU Healthcare Policy* in: Jorens, Yves (Hg.) *Open Method of Coordination. Objectives of European Healthcare Policy*, Baden-Baden, 21-25.
- Stone Sweet, Alec (2004) *The Judicial Construction of Europe*, Oxford.
- Threlfall, Monica (2003) *European Social Integration: Harmonization, Convergence and Single Social Areas*, in: *Journal of European Social Policy* 2/2003, 121-139.