

Auf dem Weg zu einer Europäisierung des Gesundheitswesens?

Die Gesundheitspolitik im Spannungsfeld nationaler und europäischer Interessen

Von Roger Jaeckel

Von Europaskepsis bis Europasklerose reicht die Kritik, mit denen die EU zunehmend konfrontiert wird. Die nach wie vor niedrige Wahlbeteiligung an der Europawahl 2009 tut ihr übriges, um diese Mischung aus politischer Lethargie einerseits und regulativem Aktionismus andererseits zusätzlich auch noch glaubhaft zu unterstützen.

Auch auf dem Feld der Gesundheitspolitik knirscht es zunehmend im europäischen Gebälk, obwohl die Entscheidungskompetenzen zwischen Mitgliedstaaten und EU in diesem Politikbereich schon sehr frühzeitig und auch eindeutig zu Gunsten der Mitgliedstaaten geklärt zu sein schienen. Dass dies gerade nicht der Fall ist, belegt die auch in der öffentlichen Meinung zunehmend wahrgenommene Rolle des Europäischen Gerichtshofs (EuGH). Denn es ist gerade die Funktion der europäischen Judikative, nationale Vorschriften im Einzelfall dahingehend zu überprüfen, ob nicht ein Verstoß gegen die Grundfreiheiten des europäischen Binnenmarktes vorliegt.

Es ist mittlerweile bereits Geschichte, dass dieser europarechtliche Klärungsprozess mit den beiden bekannten Grundsatzurteilen Kohll¹ und Decker² aus dem Jahr 1998 begann, die im Bereich der Gesundheitsversorgung zum ersten Mal die übergeordnete Entscheidungsmacht der EU ins Bewusstsein der national verantwortlichen Gesundheitsakteure rückten.

Bis heute hält dieser europarechtliche Klärungsprozess an, der mit jeder weiteren Entscheidung des EuGH die bange Frage aufwirft, wie sehr es noch um die eigene Zuständigkeit des jeweils nationalen Gesundheitssystems bestellt ist. Sind wir damit nicht längst schon auf dem Weg zu einer Europäisierung des Gesundheitswesens? Die schlichte Antwort darauf lautet: ja. Dennoch zeichnet sich dieser Europäisierungsprozess im Prinzip durch Vielfalt aus und nicht, wie viele Europakritiker befürchten, durch mehr Gleichmacherei im Sinne von Konformität und Vereinheitlichung.

Zu den Gründen, warum der Trend in Richtung Europäisierung des Gesundheitswesens unaufhaltsam voranschreitet, sind vordergründig drei Entwicklungslinien zu nennen, die inhaltlich zwar getrennt voneinander, zeitlich aber durchaus überlappend diesen Integrationsprozess bestimmen:

1. Die Rechtsprechungspraxis des EuGH

Insbesondere zu Fragen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung hat der EuGH vor über einem Jahrzehnt begonnen, mangels klarer europarechtlicher Regelungen sukzessive einen EU-weiten Ordnungsrahmen zu schaffen. Die bis heute bekannten Grundsatzurteile haben wegen ihres Harmonisierungseffektes teilweise zu einer schleichenden Europäisierung des Gesundheitswesens geführt. Diese Entwicklung wurde in der Literatur dann auch als „Euro-creep“ bezeichnet.

In Deutschland wurde bereits mit dem GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004 die bis dahin vorhandene Rechtsprechung des EuGH Vorbildlich in nationales Recht umgesetzt. So wurde im § 13 SGB V festgelegt, dass ambulante Behandlungen im EU-Ausland keiner vorherigen Genehmigung durch die gesetzlichen Krankenkassen bedürfen. Im Falle elektiver, stationärer Behandlungsmaßnahmen hingegen unterliegt der gesetzlich Krankenversicherte nach wie vor einem gesetzlichen Genehmigungsvorbehalt.

Trotz dieser sehr europakonformen Regelung ist ein befürchteter europaweiter Medizintourismus bis heute ausgeblieben. So wendet die gesetzliche Kranken-

1 Das Kohll-Urteil ist nachzulesen unter <http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/gettext.pl?lang=de&num=80019571C19960158&doc=T&ouvert=T&seance=ARRET>

2 Das Decker-Urteil ist nachzulesen unter <http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/gettext.pl?lang=de&num=80019571C19950120&doc=T&ouvert=T&seance=ARRET>

versicherung (GKV) pro Jahr durchschnittlich lediglich rund 1 Prozent ihrer Gesamtausgaben für Behandlungen im europäischen Ausland auf.

Nichtsdestotrotz ist durch die fortwährende Rechtsprechung des EuGH zu zentralen Themen der Gesundheitsversorgung diese Europäisierung in den Köpfen der Akteure im Gesundheitswesen bereits längst angekommen. Die jüngste Entscheidung zum Apothekenfremdbesitzverbot³ oder das noch anhängige Verfahren zur Ausschreibung von Arzneimittelrabattverträgen zeugt von der zeitlichen Nähe zur aktuellen inländischen Konfliktlinie in Fragen mit grundsätzlicher ordnungspolitischer Relevanz. Dem EuGH wird daher zunehmend die Rolle eines Schiedsrichters zuteil, nicht zuletzt auch in Ermangelung teilweise eigener, national klarer gesetzlicher Regelungen.

2. Die Erweiterung des EU-Binnenmarktes

Die friedenserhaltende Funktion der EU ist untrennbarer Bestandteil dieser europäischen Erfolgsgeschichte. Gleichzeitig hat der dynamische Zuwachs an Mitgliedstaaten – die größte Beitrittswelle mit allein zehn neuen Mitgliedstaaten erfolgte im Rahmen der EU-Osterweiterung im Jahr 2004 – das Problem sozialer Ungleichheiten signifikant verschärft. Denn diese neuen Mitgliedstaaten unterscheiden sich in ihrer Wirtschaftskraft und damit in ihrer ökonomischen

³ Das aktuelle EuGH-Urteil zum „Fremdbesitzverbot“ ist nachzulesen unter <http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang=DE&Submit=rechercher&numaff=C-171/07>

INHALTSVERZEICHNIS der im April 2009 erschienenen Ausgabe der Gesellschaftspolitischen Kommentare (gpk)

gpk
4/2009

**Gesellschafts-
politische
Kommentare**

April

Versorgungsqualität optimieren

Bei den Hausarztverträgen geht es nicht in erster Linie um finanzielle Fragen
gpk-Gespräch mit der stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der BARMER, **Birgit Fischer**

Versorgung psychiatrischer Patienten

Mühsam erreichte Therapieviefalt muss verteidigt werden
Dr. Hedwig Silies MPH

Apotheken gestalten ihre Zukunft

gpk-Interview mit dem Präsidenten der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, **Heinz-Günter Wolf**

Der Fall „Lucentis/Avastin“

Kein Beispiel für „Rechtsfortbildung“
RA Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer

Kein eindeutiges Urteil möglich

Führen Veränderungen der Marktabgrenzung zwischen GKV und PKV zu einer besseren Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens?
Prof. Dr. Jürgen Wasem

Schwerpunkt: Morbi-RSA

Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008 erschienen
Dr. Klaus Jacobs

AGnES-Konzept in der Regelversorgung

Vergütung, regionale Randbedingungen und Qualifizierung
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann MPH und Dr. Neeltje van den Berg

Konjunkturpaket II: Mikado-Prinzip, Nullsummen-Spiel und Full-House-Variante

Implikationen für den mittelfristigen Finanzbedarf des Gesundheitsfonds
Roger Jaeckel

Keine zu hohe Regelungsdichte

Bindungswirkung der Patientenverfügung
Dr. Rolf Koschorrek MdB

Patientenverfügungen

Das Recht auf Selbstbestimmung hat oberste Priorität
Dr. Konrad Schily MdB

Die Killer-Keime

Das Krankenhaus als Risikofaktor
Frank Spieth MdB

Aus dem Europäischen Parlament

- Aktuelle Termine und Themen
Markus Ferber MdEP
- Aus dem Ausschuss für Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebensmittelsicherheit
Dr. Horst Schnellhardt MdEP

Besorgnis über Bulgarien und Rumänien

Große Mängel bei der Bekämpfung von Korruption und Kriminalität
Markus Ferber MdEP

Herzinsuffizienz und Patientenversorgung

Mit Medizintechnik den Herausforderungen von chronischen Krankheiten begegnen
Wolfgang Frisch

Ausgestaltung doch deutlich von dem bisherigen EU-Durchschnitt.

Diese Politik der „Integrationsbreite“ blieb für die EU nicht ohne sichtbare Folgen. So konnte sie ihre Kompetenzen in Sachen Koordinierungsfunktion auf Grund der mangelnden „Integrationstiefe“ und schon gar nicht in der Kürze der Zeit dafür einsetzen, den schon in den 90er Jahren bereits zu beobachtenden Verfall der Versorgungsqualität, beispielsweise gemessen am Rückgang der durchschnittlichen Lebenserwartung, wirksam entgegenzutreten.

Eine Einflussnahme auf die nationalen sozialen Sicherungssysteme im Allgemeinen und die Gesundheitsversorgung im Besonderen zum Abbau sozialer Ungleichheiten wird für die EU damit zwangsläufig zu einem sozial- und versorgungspolitischen Ziel erster Güte. Der Wunsch nach einem europäischen Sozialmodell stößt im Bereich der Gesundheitsversorgung jedoch nicht nur an europarechtliche, sondern auch an national-historisch geprägte Grenzen.

War die Einteilung der Gesundheitssysteme der EU-15 in die Bismarck- und Beveridge-Länder noch relativ verständlich und überschaubar, so ist mit der EU-Osterweiterung 2004 ein zusätzlicher, dritter Gesundheitssystemtypus hinzugekommen, dessen Benennung auf den russischen Politiker und Mediziner Semashko⁴ (1874 – 1949) zurückgeht und ein rein staatliches Gesundheitssystem impliziert.

Semashko-geprägte Gesundheitssysteme wurden ausschließlich durch den Staatshaushalt finanziert, die Gesundheitsleistungen waren für jedermann kostenlos zugänglich und wurden nur durch öffentliche Einrichtungen angeboten. Für die Planung, Verteilung und Verwaltung der erforderlichen Ressourcen waren verschiedene Ebenen der staatlichen Verwaltung verantwortlich.

Wenngleich die mittel- und osteuropäischen Gesundheitssysteme in den zurückliegenden Jahren einen starken Wandel in Richtung Bismarck- oder Beveridge-System vollzogen haben, so sind die medizinischen Angebots- und Versorgungsstrukturen vielfach noch dem rein staatlichen Semashko-System verhaftet.

Die Zunahme dieser Gesundheitssystemvielfalt brachte für die EU gleichzeitig jedoch auch einen erheblichen Zuwachs an Koordinationsaufgaben mit sich, die bei der Überprüfung der „Lissabon-Strategie“ in 2005 mit zu einem europapolitischen Strategiewechsel führten. Seither bemüht sich die EU bei den wirtschafts-, sozial- und beschäftigungspolitischen

Maßnahmen um einen integrativen Ansatz im Sinne eines gleichberechtigten Dreiklangs dieser drei europapolitisch relevanten Themenfelder.

Das legitimierte Handlungsmuster einer europäischen Sozialpolitik wird durch das neue Leitbild „ein soziales Europa in der globalen Wirtschaft“ zunehmend erkennbar. Die national geprägten sozialen Sicherungssysteme sind aber gleichzeitig aufgefordert, den Modernisierungs- und Reformkurs auf Grundlage des Solidaritätsprinzips unvermindert fortzusetzen. Das politische Handeln wird unvermindert und nachhaltig durch das soziale Gewissen Europas geprägt.

3. Der wachsende länderübergreifende Abstimmungsbedarf in Sachen Gesundheitsversorgung, Gesundheitsschutz und Gesundheitsvorsorge

Der wichtigste Treiber in Sachen Europäisierungsprozess des Gesundheitswesens wird durch die gesundheits- und versorgungspolitisch relevanten Themen selbst bestimmt. Dabei kommt der EU zugute, dass sie Versorgungslücken abdecken muss, die durch die Mitgliedstaaten alleine nur unzureichend oder überhaupt nicht beseitigt werden können. Diese versorgungspolitische Komplementärfunktion ist in Art. 152 EGV geregelt und zielt dabei ausschließlich auf folgende Maßnahmen und Handlungsfelder ab:

- Bekämpfung weit verbreiteter schwerer Krankheiten,
- Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten,
- Gesundheitsinformation und Erziehung,
- Verringerung drogenkonsumbedingter Gesundheitsschäden.

Aus diesen Vorgaben ist in den letzten Jahren ein konsequenter europapolitischer Handlungsrahmen entstanden, der auf aktuelle und länderübergreifende Gesundheitsgefahren genauso konsequente Antworten geben als auch vorhandene Versorgungsnischen thematisieren muss, die aufgrund begrenzter nationaler Reichweite keine breite Öffentlichkeitswirkung entfalten können.

Als unmittelbare Folge entstehen daraus länderübergreifende Lösungsstrategien und Versorgungskon-

⁴ Das Semashko-System wurde in den Ländern Mittel- und Osteuropas nach Ende des 2. Weltkrieges eingeführt und zu Beginn der 90er Jahre wieder abgeschafft.

zepte. An zwei ausgesuchten Themenbereichen soll diese europäische Sonderrolle einmal exemplarisch dargestellt und beschrieben werden:

a) Bekämpfung von Infektionskrankheiten als neue europäische Aufgabe

Die Abwehr bzw. Eindämmung von Infektionskrankheiten wie die aktuell drohende neue Influenza-Pandemie SARS auch die schon langjährig anhaltende und weltweite Bedrohung durch HIV/AIDS spielen eine zentrale Rolle in der Politik der EU-Gemeinschaft. In diesem Bereich nimmt sie durch ergänzende Maßnahmen der einzelnen Mitgliedstaaten ihre koordinierende Funktion wahr.

Zu diesem Zweck wurde eigens das Europäische Zentrum für Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) eingerichtet. Seine zentrale Aufgabe besteht darin, gegen die Ausbreitung von Infektionskrankheiten in Europa vorzugehen. Seine Arbeitsweise ist beispielhaft für sämtliche Aktivitäten auf Gemeinschaftsebene im Bereich der Gesundheitsversorgung.

In Zusammenarbeit mit den nationalen Gesundheitsbehörden werden europaweite Gesundheitsüberwachungssysteme und Frühwarnsysteme eingerichtet und unterstützt. Dementsprechend verfügt das Zentrum selbst über eine geringe Anzahl an Mitarbeitern, aber über ein breites Netzwerk an Partnern. Ziel der Organisation auf europäischer Ebene ist es, das in Europa vorhandene Wissen in Gesundheitsbelangen zu bündeln und daraus verlässliche, wissenschaftliche Schlussfolgerungen zu ziehen.

Speziell bei der Bekämpfung von HIV/Aids konnte das ECDC⁵ seit seinem Bestehen in 2005 qualitativ neue Akzente setzen wie die Weiterentwicklung der HIV/Aids-Überwachung auf europäischer Ebene, die Konzipierung europäischer Referenzmodelle für die Mitgliedstaaten und die Partner der europäischen Nachbarschaftspolitik oder auch die Erarbeitung von geeigneten Indikatoren zur HIV/Aids-Prävention.

b) Förderung von Arzneimitteln für seltene Leiden (Orphan Drugs)

Bereits 1999 wurde die EG-Verordnung 141/2000⁶ über Arzneimittel für seltene Leiden verabschiedet. Damit fand diese zunächst als Aktionsprogramm der Gemeinschaft gestartete Initiative für seltene Erkrankungen gleichzeitig einen EU-weiten und formal geregelten Förderrahmen. Dies beinhaltet sowohl Kriterien für die Ausweisung als Arzneimittel für seltene

Leiden in der EU als auch die Erläuterung der Förderanreize (z.B. 10-jähriges Marktexklusivitätsrecht, Unterstützung bei der Erstellung des Prüfplans, Zugang zum zentralisierten Verfahren für die Marktzulassung), durch die die Erforschung, Entwicklung und Vermarktung von Medikamenten für die Behandlung, Prävention oder Diagnose seltener Krankheiten gefördert werden sollen.

Mit dieser gezielten Förderpraxis sollte vor allem auch dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die geringe Zahl an betroffenen Patienten schwerlich in Einklang zu bringen ist mit den hohen Ausgaben für Forschung und Entwicklung. Ein etwas vergleichbarer Fall von Arzneimittelförderung stellt die EG-Verordnung 1901/2006 über Kinderarzneimittel dar, um die Anzahl an zugelassenen kindergerechten Arzneimitteln europaweit deutlich zu steigern.

Im Ergebnis stellt diese europäische Form einer gezielten Förderpraxis eine eindrucksvolle Erfolgsgeschichte dar. So kam es seit Inkrafttreten dieser Verordnung im Jahr 2000 bis Ende 2008 bereits zu 51 Arzneimittelzulassungen zur Behandlung von seltenen Erkrankungen. Inzwischen stellen „Seltene Erkrankungen“ eine der Prioritäten im zweiten Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit für den Zeitraum 2008–2013 dar.

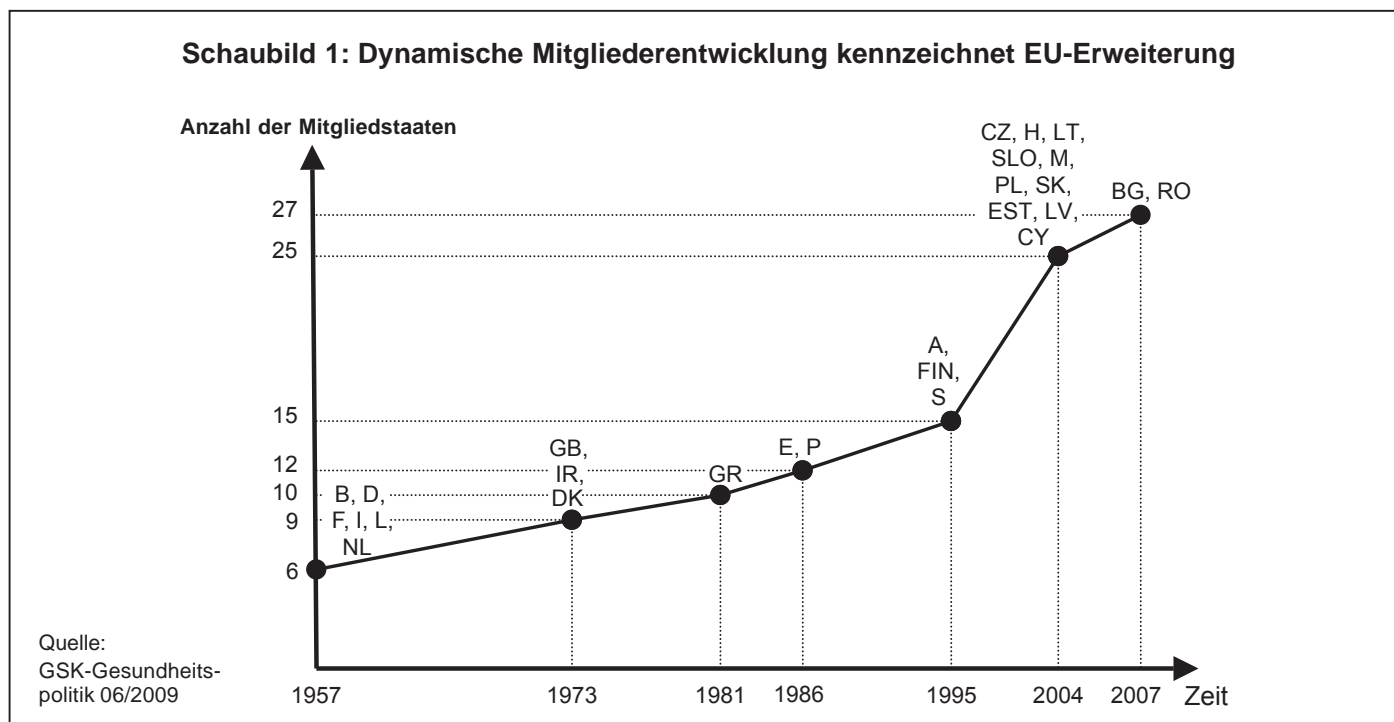
Weitere in diesem Zusammenhang nennenswerte und von der EU initiierte Projekte sind RHAPSODY („Seltene Krankheiten – Solidarität mit Patienten“), EUORDIS (Europäische Organisation für seltene Krankheiten) oder PARACELsus („Strategiemaßnahmen und Informationen über seltene Krankheiten in Europa“).

Schlussfolgerungen aus dem EuGH-Urteil zum Fremdbesitzverbot

Die aktuelle Entscheidung des EuGH vom 19. Mai 2009 zum Fremdbesitzverbot in öffentlichen Apotheken (C-171/07 und C-172/07) verdeutlicht die Vereinbarkeit des Fremdbesitzverbots mit dem europäischen Recht der Niederlassungsfreiheit von Kapitalgesellschaften. Argumentativ wird eine Beschrän-

5 Vgl. hierzu insbesondere die Mitteilung der EU über die Bekämpfung von HIV/Aids für den Zeitraum 2006–2009 unter <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0654:FIN:DE:PDF>

6 Die EG-Verordnung 141/2000 über Arzneimittel für seltene Leiden ist nachzulesen unter http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/orphanmp/doc/141_2000/141_2000_de.pdf

Schaubild 1: Dynamische Mitgliederentwicklung kennzeichnet EU-Erweiterung

kung der Niederlassungsfreiheit dann als gerechtfertigt angesehen, wenn es um die Sicherstellung der Arzneimittelsicherheit und Versorgungsqualität der Patienten geht.

Demnach lassen sich aus diesem Fremdbesitzurteil zwei Schlussfolgerungen ableiten:

- Erstens wird den Mitgliedstaaten der EU ein entsprechender Ermessensspielraum eingeräumt, auf welchem Niveau der Gesundheitsschutz der Bevölkerung gewährleistet und sichergestellt werden soll. In diesem Zusammenhang werden Arzneimittel als besonderes Gut ganz explizit hervorgehoben. Ebenso werden Vorteile durch das Berufsapothekertum im direkten Vergleich zu Nichtapothekern gesehen, die ihre Apotheke offensichtlich nicht nur zu rein wirtschaftlichen Zwecken betreiben, sondern darüber hinaus auch noch beruflich-fachliche Aspekte eine solche Unterscheidung rechtfertigen.
- Zweitens wird mit diesem Urteil eindeutig die Befürchtung widerlegt, dass es über kurz oder lang zu einer europäischen Vereinheitlichung der länderspezifisch unterschiedlichen Gesundheitsversorgungs-

strukturen kommen wird. Das aktuell ergangene EuGH-Urteil zum Fremdbesitzverbot veranschaulicht auf sehr eindrucksvolle Art, wie das auch innerhalb der EU geltende Subsidiaritätsprinzip konsequent ausgelegt wird.

Fazit und Ausblick

Während der Bereich der Gesundheitspolitik oftmals noch als konfliktträchtiges Tummelfeld nationaler Reformbestrebungen wahrgenommen und damit auch verstanden wird, hat die europäische Entscheidungsbefugnis in Sachen Gesundheitsversorgung eine durchaus sehr fortschreitende Eigendynamik erfahren. Diese Entwicklung basiert wie bereits dargelegt auf sehr unterschiedliche Gegebenheiten.

Zum einen wird mit dem europäischen Richterrecht zwangsläufig auch ein europäischer Rechtsrahmen zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung geschaffen, allerdings ohne eine erkennbare und nachhaltige länderspezifische Anwendungswirkung. Die aktuellen Bemühungen um die Verabschiedung einer europäischen Richtlinie über die „Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“⁷ belegen unzweifelhaft diesen

7 Vgl. zum aktuellen Verfahrensstand der 1. Lesung im Europaparlament die Pressemeldung vom 23.04.2009 unter http://www.europarl.europa.eu/news/expert/infopress_page/066-54194-111-04-17-911-20090422IPR54193-21-04-2009-2009-true/de_fault_de.htm

Auf dem Weg zu einer Europäisierung des Gesundheitswesens?

Die Gesundheitspolitik im Spannungsfeld nationaler und europäischer Interessen

Von Roger Jaeckel

Fortsetzung von der vorigen Seite

europarechtlichen Regelungsbedarf trotz der eingängigen Rechtsprechung durch den EuGH.

Zum anderen hat die EU als europäischer Staatenbund hinsichtlich ihrer Mitgliederzahl gerade in diesem Jahrzehnt eine unglaubliche Wachstumsdynamik erfahren⁸, die nicht nur die Sonnenseite dieses europäischen Integrationsprozesses aufzeigen. Mit der Aufnahme wirtschaftlich schwächerer Länder gerät auch der Sozialraum Europa zunehmend unter Druck. Das Problem sozialer Ungleichheiten rückt dabei unmittelbar in den Fokus europäischen Handelns. Die EU wird ihrer Koordinationsaufgabe aber nur gerecht werden können, wenn sie eine politische Ausgleichsfunktion ausübt, die in logischer Konsequenz dann auch zu sozialen Mindeststandards führt. Diese Entwicklung wird auch für die nationalen Gesundheitssysteme nicht ohne Folgen bleiben und am Beispiel der Wartezeitenproblematik im Fall Watts⁹ aus dem Jahr 2006 hat der EuGH diese Thematik bereits eingehend abgehandelt.

Die Folgewirkungen aus diesem Grundsatzurteil sind in den einzelnen Mitgliedstaaten bis heute jedoch recht unterschiedlich ausgefallen. Auch aus diesem Grund wird sich die EU diesem notwendigen Trend zur Europäisierung des Gesundheitswesens nicht verschließen können.

Schließlich unterliegt die EU nach Art. 152 EGV generell der Verpflichtung, bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen die Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus zu gewährleisten. Wie bereits aus-

geführt, spielt der Gesundheitsschutzgedanke beispielsweise bei der Abwehr bzw. Eindämmung von Infektionskrankheiten (HIV/Aids, Grippepandemie) oder die Stärkung des Präventionsgedankens (Schutzimpfungen, Tabak, Drogen, Alkohol) auch gesellschaftspolitisch eine zunehmende Rolle, die länderübergreifende Strategien und Vorgehensweisen erforderlich machen.

Es mag nun Zufall oder auch Schicksal sein. Es bleibt jedenfalls zu konstatieren, dass der Bedarf an solchen übergeordneten versorgungspolitischen Koordinationsaufgaben enorm angestiegen ist und die EU eine hohe Motivationsbereitschaft erkennen lässt, dieser Aufgabe auch tatsächlich gerecht zu werden. Als große und zukunftsgerichtete Themen werden bereits schon in 2009 die onkologische Versorgung im Sinne von „good practice“ in der Krebsversorgung sowie zukunftsweisende Präventionsmaßnahmen ins Visier der europäischen Gesundheitspolitik geraten.

Das Schlagwort von der Europäisierung des Gesundheitswesens wandelt sich von einem doch überwiegend unbegründeten Schreckgespenst zu einem mehrdimensionalen und zielorientierten politischen Lösungsansatz. Die tendenzielle Sorge um eine europäische Vereinheitlichung der national geprägten Gesundheitssysteme rückt daher in weite Ferne.

Das aktuelle EuGH-Urteil in Sachen „Fremdbesitzverbot“ unterstreicht im Ergebnis den Anspruch auf strukturelle Vielfalt auf der Grundlage des Subsidiaritätsprinzips anstelle einer europäisch dominierten Gleichmacherei im Bereich der Gesundheitsversorgung. Damit sind die konfliktären gesundheitspolitischen Themen zwischen Mitgliedstaaten und EU längst nicht aus der Welt geschafft. Europäische Gesundheitspolitik – ein mit Sicherheit spannungsgeladener und auf Dauer angelegter Integrationsprozess der ganz besonderen Art.

⁸ Vgl. hierzu die in Schaubild 1 (auf S. 23) dargestellte Beitrittsdynamik der neuen EU-Mitgliedsländer seit Gründung im Jahr 1957.

⁹ Das Watts-Urteil ist nachzulesen unter <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62004J0372:DE:HTML>