

# Europäische Gesundheitspolitik auf Grundlage des neuen Lissabon-Vertrages

Von Roger Jaeckel<sup>1</sup>

## Lissabon-Vertrag als Ergebnis eines langwierigen Reformprozesses

Es ist vollbracht. Nach mehrjährigen Verhandlungen über eine institutionelle Reform der Europäischen Union (EU) ist der Lissabon-Vertrag zum 1. Dezember 2009 in Kraft getreten. Der völkerrechtliche Vertrag zwischen den 27 Mitgliedstaaten ersetzt dabei nicht die bestehenden Verträge, wie es bei der abgelehnten europäischen Verfassung der Fall gewesen wäre, sondern enthält lediglich Änderungen zum Vertrag über die EU sowie zum Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft.<sup>2</sup>

Seit der Unterzeichnung des Lissabon-Vertrages unter portugiesischer Ratspräsidentschaft am 13. Dezember 2007 sind bereits zwei Jahre vergangen. Der ursprüngliche Starttermin, der für den 1. Januar 2009 vorgesehen war, konnte aufgrund des langwierigen Ratifizierungsprozesses nicht eingehalten werden. Zu dieser Verzögerung trugen insbesondere die Iren bei, deren erstes Referendum im Juni 2008 im Ergebnis zu einer mehrheitlichen Ablehnung führte. Erst das positiv ausgefallene zweite Referendum im Oktober 2009 ebnete den Weg für das Inkrafttreten des Lissabon-Vertrages.

Auch in Deutschland wurde der Lissabon-Vertrag von Beginn an heftig diskutiert. In letzter Konsequenz schlossen sich die EU-Kritiker sogar unmittelbar nach der erfolgreich abgeschlossenen Ratifizierung durch Bundestag und Bundesrat zu einer Klage vor dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG) zusammen. Einer der Kernpunkte der Klageschrift bestand dabei in einer befürchteten Verletzung des Subsidiaritätsprinzips.<sup>3</sup> Die EU maße sich immer mehr Rechte an, hieß es.

Die Entscheidung des BVerfG im Juni 2009 fiel im Ergebnis jedoch ambivalent aus. Der Lissabon-Vertrag selbst wurde als gesetzeskonform gesehen, weshalb die Verfassungsklage in der Folge abgelehnt wurde.<sup>4</sup> Gleichzeitig wurde das zuvor verabschiedete

Begleitgesetz aufgrund unzureichender Mitwirkungsrechte von Bundestag und Bundesrat als verfassungswidrig erklärt. Im Eiltempo hat dann der Bundestag die erforderlichen Anpassungen vorgenommen und das überarbeitete Begleitgesetz am 8. September 2009 verabschiedet.

Bei der inhaltlichen Ausgestaltung des Lissabon-Vertrages sind grundsätzlich zwei Stoßrichtungen zu erkennen. Einerseits findet eine Ausweitung der EU-Kompetenzen, vor allem in den Bereichen Freiheit, Sicherheit und Recht statt. Andererseits wird das demokratische Mitspracherecht im Rahmen des europäischen Entscheidungsprozesses gestärkt, in dem sowohl dem Europäischen Parlament als auch den nationalen Parlamenten unter dem Stichwort „demokratischeres und transparenteres Europa“ weitergehende Mitentscheidungsbefugnisse zugestanden wurden.

Im Bereich der Gesetzgebung beispielsweise wird eine Stärkung der Rolle des Europäischen Parlaments durch die Ausdehnung des Mitentscheidungsverfahrens bei der Beschlussfassung angestrebt. Die nationalen Parlamente erhalten ebenfalls mehr Mitspracherecht durch umfangreichere Kontrollbefugnisse bei der Einhaltung des Subsidiaritätsprinzips durch die Europäische Kommission. Der Vertrag von Lissabon sieht des Weiteren erstmals die Möglichkeit zum Austritt eines Mitgliedstaates aus der Union vor.

Für den Bereich Gesundheit soll vor diesem Hintergrund im Folgenden der Frage nachgegangen werden, welche grundlegenden Veränderungen der Lis-

1 Für die inhaltliche Vorbereitung und fachliche Unterstützung danke ich Frau Esther Finkler und Herrn Christoph Mair.

2 Vgl. Lissabon-Vertrag, Konsolidierte Fassung vom 30.04.2008, <http://www.consilium.europa.e/showPage.aspx?id=1296&lang=de> (Stand: 25.01.2010)

3 Vgl. Bundesverfassungsgericht, Pressemitteilung Nr. 2/2009, 16.01.2009

4 Vgl. Bundesverfassungsgericht, Pressemitteilung Nr. 72/2009, 30.06.2009

sabon-Vertrag mit sich bringt und wie sich diese neuen europapolitischen Entwicklungspfade auf den sehr komplexen Prozess der bisherigen „Europäisierung des Gesundheitswesens“ auswirken werden.

### Europäische Veränderungspotenziale in der Gesundheitspolitik

Das Verhältnis zwischen der EU und den Mitgliedstaaten ist mit Inkrafttreten des Lissabon-Vertrages im Vertrag zur Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) geregelt, der den bisherigen Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft ersetzt.

Im Zuge der Neufassung dieses Vertragswerks haben jedoch keine grundlegenden Kompetenzverschiebungen im Bereich Gesundheit stattgefunden. In der relevanten Rechtsvorschrift des Artikels 168 AEUV (ex-Art. 152 EGV) ist auch weiterhin klar festgelegt, dass die Mitgliedstaaten für die „Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel“ verantwortlich sind.

Für ausdrücklich an die EU übertragene Kompetenzbereiche wird erstmals im Allgemeinen Teil des neu gefassten Vertrages schriftlich festgehalten, dass u.a. das Fachgebiet der öffentlichen Gesundheit in die *geteilte Zuständigkeit* fällt (Art. 2, 4 AEUV).

Dies bedeutet, dass in den betroffenen Themenbereichen sowohl die EU als auch ihre Mitgliedstaaten gesetzgeberisch tätig werden und verbindliche Rechtsakte erlassen können. Einschränkend gilt jedoch für die Mitgliedstaaten, dass sie ihre Kompetenzen nur dann wahrnehmen können, sofern und soweit die Union ihre Befugnisse nicht ausführt bzw. entschieden hat, diese nicht mehr auszuüben.

Zu den an die Union übertragenen Kompetenzen im Bereich öffentliche Gesundheit gehört auch weiterhin die koordinative Unterstützung der Mitgliedstaaten mit dem Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, vor Humankrankheiten zu schützen und die Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit zu beseitigen.

Auf dem Gebiet gemeinsamer Sicherheitsanliegen wurde zudem erstmals schriftlich festgelegt, dass die EU zum einen bei den Standards für Blut, Organe, Medizinprodukte sowie Arzneimittel und zum anderen bei Maßnahmen, die dem unmittelbaren Schutz vor grenzüberschreitenden Krankheiten, Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch dienen, rechtsverbindlich tätig werden kann.

Im Vergleich zu den bisherigen Regelungen hat im neuen Vertragswerk auch eine Erweiterung der Themenzuständigkeit der Union stattgefunden. So wurde die Gesundheit zum horizontalen Thema der Europapolitik erklärt (Art. 9 AEUV). Dies bedeutet, dass die EU bei der Festlegung und Durchführung ihrer Politik stets einem hohen Gesundheitsschutzniveau Rechnung tragen muss. Darin spiegelt sich die Grundsatzstrategie der Europäischen Kommission „*health in all policies*“ wider.

Nachdem die Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme nach wie vor im nationalen Zuständigkeitsbereich verbleibt, haben die Mitgliedstaaten auch weiterhin die Möglichkeit, Gesetzgebungsverfahren der EU zu blockieren. Speziell im Bereich der Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer, bei der es in der Vergangenheit ausreichend Konfliktpotenzial gab, wurde das Blockaderecht der Mitgliedstaaten durch den Lissabon-Vertrag sogar entscheidend ausgeweitet.

Wenn ein Mitgliedstaat einen Gesetzesentwurf auf diesem Gebiet als Eingriff in seinen Kompetenzbereich ansieht, kann er eine Beauftragung des Europäischen Rates bewirken, die zu einer Aussetzung des ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens führt. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass wichtige Aspekte des nationalen Systems der sozialen Sicherung, insbesondere dessen Gestaltungsbereich, Kosten oder Finanzstruktur, verletzt sind oder dessen finanzielles Gleichgewicht beeinträchtigt wird. Dieser Notbremsenmechanismus ist sowohl in Artikel 48 AEUV als auch in einem der vier deutschen Begleitgesetze, dem Integrationsverantwortungsgesetz, verankert.

Die institutionelle Vertretung im Bereich der europäischen Gesundheitspolitik obliegt der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher (DG Sanco) unter der Leitung des designierten EU-Kommissars John Dalli (Malta). Dieser erhält im Zuge der Neuordnung der Kompetenzen durch den Präsidenten der EU-Kommission Barroso auch die Gesetzgebungskompetenz im Bereich Arzneimittel, die bisher beim Industriekommissar angesiedelt war.

Neben der Prüfung des mittlerweile aufgeschnürten Pharmapakets liegt aus Sicht des EU-Gesundheitskommissars die Herausforderung der europäischen Gesundheitspolitik darin, „die Nachhaltigkeit und Zugänglichkeit der Gesundheitsleistungen“<sup>5</sup> für alle Bürger zu sichern. Dazu soll u. a. die Richtlinie zur Rege-

5 Europäisches Parlament (Ausschuss für Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebensmittelsicherheit), Mitteilung an die Mitglieder zur Anhörung von John Dalli, 07.01.2010, S. 5

lung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, bei der bisher keine Einigung erzielt werden konnte, wieder aufgegriffen werden. Zudem sollen die Mitgliedstaaten auch weiterhin koordinative Unterstützung bei der Entwicklung von effektiven und effizienten Gesundheitssystemen erhalten, die sich in der Offene Methode der Koordinierung (OMK) konkretisiert.

### **Koordinierung als Kernkompetenz der europäischen Gesundheitspolitik**

Betrachtet man die Veränderungen, die der Lissabon-Vertrag für den Gesundheitsbereich mit sich gebracht hat, lässt sich grundsätzlich feststellen, dass die Koordinierungsfunktion auch weiterhin den originären Kompetenzbereich der EU darstellt. Rein inhaltlich lassen sich dabei zwei Ebenen der Umsetzungstiefe unterscheiden.

Zum einen kann die EU Verordnungen und Richtlinien erlassen, wenn dadurch die Gestaltung der nationalen Gesundheitssysteme nicht in ihren Grundpfeilern tangiert wird und die EU folglich nicht auf den Umsetzungswillen der Mitgliedstaaten angewiesen ist. Hierzu zählt der bereits skizzierte Bereich der ausdrücklich übertragenen Kompetenzen, zu denen beispielsweise die Vorgabe von Sicherheitsstandards bei Arzneimitteln gehört, die den innereuropäischen Austausch erleichtern soll. Diese EU-Kompetenz wird jedoch bereits seit Jahren durch die Europäische Arzneimittelagentur EMA bei der Zulassung von Arzneimitteln wahrgenommen und ist daher keineswegs neu.

Zum anderen kann die EU im Rahmen ihrer Koordinierungsfunktion Empfehlungen aussprechen, die zusätzlich als Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Ausgestaltung ihrer nationalen Gesundheitssysteme dienen und keinerlei rechtsbindenden Charakter aufweisen. Solche EU-Empfehlungen gehören grundsätzlich zum Instrumentarium der OMK.

Diese bewährte Handlungsform der EU zielt darauf ab, sowohl die ausschließliche Kompetenz der Mitgliedstaaten zu wahren als auch über eine Art Soft-Law-Mechanismus einen Anreiz zur Umsetzung der EU-Empfehlung zu setzen. Dazu wird über einen Vergleich der Zielerreichungsgrade in den einzelnen Mitgliedstaaten ein europaweiter Benchmark entwickelt, der zwar mit keinen unmittelbaren Sanktionen verbunden ist, die relative Position der Mitgliedstaaten in Bezug auf die Erreichung des jeweiligen Ziels jedoch

öffentlich dargestellt (Prinzip des „Naming and Shaming“).

Ein aktuelles Beispiel stellt die im Dezember 2009 verabschiedete Empfehlung des Ministerrates zur Impfung gegen die saisonale Grippe dar.<sup>6</sup> Darin wird den Mitgliedstaaten u. a. empfohlen, Maßnahmenpläne zur Steigerung der Impfquote bei den vorgegebenen Risikogruppen zu entwickeln und bis spätestens 2015 umzusetzen (Details siehe Info-Box).

#### **Info-Box: Empfehlung des Rates zur Impfung gegen die saisonale Grippe**

Förderung der Impfung von Risikogruppen und Beschäftigten des Gesundheitswesens durch folgende Maßnahmen:

- Steigerung der Durchimpfungsrate bei älteren Menschen (65 Jahre und älter) und chronisch Kranken auf 75 % vor Wintersaison 2014/2015,
- Verbesserung der Durchimpfungsrate bei den Beschäftigten des Gesundheitswesens,
- öffentliche und berufsständische Aufklärungskampagnen,
- Erhebung vergleichbarer Daten über die Durchimpfung von Risikogruppen auf nationaler Ebene,
- Analyse der Gründe, warum Menschen sich nicht impfen lassen wollen.

Interessant wird diese Empfehlung dann, wenn es gelingt, mittels der zuvor beschriebenen OMK eine europäische Diskussion in Gang zu setzen, warum es manchen Ländern gelingt, die vorgegebene Impfquote zu erreichen, andere Länder hingegen dieses Ziel nachweislich verfehlen. Die Bereitschaft, von den Besten lernen zu wollen, böte die Chance, einen solchen Best-Practice-Ansatz international konkret auf die Verfolgung gesundheitspolitischer Ziele auszurichten und gleichzeitig das europäische Versorgungsniveau auf Sicht spürbar zu heben.

Im Rahmen ihres Präventionsauftrages kann die EU jedoch nur solche Empfehlungen aussprechen. Damit

<sup>6</sup> Vgl. Rat der Europäischen Union, Empfehlung zur Impfung gegen die saisonale Grippe vom 22.12.2009, Amtsblatt der Europäischen Union, L348/71, 29.12.2009

gehen im Gegensatz zu Richtlinien und Verordnungen keine rechtlichen Verpflichtungen für die Mitgliedstaaten einher. Es entspricht deshalb auch konsequent diesem Empfehlungscharakter, wenn die Berichterstattung über den aktuellen Umsetzungsstand zur Impfung gegen die saisonale Grippe und der Erfolgsnachweis der ergriffenen Maßnahmen nur freiwillig eingefordert werden.

### **Bewertung und Ausblick**

Keine Frage. Zum Inkrafttreten des Lissabon-Vertrages gab und gibt es keine Alternative. Aus übergeordneter Sicht wird mit dem neuen Vertragswerk eine verbesserte Handlungsfähigkeit erreicht, eine genauere Kompetenzabgrenzung zwischen der Union und den Mitgliedstaaten ermöglicht sowie die erforderliche Akzeptanz für ein verbessertes Demokratieverständnis sichergestellt.<sup>7</sup> Letzteres ist ganz entscheidend für die weitere politische Handlungsfähigkeit und die Legitimation der EU selbst.

Überträgt man den „Geist von Lissabon“ jedoch auf konkrete Handlungsfelder wie den Bereich der Gesundheitspolitik, wird sehr schnell deutlich, dass der politische Selbstzweck nach mehr Subsidiarität dem gleichzeitigen Anliegen nach mehr europäischer Integration nicht gerecht werden kann. Ganz im Gegenteil. Es tut sich ein neues Spannungsfeld auf, welches im Ergebnis eine neue Begründungslogik erfordert, warum es auch künftig einer notwendigen europäischen Integration bedarf.

Wenn im Ergebnis mehr Subsidiarität dazu führt, dass die einzelnen Mitgliedstaaten beispielsweise in wichtigen und grenzüberschreitenden, gesundheitspolitischen Themenstellungen zu keinem Minimalkonsens mehr finden müssen, dann wird der europapolitisch verfolgte Integrationsansatz zwangsläufig, aber auch dauerhaft in einer Strategie der „differenzierten Integration“<sup>8</sup> enden. Diese, in anderen Politikfeldern beliebige nicht neue Vorgehensweise, darf in der Konsequenz aber nicht die Einführung einer Zweiklassengesellschaft in der EU bedeuten. Denn nach der Zweiklassengesellschaft folgt auch die Zweiklassenmedizin.

Im Bereich Gesundheit zeichnet sich gegenwärtig das Bild ab, dass in wichtigen grenzüberschreitenden Fragen der europäische Gesetzgeber keine schnellen Regelungserfolge erzielen wird. Dies war schon vor Inkrafttreten des Lissabon-Vertrages schwierig genug. Durch die Stärkung des Subsidiaritätsgedankens im Lissabon-Vertrag wird dieser Umstand deshalb noch deutlicher an Bedeutung gewinnen.

Die Mitgliedstaaten werden sich je nach Thema und Betroffenheit, aber auch nach politischer Gesinnung in zwei Gruppen einreihen: in die der EU-Konformisten einerseits und die der EU-Skeptiker andererseits. Objektiv vorhandene Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, zum großen Teil durch eine unterschiedliche Finanzausstattung der einzelnen Gesundheitssysteme bedingt, werden durch europäische Initiativen keine materiellen Verbesserungen erfahren können, weil die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in die jeweils nationale Zuständigkeit fällt.

Die aktuell ausgesprochene Impfpflicht gegen die saisonale Grippe lässt erkennen, in welche Richtung die europäische Koordinierungskompetenz sich künftig gestalten wird. Weitere Empfehlungen zu anderen wichtigen Versorgungsbereichen werden die Folge sein. Ob dieser europäisch getriebene gesundheitspolitische Mehraufwand am Ende des Tages bei den Mitgliedstaaten auf fruchtbaren Boden fallen wird, muss sich daher erst noch zeigen.

Am Beispiel des von der EU initiierten Nichtraucherschutzgesetzes, das selbst in Deutschland auf Grund des föderalen Systems zu höchst unterschiedlichen Regelungen geführt hat, lässt sich ganz gut antizipieren, dass es im Bereich Gesundheit zu keinem vergleichbaren europäischen Standard kommen wird.

Das Europa der Gegensätze: Ein Bild, das uns auch in der Gesundheitsversorgung in den nächsten Jahren vehement begleiten wird. Für die Weiterentwicklung europarelevanter Gesundheitsthemen bedarf es jedoch einer innovativen Triebfeder, wie sie mittels der differenzierten Integration gewährleistet werden könnte. Ein realistischer Lösungsansatz in Zeiten europapolitisch fortschreitender Subsidiarität.

© gpk

<sup>7</sup> Vgl. in diesem Zusammenhang auch die Ausführungen von Weidenfeld „Die Bilanz der Europäischen Integration 2009“ in: Weidenfeld, W., Wessels, W., (Hrsg.): Jahrbuch der Europäischen Integration 2009, Baden-Baden 2009, S. 13-26

<sup>8</sup> Nähere Ausführungen zur „Differenzierten Integration“ bei Weidenfeld (2009), a.a.O., S23-24