

Zur Debatte gestellt

Gesundheitspolitik in Europa: Auf dem dünnen Eis des Binnenmarktes

Thomas Gerlinger, Rüdiger Henkel, Rolf Schmucker

The logo for ver.di, consisting of a dark grey square tilted slightly to the right, with the text 'ver.di' in white lowercase letters inside it.

ver.di

*Gesundheit, Soziale Dienste,
Wohlfahrt und Kirchen*

**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Ein Vorwort

»Mehr Gesundheit wagen – Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten«¹. Unter diesem Titel hat ver.di 2009 einen Diskussionsprozess begonnen, der sich mit Entwicklungstrends und Zukunftschancen des Gesundheitswesens und der sozialen Dienste in Deutschland auseinandersetzt. Damit ist der Anspruch verbunden, gerade positive Gestaltungslösungen für die Weiterentwicklung eines solidarischen und öffentlichen Gesundheitswesens zu entwickeln. Eines der Ergebnisse dieser Debatte ist die Feststellung: Die Auseinandersetzung um die Gestaltung von Gesundheits- und sozialen Diensten bis hin zur Gestaltung von Gesundheitssystemen ist nicht mehr ohne die europäische Perspektive zu führen. Die öffentliche Daseinsvorsorge hat nur dann eine Chance, wenn Europa sein Wirtschaftskonzept um ein ehrgeiziges Sozialkonzept ergänzt oder wie ver.di es im europapolitischen Memorandum formuliert hat »Wir wollen nicht weniger Europa, sondern mehr – aber anders!«

Diese Feststellung einer europäischen Perspektive für das Gesundheitswesen und die Erbringung von Gesundheits- und sozialen Diensten zielt auf eine der zentralen Problemstellungen im Kontext europäischer Sozialpolitik: Seit den Anfängen der europäischen Wirtschaftsintegration steht die Forderung nach einem europäischen Sozial- und Demokratiemodell auf der Tagesordnung. Und ebenso seit den Anfängen der europäischen Integration ist die Aufgabenverteilung zwischen Europa und den Ländern in Sachen »Gesundheit« scheinbar klar geregelt: Die Länder besitzen die alleinige Gestaltungskompetenz für ihre Gesundheitssysteme. Die Gemeinschaft ergänzt die einschlägigen Politiken der Mitgliedsstaaten und ist auf deren Förderung und Unterstützung beschränkt.

Allerdings ist diese Aufgabenteilung bei Weitem nicht so trennscharf, wie es auf den ersten Blick erscheint. Die Aktivitäten und Ansätze in Europa im Bereich Gesundheit stellen sich als gegenseitiges Wechselverhältnis dar. Dabei hat Europa in Form

von Gemeinschaftsaufgaben in der Gesundheitspolitik eine direkte Gestaltungsaufgabe: Über den Binnenmarkt und die Wettbewerbsregeln wirkt europäische Politik indirekt auf die Dienstleistungserbringung im Gesundheitswesen. Dies wiederum wird durch EuGH-Entscheidungen direkt durchgesetzt. Beschrieben als »Dilemma gegenläufiger Politikstrategien« hat sich so seit den 90er Jahren eine komplexe Verflechtung nationaler und europäischer Regulierungen entwickelt und die EU wird in einer wachsenden Zahl gesundheitspolitischer Felder zum Akteur.

Für ver.di stellte sich also die Frage, wie denn die Stärkung der sozialen Perspektive im Bereich Gesundheit entwickelt und durchgesetzt werden kann. Die Klärung dieser Frage ist eminent wichtig, denn es werden hier die Weichen und Rahmenbedingungen für die zukünftige Betriebs-, Branchen- und Tarifpolitik von ver.di im Gesundheitswesen gestellt. In einer Workshop-Reihe² unter dem Titel »Gesundheitspolitik im europäischen Binnenmarkt – Auswirkungen auf Betrieb und Branche« hat ver.di deshalb Ansätze und Aktivitäten der EU mit dem Ziel unter die Lupe genommen, Handlungsfelder und politische Gestaltungsansätze zu identifizieren um durch gewerkschaftliche Einflussnahme eine solidarische Gesundheitsversorgung abzusichern.

Um möglichst breit Analyse, Positionen und Erfahrungen für ver.di nutzbar zu machen, stand im Mittelpunkt der Workshop-Reihe der Dialog mit Experten, Betriebs- und Personalräten und der Politik. Durchgeführt wurden drei themenzentrierte Diskussionsrunden. Ausgangspunkt der jeweiligen Debatte waren Fachreferate, die der Problemdefinition dienten. Diese wurden ergänzt durch Stellungnahmen und Kommentare von Experten, die ihre Kenntnisse aus unterschiedlichen Praxis- und Politikzusammenhängen in die Diskussion einspeisten. Die inhaltliche Gestaltung der einzelnen Diskussionsrunden sowie eine Namensliste der beteiligten Experten aus Politik, Wissenschaft, Verbänden und Gewerk-

schaften sind im Anhang dieser Broschüre zu finden. An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Beteiligten für die offene und konstruktive Diskussion herzlich bedanken. Denn erst auf dieser Grundlage war es möglich, die Komplexität und den Problemgehalt des Politikfeldes »Europa und Gesundheit« und der dazu gehörenden Fragestellungen auszu-leuchten.

Die Workshop-Reihe wurde durchgeführt in Kooperation und enger Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Thomas Gerlinger, Dr. Rolf Schmucker und Rüdiger Henkel, Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Von ihnen wurde auch die Aufgabe übernommen die Arbeitsergebnisse zusammenzufassen und zu verdichten. Dadurch soll deutlich werden, auf welche Bereiche europäischer Politik ver.di Einfluss nehmen sollte. Mit dem Beitrag »Gesundheitspolitik in Europa: Auf dünnem Eis des Binnenmarktes« stellen wir dieses Arbeitsergebnis zur Diskussion. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie wirkt sich europäische Politik auf das deutsche Gesundheitswesen bzw. auf solidarisch ausgerichtete Gesundheitssysteme in Europa aus? Welche Treiber stehen hinter dem

Binnenmarktkonzept und den Bestrebungen soziale und Gesundheitsdienste in den Geltungsbereich des Wettbewerbsrechtes zu integrieren? Befördern der Binnenmarkt und die Durchsetzung der Wettbewerbsfreiheiten den Trend zu einer weitgehend unregulierten Gesundheitswirtschaft? Gleichzeitig ist der Beitrag ein Ratschlag der Wissenschaft an ver.di für die Ausrichtung strategischer Ansätze im Bereich der Gesundheitspolitik und des Gesundheitswesens. Herausgekommen ist ein »Mehrebenenansatz«. Er beinhaltet Initiativen zur Instandsetzung des Lissabon-Vertrages, die Einflussnahme auf das Primär- und Sekundärrecht aber auch konkrete Ansätze, wie europäische und nationale Politik beeinflusst werden können.

Für diese Arbeit und die damit in Zusammenhang stehenden Diskussionen, Anregungen und Klärungen unserer Positionen bedanken wir uns herzlich bei den Autoren.

Berlin im April 2011

Dr. Margret Steffen

Herbert Weisbrod-Frey

¹Hilbert, J.; Evans, M.: Mehr Gesundheit wagen, Memorandum des Arbeitskreises »Zukunft der Dienstleistungen«, Friedrich-Ebert-Stiftung / ver.di, Bonn 2009

²Die Dokumentation der Workshop-Reihe ist zu finden unter: <http://gesundheitspolitik/verdi.de>.

Gliederung

Einleitung	5
1 Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik	6
2 Auswirkungen der Europäischen Integration auf Gesundheitssysteme	8
3 Patientenmobilität und Gesundheitsversorgung	13
4 Auswirkungen des Binnenmarktes auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen	14
5 Gewerkschaftliche Handlungsperspektiven	17
Autorenhinweis	23
Die Seminarreihe	24
Teilnehmerliste	26

Einleitung

Für die Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens gewinnt die europäische Integration erheblich an Bedeutung. Zwar fallen Entscheidungen zur Gesundheitspolitik nach wie vor überwiegend auf nationaler Ebene, allerdings haben die Nationalstaaten bei ihren Entscheidungen auch europäische Vorgaben zu beachten. Zudem wirkt die europäische Integration in vielfältiger Weise auf die Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) zurück. Dies hat Konsequenzen für die Inanspruchnahme von Leistungen durch Patientinnen und Patienten, aber auch für die Bedingungen, unter denen Gesundheitsleistungen in der Europäischen Union erbracht werden. Bei all dem lässt sich erkennen, dass der Solidargedanke und das Ziel der sozialen Sicherheit zunehmend in den Hintergrund treten. Darin liegt für ver.di eine große Herausforderung.

Ausgangspunkt des vorliegenden Papiers sind folgende Fragestellungen:

- Welche Wirkung hat die europäische Integration auf die Gesundheitspolitik in den Mitgliedstaaten der EU, besonders auf Deutschland?
- Wie wirkt sich der europäische Binnenmarkt auf den Solidarcharakter von Gesundheitssystemen in der EU aus?
- Welche Triebkräfte stehen hinter dem Binnenmarktkonzept und hinter den Bestrebungen zur Einbeziehung des Gesundheitswesens in den Geltungsbereich der Binnenmarktregeln?

Im Folgenden wird eine Analyse und Bewertung wichtiger Entwicklungen in der europäischen Gesundheitspolitik vorgenommen und Überlegungen zu gewerkschaftlichen Handlungsperspektiven auf diesem Feld präsentiert. Damit soll ein Beitrag zu einer gewerkschaftlichen Debatte über die europäische Gesundheitspolitik und zur Stärkung gewerkschaftlicher Handlungsfähigkeit geleistet werden. Im Mittelpunkt stehen die Auswirkungen der Europäischen Integration auf das Gesundheitssystem in Deutschland. Damit werden in vielen Fällen auch Aussagen über generelle Wirkungen des Integrationsprozesses getroffen, denn auf zahlreichen Feldern hat das Binnenmarktprojekt für die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten ähnliche Konsequenzen. Auch stehen die Mitgliedstaaten häufig vor vergleichbaren Problemen und es lassen sich oftmals ähnlich gelagerte Reaktionen auf diese Probleme erkennen (z.B. Ökonomisierung, Privatisierung). Allerdings weist das deutsche Gesundheitswesen auch einige Merkmale auf, die es von anderen, insbesondere denen in Mittel- und Osteuropa, unterscheiden. Dazu gehören z.B. die hohe Versorgungsdichte, aber auch die vergleichsweise hohe Vergütung und die recht hohe Versorgungsqualität.

Dieses Papier geht zurück auf eine Workshop-Reihe des ver.di Bundesvorstands zum Thema »Gesundheitspolitik im europäischen Binnenmarkt – Auswirkungen auf Betrieb und Branche in Deutschland«, in der Gewerkschafter, Politiker und Wissenschaftler zwischen Dezember 2009 und Juli 2010 über die oben genannten Aspekte diskutiert haben. Zahlreiche Ideen und Anregungen aus diesen Workshops sind in dieses Papier eingeflossen, ohne dass sie im Einzelnen kenntlich gemacht werden. Freilich haben die Autoren die hier getroffenen Aussagen alleine zu verantworten.

Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik

Das Gesundheitswesen als Teil der sozialen Sicherungssysteme

Politik hat sich in allen ihren Teilbereichen an dem Ziel zu orientieren, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und Krankheiten so weit wie möglich zu vermeiden. Das Gesundheitswesen selbst hat dafür zu sorgen, dass entstandene Krankheiten effektiv und effizient behandelt werden. Es ist damit ein Kernelement der sozialen Sicherungssysteme. Dies schließt die Aufgabe ein, allen Bürgerinnen und Bürgern den Zugang zu einer hochwertigen Krankenversorgung zu ermöglichen.

Das Solidarprinzip ist unverzichtbarer Bestandteil einer leistungsfähigen Krankenversorgung. Deren Finanzierung nach dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und die gleichzeitige Leistungsgewährung nach dem individuellen Versorgungsbedarf machen den Kern des Solidarprinzips aus. Ein so gestaltetes Gesundheitswesen ist mit Blick auf Deutschland zugleich Ausdruck des im Grundgesetz festgeschriebenen Sozialstaatsgebots.

Eine Reihe von Entwicklungen in der jüngeren deutschen und europäischen Gesundheitspolitik stellt die Verwirklichung dieser normativen Orientierungen aber infrage. So werden mit der fortschreitenden Privatisierung von Behandlungskosten neue Hürden vor der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen errichtet. In Deutschland führt das fortdauernde Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu einer Zweiklassenmedizin.

In zahlreichen Ländern Mittel- und Osteuropas ist für relevante Teile der Bevölkerung ein adäquater Zugang zur Krankenversorgung ohnehin nicht gewährleistet.

Das Gesundheitswesen als Wirtschaftsfaktor

Das Gesundheitswesen ist in mehrfacher Hinsicht nicht nur eine zentrale Säule der sozialen Sicherung, sondern auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor

Erstens ist Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und Produktivität, denn eine hochwertige Krankenversorgung trägt maßgeblich dazu bei, die Arbeitsfähigkeit erkrankter Menschen wiederherzustellen. Neben der Steigerung der Lebensqualität schafft das Gesundheitswesen damit wichtige Voraussetzungen für den individuellen und gesellschaftlichen Wohlstand.

Zweitens ist das Gesundheitswesen ein bedeutender Beschäftigungsfaktor. In Deutschland sind mehr als 4 Millionen Menschen und damit mehr als 10 Prozent der Erwerbstätigen in diesem Wirtschaftszweig beschäftigt. Seine Bedeutung wird in den nächsten Jahren aller Voraussicht nach weiter wachsen, auch wenn die Wachstumsperspektiven gelegentlich überschätzt werden. Das Gesundheitswesen ist damit für einen relevanten Teil der Erwerbsbevölkerung Quelle des Lebensunterhalts.

Drittens erweist sich das Gesundheitswesen gerade in wirtschaftlichen Krisenzeiten, wie sich in der jüngsten Finanzkrise zeigte, als ein bedeutender Nachfragefaktor, denn die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist relativ konjunkturunabhängig und trägt damit dazu bei, den Nachfragerückgang in der Gesamtwirtschaft abzufedern.

Als Leitorientierung für die Entwicklung des Gesundheitswesens und die Ausrichtung der Gesundheitspolitik findet die Formel »... vom Kostenfaktor zur Wachstumsbranche ...« verbreitete Zustimmung. Diese Perspektive geht jedoch am Kern der Sache vorbei. Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen haben sich am gesundheitlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung zu orientieren. Das Gesundheitswesen muss gute Arbeitsbedingungen und angemessene Einkommen für alle Beschäftigten sicherstellen und zugleich für eine effiziente Ver-

wendung der aufgebrauchten Mittel – ob Beiträge oder Steuern – Sorge tragen. Die Entwicklung von Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen muss sich an diesen Kriterien orientieren – ein Selbstzweck sind sie nicht.

Die Formel »... vom Kostenfaktor zur Wachstumsbranche ...« hat nicht nur einen volkswirtschaftlichen, sondern auch einen ordnungspolitischen Bezug. Gesundheitspolitik ist seit mehr als 30 Jahren bekanntlich vom Ziel der Kostendämpfung geprägt, d.h. einer Begrenzung der als Pflichtbeiträge oder Steuern zur Verfügung gestellten Finanzmittel. Diese Lektorientierung steht aber im Widerspruch zur als wünschenswert erachteten Wachstumsperspektive. Das Ziel, Wachstumspotenziale im Gesundheitswesen erschließen und zugleich Ausgaben (in Form von Versicherungsbeiträgen oder Steuern) begrenzen zu wollen, lässt sich nur durch eine umfassende Privatisierung der Kosten erreichen. Dies ist die häufig unausgesprochene, unsolidarische Konsequenz der Formel vom »Gesundheitswesen als Wachstumsmarkt«.

Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Gesundheitspolitik betreibt seit Jahrzehnten eine schleichende Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die in den letzten Jahren eine neue Dynamik erhalten hat. Immer häufiger erleben wir den Versuch, Gesundheit wie eine Ware zu behandeln. Diesem Trend liegen verschiedene Triebkräfte zugrunde.

Erstens führt die Orientierung der Gesundheitspolitik am Ziel der Kostendämpfung zu einem wachsenden externen Ausgabendruck auf alle Beteiligten im Gesundheitswesen. Dabei ist Gesundheitspolitik primär daran interessiert, die Arbeitgeber von Ausgaben zu entlasten. Zweitens gewinnen bei der Binnensteuerung der Erbringung gesundheitlicher Dienstleistungen finanzielle Anreize stark an Bedeutung. Sie erhöhen für alle Beteiligten den Druck, sich bei der Erbringung, Bewilligung und Inanspruchnahme von Leistungen an finanziellen Überlegungen

auszurichten: Krankenkassen geraten durch die freie Kassenwahl unter Druck, Leistungsanbieter durch Pauschalen und Budgets bei der Vergütung von Leistungen und Patientinnen und Patienten durch die Anhebung von Zuzahlungen und durch Leistungsausgliederungen. Drittens wird das Gesundheitswesen mehr und mehr dem Profitmechanismus unterworfen. Der gegenwärtige Kapitalismus ist durch einen Überhang an Finanzkapital gekennzeichnet. Bei der intensivierten Suche nach profitablen Anlagemöglichkeiten rückt das Gesundheitswesen als bisher weitgehend dem Profitmechanismus entzogener Wirtschaftsbereich mehr und mehr in den Fokus privater Großanleger. In Deutschland äußert sich dies v.a. in der fortschreitenden Privatisierung von Krankenhäusern und im Eindringen privaten Großkapitals in die ambulante Versorgung. Dieser Privatisierungstrend wird durch die Folgen der Kostendämpfungspolitik (wachsender ökonomischer Druck auf die Leistungsanbieter), durch die Verschuldung der öffentlichen Haushalte sowie durch einzelne Bestimmungen von Gesundheitsreformen verstärkt.

Diese Politik hat vielfältige Auswirkungen auf das Gesundheitswesen:

- die finanziellen Belastungen für Patientinnen und Patienten steigen;
- die Bürokratie im Gesundheitswesen nimmt erheblich zu;
- die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen verschlechtern sich erheblich, und zwar vor allem für Pflegekräfte und für die Beschäftigten in den Reinigungs- und Verpflegungsdiensten, aber auch für Ärztinnen und Ärzte.

Zudem ist die Wirkung der Ökonomisierung auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung unsicher. Manche der fortdauernden und manche der neu entstehenden Defizite in der Versorgungsqualität haben ihre Ursachen in der Ökonomisierung des Gesundheitswesens.

Auswirkungen der Europäischen Integration auf Gesundheitssysteme

Der Wandel von Gesundheitssystemen in Europa

Gesundheitssysteme in Europa sind durch eine große Heterogenität auf den Feldern Finanzierung, Versorgung und Regulierung gekennzeichnet. Die Eigenschaften der nationalstaatlichen Gesundheitssysteme sind Ausdruck der jeweiligen sozial- und gesundheitspolitischen Traditionen. Ungeachtet dessen ist in Europa allenthalben ein dynamischer Wandel von Gesundheitssystemen zu beobachten. Markt und Wettbewerb gewinnen als Steuerungsformen dabei eine wachsende Bedeutung. Die große Mehrzahl der Mitgliedstaaten ist bemüht, in ihren Gesundheitssystemen einen regulierten Wettbewerb zu etablieren. Solidarelemente verlieren bei der Organisation der Gesundheitssysteme an Bedeutung. Dabei vollzieht sich der Wandel der einzelnen Gesundheitssysteme im Wesentlichen pfadabhängig, also auf der Grundlage der gewachsenen institutionellen Strukturen. Für die institutionellen Formen des Wandels in den Gesundheitssystemen sind die nationalstaatlichen Konstellationen und Politikziele die wichtigsten Triebkräfte. Transnationale Systembeobachtung und transnationales Lernen sind bei der Reform von Gesundheitssystemen zwar anzutreffen, allerdings gibt es kaum Beispiele für einen direkten Politiktransfer. In der näheren Zukunft wird es nicht zu einer Harmonisierung der Gesundheitssysteme in Europa kommen.

Sofern sich bei der Gesundheitssystementwicklung im internationalen Vergleich Konvergenztendenzen erkennen lassen, sind sie überwiegend auf ähnliche Problemlagen in den Nationalstaaten zurückzuführen. Hier sind der demographische Wandel, erwartete (und unerwünschte) Ausgabensteigerungen sowie Qualitätsdefizite und – darin eingeschlossen – Effizienzreserven von besonderer Bedeutung. Jenseits dieser nationalen Faktoren wirken aber auch die gemeinsamen ökonomischen Rahmenbedingungen des europäischen Integrationsprozesses als Faktoren, die einen Trend zur

Ausgabenbegrenzung, zur Privatisierung von Risiken und zur Etablierung von Marktmechanismen begünstigen: Die Regeln der Wirtschafts- und Währungsunion sowie die mit der Etablierung eines Binnenmarktes verstärkte ökonomische Konkurrenz zwischen den Wirtschaftsstandorten.

Ein europäisches Sozialmodell?

Seit Mitte der 1970er Jahre werden sozial- und gesundheitspolitische Debatten zunehmend vor dem Hintergrund der voranschreitenden ökonomischen Internationalisierung geführt. Indem die Gestaltung und Finanzierung von Sozialleistungen verstärkt als ein Faktor der internationalen Wettbewerbsfähigkeit diskutiert wird, steigt der Druck auf die Wohlfahrtsstaaten, sich den scheinbaren wirtschaftlichen Sachzwängen anzupassen. Im Rahmen des europäischen Integrationsprojekts nimmt dieses Spannungsverhältnis eine besondere Form an, da es zu einer komplexen Verflechtung nationaler und supranationaler Regulierung kommt.

Der Binnenmarkt mit seinen »vier Freiheiten« – dem freien Verkehr von Waren, Dienstleistungen, Kapital und Personen – sowie die Wirtschafts- und Währungsunion bilden den ökonomischen Kern der Integration. Die Entscheidung der Gründungsmitglieder der Europäischen Gemeinschaften, die wirtschaftliche Integration auf die supranationale Ebene zu verlagern und die Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme in der Zuständigkeit der Mitgliedsstaaten zu belassen, hat zu einer widersprüchlichen Konstellation geführt. Viele Regelungen der nationalen Sozialsysteme sind darauf ausgerichtet, Marktmechanismen einzuschränken bzw. Auswirkungen des Marktgeschehens sozial abzufedern. Genau diese Funktion führt dazu, dass sie im Kontext der Binnenmarktintegration tendenziell als Hindernisse für die Schaffung europäischer Märkte angesehen werden. Der Konflikt zwischen Markt- und Sozialinteressen, der vielfach im Rahmen europäischer Liberalisierungs- und Deregulierungspro-

jekte auftritt, wird oftmals nicht politisch, in einem demokratischen Verfahren ausgetragen, sondern in die Entscheidungskompetenz des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) verlagert, dessen Urteile für die Mitgliedstaaten bindend sind. Da das europäische Vertragswerk primär auf die Schaffung des Binnenmarktes ausgerichtet ist, bedürfen Maßnahmen der Sozialpolitik, die den Markt einschränken können, einer besonderen Rechtfertigung, für die der EuGH hohe Anforderungen formuliert hat («zwingende Interessen des Allgemeinwohls»). Die jeweils strittige sozialpolitische Regelung des Mitgliedstaates wird angreifbar, wenn sie diesen Anforderungen nach Auffassung der Richter nicht genügt.

Die rechtlichen Konstruktionsprinzipien des Integrationsprozesses weisen somit ein systematisches Ungleichgewicht zulasten sozialer Regulierungen auf. Dieses Ungleichgewicht wird auch dadurch nicht ausgeglichen, dass die europäische Ebene auf einzelnen Feldern sozialpolitische Gestaltungskompetenz besitzt und dies z.T. auch zu fortschrittlichen Regelungen geführt hat. Es bleibt ein zentrales Defizit des Integrationsprozesses, dass die soziale Dimension den wirtschaftlichen Zielen nachgeordnet ist. In der jüngeren Vergangenheit ist zudem eine Radikalisierung der EuGH-Rechtsprechung zu beobachten, die nun auch europäische Grundrechte auf ihre Vereinbarkeit mit dem freien Markt überprüft.

Scheinbar im Widerspruch zu dieser Entwicklung steht das von vielen Akteuren gepflegte Bekenntnis zum »europäischen Sozialmodell«. Dieses bewegt sich allerdings auf der Ebene unverbindlicher Absichtserklärungen. Die Rede vom »europäischen Sozialmodell« verweist lediglich auf einen allgemeinen Konsens hinsichtlich der Notwendigkeit wohlfahrtsstaatlicher Sicherungssysteme in den Mitgliedstaaten der EU, enthält jedoch keine Aussagen über die konkrete Ausrichtung von Wohlfahrtsstaatlichkeit. Ein einheitliches Sozialmodell liegt angesichts der eklatanten Unterschiede in den Strukturen, Niveaus und Philosophien der verschiedenen sozialen Sicherungssysteme in den 27 Mitgliedstaaten in weiter

der Ferne. Der Begriff wird zudem mit sehr unterschiedlichen politisch-konzeptionellen Vorstellungen gefüllt. Die Europäische Kommission etwa verbindet mit dem europäischen Sozialmodell die strategische Vorstellung einer wettbewerbsorientierten Restrukturierung von Sozialpolitik in den Mitgliedsländern, die den übergeordneten Zielen einer dynamischen Entwicklung der Märkte sowie einer Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit europäischer Wirtschaftsstandorte folgt. Der Begriff des europäischen Sozialmodells trägt mit seiner Unbestimmtheit somit dazu bei, eine der zentralen sozialpolitischen Konfliktlinien in Europa zu verschleiern: Werden die sozialen Sicherungssysteme verstärkt an die Erfordernisse des Marktes angepasst und wettbewerbs- und wachstumspolitisch in Dienst genommen oder sollen sie dazu dienen, besonders schutzbedürftige Bereiche des menschlichen Lebens dem unmittelbaren Marktzugriff zu entziehen?

Europäisierung von Gesundheitspolitik

Die Mitgliedstaaten besitzen auch im Rahmen des Integrationsprozesses die alleinige Gestaltungskompetenz für ihre Gesundheitssysteme. Die grundlegenden Entscheidungen hinsichtlich der Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgungssysteme werden auf der nationalen Ebene getroffen. Dennoch hat sich in den vergangenen Jahren eine komplexe Verflechtung nationaler und europäischer Regulierungen entwickelt. Die »schleichende« Europäisierung von Gesundheitspolitik vollzieht sich über verschiedene Mechanismen, die sich in ihren Zielsetzungen und ihrem Verbindlichkeitsgrad unterscheiden. Die Europäische Kommission ist ein Motor dieser Entwicklung. Sie hat es in der Vergangenheit verstanden, durch verschiedene Strategien ihre Zuständigkeiten in diesem Politikfeld auszuweiten und gesundheitspolitische Fragen auf die europäische Ebene zu heben. Die EU wird in einer wachsenden Zahl gesundheitspolitischer Felder zu einem Akteur,

dessen Kompetenzen von der Beratung und Koordination über die Gestaltung politischer und rechtlicher Rahmenbedingungen bis hin zur verbindlichen gesundheitspolitischen Rechtsetzung reichen.

Dementsprechend sind die gesundheitspolitischen Wirkungen des Integrationsprozesses sehr disparat, wie die nachfolgenden Beispiele zeigen:

- Der Stabilitäts- und Wachstumspakt (SWP) und die Wirtschafts- und Währungsunion (WWU) geben den Rahmen für eine restriktive Haushaltspolitik der Mitgliedstaaten vor. Über diesen finanzpolitischen Kontext erhöht die EU den Druck auf die nationalen Regierungen, gesundheitspolitische Kostendämpfungsmaßnahmen durchzuführen. In den Politikempfehlungen der Kommission für die Mitgliedstaaten werden offensiv Kostensenkungsmaßnahmen in den öffentlichen Gesundheitswesen eingefordert.
- Über die Offene Methode der Koordinierung (OMK) werden gemeinsame europäische Zielsetzungen für die Gesundheitspolitik formuliert und die Umsetzung durch die Mitgliedstaaten in einem vergleichenden Benchmarking-Verfahren evaluiert. Bislang hat die OMK keine zwingenden Konsequenzen für die Mitgliedstaaten. Die Kommission versucht jedoch, die Verbindlichkeit zu erhöhen und damit die Bedeutung der OMK zu stärken. Entscheidend für die Wirkung der Methode wird ihre inhaltliche Prioritätensetzung sein.
- In wenigen Bereichen der Gesundheitspolitik finden sich Beispiele »positiver Integration«, d.h. Regelungsfelder, auf denen die EU eine unmittelbare gesundheitspolitische Rechtsetzungskompetenz besitzt. Dazu gehört u.a. die Regulierung des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz. Auf diesem Gebiet hat die EU ihre Gestaltungskompetenz dazu genutzt, europäisch verbindliche Normen und Standards auf einem hohen Schutzniveau zu formulieren. In der jüngeren Vergan-

genheit gibt es mit Hinweis auf den »Bürokratieabbau« jedoch Bestrebungen, die europäischen Anforderungen an den Arbeits- und Gesundheitsschutz wieder zu reduzieren.

- Durch die gegenseitige Anerkennung von Diplomen wurden die Voraussetzungen für eine europäische Mobilität der Gesundheitsberufe deutlich verbessert. Damit sind einerseits Chancen für die gut qualifizierten Beschäftigten des Gesundheitswesens verbunden. Die Öffnung der Arbeitsmärkte erhöht andererseits den Druck auf die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen.

Die Liste der Beispiele gesundheitspolitisch relevanter Aktivitäten wäre weiter zu ergänzen: So besitzt die EU mittlerweile eine weitgehende Zuständigkeit für die Arzneimittelzulassung und -sicherheit, es existiert ein europäisches Zentrum für die Bekämpfung von grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren (z.B. Infektionskrankheiten), die Tabakkontrollpolitik wird wesentlich durch europäische Richtlinien geprägt und im Bereich des Umwelt- und Verbraucherschutzes besitzt die europäische Ebene Regelungskompetenzen mit beträchtlicher Gesundheitsrelevanz. In vielen Regelungsbereichen ist es sinnvoll, die Kooperation und Koordination der Mitgliedstaaten zu intensivieren und europäische Normen zu vereinheitlichen. Für eine Bewertung der Auswirkungen einer sich europäisierenden Gesundheitspolitik kommt es allerdings darauf an, ob die europäischen Vorgaben im konkreten Fall zu einer Erhöhung von Schutz- und Sicherheitsstandards führen oder bestehende Normen in den Mitgliedstaaten unterlaufen. In dem Maße, in dem die gesundheitspolitischen Gestaltungsspielräume der EU zunehmen, wächst die Bedeutung, die der europäischen Ebene als Konflikt- und Verhandlungsarena gegensätzlicher Interessen zukommt.

Gesundheitssysteme im Binnenmarkt

Für die Gestaltung der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten zeichnet sich im Kontext des europäischen Binnenmarktes ein ähnliches Spannungsverhältnis ab, wie es auch in anderen Bereichen der Sozialpolitik zu beobachten ist. Seit den Entscheidungen des EuGH in den Fällen »Kohl/Decker« aus dem Jahr 1998 gilt auch für die nationalen Gesundheitssysteme der prinzipielle Vorrang des europäischen Binnenmarkt- und Wettbewerbsrechts. Der EuGH hat in seiner Rechtsprechung seine Kompetenzen deutlich ausgeweitet. So formulierte er den Grundsatz des Anwendungsvorrangs des europäischen gegenüber dem nationalen Recht und betont die unmittelbare Wirkung (Direktwirkung) des Gemeinschaftsrechts nicht nur zwischen den Mitgliedstaaten, sondern auch gegenüber den Bürgern. Der Gerichtshof besitzt damit die Möglichkeit, über den »Umweg« der Grundfreiheiten in die Autonomie der Mitgliedstaaten bei der Gestaltung ihrer Gesundheitssysteme einzugreifen. Die »konstitutionelle Asymmetrie« (Scharpf) des Integrationsprozesses führt in der Gesundheitspolitik dazu, dass Regulierungen, die auf der nationalen Ebene erlassen wurden, auf der europäischen Ebene noch einmal daraufhin überprüft werden können, ob sie mit den Zielen der Binnenmarktschaffung vereinbar sind.

Die einseitige Ausrichtung auf das Ziel der Marktschaffung hat zur Folge, dass die gesundheitspolitischen Handlungsspielräume der Mitgliedstaaten verengt werden. Gesundheitspolitische Vorhaben, die die Freiheit des (Gesundheits-)Marktes einschränken, werden rechtfertigungsbedürftig, während marktkonforme Strategien europarechtlich unbedenklich sind. Dies trifft in besonderem Maße das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), deren sozialrechtliche Regulierung in wesentlichen Teilen darauf ausgerichtet ist, eine Krankenversorgung jenseits des Marktes bereitzustellen, um einen umfassenden Schutz der Versicherten zu ermöglichen. Die Regulierung der GKV wird als Einschränkung des »Ge-

sundheitsmarktes« vom EuGH so lange akzeptiert, wie sie dem Grundsatz der Solidarität verpflichtet ist und den »zwingenden Erfordernissen des Allgemeinwohls« dient. Veränderungen des GKV-Systems in Richtung einer stärkeren Wettbewerbsorientierung und einer Abkehr von kollektiven, gemeinwohlorientierten Elementen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die gesetzlichen Krankenkassen vom EuGH als Unternehmen eingestuft werden und damit ihre sozialrechtliche Sonderstellung verlieren. Nationale Gesundheitspolitik bewegt sich auf dem dünnen Eis des europäischen Binnenmarktrechts.

Diese Entwicklung erscheint aus mehreren Gründen problematisch. Zum einen wird der Wandel in Richtung marktförmiger Gesundheitssysteme befördert, während solidarische Elemente geschwächt werden. Diese Tendenz ist zwar nicht allein oder in erster Linie der EU anzulasten. Es waren insbesondere die nationalen Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre, die den Weg in Richtung Wettbewerb und Privatisierung eröffnet haben. Die Besonderheit im europäischen Kontext liegt jedoch darin, dass mit einer zunehmenden marktförmigen Regulierung des Gesundheitssystems auch Zugriff und Kontrolle durch das europäische Binnenmarktrecht ausgeweitet werden. Liberalisierungsprozesse werden im europäischen Kontext forciert und tendenziell irreversibel. Solidarische Ziele treten dagegen in den Hintergrund. Mögliche Ausnahmen von den Marktfreiheiten sind zwar vereinzelt im europäischen Recht aufgeführt – so etwa im Begriff der Dienstleistungen von allgemeinem Interesse –, haben bislang jedoch nur wenig praktisch relevante Konsequenzen gehabt.

Zum anderen vollzieht sich diese Entwicklung in einem Raum, der demokratisch nur schwach legitimiert ist und von einer breiten politischen Öffentlichkeit bislang nur unzureichend wahrgenommen wird. Dies gilt vor allem für die machtvolle Position, die der EuGH in diesem Prozess einnimmt. Er trifft letztinstanzliche, die Mitgliedstaaten bindende

Entscheidungen über die Rechtmäßigkeit nationaler Gesundheitspolitik. Dabei verfügt der EuGH nicht nur über eine umfassende Macht zur Definition primär- und sekundärrechtlicher Normen. Seine Rechtsprechung erstreckt sich auch in Regelungsbereiche, die im Primärrecht offen gelassen wurden. Die gesundheitspolitischen Entscheidungen des EuGH wurden von der Kommission zum Anlass genommen eine Richtlinie über »die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung« vorzulegen, in der nicht nur die Rechtsprechung kodifiziert wird, sondern darüber hinaus

weitere gesundheitspolitische Zuständigkeiten der EU benannt werden. Damit ist ein Prozess in Gang gekommen, der von der Nicht-Zuständigkeit der EU über die Anwendung des Binnenmarktrechts durch den EuGH bis hin zu einer gesundheitspolitischen Rechtsetzung auf der europäischen Ebene reicht. Nachdem der Versuch der Kommission gescheitert war, Gesundheitsdienstleistungen in den Geltungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie einzuordnen, wird dieses Feld nun einer sektoralen europäischen Regulierung unterworfen.

3 Patientenmobilität und Gesundheitsversorgung

Der europäische Integrationsprozess hat zu einer erhöhten Patientenmobilität in Europa geführt. Die Entscheidungen des EuGH zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen haben Patientenrechte gestärkt. Die nationalstaatlichen Kostenträger müssen die Finanzierung ambulanter Behandlungen im EU-Ausland nun bewilligen. Krankenhausbehandlungen und Leistungen, die den Einsatz einer hoch spezialisierten medizinischen Infrastruktur erfordern, oder Behandlungen, die ein erhöhtes Risiko für die Patienten bedeuten, können durch die Mitgliedstaaten von einer Vorabgenehmigung des zuständigen Kostenträgers abhängig gemacht werden. Die Inanspruchnahme des Rechts auf Auslandsbehandlung wird aller Voraussicht nach aber nicht zu einem massenhaften Medizintourismus in der EU führen. Denn Sprache, Kultur, Entfernungen und Kosten sind erhebliche Mobilitätshindernisse und werden dies aller Voraussicht nach auch bleiben. Am ehesten werden die Kostenträger in solchen Gesundheitssystemen Behandlungen im EU-Ausland hinnehmen müssen, die lange Wartezeiten bei elektiven Eingriffen aufweisen.

Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist eine Option, die vorrangig den Bürgern der wohlhabenderen Mitgliedsländer offensteht. Da die Kostenerstattung der Leistungen nach EuGH-Rechtsprechung nur in Höhe der Erstattungssätze des Versicherungsstaates erfolgt, müssen die Patienten die Differenz zum Rechnungsbetrag selbst tragen. Damit ist dieser Weg der Auslandsbehandlung für die Bürger der ärmeren Mitgliedstaaten mit niedrigen Einkommensniveaus und schwach ausgebauten Gesundheitssystemen faktisch nicht möglich. Ungleiche Versorgungsniveaus zwischen den Mitgliedstaaten werden auf diese Weise nicht verringert. Eine Angleichung der Versorgungsniveaus wird sich über mehrere Jahrzehnte hinziehen. Kernvoraussetzung dafür ist eine Verringerung des ökonomischen Leistungsgefälles innerhalb der EU.

Die Inanspruchnahme des Rechts auf Auslandsbehandlung wird auch in den wohlhabenden Mitgliedstaaten in Abhängigkeit von Mobilitätschancen genutzt werden, die sozial ungleich verteilt sind. Damit besteht die Gefahr, dass gesundheitliche Ungleichheiten innerhalb der Mitgliedstaaten, die durch das Versorgungssystem bedingt sind, verstärkt werden. Die Privatisierung von Behandlungskosten in den reichen Ländern fördert den grenzüberschreitenden Medizintourismus. Dies macht sich bisher vor allem in der zahnärztlichen Versorgung bemerkbar.

Versorgungspolitisch macht die grenzüberschreitende Inanspruchnahme vor allem in den grenznahen Regionen Sinn, um einen schnellen Zugang zu ermöglichen und Doppelvorhaltungen von Einrichtungen und Geräten zu vermeiden. Zu diesem Zweck existieren eine Reihe von Modellprojekten (»Euregios«), in denen sich Krankenversicherungen und Leistungserbringer – jenseits des Binnenmarktrechts – über unbürokratische Formen grenzüberschreitender Inanspruchnahme verständigen.

Die Förderung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme geht bislang nicht mit entsprechenden Maßnahmen der Qualitätssicherung einher. Die Transparenz über die Qualität medizinischer Leistungen ist grenzüberschreitend deutlich schwächer ausgeprägt und wesentlich schwieriger herzustellen als im nationalen Rahmen. Daher sind eine Stärkung von Verbraucherrechten und die Definition verbindlicher Qualitätsstandards erforderlich.

Es existiert so ein möglicher Zielkonflikt zwischen Patienteninteressen an einer hochwertigen, preiswerten grenzüberschreitenden Versorgung und den Interessen von Leistungsanbietern und Gesundheitsberufen an einer angemessenen Vergütung/Entlohnung ihrer Leistungen. Die Einführung der Kostenerstattung und der Ausbau von Selektivverträgen im deutschen Gesundheitswesen erhöhen den ökonomischen Druck auf die Leistungsanbieter.

Auswirkungen des Binnenmarktes auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen

Schon seit Jahren erleben die Beschäftigten im Gesundheitswesen eine Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen. Zu den steigenden Belastungen am Arbeitsplatz durch immer neue Aufgaben, mehr Bürokratie und Leistungsdruck kommt für viele noch die wachsende Unsicherheit ihrer Beschäftigung durch Zeitverträge oder Leiharbeit hinzu. Der beruflich bedingte Stress nimmt stetig zu. Besonders im Krankenhausbereich und in der ambulanten und stationären Pflege ist eine massive Arbeitsverdichtung zu verzeichnen. Gleichzeitig werden viele Beschäftigte in Gesundheitsberufen nicht angemessen entlohnt. Wichtige Gründe für diese langjährige Entwicklung liegen zunächst auf der nationalen Ebene, nämlich in der hier betriebenen Ökonomisierung und Privatisierung, der Schwächung öffentlicher Haushalte und der Reduzierung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, die den Kostendruck erheblich gesteigert haben. Der weitgehende Verzicht auf staatliche Vorgaben zur Strukturqualität in der Leistungserbringung in Verbindung mit der Einführung von Fallpauschalen hat ebenfalls zur Arbeitsverdichtung beigetragen. Die Veränderung der Arbeitsmarktregulierung, die den Beschäftigten immer weitere Zugeständnisse abverlangt, wird nach wie vor durch nationale Regelungen betrieben, allerdings im Rahmen einer Logik des internationalen Standortwettbewerbs. Die Schaffung des Binnenmarkts und das Gros der EuGH-Rechtsprechung haben den Druck noch weiter verstärkt. In einigen Teilbereichen (Arbeitszeit, Arbeitsschutz) sind durch die Europäisierung aber auch Möglichkeiten entstanden, soziale Mindeststandards national und im Betrieb besser durchzusetzen.

Entwicklung von Löhnen und Gehältern

Die europäischen Institutionen, insbesondere Kommission und Gerichtshof, zielen darauf ab, das Leistungsgeschehen in der Gesundheitsversorgung den Binnenmarktregeln zu unterstellen. Der Gesundheitsbereich wird hier ausdrücklich als Wachstums-

und Beschäftigungsmotor betrachtet. Die Tarifentwicklung der meisten Gesundheitsberufe bleibt indes hinter der Produktivitätssteigerung zurück, die unter Wettbewerbs- und Kostendruck vor allem durch Arbeitsverdichtung erzielt wird. Ohne bessere Standards für Qualifikation und Personalbemessung bringt diese europäisch geförderte Entwicklung eher Nachteile für Beschäftigte und Versorgungsqualität. Solche Standards müssen allerdings zunächst im nationalen Raum politisch und tariflich durchgesetzt werden.

Die völlige Öffnung der Arbeitsmärkte ab Mai 2011 und die Tendenz der europäischen Rechtsprechung (EuGH-Entscheidungen Viking, Laval, Rüffert) verschlechtern zunächst die Rahmenbedingungen der Tarifpolitik. Selbst Grundrechte wie das Streikrecht geraten danach unter den Vorbehalt ihrer Vereinbarkeit mit den Regeln des Binnenmarkts. Das europäische Umfeld der Tarifpolitik wird durch die Betonung der Grundfreiheiten des Binnenmarkts geprägt. Auf dieser Basis wird europaweiter Wettbewerb als Normalfall dargestellt, tarifliche Standards dagegen als ein Hindernis. In diesem Rahmen werden die bestehenden Niveauunterschiede in der EU auf absehbare Zeit Probleme bereiten. Doch gibt es auch weiterhin Möglichkeiten, höhere Standards zu begründen und abzusichern. Gerade im Gesundheitsbereich als Teil der Daseinsvorsorge muss zunächst sichergestellt werden, dass nicht durch nationale Entscheidungen zur Privatisierung und Vergabe öffentlicher Aufgaben unnötiger Druck auf Standards für Versorgungsqualität und Tarife entsteht. Da sich diese Frage häufig auf kommunaler Ebene und damit im Nahbereich der betroffenen Menschen und der Entscheidungsträger vor Ort stellt, kann schon hier eine auch europarechtlich wichtige Festlegung erreicht werden. In der öffentlichen Diskussion und im politischen Prozess muss der besondere Wert einer konkreten öffentlichen Dienstleistung als Teil der Daseinsvorsorge festgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass soziale und

tarifliche Mindeststandards definiert werden, die im Fall einer Privatisierung oder Vergabe einzuhalten sind. Diese müssen auch als europarechtskonforme Anforderung in Vergabeverfahren dienen.

Entwicklung der Arbeitsteilung von Gesundheitsberufen

Die Neuorganisation der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen wird auf betrieblicher Ebene vor allem mit dem Ziel der Kostensenkung vorangetrieben. Zum einen werden in allen Berufsgruppen viele Routinetätigkeiten auf Beschäftigte mit geringerem Tarifniveau verlagert. Zum anderen werden neue Berufe für sehr spezielle Aufgabenbereiche geschaffen, deren besonderes Ausbildungsprofil eine der Tätigkeit angemessene Bezahlung und auch den Arbeitgeberwechsel erschwert. Im Interesse der Versorgungsqualität und der Beschäftigten muss diese Entwicklung durch rechtliche und tarifliche Standards der Ausbildung und Personalbemessung gesteuert werden. Die Verantwortung, entsprechende Regelungen auf Landes- oder Bundesebene zu treffen, liegt bei den Mitgliedstaaten. Gerade bei den neuen Berufen sind sie dieser Aufgabe noch nicht gerecht geworden. Auf der europäischen Ebene gibt es verschiedene Aktivitäten zur Vereinheitlichung von Bildungsstandards und zur Schaffung eines Marktes für scheinbar austauschbare Fachkräfte und Dienstleistungen im Gesundheitswesen. Dabei lassen Instrumente wie der Europäische Qualifikationsrahmen noch viele Fragen offen und berücksichtigen nicht alle Aspekte, die gerade bei den Gesundheitsberufen relevant sind. Die notwendige Konkretisierung muss auf nationaler Ebene geleistet werden. Wenn dies nicht geschieht, werden viele Gesundheitsberufe benachteiligt. Nur bei entsprechender Klärung und der Berücksichtigung aller Kompetenzen kann ein einheitlicher Qualifikationsrahmen die Wertigkeit der Berufe angemessen abbilden und dazu beitragen, dass sich den Fachkräften im Gesundheitswesen durch Mobilität in

Europa auch neue Chancen zur Weiterentwicklung bieten.

Qualifikationsanforderungen an die Gesundheitsberufe

Die von der Europäischen Kommission in ihrem Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in den Mittelpunkt gerückten Herausforderungen und Probleme der Gesundheitssysteme verengen den Blick auf die berufliche Migration als Lösungsansatz für den Personalmangel. Auch hierdurch gerät die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Entwicklung ihres Gesundheitswesens und die hier benötigten Fachkräfte aus dem Blick. Dies ist etwa der Fall, wenn in Deutschland gesetzliche Vorgaben wie eine Fachkraftquote von 50 Prozent in Altenpflegeheimen umgangen werden. Nationale Versäumnisse können aber nicht durch EU-Aktivitäten ausgeglichen werden. Europäische Regelungen zur beruflichen Bildung müssen zum etablierten nationalen Rahmen passen und hier auch umgesetzt werden können, um Nachteile für die Gesundheitsversorgung und für die dort Beschäftigten zu vermeiden. Die Erstellung eines Deutschen Qualifikationsrahmens als Reaktion auf entsprechende Empfehlungen der europäischen Ebene und die Schwierigkeiten bei der Einordnung etablierter Berufsbilder haben gezeigt, dass noch keine europaweit geteilten Vorstellungen über die gerade in Gesundheitsberufen wesentlichen Kompetenzen existieren. Die berufsfachliche Ausbildung in Deutschland zeichnet sich in besonderem Maße durch die Vermittlung praktischer Fähigkeiten aus. In der Ausbildung und in der Berufspraxis erworbene Kompetenzen drohen im Europäischen Qualifikationsrahmen verloren zu gehen. So bleiben hier etwa Kommunikationsfähigkeit, patientenorientiertes Verhalten oder Berufserfahrung unberücksichtigt. Daher muss der europäischen Rahmen bei dessen nationalstaatlicher Ausgestaltung weiterentwickelt werden, um eine Schlechterstellung vieler Berufe auf Basis unzurei-

chender europäischer Empfehlungen zu vermeiden. Auch beim Umgang mit den neuen Berufen bietet der Europäische Qualifikationsrahmen bisher keine ersichtlichen Verbesserungen.

Transnationale Migration der Gesundheitsberufe

Binnenmarkt und Freizügigkeit bieten nur den besonders mobilen und gut ausgebildeten Personen die Chance, durch berufliche Migration eine individuelle Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des Einkommens zu erreichen. Zugleich entstehen hierdurch aber eine Reihe von Problemen. In den Zielländern beruflicher Migration droht vor allem eine Verschlechterung der Arbeits- und Tarifbedingungen für die hier Beschäftigten sowie die weitere Vernachlässigung der für eine gute Versorgung erforderlichen Ausbildung. In den Herkunftsländern droht mit der Abwanderung gerade der Fachkräfte eine Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung für die eigene Bevölkerung. Der von der

Europäischen Kommission verfolgte Ansatz einer zirkulären Migration bietet keine Lösung für diese Probleme. Sie können nur vermieden werden, wenn die berufliche Migration auf Basis des Prinzips »gleicher Lohn für gleiche Arbeit am gleichen Ort« stattfindet. Nationale Versorgungsprobleme, die sowohl durch einen sich wandelnden Versorgungsbedarf als auch durch unzureichende Ausbildung und Vergütung in den Gesundheitsberufen entstehen, müssen in allen Mitgliedstaaten vorrangig durch die Verbesserung der Arbeits- und Tarifbedingungen gelöst werden. Auch die bisherigen Initiativen, die vor Ort Beschäftigten in allen Lebensphasen länger in den Gesundheitsberufen zu halten oder wieder zu gewinnen, sind längst nicht ausreichend. Eine europäische Förderung beruflicher Migration, die keine Antwort auf die Ursachen und Konsequenzen der Abwanderung von Gesundheitsfachkräften findet, schadet letztlich allen Mitgliedstaaten mehr als sie nützt.

5 Gewerkschaftliche Handlungsperspektiven

Im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik sind für ver.di zwei Kernziele handlungsleitend:

- Erstens geht es darum, die verteilungs-, beschäftigungs-, tarif- und sozialpolitischen Interessen der Beschäftigten gegenüber Arbeitgebern und Politik durchzusetzen.
- Zweitens setzt sich ver.di für eine solidarische Gesundheitspolitik ein, die allen Menschen unabhängig von ihrem sozialen Status und ihren finanziellen Möglichkeiten einen ungehinderten Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung ermöglicht.

Weil die Gestaltung der Gesundheitssysteme sowie der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen auf unterschiedlichen, miteinander verflochtenen Handlungsebenen erfolgt, stellt die Verfolgung dieser Ziele an ver.di vielfältige Anforderungen. Ansatzpunkte für gewerkschaftliches Handeln existieren sowohl auf europäischer als auch auf nationaler Ebene. Die Einflussnahme auf europäische Entwicklungen durch ver.di erfolgt dabei primär im nationalstaatlichen Rahmen, vor allem weil national wichtige Akteure anzutreffen sind, die ihrerseits auf europapolitische Entscheidungen Einfluss nehmen. Aber auch die europäische Handlungsebene selbst entwickelt sich zunehmend zu einer Konflikt- und Verhandlungsarena für gewerkschaftliche Politik und wird auch für ver.di zu einem sehr bedeutsamen Gestaltungsfeld.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung lassen sich verschiedene Felder identifizieren, die für das gewerkschaftliche Handeln im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung sind:

- Die Europäische Integration auf eine soziale Grundlage stellen.
- Nationale Kompetenzen in der Gesundheitspolitik stärken – Leistungsniveaus der Gesundheitssysteme auf hohem Niveau angleichen.

- Wettbewerb und Wettbewerbsrecht im Gesundheitswesen zurückdrängen.
- Beschäftigung im Gesundheitswesen sichern – Arbeitsbedingungen verbessern.

Die Europäische Integration auf eine soziale Grundlage stellen

Die Durchsetzung von Gewerkschaftsforderungen auf europäischer Ebene setzt die Schaffung einer europäischen Öffentlichkeit voraus. Für Gewerkschaften ergibt sich daraus die Anforderung, politische Entwicklungen auf europäischer Ebene intensiv zu beobachten, über sie zu informieren, die Bedeutung europaweiter Regelungen für die betroffenen Menschen (in ihrer Eigenschaft als Versicherte, Patienten oder Arbeitnehmer) herauszuarbeiten und gegebenenfalls Mitglieder und Beschäftigte zur Durchsetzung von Forderungen politisch zu mobilisieren.

Allerdings darf gewerkschaftliches Handeln dabei nicht stehen bleiben. Das vertragliche Ungleichgewicht zwischen den ökonomischen und den sozialen Zielsetzungen im europäischen Integrationsprozess ist ein fundamentaler Konstruktionsfehler der EU. Solange dieses Ungleichgewicht bestehen bleibt, werden Europäische Kommission und Europäischer Gerichtshof soziale Anliegen in Europa weiterhin danach beurteilen, ob sie eine zulässige Beschränkung der Marktfreiheiten darstellen oder nicht.

Daher muss es ver.di darum gehen, die grundlegenden Konstruktionsfehler der Europäischen Union zu beheben. Erforderlich sind fundamentale Veränderungen an der konstitutionellen Ordnung der Europäischen Union, die gewährleisten, dass sich die Politik der Europäischen Union an den Interessen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer orientiert. Folgende Schritte können dafür von besonderer Bedeutung sein:

Die Einführung einer sozialen Fortschrittsklausel in das europäische Recht

Die Einführung einer sozialen Fortschrittsklausel in die europäischen Verträge soll gewährleisten, dass im Konfliktfall soziale Grundrechte Vorrang vor den Grundfreiheiten und den Wettbewerbsregeln im Binnenmarkt genießen. Auf diese Weise könnten das Gesundheitswesen als tragender Pfeiler der sozialen Sicherungssysteme und die Arbeitsbedingungen der Deregulierung und dem Unterbietungswettbewerb entzogen werden. Die Einführung einer sozialen Fortschrittsklausel muss von der Definition europäischer Mindeststandards für das Leistungsniveau der Gesundheitssysteme und für die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen begleitet werden. Eine solche Klausel wird bereits vom DGB und vom EGB gefordert.

Stärkung demokratischer Entscheidungsverfahren in der EU

Das demokratische Defizit des Integrationsprozesses, fehlende Partizipationsmöglichkeiten und eine allenfalls in Ansätzen vorhandene europäische Öffentlichkeit machen auch die gesundheitspolitischen Entwicklungen in Europa zu einem schwer nachvollziehbaren Politikfeld. Trotz einer partiellen Aufwertung des Parlaments in den vergangenen Jahren wird der politische Prozess weiterhin von der Exekutive dominiert. Zudem überlappen sich in der Europäischen Kommission legislative und exekutive Aufgaben. Notwendig sind eine durchgreifende Stärkung der Rechte des Parlaments, eine größere Transparenz politischer Prozesse durch einen verbesserten Zugang der Öffentlichkeit zu Informationen sowie die Festschreibung einer stärkeren Einbeziehung von Gewerkschaften und sozialen Bewegungen in die europäischen Rechtsetzungsprozesse – auch als Gegengewicht zum Lobbyismus mächtiger wirtschaftlicher Interessenverbände.

Bereichsautonomie für die Gesundheitssysteme

Gesundheitliche Dienstleistungen sind Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge und dürfen als solche nicht der Anwendung von Markt- und Wettbewerbsmechanismen unterliegen. Die Möglichkeiten zur Gestaltung der Gesundheitssysteme – auf nationalstaatlicher wie auf europäischer Ebene – dürfen nicht durch das europäische Binnenmarkt- und Wettbewerbsrecht eingeschränkt werden. Daher muss entweder im europäischen Primärrecht oder durch eine europäische Richtlinie über Dienstleistungen von allgemeinem Interesse eine Bereichsautonomie für die Gesundheitssysteme festgeschrieben werden. Diese Instrumente bedürfen des politischen Willens der Mitgliedstaaten, das Primat des Marktes im Integrationsprozess einzuschränken. Gleichzeitig sind es derzeit aber gerade die Mitgliedstaaten, die in ihren jeweiligen Systemen Ökonomisierungs- und Privatisierungsprozesse vorantreiben. Umso dringlicher ist der Einsatz der Gewerkschaften für eine solidarische Gesundheitspolitik in Deutschland – in nationaler ebenso wie in europäischer Perspektive.

Die Leistungsniveaus der Gesundheitssysteme auf hohem Niveau angleichen

Die europäische Integration ist durch die Dominanz der Binnenmarktregeln gekennzeichnet. Gleichzeitig sind die nationalstaatlichen Interessen in der Sozial- und Gesundheitspolitik derart unterschiedlich, dass mit einer europäischen Harmonisierung auf diesem Handlungsfeld nicht zu rechnen ist. Somit wird es auf europäischer Ebene in absehbarer Zeit keine sozialstaatlichen Regelungen geben, die in ihrer Reichweite den nationalstaatlichen Sicherungssystemen in den Ländern West- und Nordeuropas entsprechen würde, auch nicht im Gesundheitswesen. Umgekehrt drohen durch die einseitige Ausrichtung des Integrationsprozesses in den Gesundheitssystemen der Nationalstaaten eine forcierte Deregulierung, Privatisierung und Ökonomisierung sowie eine Ein-

engung nationalstaatlicher Spielräume zur Aufrechterhaltung oder Verstärkung des sozialen Schutzes im Krankheitsfall. Vor diesem Hintergrund sollte ver.di darauf hinwirken, dass die nationalstaatlichen Gestaltungsmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik erhalten werden. Darüber hinaus sind die gewerkschaftlichen Möglichkeiten der Einflussnahme auf politische Entscheidungen auf der nationalstaatlichen Ebene weitaus größer als auf der europäischen Ebene.

Das grundlegende Ziel einer solidarischen Gesundheitspolitik, allen Menschen unabhängig von ihrem sozialen Status und ihren finanziellen Möglichkeiten einen freien Zugang zu einer Gesundheitsversorgung auf hohem medizinischem Niveau zu garantieren, muss auch in der Europäischen Union gelten. Betrachtet man die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten, zeigt sich allerdings ein sehr widersprüchliches Bild. Trotz aller Mängel und berechtigten Kritik schneidet z.B. das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Vergleich hinsichtlich des Zugangs, des Leistungsumfangs und der Versorgungsqualität recht gut ab. Die Situation in den ärmeren Mitgliedstaaten Mittel- und Osteuropas ist durch einschneidende Zugangs- und Versorgungsprobleme gekennzeichnet. Dieser Hinweis soll die Defizite und den Handlungsbedarf im deutschen System nicht verdecken, macht aber deutlich, dass eine Harmonisierung der gesundheitlichen Versorgung in der EU der 27 kurz- bis mittelfristig kaum realisierbar ist. Zu groß sind die Unterschiede in den ökonomischen Ressourcen, die in den einzelnen Ländern für den Aufbau der Gesundheitssysteme zur Verfügung stehen. Zu gering ist die Bereitschaft – und sind häufig auch die vorhandenen Ressourcen – vieler Mitgliedstaaten, mehr in das Gesundheitswesen zu investieren, zumal niedrige Sozialausgaben immer noch als ein Wettbewerbsvorteil im europäischen Standortwettbewerb gelten.

Die Einführung der oben erwähnten sozialen Fortschrittsklausel in Verbindung mit der Definition

von Mindeststandards kann dazu beitragen, die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten nach und nach abzubauen. Darüber hinaus kann auch die zweckgebundene Bereitstellung von Strukturfondsmitteln für eine Verbesserung der Infrastruktur im Gesundheitswesen dazu beitragen, die Niveauunterschiede in der gesundheitlichen Versorgung zu verringern. In einer Europäischen Union, in der der Vorrang sozialer Belange vor den Regeln des Marktes konstitutionell verankert ist, kann auch die Offene Methode der Koordinierung ein geeignetes Instrument sein, um die Entwicklungsunterschiede zwischen den Gesundheitssystemen auf dem Wege des sozialen Fortschritts zu verringern. Die wichtigste Voraussetzung für eine Verbesserung der Gesundheitssysteme in den ärmeren Mitgliedstaaten ist aber eine Überwindung der Kluft in der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

Wettbewerb und Wettbewerbsrecht im Gesundheitswesen zurückdrängen

Die Anwendung von Wettbewerbsmechanismen begünstigt im Gesundheitswesen die Privatisierung, Deregulierung und Ökonomisierung des Leistungsgeschehens sowie eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen. Daher zählt es zu den zentralen Aufgaben von ver.di, die Anwendung des Wettbewerbsrechts auf Gesundheitsleistungen zurückzudrängen.

Stellt sich diese Aufgabe bereits bei Konflikten auf nationaler Ebene als schwierig dar, so gilt dies umso mehr auf europäischer Ebene. Dies ist nicht nur der Fall, weil Brüssel »weit weg« ist, sondern auch weil die Interessen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Europa mitunter unterschiedlich sind. Soziale und tarifliche Standards werden von Arbeitnehmern aus den reichen Ländern als Schutz ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen, aber von Arbeitnehmern aus ärmeren Ländern oftmals als Hindernis beim Marktzugang verstanden. Derartige Konflikte erschweren die Formulierung gemeinsamer

Forderungen. Daher stehen die Gewerkschaften vor der schwierigen Aufgabe, ihr Handeln europaweit zu koordinieren. Dies setzt freilich voraus, dass die wechselseitige Aufmerksamkeit, auch von Gewerkschaften und Arbeitnehmervertretungen, für die Arbeits- und Lebensbedingungen in anderen Ländern steigt.

Allerdings zeigen die Erfahrungen der letzten Jahre, dass auch auf europäischer Ebene Erfolge möglich sind. Die Gesundheitspolitik ist dafür selbst ein gutes Beispiel. Die Vorrangstellung des europäischen Rechts und der Binnenmarktintegration birgt zwar erhebliche Gefahren für den Solidarcharakter von Gesundheitssystemen und für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten. Ob die europäische Integration zu einer schleichenden Abkehr von der solidarischen und öffentlichen Verantwortung für das Gesundheitswesen führt ist noch nicht entschieden. Prinzipiell ist es möglich, diesen Trend zu stoppen und umzukehren, wenn ver.di gemeinsam mit anderen Gewerkschaften und sozialen Bewegungen eine entsprechende Konfliktbereitschaft an den Tag legt. Die Befreiung des Gesundheitswesens vom Geltungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie ist dafür ein gutes Beispiel. Sie war wesentlich ein Erfolg gewerkschaftlichen Handelns auf europäischer Ebene.

Wichtige Felder, auf denen ein Spannungsverhältnis zwischen Wettbewerbsrecht und Sozialrecht im Gesundheitswesen existiert, sind das Beihilferecht und das Vergaberecht. Das Beihilferecht ist Bestandteil des europäischen Wettbewerbsrechts. Es verbietet staatliche oder aus staatlichen Mitteln gewährte Beihilfen, die bestimmte Unternehmen oder Produktionszweige begünstigen und damit den Wettbewerb verzerren. Für erhebliche Teile des Gesundheitswesens, insbesondere die öffentlichen Krankenhäuser, ist das Beihilferecht hochrelevant. Der Defizitenausgleich für kommunale Krankenhäuser ist im Rahmen der europäischen Beihilferegeln prinzipiell möglich. Allerdings gelten dafür bestimmte Bedingungen. Nach den Monti-Regelungen können

die Leistungen der Gesundheitsversorgung durch Beihilfen ausgeglichen werden, die auf der Basis der Gesundheitsgesetzgebung erbracht werden. Alle anderen wirtschaftlichen Leistungen eines Krankenhauses fallen dagegen unter das Wettbewerbsrecht und Beihilfen in diesem Bereich sind vom Europäischen Gerichtshof als wettbewerbswidrige Beihilfe interpretiert und damit für unzulässig erklärt worden.

In ähnlicher Weise berührt das europäische Vergaberecht das Gesundheitswesen. Das europäische Vergaberecht besteht aus einer Reihe von Regeln und Vorschriften, die öffentliche Auftraggeber bei der Vergabe von Aufträgen zu beachten haben, und zielt vor allem darauf, privaten und ausländischen Anbietern den Zugang zu öffentlichen Ausschreibungen zu ermöglichen. So hat der Europäische Gerichtshof 2010 geurteilt, dass das Vergaberecht auch bei der Ausschreibung von Rettungsdiensten Anwendung findet. Dies könnte dem Dumping bei den Arbeits- und Sozialstandards im Rettungsdienst Tür und Tor öffnen, wenn es nicht gelingt, von gewerkschaftlicher Seite auf die Ausgestaltung der Vergabe Einfluss zu gewinnen.

Die Konflikte über das Beihilfe- und das Vergaberecht unterstreichen die Notwendigkeit, über eine soziale Fortschrittsklausel oder über eine konkret ausformulierte Richtlinie über Dienstleistungen von allgemeinem Interesse die Nichtanwendung des europäischen Wettbewerbsrechts für das Gesundheitswesen durchzusetzen.

Darüber hinaus ist das Recht auf die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen innerhalb der EU auch bei Auslandsaufenthalten ein durchaus zweischneidiges Schwert. Aus Patientenperspektive kann es erhebliche Verbesserungen bringen, für die Beschäftigten im Gesundheitswesen können damit aber auch Nachteile einhergehen, nämlich ein durch die verstärkte grenzüberschreitende Konkurrenz entstehender Druck auf die Arbeits- und die Entlohnungsbedingungen. Die Stärkung der

Patientenmobilität, wie sie von Europäischer Kommission und EuGH vorangetrieben wird, gehorcht der Logik einer Ausdehnung der Dienstleistungsfreiheit in das Gesundheitswesen. Damit wird durch die Hintertür eine weitere Marktöffnung der Gesundheitssysteme vorangetrieben. Sowohl bei der Richtlinie über die Ausgestaltung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung als auch bei allen anderen gesundheitspolitisch relevanten Initiativen der EU ist sicherzustellen, dass das Recht zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verknüpft wird mit europaweiten Mindeststandards für die Qualität und die Vergütung der Leistungen.

Beschäftigung im Gesundheitswesen sichern – Arbeitsbedingungen verbessern.

Das Gesundheitswesen ist auf motivierte und qualifizierte Fachkräfte angewiesen. Effizienzsteigerung, Qualitätssicherung und Patientenorientierung erfordern eine verstärkte Spezialisierung und eine intensiviertere Kooperation zwischen den unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen. Gerade die Qualifizierung für die Ausübung von Gesundheitsberufen stellt sich mehr und mehr als Achillesferse für die zukünftige Entwicklung des Gesundheitswesens heraus. Eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens erfordert zum einen eine verbesserte Rekrutierung und Qualifizierung von Arbeitskräften und zum anderen die Verbesserung der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen der hier Beschäftigten. Dies gilt umso mehr angesichts der Herausforderungen, denen sich die Gesundheitsversorgung in den kommenden Jahrzehnten gegenübersehen. Die politischen Rahmenbedingungen müssen so gestaltet werden, dass die Arbeit in den Gesundheitsberufen attraktiv wird. Eine wichtige Aufgabe von ver.di besteht darin, den Zusammenhang zwischen guten Arbeitsbedingungen und der Qualität der Versorgung herauszuarbeiten.

Bei der Verbesserung der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen stehen folgende Handlungsfelder im Vordergrund:

- Für die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen muss der Grundsatz »gleicher Lohn für gleiche Arbeit am gleichen Ort« gelten. Darüber hinaus sind europaweite Standards für die Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte erforderlich. Schließlich müssen bei der Anerkennung von Qualifikationen im Rahmen des Deutschen und Europäischen Qualifikationsrahmens Berufserfahrungen und im Berufsleben erworbene Kompetenzen (z.B. Sozialkompetenz) angemessen berücksichtigt werden.
- Die Europäische Kommission setzt darauf, Effizienz- und Versorgungsmängel im Gesundheitswesen durch die grenzüberschreitende Mobilität von Gesundheitsberufen zu beheben. Diese Mobilität wird durch die EU-weite Anerkennung von Abschlüssen und durch gezielte Initiativen der Europäischen Kommission gefördert. Grundsätzlich bieten Freizügigkeit und Niederlassungsfreiheit den Fachkräften im Gesundheitswesen neue berufliche Chancen. Gleichzeitig erhöht die berufliche Migration aber den Druck auf Arbeits- und Tarifbedingungen und bringt weitere Probleme etwa für die Ausbildung oder die Versorgung mit sich. Die Sicherstellung angemessener Entlohnungsniveaus und die Durchsetzung des Prinzips gleicher Arbeits- und Entlohnungsbedingungen für gleiche Arbeit am gleichen Ort ist nicht nur eine tarifpolitische und gesetzliche Aufgabe, sondern muss auch durch eine entsprechende Fassung der europäischen Richtlinie unterstützt werden. Eine ergänzende Rolle können die Sozialpartner auf nationaler als auch europäischer Ebene spielen, indem sie Regelungen zu spezifischen Defiziten im Arbeits- und Sozialschutz treffen.

- Die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen werden in mehrfacher Hinsicht durch den europäischen Integrationsprozess berührt. Die EU besitzt eine umfassende Zuständigkeit, europaweite Mindeststandards für den Arbeits- und Gesundheitsschutz festzulegen, welche die Mitgliedstaaten in das nationalstaatliche Recht übernehmen müssen. Zugleich sichert die europäische Rahmenrichtlinie zum Arbeitsschutz Gewerkschaften, Arbeitnehmern und ihren Vertretungen Mitwirkungsmöglichkeiten beim Arbeits- und Gesundheitsschutz. Die europäische Arbeitszeitrichtlinie und die darauf basierenden Urteile des EuGH zur Einstufung des Bereitschaftsdienstes in Krankenhäusern haben zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens geführt. Die Arbeitszeitrichtlinie verdeutlicht, dass Europäisierung in einem fortschrittlichen Sinn gestaltet werden kann. Allerdings gibt es auf der europäischen Ebene, insbesondere auf Druck Deutschlands und Großbritanniens, starke Bemühungen, diese Schutzstandards für die Beschäftigten auszuhöhlen. Die Auseinandersetzungen um die Weiterentwicklung der Richtlinie zeigen, dass eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen ohne starken politischen Druck der Gewerkschaften nicht realisierbar ist. Die Möglichkeiten, die das europäische Arbeitsschutzrecht zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen bietet, müssen von den Gewerkschaften und den betrieblichen Interessenvertretungen genutzt werden.
- Schließlich bietet auch die europäische Richtlinie zum Schutz der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung mittelbar die Möglichkeit, auf die Entwicklung von Arbeitsbedingungen Einfluss zu nehmen. In der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sollen durch nationale Kontaktstellen Informationen über die Qualität von Gesundheitsleistungen bereitgestellt werden. Sie können dazu dienen, nationale Standards der Strukturqualität dem europäischen Vergleich auszusetzen und ein möglicherweise geringes Niveau dieser Standards offenlegen. Hier ist darauf hinzuwirken, dass die Kontaktstellen genaue Informationen über die Personalausstattung der Versorgungseinrichtungen erhalten und mögliche Unterversorgungen mit Fachkräften transparent gemacht werden.

Autorenhinweis

Gerlinger, Thomas, Prof. Dr. phil. Dr. rer. med.,
Leiter der Arbeitsgruppe Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Henkel, Rüdiger, Dipl. Pol.,
Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Schmucker, Rolf, Dr. phil.,
Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Die Seminarreihe:

Gesundheitspolitik im europäischen Binnenmarkt – Auswirkungen auf Betrieb und Branche in Deutschland

Berlin, 10. Dezember 2009

Workshop I: Die Europäisierung der Gesundheitspolitik

10.00 Uhr

Begrüßung und Eröffnung

Herbert Weisbrod-Frey / Dr. Margret Steffen, ver.di,
Prof. Dr. Thomas Gerlinger, Zentrum für Gesundheitswissenschaften

10.15 Uhr

Von Europa lernen – Gibt es eine Anpassung der Gesundheitssysteme

Input-Referat: Prof. Dr. Stefan Greß, Hochschule
Fulda, Kommentare: Dagmar Roth-Behrendt, SPD,
Vizepräsidentin des EU-Parlaments, Malte Enderlein,
vdek, Dr. Frank Niggemeier, EU-Koordinierung,
Bundesministerium für Gesundheit

12.30 Uhr Mittagspause

13.30 Uhr

Gesundheitswirtschaft und die Europäisierung der Gesundheitspolitik!

Input-Referat: Prof. Dr. Thomas Gerlinger,
Johann-Wolfgang Goethe Universität, Frankfurt /
M., Zentrum für Gesundheitswissenschaften
Kommentare: Mathias Maucher, Solidar – Internationales
Arbeiterhilfswerk, Hilde Mattheis, Mitglied
des Bundestages – SPD, Dr. Margret Steffen, ver.di,
Bereich Gesundheitspolitik

15.30 Uhr Pause

16.00 Uhr

Wir brauchen ein soziales Europa

Positionen von ver.di: Detlev Bruse, ver.di Bundes-
verwaltung

17.00 Uhr Ende der Veranstaltung

Berlin, 3. März 2010

Workshop II: Wettbewerb und Binnenmarkt und seine Wirkungen auf das Gesundheitswesen

10.00 Uhr

Begrüßung und Eröffnung

Herbert Weisbrod-Frey, ver.di Bundesverwaltung

10.15 Uhr

Gesundheits-, Pflege und Soziale Dienste unter Bedingungen des Lissabon-Vertrages und des EU-Rechts

Input-Referat: Prof. Dr. Felix Welti, Hochschule
Neubrandenburg, FB Gesundheit, Pflege,
Management,
Kommentare: Dr. Wolfgang Wodarg, Mitglied des
Bundestages a.D., SPD, Werner Michael Pletzenauer,
Arbeiterkammer Wien, Abteilung Sozialversiche-
rung, Dr. Wolfgang Schulz-Weidner, Deutsche
Sozialversicherung – EU-Vertretung

12.30 Uhr Mittagspause

13.30 Uhr

Die Durchsetzung des Binnenmarktes in der Politik der Mitgliedsstaaten

Input-Referat: Dr. Bernd Schulte, Max-Planck-Institut
für ausländisches und internationales Sozialrecht,
München, Kommentare: Birgit Zoerner, Koordinie-
rung der EU-Politik, Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales des Landes NRW
Marion Leonhardt, ver.di Bereich Betrieb und
Branche, FB Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt
und Kirchen Jörg Freese, Deutscher Landkreistag,
Dr. Arne von Boetticher, AOK-Bundesverband

16.30 Uhr Ende der Veranstaltung

Berlin, 1. Juli 2010

Workshop III: Die Branche Gesundheitswesen – Arbeits- und Entlohnungsbedingungen unter Wettbewerbsdruck

10.00 Uhr

Begrüßung und Eröffnung

Herbert Weisbrod-Frey, Gesundheitspolitik in der ver.di Bundesverwaltung

10.15 Uhr

Die Gesundheitswirtschaft in Europa und die Sicherung einer solidarischen Gesundheitsversorgung

Input-Referat: Dr. Markus Schneider, Basys,
Kommentare: Dominik Schirmer, ver.di, Landesfachbereichsleiter Gesundheit, Bayern, Klaus Barthel, Mitglied des Deutschen Bundestages, SPD, Thomas Kattinig, Gewerkschaft der Gemeindebediensteten, Österreich

12.30 Uhr Mittagspause

13.30 Uhr

Wandel des Arbeitsmarktes im Gesundheitswesen: Arbeitsteilung, Berufsbilder und Migration

Input-Referat: Elisabeth Schroedter, Mitglied im Europäischen Parlament – Die Grünen EFA,
Kommentare: Marco Borsboom, Abvakabo FNV, Niederlande, Gerd Dielmann, ver.di, Bereichsleiter Berufliche Bildung und Qualifizierung, Herbert Beck, Personalrat am Universitätsklinikum Heidelberg

15.30 Uhr

Sicherung der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen im Gesundheitswesen – Handlungsansätze von Gewerkschaften

Thesen: Armin Duttine, ver.di Bundesverwaltung
Bereich Verbindungsbüro Europa

16.30 Uhr Ende der Veranstaltung

Teilnehmerliste

Name	Vorname	Adresse
Anschütz	Wolfgang	ver.di, LB Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen
Barthel	Klaus	MdB, SPD-Bundestagsfraktion
Beck	Herbert	Personalrat, Universitätsklinik Heidelberg
Beckmann	Martin	ver.di-Bundesverwaltung
Boetticher	Dr. Arne von	AOK-Bundesverband
Borsborn	Marco	Abvakabo, Gewerkschaft der Krankenhausbeschäftigten, Niederlande
Braesecke	Dr. Grit	IGEUS GmbH
Bruse	Detlef	ver.di-Bundesverwaltung
Burian	Carmen	Beraterin
Buzek	Tanja	ÖGB-Verbindungsbüro, Brüssel
Detzler	Pascal	Wiss. Mitarbeiter der Bundestagsfraktion Die Linke
Dielmann	Gerd	ver.di-Bundesverwaltung
Duttine	Armin	ver.di-Bundesverwaltung
Engelmann	Dirk	SPD-Parteivorstand, Abteilung Sozial- und Gesundheitspolitik
Enderlein	Dr. Malte	VdEK
Förster	Heiderose	ver.di, LB Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen
Freese	Jörg	Deutscher Landkreistag
Gabriel	Hans	ver.di-Bundesverwaltung
Gerlinger	Prof. Dr. Thomas	Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Greß	Prof. Dr. Stefan	Hochschule Fulda
Großkreutz	Henning	Studierender
Henkel	Rüdiger	Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Kattinig	Thomas	Gewerkschaft der Gemeindebediensteten, Österreich
Kessler	Sebastian	Studierender
Lang	Armin	VdEK

Name	Vorname	Adresse
Leonhard	Marion	ver.di-Bundesverwaltung
Mattheis	Hilde	MdB, SPD-Bundestagsfraktion
Maucher	Mathias	Solidar – Internationales Arbeiterhilfswerk
Meyer-Middendorf	Dr. Jörg	VdEK
Niggemeier	Dr. Frank	Ständige Vertretung der Bundesrepublik, Brüssel
Plenzenauer	Dr. Michael	Arbeiterkammer Wien, Österreich
Reinfrank	Erhard	Personalrat, Städtisches Klinikum München GmbH
Rock	Joachim	Paritätischer Wohlfahrtsverband
Roth-Behrend	Dagmar	MdEP, Vizepräsidentin des EU-Parlamentes, SPD
Rupprecht	Christoph J.	AOK Rheinland
Schirmer	Dominik	ver.di, LB Bayern
Schmucker	Dr. Rolf	Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Schneider	Dr. Markus	BASYS-Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung
Schreiner	Marc	Deutsche Krankenhausgesellschaft
Schroedter	Elisabeth	MdEP, Fraktion Die Grünen/EFA
Schulte	Dr. Bernd	Max-Planck-Institut für internationales Sozialrecht, München
Schulz-Weidner	Wolfgang	Deutsche Sozialversicherung – EU-Vertretung
Steffen	Dr. Margret	ver.di-Bundesverwaltung
Stenzel	Horst	ver.di Bezirk Lüchow
Voss	Eckard	Beratungsgesellschaft Wilke, Maack und Partner
Weisbrod-Frey	Herbert	ver.di-Bundesverwaltung
Welti	Prof. Dr. Felix	Universität Kassel
Wodarg,	Dr. Wolfgang	MdB a.D., SPD
Wötzel	Uwe	ver.di Bundesverwaltung
Zoerner	Birgit	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW

