

## 14. Euroforum: Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik

---

Dokumentation des  
GVG-Euroforums  
in Potsdam am  
11. Oktober 2012



## **14. Euroforum: Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik**

14<sup>th</sup> Euroforum: Impact of the Euro crisis on national health policies



**Köln: GVG 2013**

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.  
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig.  
Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,  
Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung in und Verarbeitung  
durch elektronische Systeme.

© 2013 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG),  
Hansaring 43, 50670 Köln

Koordination: Yvette Shajanian Zarneh und Alexia J. Zurkuhlen, GVG

Redaktion: Maria Zens, nanos Verlag oHG und Alexia J. Zurkuhlen  
(geb. Duten), GVG

Satz: [www.dk-copiloten.de](http://www.dk-copiloten.de), Köln

Druck: Druckhaus Süd GmbH, Köln

Printed in Germany

ISBN 978-3-939260-07-3

## **14. Euroforum: Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik**

14<sup>th</sup> Euroforum: Impact of the Euro crisis on national health policies





## Vorwort

Am 11. Oktober 2012 fand in Potsdam unter dem Motto „Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik“ das 14. Euroforum statt, welches jährlich vom EU-Ausschuss der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) ausgerichtet wird.

Einige Mitgliedstaaten der europäischen Währungsunion – darunter nicht nur Griechenland und Portugal – durchleben seit 2009 eine bedeutende Haushalts- und Staatsschuldenkrise. Zwischenzeitlich wird auch die Wirtschaftslage weiterer benachbarter Länder als kritisch eingestuft. Infolgedessen initiierten die Europäische Kommission, die Europäische Zentralbank und der Internationale Währungsfond ein in der Geschichte der Europäischen Union beispielloses Rettungsprogramm.

Voraussetzung für die Mittelzuweisung aus diesem Rettungsprogramm ist die Akzeptanz einschneidender Reformmaßnahmen in verschiedenen Politikfeldern, auch solchen, die nach den europäischen Verträgen im ausschließlichen Hoheitsbereich der Mitgliedsländer angesiedelt sind. So betreffen zahlreiche Anforderungen Kernbereiche der Sozial- und Gesundheitspolitik. Die Finanzkrise kann also zu einer Verschiebung von politischer Gestaltungsmacht nach Brüssel führen. Die Konsequenzen für andere Politikfelder sind bisher nicht ausreichend beleuchtet.

In Band 72 unserer Schriftenreihe gehen wir der Frage nach, ob Risiken für den Erhalt der Gestaltungssouveränität der nationalen Gesundheitspolitik im Hinblick auf die Euro-Krise zu erwarten sind. Es ging um die Frage, was bisherige und zu erwartende künftige Entwicklungen in der Währungskrise für die Harmonisierungsbestrebungen der sozialen Sicherungssysteme, insbesondere in der Gesundheitsversorgung, in Europa bedeuten. Existiert ein „Spillover-Effekt“ im Hinblick auf die Gestaltungsfreiheit der sozialen Sicherungssysteme?

Nach Grundsatzbeiträgen von Politik und Wissenschaft, schloss die Konferenz mit einer hochrangig besetzten Podiumsdiskussion. Ziel war es, die zentrale Fragestellung aus unterschiedlichen Perspektiven zu präsentieren und zu diskutieren. Die Bedeutung der Verflechtung von europäischen Entwicklungen und somit auch Problemen, wurde mit den Referenten und Teilnehmern diskutiert. Zum Beispiel wurden die konkreten Auswirkungen der eingeschränkten Gestaltungsfreiheit in Griechenland und in Portugal erläutert sowie eine Einschätzung der Ausdehnung des bestehenden Rechtsrahmens gegeben.

Neutral und interessenfrei moderieren, inhaltlich und organisatorisch kompetent vorbereiten – mit dem Euroforum fördert die GVG das Verständnis für europäische Themen und schärft das Bewusstsein für ihre Auswirkungen. Die bewährte Kultur des Konsenses ist und bleibt für die GVG dabei Leitgedanke bei der umfassenden Forumskonzeption.

Wir danken allen Vortragenden und Teilnehmern für den gelungenen Austausch und für die Möglichkeit ihre Redebeiträge im Rahmen unserer Schriftenreihe veröffentlichen zu dürfen.

***Dr. Joachim Breuer**, Vorsitzender der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.; Hauptgeschäftsführer Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung*

## Inhalt

### Einleitung und Eröffnung

*Sylvia Weber und Alexia J. Zurkublen, GVG*

Einleitung 13

*Prof. Dr. Susanne Tiemann*

Eröffnung 23

### Vorträge

1 *Dr. Bernd Schulte*

Auswirkungen der Finanz- und Eurokrise auf  
die Gesundheitspolitiken der Mitgliedstaaten –  
der rechtliche Rahmen 33

2 *Dr. Wolfram Lamping*

EU-Finanzkrise, Solidarität und Subsidiarität: Erhalt der  
Gestaltungsfreiheit in der nationalen Gesundheitspolitik? 63

3 *Michael Schönstein*

The EU crisis reaction and its consequences 81

4 *Udo Scholten*

Arbeit der EU Task Force Griechenland –  
Gesundheitspolitik in Griechenland 93

5 *Dr. Dimitrios Kremalis*

The new health budget: consequences for the national  
health care provision in Greece 99

6	<i>Prof. Dr. Fernando Ribeiro Mendes</i> Impact of the EU demand for budget cuts on the Portuguese health policy	123
---	--	-----

### **Podiumsdiskussion**

7	Harmonisierungsbestrebungen versus Gestaltungsfreiheiten der Mitgliedstaaten	141
---	---	-----

### **Rückblick**

8	<i>Julia Kunkel</i> Auswirkungen der europäischen Finanzkrise auf die nationale Gesundheitspolitik	153
---	--	-----

	<b>Veröffentlichungen der GVG</b>	161
--	-----------------------------------	-----

## **Einleitung und Eröffnung**



## Einleitung

*Sylvia Weber, Geschäftsführerin und Alexia J. Zurkühlen, Projektmanagerin  
Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e.V.*

### Hintergrund und politische Rahmenbedingungen

Einige Mitgliedstaaten der europäischen Währungsunion – darunter Griechenland, Irland und Portugal – durchleben seit 2009/2010 eine bedeutende Haushalts- und Staatsschuldenkrise, die diese Länder an den Rand der Zahlungsunfähigkeit gebracht hat. Infolgedessen initiierte die sogenannte Troika, bestehend aus der Europäischen Kommission, der Europäischen Zentralbank (EZB) und dem Internationalen Währungsfonds, ein in der Geschichte der Europäischen Union beispielloses Hilfsprogramm, um die Zahlungsunfähigkeit und den damit erwarteten Austritt aus der Währungsunion abzuwenden.

Im Rahmen der damit verbundenen Anpassungsprogramme wurden von diesen Ländern eine Reihe von Reformen und Haushaltskonsolidierungsmaßnahmen gefordert, die in Politikfelder eingreifen, die im Hoheitsbereich der Mitgliedsländer angesiedelt sind. So betreffen zahlreiche Reformanforderungen zentrale Bereiche der Sozial- und Gesundheitspolitik, für die lt. Artikel 5 und 168 AEUV die Mitgliedstaaten die alleinige Gestaltungskompetenz haben.

Die von der Krise meistbetroffenen Staaten stimmen mit der Entgegennahme der Hilfgelder einer Reihe fiskalpolitischer Maßnahmen zu, die ihre nationale Gestaltungsfreiheit einschränken. Portugal zum Beispiel verpflichtet sich 33 Maßnahmen im Gesundheitsbereich durchzuführen. Das betrifft u.a. Kürzungen der Leistungsausgaben sowie Einsparungen im Personalbereich von Krankenhäusern. Griechenlands Anpassungsprogramm hingegen zielt stärker auf strukturelle Veränderungen des Gesundheitssektors. So werden zum Beispiel Beitragserhöhungen und Kürzungen des Krankenhausetats verlangt.

Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass Zeiten finanzieller Knappheit häufig mit erhöhten gesundheitlichen Risiken und damit einem höheren

Versorgungsbedarf einhergehen. Tatsächlich stehen aber durch die Spar- und Konsolidierungsaufgaben weniger Mittel für die Versorgung zur Verfügung, was u.a. eine Abwanderung qualifizierten Personals zur Folge hat. Um eine Ausweitung der Finanz- und Schuldenkrise auf gefährdete, aber bisher nicht betroffene Mitgliedstaaten – wie zum Beispiel Italien und Spanien – zu verhindern, wurden zusätzliche Maßnahmen beschlossen, z.B. der im März 2012 von 25 Mitgliedstaaten unterschriebene Fiskalpakt, welcher den Unterzeichnerstaaten ambitionierte Anstrengungen in Hinblick auf ihre Haushaltskonsolidierung abverlangt. Für den Fall, dass die Konsolidierungsziele verfehlt werden, legt der Fiskalpakt Sanktionsmechanismen fest. Da die Staatshaushalte den größten oder einen der größten Blöcke des Staatshaushalts in den Mitgliedstaaten der EU ausmachen, muss notwendigerweise damit gerechnet werden, dass hier einschneidende Veränderungen stattfinden werden.

### **Ziel der Konferenz**

Ausgehend von einer Analyse der Reformauflagen für Griechenland und Portugal stellt sich die Frage, welche Konsequenzen sich für die übrigen Mitglieder der Europäischen Union aus einem wachsenden Durchgriffsrecht der Europäischen Ebene in Folge „finanzieller Schieflagen“ von Mitgliedstaaten ergeben.

Insbesondere folgende Punkte wurden diskutiert:

- 1) Wie weit schränken die Auflagen der Anpassungsprogramme die Gestaltungsfreiheit der einzelnen „Empfängerländer“ ein?
- 2) Wie groß ist die Gefahr, dass durch weitere Fälle von finanziellem Hilfebedarf Fakten geschaffen werden, denen sich die verbliebenen, nicht unterstützungsbedürftigen EU-Mitglieder nicht mehr wirksam entziehen können? Kann durch eine Art Kettenreaktion die Gestaltungsfreiheit des Gesundheitssektors gemäß Art. 168 AEUV so unter Druck geraten und letztendlich ganz entfallen?
- 3) Was würde eine Entwicklung wie unter 2) beschrieben konkret für Deutschland und sein innerhalb Europas einzigartiges System bedeuten?



Diese Begebenheit bildet den Anlass für die Konferenz „Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik“, welche durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert und die GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung) durchgeführt wurde.

### **Die Europäische Wirtschafts- und Finanzkrise**

Die Finanz- und Währungskrise stellt die gemeinsamen europäischen Strukturen ebenso wie die Einzelmitglieder der Gemeinschaft vor große Herausforderungen. Die Sicherung der europäischen Idee, die Stabilisierung des Euro und die Vermeidung von Staatspleiten mit weltweiten Auswirkungen sind durch gemeinsame Anstrengungen und Solidarität zu meistern. Die Realisierung von wirtschaftlicher Prosperität der Einen und die Sicherung der Zahlungsfähigkeit der Anderen sind zwei Seiten ein und derselben Medaille.

Schon 1998 akzeptierten alle Mitgliedstaaten der EU, einschließlich derer, die den Euro nicht eingeführt haben, den sogenannten Stabilitäts- und Wachstumspakt (SWP) als ein Instrument zur Sicherung von Haushaltsdisziplin und -überwachung. Konkret heißt es, dass EU-Mitgliedstaaten ihr jährliches Haushaltsdefizit auf 3% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) und die Höhe ihrer Verschuldung auf 60% des BIPs beschränken müssen.

Diese Verpflichtungen sind Teil dessen, was in der europäischen Integration als ‚Domino Effekt‘ bezeichnet wird: was einst die Regulation eines spezifischen politischen Feldes betraf, weitet sich auf die Regulation anderer Bereiche aus. Damit geht einher, dass die europäische Regelungstiefe zunimmt und in ihren Sanktionsmöglichkeiten deutlich über das ursprünglich Vereinbarte hinausgeht.

Der Stabilitätspakt sieht folgende Sanktionsmaßnahmen vor: Droht in einem Mitgliedstaat ein höheres Haushaltsdefizit als 3%, kann die Europäische Kommission mit einem sog. „Blauen Brief“ eine Verwarnung aussprechen. Bei Überschreitung greifen dann Sanktionen. Diese Haushaltsüberwachung ist durchaus notwendig, wenn die Währungspolitik auf europäischer Ebene angesiedelt ist.

Die Krise, die sich seit 2008 entfaltet, ist vielleicht eine „Euro-Krise“ aber keine reine „Krise des Euros“. Vielmehr ist sie die Offenbarung der Unterschiedlichkeit der 27 nationalen Wirtschaftssysteme und einer gemeinsamen Währung für zweidrittel dieser Länder.<sup>1</sup> Dieses Europa der zwei Geschwindigkeiten sucht in Folge der Krise nun nach Lösungen.

### **Lösungsansätze zur Euro-Krise**

Um ein Ausscheiden der unter Druck geratenen Länder aus der Währungsunion zu vermeiden, bot die Troika, d.h. die Europäische Kommission, der Internationale Währungsfonds und die Europäische Zentralbank, unterschiedliche Lösungsansätze. Eine Reform des SWPs trat Dezember 2011 in Form von fünf Verordnungen und einer Richtlinie, die von der Europäischen Kommission vorgeschlagen und von allen 27 Mitgliedstaaten gebilligt wurden in Kraft. Das sogenannte Sixpack sieht insbesondere „Verfahren bei einem übermäßigen Defizit“ (VÜD) vor, sowie Referenzwerte für das jährliche öffentliche Defizit und die Verschuldungsquote. Das gesamtwirtschaftliche Überwachungsverfahren führt Sanktionen ein, die im Falle eines Verstoßes gegen die Verpflichtungen durch ein gestuftes Verfahren eine frühere Intervention ermöglichen.

Darüber hinaus wurde ein „Vertrag über Stabilität, Koordinierung und Steuerung in der Wirtschafts- und Währungsunion“ (SKS-Vertrag) von 25 Mitgliedstaaten verabschiedet.<sup>2</sup> Dieser basiert auf dem SWP, unterscheidet jedoch deutlich zwischen den 17 Staaten des Euro-Währungsraumes, für die der Pakt im vollem Umfang geltend ist und den 10 weiteren EU-Mitgliedstaaten, für die nur Teile des Vertrags gelten. Die Zustimmung zum Vertrag ist unabdingbar um finanzielle Hilfe aus dem Europäischen Stabilitätsmechanismus zu empfangen.

Die ersten „Rettungsprogramme“ kamen noch vor Beschluss der o.g. Verträge und Reformen ins Rollen. Die ersten Länder, die sich unter den europäischen Rettungsschirm gaben und sich damit verpflichteten bestimmte Auflagen

<sup>1</sup> 17 der 27 EU Mitgliedstaaten haben den Euro als offizielle Währung: Belgien, Deutschland, Frankreich, Estland, Finnland, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Malta, die Niederlande, Österreich, Portugal, Slowakei, Slowenien, Spanien und Zypern.

<sup>2</sup> Siehe [http://european-council.europa.eu/media/639244/04\\_-\\_tscg.de.12.pdf](http://european-council.europa.eu/media/639244/04_-_tscg.de.12.pdf); Großbritannien und die Tschechische Republik unterschrieben nicht.

zu akzeptieren, waren Portugal, Griechenland und Irland. Die Regelungstiefe der Auflagen, die die Länder akzeptieren mussten, ist sehr unterschiedlich. Müssen die Einen sehr dezidierte Vorgaben hinnehmen, reicht bei Anderen ein politischer Rahmen, der eine eigene Akzentsetzung möglich macht.<sup>3</sup>

### Die Gesundheitsversorgung in der Krise?

Erste beobachtbare Entwicklungen lassen befürchten, dass sich die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in den betroffenen Ländern verschlechtern wird oder sich bereits verschlechtert hat. In Griechenland z.B., wo die Vorschriften im Hinblick auf die Struktur der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Soziales am detailliertesten sind, dürfen nur noch 6% des BIPs für Gesundheit ausgegeben werden. Der daraus resultierende Finanzdruck bewog die griechische Regierung dazu, Präventionsprogramme, wie zum Beispiel die HIV-AIDS Bekämpfungskampagnen, einzustellen. Erste Hochrechnungen, basierend auf festzustellenden Veränderungen im Risikoverhalten, lassen einen Anstieg der HIV Neuinfizierungen in 2011 um 50% erwarten.<sup>4</sup> Zahlungsrückstände in Krankenhäusern und weiteren öffentlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens haben dazu geführt, dass das Gesundheitspersonal das Land nach und nach verlässt und die faktische Versorgung der Bevölkerung bei steigendem Bedarf damit immer schwieriger wird.

Dieses Beispiel macht deutlich, dass die Lösungsansätze verschiedene unerwünschte Auswirkungen auf nationaler Ebene nach sich ziehen. Berichte wie aus Griechenland über negative Auswirkungen des europäischen Sparkurses nehmen zu. Die Situation in Griechenland und Portugal zeigt eindrucksvoll, in welchem Spannungsfeld sich von außen vorgegebene Sparpolitik und eine aktive, gestaltende Sozialpolitik bewegen. Der Preis für die Hilfszusagen ist ein Verlust an nationaler Souveränität und in gewisser Hinsicht auch das Ende der sozialpolitischen Autonomie.

Auf die Frage, welche Bedeutung diese Entwicklung für die übrigen EU Mitgliedstaaten haben werde, antworteten die Teilnehmer des 14. Euroforums

<sup>3</sup> Fahy, N., Who is shaping the future if European health systems?, *British Medical Journal* 2012, 344:e1712

<sup>4</sup> Kentikelenis, A., Karanikolas, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D., (2012) Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, *The Lancet*, Vol. 378(9801):1457-58.

differenziert. Es wäre eindeutig zu früh, endgültige Schlussfolgerungen aus den Konsequenzen der Finanzkrise auf die langfristige Gestaltung nationaler Gesundheitssysteme zu ziehen. Dennoch ist eine aktuelle Analyse darüber möglich und notwendig, inwieweit nationale Souveränität eingeschränkt wird, vor allem für die von der Krise am stärksten betroffenen Länder Griechenland und Portugal.

### **Referenten und Teilnehmer**

Die eintägige Veranstaltung hat am 11. Oktober 2012 in Potsdam stattgefunden und wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) durchgeführt.

Es nahmen ca. 100 Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus Deutschland und dem europäischen Ausland teil; sie bildeten das gesamte Spektrum der relevanten Akteure im Gesundheitswesen ab (Gesundheitsministerien, Leistungserbringer, Wissenschaft, Vertreter der EU, Fachjournalisten u.v.m.). Alle TeilnehmerInnen und ReferentInnen haben durch ihre fundierten Referate oder kenntnisreichen Kommentare zum Erfolg der Konferenz beigetragen. Die Redner waren im Überblick:

#### *Prof. Dr. Susanne Tiemann*

Prof. Dr. Susanne Tiemann studierte Rechtswissenschaften an der Ludwig-Maximilians-Universität München und promovierte dort 1973 über „Die staatsrechtliche Stellung der Finanzkontrolle des Bundes“. Seit 1988 ist sie Vorsitzende des Ausschusses „EU“ der GVG e.V. Von 1987 bis 1994 war sie Mitglied des Wirtschafts- und Sozialausschusses der Europäischen Union, wo sie 1990 zur Vizepräsidentin und 1992 zur Präsidentin gewählt wurde. Von 1994 bis 2002 war sie Mitglied der CDU/CSU-Fraktion des Deutschen Bundestages. Prof. Tiemann ist Honorarprofessorin der Universität Bonn und war von 1998 bis 2012 Professorin für Verwaltungswissenschaften, sowie Prorektorin für Forschung und Weiterbildung an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen.

*Dr. Dimitrios Kremalis LL.M.*

Dr. Kremalis promovierte an der Ludwig-Maximilians-Universität München zum europäischen und griechischen Gesundheitsrecht. Er nahm an dem EU-finanzierten FP7 Projekt „Training and Reporting on European Social Security (TRESS) (2007-2010)“ teil. Dr. Kremalis fungierte außerdem als Experte bei der Implementierung des EU Patientenrechtes in Griechenland. Er ist in der eigenen Kanzlei in Athen tätig.

*Prof. Dr. Fernando Lopes Ribeiro Mendes*

Prof. Dr. Ribeiro ist promovierter Ökonom. Nach einer langen Karriere bei Accenture wurde er beigeordneter Gesundheitsminister in Portugal und war bis 2010 Geschäftsführer des portugiesischen Gesundheitsinstituts. Heute widmet er sich der Lehre an der Medizinischen Fakultät Lissabon und seinen Aufgaben im wissenschaftlichen Ausschuss der Stiftung Dos Santos. Prof. Mendes ist eine internationale Koryphäe in dem Themenbereich der Gesundheitspolitik.

*Michael Schönstein*

Michael Schönstein absolvierte sowohl einen Master in Economics and Finance als auch in Public Policy. Er arbeitete im Bundesgesundheitsministerium in der Task Force EU Ratspräsidentschaft sowie im Rahmen eines Projektes zur Medikamentenpreisbildung für die GIZ. Zuletzt war er Referent im Leitungsstab des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Derzeit ist Michael Schönstein als Ökonom bei der OECD tätig. In der Abteilung für Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik befasst er sich mit Projekten zum Thema Arbeitsmarkteffizienz, insbesondere im Gesundheitsarbeitsmarkt.

*Ortwin Schulte*

Ortwin Schulte ist studierter Jurist und hatte bereits die Leitung des Referates Gesundheitspolitik im Bundeskanzleramt sowie die Leitung der Task Force EU-Ratsvorsitz im Bundesministerium für Gesundheit inne. Er war in verschiedenen Positionen in der Internationalen Abteilung des BMG tätig, bevor er 2007 Leiter des Referates Grundsatzfragen der europäischen und internationalen Gesundheitspolitik wurde.

*Dr. iur. Bernd Schulte, Wissenschaftlicher Referent*

Dr. Bernd Schulte studierte Jura und promovierte in diesem Fach 1973. Er begann seine Tätigkeit als Referent am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht und wechselte später zum Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik. Seine Arbeitsschwerpunkte sind unter anderem europäisches und internationales Sozialrecht; Gesundheits-, Pflege- und Behindertenrecht, sowie Antidiskriminierungsrecht.

*PD. Dr. Wolfram Lamping*

Dr. Lamping ist promovierter Sozialwissenschaftler und habilitierte 2004 an der Technischen Universität Darmstadt zu dem Thema "European Union and Social Policy. Processes, Logics and Opportunities of Health Policy Integration" für das Fach Politikwissenschaft. Zurzeit hat er dort die Vertretungsprofessur für „Verwaltungswissenschaft, Staatstätigkeit und lokale/regionale Politikforschung“ inne.

*Moderation: Volker Finthammer*

Volker Finthammer ist Chef vom Dienst bei dem Deutschlandradio Kultur in Berlin. Sein Interesse richtet sich neben vielen anderen auf EU-Fragen.

Herr Finthammer begleitete die Konferenz ebenso kenntnisreich wie charmant. Seiner gleichermaßen investigativen wie vermittelnden Gesprächsführung ist es zu verdanken, dass viele Punkte ergänzend zu den Vorträgen angesprochen und in einem gemeinsamen Ergebnis abgebunden werden konnten.

**Überblick der Konferenzbeiträge und Vorstellung der Dokumentation**

Diese Dokumentation gibt die Eröffnung durch die Vorsitzende des EU-Ausschusses der GVG wieder. Prof. Dr. Tiemann ordnet für die Teilnehmer der Konferenz in ihrem Eingangsvortrag die Ausgangshypothesen sowie die Ziele der Konferenz ein. Für Prof. Tiemann ist die Frage weiterer Übertragungen von Kompetenzen nach Brüssel auf verschiedenen Ebenen erörterungsnotwendig.

Das erste Kapitel öffnet den Fokus und erleichtert das Verständnis aller weiteren Diskussionen: Dr. Schulte bietet in seinem Beitrag die juristische Grundlage, die notwendig ist, um die Auswirkungen der Maßnahmen zum Erhalt von EU-Hilfsmitteln zu verstehen. Er ordnet die aktuellen Entwicklungen in den europäischen Rechtsrahmen, wie z.B. den Lissabonvertrag ein.

Das zweite Kapitel bietet das politikwissenschaftliche Pendant zur rechtswissenschaftlichen Betrachtung der Debatten über Souveränitätstransfers in der Europäischen Union. In seinem Beitrag bietet Dr. Lamping den Teilnehmern eine ordnungspolitische Analyse und Einordnung des Themas. Er analysiert insbesondere, welche Reformen tatsächlich durch die Finanz- und Schuldenkrise induziert sind. Infolge dessen fragt der erfahrene Politikwissenschaftler wie viel Solidarität durch eine Polit- und Fiskalunion möglich ist.

Im dritten Kapitel erläutert Herr Schönstein auf der Basis der neuesten OECD Berichte die Situation der Gesundheitssysteme im europäischen Vergleich. In einer Gegenüberstellung der Ausgaben wird deutlich, dass hohe Ausgaben nicht zwangsläufig auf eine bessere Versorgung schließen lassen. Die Situationen der Krisenländer und der wirtschaftliche Druck unter welchem diese sich befinden, werden in der Analyse hervorgehoben.

Im vierten Kapitel stellt Herr Scholten die EU-Task Force Griechenland vor, in der das Bundesministerium für Gesundheit die Federführung im Bereich Gesundheit übernommen hat. Erste Ergebnisse und Herausforderungen resultierend aus den Arbeiten der EU Task Force Griechenland werden hier wiedergegeben.

Das fünfte Kapitel greift die Situation in Griechenland auf. Dr. Kremalis berichtet über die aktuelle Situation in seinem Land und zieht eine erste Bilanz der Umsetzungen der beschlossenen Reformmaßnahmen. Als Jurist erläutert er die notwendigen legislativen Voraussetzungen zu einer Organisationsreform und den Status des daraus hervorgegangenen neuen einheitlichen Versicherungsfonds, EOPYY. Die Folgen der Kürzungen werden verdeutlicht und gleichzeitig den Erwartungen der EU gegenüber gestellt.

Das sechste Kapitel schließt mit der Lage in Portugal an: Prof. Mendes illustriert an Hand konkreter Beispiele aus der Gesundheitspolitik seines Landes die aktuelle Versorgungssituation. Er benennt in seinem Beitrag eine vermeidbare Fehlentwicklung und skizziert die Gefahren, die eine strikte Austeritätspolitik für das Gesundheitswesen wie für die Souveränität des Landes mit sich tragen würde.

Das siebte Kapitel fasst die Podiumsdiskussion der Veranstaltung zusammen. An der durch Herrn Finthammer moderierten Runde nahmen Frau Prof. Tiemann sowie die Herren Schulte, Lamping und Schönstein und Herr Ortwin Schulte (BMG) teil. Vier Hauptthemen dominierten die die Debatte: 1. Optionen zur Finanzierung von Gesundheitssystemen; 2. Ansätze für eine koordinierte Gesundheitspolitik in der EU; 3. Die Auswirkung der Krise auf die Gestaltungsmacht der EU-Mitgliedstaaten; und 4. Chancen und Risiken der Krise für die europäischen Gesundheitssysteme. Im Rahmen einer lebhaften Debatte tauschten die fünf Teilnehmer ihre Positionen und Einschätzungen über die europäischen Zukunftsperspektiven unter Einbindung des fachkundigen Publikums aus.

Schließlich gibt das achte Kapitel einen Beitrag aus dem Magazin „Die BKK“ wieder. Die Autorin, Frau Kunkel, fasst darin die Kernaussagen des Tages aus ihrer Sicht zusammen. Wir bedanken uns an dieser Stelle bei der BKK den Artikel für diesen Band verwenden zu dürfen.

Wir weisen darauf hin, dass jedes Kapitel in seiner Originalsprache wiedergegeben ist; im Sinne einer größeren Einheitlichkeit beginnt jedoch jeder Vortrag mit einer Zusammenfassung auf deutscher Sprache und endet mit einer englischen Übersetzung („Abstract“).

Please note that each chapter is printed in its language of origin; however, each contribution begins with an abstract in German („Zusammenfassung“) and ends with an English translation thereof.



## Eröffnung Euroforum 2012

*Prof. Dr. Susanne Tiemann, Vorsitzende des GVG EU Ausschusses*

Meine sehr geehrten Damen und Herren,  
ich darf Sie heute hier im Namen des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der GVG zu unserem 14. Euroforum sehr herzlich willkommen heißen. Wir haben Sie heute hier nach Potsdam eingeladen, um mit Ihnen die Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik zu erörtern. Dabei möchten wir insbesondere unsere eigene Gesundheitspolitik und die Frage nach Risiken für den Erhalt unserer Gestaltungssouveränität in den Mittelpunkt stellen.

Wir haben uns die Frage gestellt, ob es – ähnlich wie in der Debatte um den Bankensektor – auch in der Frage der Gestaltung von Organisation, Finanzierung oder Durchführung des Sozialschutzes in Europa ein „Ansteckungsrisiko“ gibt.

Entwickeln die Debatten um die Eurorettung und um die Haushaltsdisziplin in den Mitgliedstaaten eine solche Eigendynamik, dass sich auch die Länder, die der Rettung durch die Gemeinschaft nicht bedürfen, weitergehenden Einwirkungen auf ihre nationale Politik nicht entziehen können?

Und kann eine Erweiterung der Kontrollrechte gemäß den Vorgaben des europäischen Semesters in Verbindung mit den Zwängen einer stärkeren Harmonisierung der Gestaltung der nationalen Haushalte sowie der Durchsetzung des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs innerhalb der EU eine weitere Beschränkung des Subsidiaritätsprinzips nach sich ziehen?

Die aktuellen Vorschläge, die EU Ratspräsident Herman van Rompuy dem Vernehmen nach gerade entwickelt, zielen wohl genau in diese Richtung. Da ist zu hören, dass alle 17 Euroländer – also nicht nur diejenigen, die Mittel aus dem Euro-Rettungsfonds erhalten – verpflichtet werden sollen, die bisher als Empfehlung ausgestalteten Ratschläge aus Brüssel künftig verpflichtend umzusetzen. Im Rahmen individueller Verträge zwischen der Europäischen

Kommission und den Euroländern soll festgelegt werden, welche Reformen durchzuführen sind.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,  
wer mich kennt, wird mich sicher nicht im Verdacht haben, eine Europaskeptikerin zu sein. Ich habe von 1987 bis 1994 europäische Entwicklungen im Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuß und vor allem als dessen Vizepräsidentin und dann Präsidentin aktiv mitgestalten dürfen. Aus dieser Zeit, aber besonders als überzeugter Europäerin, ist mir die besondere Bedeutung eines ausgewogenen Verhältnisses von Gemeinsamkeit und Subsidiarität in der europäischen Integration ein Anliegen. Es macht den Kern des europäischen Gedankens aus, gemeinsame Regeln und Lösungen zu schaffen, wo sie den Nutzen aller Bürger in Europa mehren und gleichzeitig die bestehende Vielfalt da zu respektieren, wo nationalstaatliche oder regionale Strukturen die besseren Entscheidungen ermöglichen. Nicht umsonst sehen die Verträge über die Arbeitsweise der Europäischen Union vor, dass die Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme den einzelnen Mitgliedstaaten vorbehalten sein soll. Soziale Sicherung ist wie kaum ein anderer Bereich Resultat der jeweiligen kulturellen Befindlichkeiten. Sie erfolgt vor Ort, da wo die Menschen leben. Die Lösungen können umso passgenauer sein, je näher diejenigen, die die Systeme gestalten, an den Problemen sind. Vereinheitlichung um jeden Preis kann nicht als europäischer Mehrwert gelten, ganz abgesehen davon, dass Gestaltung und finanzielle Möglichkeiten der Systeme von der unterschiedlichen Wirtschaftskraft der Mitgliedstaaten abhängen.

Jetzt stehen wir allerdings erstmals vor der Situation, dass die Regeln für die Organisation z.B. der Gesundheitsversorgung aufgrund von Ereignissen ausgehebelt werden könnten, die diejenigen, die die europäischen Verträge und die in ihnen geregelten Kompetenzabgrenzungen geschaffen haben, gar nicht vor Augen hatten.

Die aktuelle Finanz – und hier konkret Rettungspolitik überlagert mit ihren Vorschriften und Bedingungen das „europäische Standardregelwerk“. Die Staaten, die sich unter den Rettungsschirm begeben mussten, können sich nicht länger auf den Schutz des Artikels 168 zur Absicherung ihrer Gestal-

tungsfreiheit berufen. Wir werden in den Beiträgen von Herrn Dr. Kremalis und Herrn Prof. Dr. Mendes heute noch hören, welche konkreten Auswirkungen dies in Griechenland und in Portugal nach sich zieht. Auch wenn die Auflagen für die Rettungsgelder in erster Linie finanzpolitisch motiviert sind, greifen sie doch in der Umsetzung mehr oder minder stark in strukturelle Gegebenheiten ein, denn sie sollen ja gerade zu nachhaltigen Systemänderungen in diesen Staaten führen.

Es ist nicht nur zu bedauern, dass auf diese Weise der Reformdruck erhöht wird. Ineffizienzen zu beseitigen, sollte jederzeit ein Anliegen politischer Gestaltung sein. Wenn Reformschritte jedoch kleinteilig von außen vorgegeben werden und nur noch die Gestalt von rigorosen Sparmaßnahmen annehmen, muss man sehr genau hinsehen, wie sich die Ergebnisse darstellen und ob nicht neue Verwerfungen produziert, statt bestehende Probleme gelöst werden. Hierzu nur ein konkretes Beispiel, das uns doch besorgt machen kann: Wir hören, dass die Neuinfektionsrate mit dem Aidsvirus in Griechenland dramatisch angewachsen ist, seit die kostenlose Abgabe von Einmalspritzen an Drogenabhängige eingestellt wurde.

Auch wird aus Griechenland berichtet, dass Kranke sich zunehmend gezwungen sehen, die ursprünglich für die Versorgung von Immigranten geschaffene Notversorgung aufzusuchen, weil sie sich Zuzahlungen oder Eigenanteile für die regulären Versorgungswege nicht mehr leisten können.

Ineffizienzen und fehlsteuernde Anreize zu beseitigen ist sicher das Gebot der Stunde – übrigens nicht nur in Griechenland, Portugal oder Irland. Aber Kranke von einer notwendigen Versorgung faktisch auszuschließen, ist eines modernen Europas unwürdig – auch in Zeiten der unabweisbaren Notwendigkeit der Konsolidierung der öffentlichen Haushalte. Nicht umsonst garantiert die Grundrechtecharta der Europäischen Union allen EU-Bürgern das Recht auf Zugang zu sozialen Schutzleistungen im Falle von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit.

Gestatten Sie mir, meine sehr geehrten Damen und Herren, den Blick jetzt „nach Innen“ zu richten.

Es ist unbestritten, dass Deutschland nicht in Gefahr steht, die Solidarität seiner europäischen Nachbarn in Anspruch nehmen zu müssen. Unser Wirtschaftswachstum kann sich im europäischen Vergleich sehen lassen. Der Finanzminister kann Staatsanleihen sogar zu negativen Zinssätzen begeben, und wir sehen uns sogar häufig mit der Forderung konfrontiert, noch mehr finanzielle Verantwortung in Europa zu übernehmen.

Man könnte sich also fragen, wo dann das Problem für uns liegt. Keine Rettung – keine Auflagen – alles in Ordnung. Aber stimmt das? Hält diese einfache Logik einer genaueren Analyse stand? Wir wissen längst, dass wir mit europäischen Entwicklungen und demgemäß auch Problemen aufs engste verflochten sind. Und was das konkret bedeutet, wollen wir heute mit unseren Referenten und Ihnen diskutieren.

Wir haben es heute mit dem zeitgleichen Einsatz verschiedener neuer Instrumente in der europäischen Finanzkrise zu tun. Es gilt nicht nur die unmittelbaren Auflagen im Gegenzug für die Rettungsmilliarden zu bewerten. Vielmehr müssen auch die Mechanismen für eine verbindliche Haushaltskonsolidierung gemäß den Vorgaben des europäischen Semesters sowie ihre Wechselwirkungen in den Blick genommen werden. Nicht dass ich gegen Haushaltskonsolidierung wäre. Staatsverschuldung ist eine verheerende Hypothek für die Zukunft und deshalb die im Grundgesetz verankerte Schuldenbremse ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. In einem gemeinsamen Währungsraum ist es ebenso geboten, unsere Nachbarn in gleicher Weise auf ausgeglichene Haushalte zu verpflichten.

Zum Problem kann das alles allerdings werden, wenn sich dadurch Wertigkeiten verändern, weil die Spielräume in der Sozialpolitik in ganz erheblichem Maße von den Möglichkeiten der Finanzpolitik abhängen. Auch wenn beitragsfinanzierte soziale Sicherungssysteme wie das Unsere hier natürlich weit weniger anfällig sind als steuerfinanzierte Modelle, wären doch auch für uns erhebliche Konsequenzen zu erwarten.

Stellen Sie sich vor, meine sehr geehrten Damen und Herren, auf den Bundeshaushalt kämen im Gefolge des ESM oder seines Vorgängers oder z.B. aus der

Notwendigkeit eines Ausgleichs der Targetsalden in der EZB, neue und unerwartete Verpflichtungen zu. Nach den Regeln des europäischen Semesters müsste Brüssel dann die Bundesregierung zu entsprechenden Haushaltsmaßnahmen, sprich Einsparungen und Kürzungen auffordern.

Vergessen wir dabei nicht, dass einen bedeutenden Posten im Bundeshaushalt die Bundeszuschüsse zur Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Gesetzlichen Rentenversicherung ausmachen. Was wäre, wenn diese plötzlich zur Disposition stehen müssten? Wir reden hier immerhin über 14 Mrd. € pro Jahr für die Krankenversicherung und 60 Mrd. € für die Rentenversicherung und eine gegenwärtige Einstandsverpflichtung Deutschlands in Höhe von 190 Mrd. € im ESM. Auch wenn die Bundeszuschüsse nicht komplett zur Disposition stünden, würde dies doch einen erheblichen Druck auf unsere sozialen Sicherungssysteme bedeuten.

Finanzielle Restriktionen sind das Eine, unmittelbare Durchgriffsrechte auf die inhaltliche Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme das Andere. Es drängt sich der Eindruck auf, dass im Windschatten der Schaffung neuer europäischen Finanzinstrumente, wie des ESM oder einer gemeinsamen europäischen Bankenaufsicht, zunehmend auch Debatten über die Stärkung bzw. Kompetenzerweiterung europäischer Entscheidungsstrukturen geführt werden. Die Ideen von Rompuy hierzu habe ich eingangs schon erwähnt.

Aber auch Diskussionen im europäischen Parlament beziehungsweise innerhalb einiger Gruppen von Parlamentariern beschäftigen sich genau hiermit. So hat die Konferenz der Fraktionsvorsitzenden des Europaparlamentes ein gemeinsames Positionspapier beschlossen. Darin wird u.a. gefordert, dass der Wirtschafts- und Währungskommissar immer zugleich Vizepräsident der Kommission sein sowie grundsätzlich der Euro-Gruppe vorsitzen solle. Dies bedeutet eine deutliche Aufwertung des Postens dieses Kommissars und erhebt die Wirtschafts-, Finanz- und Währungspolitik über alle anderen Politikbereiche.

Aus anderen Parlamentariergruppen wurde gar die Forderung laut, weitere Zuständigkeiten, die bisher im Rahmen einer subsidiären Verantwortung in

die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten fielen, nach Brüssel zu übertragen. So sollte nach den Vorschlägen einer Gruppe, der immerhin mit dem Parlamentspräsident Martin Schulz und Elmar Brok zwei prominente deutsche Vertreter angehören, auch die Sozialpolitik harmonisiert werden.

Mir fehlt ehrlich gesagt die Phantasie, mir eine europäische Harmonisierung der Gesundheitsversorgung vorzustellen, die überhaupt funktionieren könnte, geschweige denn, bei der die Versorgung der Menschen in Deutschland besser würde.

Soll etwa der Leistungskatalog harmonisiert werden? Sollen wir künftig auf bewährte Versorgungsleistungen verzichten, weil diese Leistungen in vielen europäischen Nachbarländern nicht zur Standardversorgung gehören? Oder wollen wir das Recht der freien Arztwahl zugunsten eines in der EU weit verbreiteten verpflichtenden Primärarztsystems eintauschen? Gibt es in einem harmonisierten Gesundheitsversorgungsmodell noch die Möglichkeiten, sich als Heilberuf frei niederzulassen, und dürfen Versicherte ihre Kasse frei wählen, ja gibt es überhaupt noch unterschiedliche Krankenkassen bzw. wie sehen sie aus? Ist der wettbewerbliche Suchprozess nach der besten und wirtschaftlichsten Versorgungslösung auf dem Altar der Einheitskasse zu opfern?

Hinter all diesen Fragen steht das Thema „Wer stellt das Referenzsystem, an dem sich künftig alle orientieren?“ Wenngleich uns internationale Besucher immer wieder bescheinigen, dass wir eines der besten Gesundheitssysteme der Welt haben, müssen wir doch konstatieren, dass das auch seinen Preis hat. Und mit Preis meine ich nicht nur den monetären Aspekt.

Wir organisieren die Versorgung über ein hochkomplexes Gefüge, in dem Kostenträger und Leistungserbringer, Verbände, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften und viele mehr die notwendigen Regelungen treffen. Der Staat gibt den Rahmen vor und überlässt es der Selbstverwaltung bzw. der gemeinsamen Selbstverwaltung, diesen Rahmen mit dem Ziel einer möglichst guten und gleichzeitig wirtschaftlichen Versorgung auszufüllen. So zufrieden man mit diesem System sein kann, verfügen andere europäische Mitgliedstaaten doch über teilweise sehr abwei-

chende Systemstrukturen, insbesondere auch mit unterschiedlichen staatlichen Interventionsmechanismen. Mit anderen Worten: Wir sollten nicht davon ausgehen, dass sich eine europäische harmonisierte Gesundheitsversorgung an unserem System orientieren würde.

Hinzu kommt, was jeder weiß, dass die Ausgaben- und Finanzierungsseite für Gesundheitsleistungen in Europa eine erhebliche Spreizung aufweist. Herr Schönstein wird uns die neuesten OECD-Zahlen später noch präsentieren. In Belgien wurden 2009 11,8% des Bruttoinlandsproduktes für die Gesundheitsversorgung aufgewendet, Rumänien brachte es im gleichen Zeitraum auf „nur“ 5,4%. In Dänemark werden rund 85% der Gesundheitsausgaben aus öffentlichen Mitteln bestritten. Für Zypern liegt die Quote bei rund 42%.

Auch die strukturellen Unterschiede sind deutlich. So versorgen rechnerisch in Österreich 467 Ärzte 100.000 Einwohner, in Polen stehen hierfür 217 Mediziner zur Verfügung. Während wir hier in Deutschland pro 100.000 Einwohner 2009 822 Krankenhausbetten vorhielten, kamen die Schweden mit 277 aus. Wir sind uns sicher einig, dass sich hieraus nicht umstandslos auf eine eklatante Unterversorgung in Schweden schließen lässt, die auf dem Wege der europäischen Harmonisierung beseitigt werden müsste.

Die Zahlen zeigen deutlich, wie unterschiedlich die Versorgungssysteme und deren Finanzierungsregeln heute sind. Sich hier an harmonisierten Standards zu orientieren, hieße das Kind mit dem Bade auszuschütten. Es würde Alles anders, aber Weniges besser. Den Verfechtern einer Harmonisierung des Gesundheitsbereiches möchte man zurufen: Beschreibt doch erst einmal das Problem, das ihr mit diesem Instrument lösen wollt, statt unter dem Eindruck der europäischen Schuldenkrise hektische Scheinaktivitäten zu fordern! Es würde schnell klar, dass mit Harmonisierung ein gemeinsamer Problemlösungsansatz im Gesundheitswesen erst geschaffen würde. So unterschiedlich die nationalen Versorgungssysteme sind, so unterschiedlich müssen auch die Instrumente und Ansätze zu ihrer Optimierung sein.

Hier haben natürlich viele Staaten ihre Reformaufgaben noch zu erfüllen, Deutschland eingeschlossen. Aber jeder EU-Mitgliedstaat muss dies in eigener

Verantwortung und Zuständigkeit tun. Es kann nicht sein, dass der Subsidiaritätsgedanke in den Stürmen der Finanzkrise einfach davon geweht wird. Ich bin daher schon sehr auf die Analyse und Einschätzung gespannt, die uns Herr Prof. Dr. Lamping heute Nachmittag zu diesem Thema vortragen wird.

Mit der Ratifizierung des Lissabonvertrages und der begleitenden Gesetzeswerke sind die darin normierten Verantwortungen und Zuständigkeiten von den Mitgliedstaaten anerkannt worden. Es stellt sich die Frage, ob die jetzt geforderten oder als unausweichlich dargestellten weiteren Übertragungen von Kompetenzen nach Brüssel eine Neuauflage der Verträge notwendig machen. Aus Frankreich ist ja schon zu hören, dass dies keinesfalls gewünscht wird. Aber wie weit lässt sich der bestehende Rechtsrahmen eigentlich dehnen? Bereitet sich hier erneut eine Situation vor, mit der sich das Bundesverfassungsgericht befassen muss? Ich hoffe, dass uns hier Herr Dr. Schulte mit seiner Einordnung der anstehenden Fragen in den Rechtsrahmen wichtige Einschätzungen bringen kann.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,  
man könnte den Fragekanon noch lange weiter entwickeln. Wir wollen heute allerdings nicht nur Fragen aufwerfen, sondern uns und unseren Referenten auch Zeit und Gelegenheit geben, die Debatte mit profunden Analysen und kenntnisreichen Antworten zu bereichern. Ich bin sicher, dass wir genug Stoff für einen anregenden Austausch haben. Ich wünsche Ihnen und uns einen intensiven und informativen Tag.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.



## **Vorträge**



## 1 Auswirkungen der Finanz- und Eurokrise auf die Gesundheitspolitiken der Mitgliedstaaten – der rechtliche Rahmen

*Dr. iur. Bernd Schulte, wissenschaftlicher Referent/Consultant*

### Zusammenfassung

Die Schuldenkrise brachte die Einsicht, dass die bisherige wirtschafts- und insbesondere die haushaltspolitische Zusammenarbeit in der Union unzureichend ist und verstärkt werden müsse. Die Ergänzung der Währungsunion durch die Fiskalunion führt in der Folge dazu, dass die Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten stärker von europäischen Vorgaben beschränkt werden. Die hier zu behandelnde Frage ist, ob hiervon auch die Gesundheitspolitiken der Mitgliedstaaten betroffen sein werden.

Einerseits kann die EU nach Art. 168 AEUV keine autonome europäische Gesundheitspolitik betreiben, sondern ist darauf beschränkt, die mitgliedstaatlichen Politiken zu unterstützen und die Zusammenarbeit zu fördern. Andererseits jedoch ist das Gesundheitswesen zugleich Teil des Binnenmarkts. Da dessen Funktionieren ein Primärziel der EU ist, kann sie nach Art. 114 AEUV durch Einführung gemeinschaftlicher Standards Beschränkungen der wirtschaftlichen Grundfreiheiten beseitigen, einschließlich solcher, die sich aus den mitgliedstaatlichen Gesundheitspolitiken ergeben.

Auf Art. 168 und 114 AEUV ist nun die in nationales Recht umzusetzende Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung gestützt worden, welche zur Verwirklichung gemeinsamer Grundsätze in den Gesundheitssystemen beitragen soll.

Zu diskutieren bleibt, welche konkreten Auswirkungen diese Entwicklungen auf die Wohlfahrtsstaatlichkeit der Euro-Staaten im Allgemeinen und auf ihre Gesundheitssysteme im Besonderen haben werden.

„Die Doppelkrise, die erst die Finanzmärkte und heute einzelne Staaten bedroht, entzieht sich einer einfachen ökonomischen Analyse und leichtgängigen juristischen Antworten. Sicher ist nur, dass die Wiedergewinnung von finanzieller Stabilität der Märkte und fiskalischer Stabilität der Staaten die zentrale Aufgabe des Rechts darstellt. Der Weg dahin ist nicht zwangsläufig vorgezeichnet und bleibt eine schwierige Herausforderung im Mehrebenensystem.“<sup>1</sup> *Christoph Ohler*

In einem Anfang 2012 veröffentlichten Tagungsband, der die Beiträge des Zehnten Frankfurter Walter-Hallstein-Kolloquiums enthält und mit „Nach der Finanzkrise: Politische und rechtliche Rahmenbedingungen einer neuen Ordnung“ überschrieben ist,<sup>2</sup> wird die Entwicklung der Finanzkrise, was Griechenland angeht, wie folgt skizziert:

„Im ersten Quartal des Jahres 2010 gestand die neu gewählte griechische Regierung ein, dass das Vorgängerkabinett im Herbst 2009 falsche Angaben über das bestehende jährliche Budgetdefizit gemacht hatte. Statt der angegebenen 5,6 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) sei von einer Quote von 12,6 % auszugehen. Auch dieser Wert musste in der Folgezeit nach oben korrigiert werden. [...] Der Gesamtschuldenstand betrug nach damaligen Erkenntnissen 124,9 % des BIP, lag aber deutlich höher. Die Zinsen für griechische Staatsanleihen stiegen erheblich. Anfang Mai 2010 war es Griechenland nicht mehr möglich, sich auf dem Anleihemarkt Kredite zu verschaffen. Die Situation bedrohte den griechischen Staat, seine Kreditgeber und den Außenkurs des Euro. [...] Im Anschluss auf ein Ersuchen Griechenlands vom 23. April 2010 kamen am 7. Mai 2010 die Finanzminister der Euro-Staaten überein, Griechenland zu einem Zinssatz von 5 % bilaterale Kredite i. H. v. 80 Mrd. € zu gewähren [...]. Hinzu sollten 30 Mrd. € treten, die vom Internationalen Währungsfonds (IWF) bereitgestellt wurden [...]. Um ein Übergreifen auf die gesamte Eurozone zu verhindern, wurde ferner auf Vereinbarung zwischen den Staats- und Regierungschefs ein europäischer

<sup>1</sup> Ohler, Ch., Finanzkrisen als Herausforderung der internationalen, europäischen und nationalen Rechtssetzung, in: Deutsches Verwaltungsblatt (DVBl) 2011, S. 1061 ff.

<sup>2</sup> Vgl. Kadelbach, St. (Hg.), Nach der Finanzkrise. Rechtliche Rahmenbedingungen einer neuen Ordnung, Baden-Baden 2012; vgl. ferner Hermann, Ch., Griechische Tragödie – der verfassungsrechtliche Rahmen für die Rettung, den Austritt oder Ausschluss von überschuldeten Staaten aus der Eurozone, in: Europäische Zeitschrift für Wirtschaftsrecht (EuZW) 2010, 413 ff.

Stabilisierungsmechanismus eingerichtet. Er hat eine dreigliedrige Struktur, die ein Finanzvolumen von insgesamt 750 Mrd. € verfügbar machen soll: [...] Eine private Zweckgesellschaft luxemburgischen Rechts mit Sitz in Luxemburg, genannt Europäische Finanzstabilisierungsfazilität (EFSF), sollte mit einer Garantiesumme von bis zu 440 Mrd. € ausgestattet sein [...] und die Mittel für die Abwendung der Zahlungsunfähigkeit von Staaten der Euro-Zone auf dem Kapitalmarkt beschaffen. Erweitert wird dieses Kreditvolumen durch 250 Mrd. €, die der IWF zur Verfügung stellen wird. [...] Es ist zu erwarten, dass der Umfang der Kredite und Garantien weiter aufgestockt wird.“<sup>3</sup>

Seither haben die Banken-, Finanz-, Euro- und Verschuldungskrise die Europäische Union und die Mitgliedstaaten und namentlich auch Griechenland noch mehr unter politischen Handlungsdruck gesetzt und Anstoß dazu gegeben, das Ausmaß der negativen Entwicklungen durch ad hoc beschlossene Maßnahmen einzudämmen und sich mit den realwirtschaftlichen, budgetpolitischen, allgemeinpolitischen und sozialen Auswirkungen der Krise zu befassen.<sup>4</sup> Die Implementierung strikterer haushalts- und wirtschaftspolitischer Überwachungsmechanismen i. w. S. in den Krisenstaaten, namentlich in Griechenland, Irland, Italien, Portugal und Spanien (für die die Kürzel „PIIGS“ – oder auch „ClubMed“ für die südeuropäischen Mitgliedstaaten – gewiss keine allzu freundlichen Bezeichnungen sind), hat diese Staaten im Hinblick auf ihre Systeme der sozialen Sicherheit und insbesondere auch ihre Gesundheitssysteme einem auf Kostendämpfung und damit zwangsläufig auch auf Leistungseinschränkungen gerichteten Reformkurs ausgesetzt.

<sup>3</sup> Kadelbach, St., Einleitung: die Finanzkrise, die Politik und das Recht, in: ders. (Hg.), Nach der Finanzkrise, aaO (wie Fn. 2), 9 f. unter Bezugnahme auf Louis, J.-V., Guest Editorial: The No-Bailout Clause and Rescue Packages, in: Common Market Law Review (CMLRev) 47 (2010), 971 ff.

Vgl. ferner Wieland, S., Unter dem Rettungsschirm – Der Euro, die PIIGS und das Recht, in: Appel, I./Hermes, G./Schönberger, Ch. (Hg.), Öffentliches Recht im offenen Staat. Festschrift für Rainer Wahl 2011, 851 ff.; Knopp, L., Griechenland-Nothilfe auf dem verfassungsrechtlichen Prüfstand, Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 2010, 1777 ff.; Polzin, M., Finanzhilfen für Griechenland: Verfassungsrechtliche Schranken? in: Die Öffentliche Verwaltung (DÖV) 2011, 209 ff.

Vgl. ferner das Gesetz zur Übernahme von Gewährleistungen zum Erhalt der für die Finanzstabilität in der Währungsunion erforderlichen Zahlungsfähigkeit der Hellenischen Republik v. 7.5.2010, BGBl. 2010 I S. 537.

Vgl. auch BVerfGE 125, 385: Ablehnung eines Antrags auf einstweilige Anordnung gegen Griechenland-Kredite; auch BVerfGE 126, 158: Ablehnung eines Antrags auf einstweilige Anordnung gegen EFSF, ferner BVerfG – in BVerfGE noch uv. (= NJW 2011, 2946) zu Griechenland-Hilfe und Euro-Rettungsschirm.

<sup>4</sup> Vgl. Schwarzer, D., Die Eurozone zwischen Krisenmanagement und Reformanstrengungen, in: Kadelbach, St. (Hg.), Nach der Finanzkrise, aaO (wie Fn. 2), 17 ff.

Im Falle Griechenlands wirken sich nicht nur die vor allem von der sog. Troika abverlangten Einschränkungen der Staatsausgaben auf die sozialen Sicherungssysteme aus, sondern hinzu kommt, dass die Wirtschaftsleistung dem Vernehmen nach um rd. 7 v. H. gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen ist – mit entsprechend negativen Auswirkungen auf das Beitrags- und Steueraufkommen und damit auf die Finanzierungsgrundlagen des sozialen Sicherungssystems.<sup>5</sup>

## 1. Europäisches Unionsrecht und nationale Gesundheitspolitik

Der Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV), der seit Inkrafttreten des Vertrags von Lissabon am 1. Dezember 2009 an die Stelle des Vertrags über die Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EGV) getreten ist und zusammen mit dem Vertrag über die Europäische Union (EUV) und der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (EuGRCh) die Verfassung im materiellen Sinne des „Europäischen Staatenverbundes“ (in der Diktion des Bundesverfassungsgerichts im „Maastricht-Urteil“<sup>6</sup>) darstellt, widmet dem Gesundheitswesen den nur aus einem einzigen Artikel bestehenden Titel XIV Gesundheitswesen: Art. 168 AEUV (Unionspolitik; Zusammenarbeit im Gesundheitswesen; Maßnahmen). In dieser Vorschrift<sup>7</sup> werden

<sup>5</sup> Zum griechischen Gesundheitssystem und zur aktuellen Situation der Gesundheitsversorgung vgl. Boursanidis, Ch., Aktuelle Situation der Gesundheitsversorgung in Griechenland (Referat auf dem 21. Neubiberger Krankenhausforum, München, den 6. Juli 2012 (PP)); ferner den Beitrag von Dimitrios Kremalis in diesem Band.

<sup>6</sup> Vgl. BVerfGE 89, 155 ff.

<sup>7</sup> Art. 168 AEUV: Unionspolitik; Zusammenarbeit im Gesundheitswesen; Maßnahmen

„(1) Bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.

Die Tätigkeit der Union ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit gerichtet. [...].

(2) Die Union fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in den in diesem Artikel genannten Bereichen und unterstützt erforderlichenfalls deren Tätigkeit. Sie fördert insbesondere die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, die darauf abzielt, die Komplementarität ihrer Gesundheitsdienste in den Grenzgebieten zu verbessern.

Die Mitgliedstaaten koordinieren untereinander im Benehmen mit der Kommission ihre Politiken und Programme in den in Absatz 1 genannten Bereichen. Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind, insbesondere Initiativen, die darauf abzielen, Leitlinien und Indikatoren festzulegen, den Austausch bewährter Verfahren durchzuführen und die erforderlichen Elemente für eine regelmäßige Überwachung und Bewertung auszuarbeiten. [...].

(3) Die Union und die Mitgliedstaaten fördern die Zusammenarbeit mit dritten Ländern und den für das Gesundheitswesen zuständigen internationalen Organisationen.

(4) Abweichend von Artikel 2 Absatz 5 und Artikel 6 Buchstabe a tragen das Europäische Parlament und der Rat nach Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe k gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren [...] mit

der Europäischen Union nur sehr begrenzte Kompetenzen eingeräumt. Insbesondere kann die Europäische Union keine autonome Europäische Gesundheitspolitik betreiben, sondern ist darauf beschränkt, gemeinsame Ziele der Mitgliedstaaten im Bereich der Gesundheit hinsichtlich im AEU-Vertrag genannter Aspekte der Gesundheitspolitik zu verfolgen (Art. 4 Abs. 2 Buchst. k) AEUV) und dadurch die Politik der Mitgliedstaaten zu ergänzen im Interesse der Verbesserung der Gesundheit der Mitgliedstaaten (Art. 168 Abs. 1 AEUV). Dabei bleibt die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung der Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt (Art. 168 Abs. 7 S. 1 AEUV).<sup>8</sup> Die Mitgliedstaaten sind somit nach wie vor „Herren der Gesundheitspolitik“, und der Europäischen Union obliegt im Wesentlichen lediglich die Unterstützung der mitgliedstaatlichen Politiken sowie in organisatorischer Hinsicht die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, und zwar nicht zuletzt im Rahmen der politischen Strategie der sog. Offenen Methode der Koordinierung (OMK) (Art. 169 Abs. 2 AEUV). Mit dieser wird in den Bereichen, in denen die „klassische“ Gemeinschaftsmethode der

folgenden Maßnahmen zur Verwirklichung der Ziele dieses Artikels bei, um den gemeinsamen Sicherheitsanliegen Rechnung zu tragen:

- a) Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards [...]; diese Maßnahmen hindern die Mitgliedstaaten nicht daran, strengere Schutzmaßnahmen beizubehalten oder einzuführen;
- b) [...];
- c) Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Arzneimittel und Medizinprodukte.

(5) Das Europäische Parlament und der Rat können unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren und nach Anhörung des Wirtschafts- und Sozialausschusses und des Ausschusses der Regionen auch Fördermaßnahmen zum Schutz und zur Verbesserung der menschlichen Gesundheit [...] erlassen.

(6) Der Rat kann ferner auf Vorschlag der Kommission für die in diesem Artikel genannten Zwecke Empfehlungen erlassen.

(7) Bei der Tätigkeit der Union wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt. Die Verantwortung der Mitgliedstaaten umfasst die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel. [...]“.

Vgl. dazu aus dem Schrifttum u. a. Frenz, W./Götzkes, V., Europäische Gesundheitspolitik nach Lissabon, *Medizinrecht (MedR)* 2010, 613 ff.; Pitschas, R., Europäisches Sozial- und Gesundheitsrecht „nach Lissabon“, in: *Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS)* 2010, 178 ff.; Schlegel, R., Gesetzliche Krankenversicherung im Europäischen Kontext – ein Überblick –, in: *Die Sozialgerichtsbarkeit (SGb)* 2007, 700 ff.; Schmidt, F./Sule, S., Von Patenten und Patienten – Die Entwicklung des EU-Gesundheitsrechts seit Lissabon, in: *Europäische Zeitschrift für Wirtschaftsrecht (EuZW)* 2012, 369 ff.; Schulte, B., Europäische Vorgaben für die nationalen Gesundheitssysteme – Ziele und Instrumente, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)* 4/2005, 15 ff.; Tiemann, B., Europarechtliche Grundlagen der Krankenversicherung, in: Sodan, H. (Hg.), *Handbuch des Krankenversicherungsrechts*, München 2010, 70 ff.

<sup>8</sup>Vgl. im Einzelnen z. B. Berg in Schwarze, J. u. a. (Hg.), *EU-Kommentar*, 3. Aufl., Baden-Baden 2012, Artikel 168 AEUV.

Rechtsetzung mangels Zuständigkeiten der Europäischen Union als Regelungsinstrument ausscheidet, eine freiwillige Abstimmung von Zielen und Grundsätzen der entsprechenden Politiken der Mitgliedstaaten angestrebt.<sup>9</sup> Die sog. Querschnittsklausel des Art. 168 Abs. 1 UAbs. 1 AEUV verpflichtet darüber hinaus alle Unionsorgane dazu, im Rahmen der Verfolgung anderer Vertragsziele auch die Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzes als Sekundärziel anzustreben. Auf diese Weise werden alle Unionsaktivitäten gleichsam einer „Gesundheitsverträglichkeitsprüfung“<sup>10</sup> unterworfen.

Die Charta der Grundrechte der Europäischen Union (EuGRC),<sup>11</sup> die den Rang von Primärrecht hat und die mit Inkrafttreten des Vertrags von Lissabon gleichfalls rechtsverbindlich geworden ist, gewährleistet nicht zuletzt in Art. 34 das Recht auf Zugang zu Leistungen der sozialen Sicherheit und zu sozialen Diensten auch im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit<sup>12</sup> sowie in Art. 35 (Gesundheitsschutz) jedermann das Recht auf Zugang zu Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.<sup>13</sup> Die Grundrechtecharta begründet keine neuen Zuständigkeiten für die Union und ändert

<sup>9</sup> Vgl. zur OMK im Gesundheitswesen Schreiber, A., Die offene Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen und zur aktuellen Situation, in: Sozialer Fortschritt (SF) 2005, 149 ff.; Danner, G., Die offene Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen, in: Deutscher Sozialrechtsverband e. V. (Hg.), Offene Methode der Koordinierung im Sozialrecht, Wiesbaden 2005; Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) (Hg.), Die Methode der „Offenen Koordinierung“ in der Europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik: Prozessgesteuerte Konvergenz der Sozialsysteme durch Vereinbarung gemeinsamer Ziele und Indikatoren, Köln 2001; dies. (Hg.), EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich. Aktuelle Entwicklung der Offenen Methode der Koordinierung, Bonn 2010; dies. (Hg.), Offene Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen, Berlin 2004.

<sup>10</sup> Vgl. Pitschas, R., Inhalt und Reichweite des Mandats der Europäischen Gemeinschaft auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik, in: Zeitschrift für Sozialreform (ZSR) 1993, 468 ff., 482 (zur Vorläufervorschrift des Art. 129 EGV).

<sup>11</sup> ABl. EU Nr. C 303 S. 1 v. 14.12.2007

<sup>12</sup> Art. 34 EuGRC Soziale Sicherheit und soziale Unterstützung:

„(1) Die Union anerkennt und achtet das Recht auf Zugang zu den Leistungen der sozialen Sicherheit und zu den sozialen Diensten, die in Fällen wie Mutterschaft, Krankheit, Arbeitsunfall, Pflegebedürftigkeit oder im Alter sowie bei Verlust des Arbeitsplatzes Schutz gewährleisten, nach Maßgabe des Unionsrechts und der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.

(2) Jeder Mensch, der in der Union seinen rechtmäßigen Wohnsitz hat und seinen Aufenthalt rechtmäßig wechselt, hat Anspruch auf die Leistungen der sozialen Sicherheit und die sozialen Vergünstigungen nach dem Unionsrecht und den einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. [...]“ – Vgl. zu Einzelheiten Ross in Schwarze u. a. (Hg.), EU-Kommentar, 3. Aufl., Baden-Baden 2012, Artikel 34 GRC.

<sup>13</sup> Art. 35 EuGRC Gesundheitsschutz: „Jeder Mensch hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung der Politik und Maßnahmen der Union in allen Bereichen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.“

Vgl. zu Einzelheiten Sichert in Schwarze u. a. (Hg.), EU-Kommentar, aaO (Fn. 12), Artikel 35 GRC



auch nicht die im EU-Vertrag festgelegten Zielsetzungen und Aufgaben, hat aber Bedeutung für die Auslegung und Anwendung des Unionsrechts „im Lichte“ der Europäischen Grundrechte.<sup>14</sup>

Das Gesundheitswesen ist zugleich Teil des Binnenmarktes, den zu verwirklichen und dessen Funktionieren zu gewährleisten ein Primärziel der Europäischen Union ist.<sup>15</sup> Zur Erreichung dieser Ziele kann der Europäische Gesetzgeber nach Art. 114 AEUV Maßnahmen zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten erlassen, die die Errichtung und das Funktionieren des Binnenmarktes zum Gegenstand haben.<sup>16</sup> Gestützt auf diese Ermächtigungsgrundlage kann die Europäische Union durch Einführung gemeinschaftlicher Standards auch Beschränkungen der wirtschaftlichen Grundfreiheiten wie der Warenverkehrsfreiheit, der Freizügigkeit der Arbeitnehmer, der Niederlassungsfreiheit der Selbstständigen und der Dienstleistungsfreiheit beseitigen, einschließlich solcher Einschränkungen, die sich aus den mitgliedstaatlichen Gesundheitssystemen und -politiken sowie aus den diese gestaltenden nationalen Rechtsvorschriften ergeben.

<sup>14</sup> Art. 51 EuGRC Anwendungsbereich:

„(1) Diese Charta gilt für die Organe, Einrichtungen und sonstigen Stellen der Union unter Wahrung des Subsidiaritätsprinzips und für die Mitgliedstaaten ausschließlich bei der Durchführung des Rechts der Union. Dementsprechend achten sie die Rechte, halten sie sich an die Grundsätze und fördern sie deren Anwendung entsprechend ihren jeweiligen Zuständigkeiten und unter Achtung der Grenzen der Zuständigkeiten, die der Union in den Verträgen übertragen werden.

(2) Diese Charta dehnt den Geltungsbereich des Unionsrechts nicht über die Zuständigkeiten der Union hinaus aus und begründet weder neue Zuständigkeiten noch neue Aufgaben für die Union, noch ändert sie die in den Verträgen festgelegten Zuständigkeiten und Aufgaben.“

<sup>15</sup> Art. 26 AEUV Binnenmarkt:

„(1) Die Union erlässt die erforderlichen Maßnahmen, um nach Maßgabe der einschlägigen Bestimmungen der Verträge den Binnenmarkt zu verwirklichen beziehungsweise dessen Funktionieren zu gewährleisten.

(2) Der Binnenmarkt umfasst einen Raum ohne Binnengrenzen, in dem der freie Verkehr von Waren, Personen, Dienstleistungen und Kapital gemäß den Bestimmungen der Verträge gewährleistet ist.

(3) Der Rat legt auf Vorschlag der Kommission die Leitlinien und Bedingungen fest, die erforderlich sind, um in allen betroffenen Sektoren einen ausgewogenen Fortschritt zu gewährleisten.“

<sup>16</sup> Art. 114 AEUV Rechtsangleichung im Binnenmarkt; Schutzklausel:

„(1) Soweit in den Verträgen nichts anderes bestimmt ist, gilt für die Verwirklichung der Ziele des Artikels 26 die nachstehende Regelung. Das Europäische Parlament und der Rat erlassen gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren und nach Anhörung des Wirtschafts- und Sozialausschusses die Maßnahmen zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten, welche die Errichtung und das Funktionieren des Binnenmarktes zum Gegenstand haben.

(2) [...]

(3) Die Kommission geht in ihren Vorschlägen nach Absatz 1 in den Bereichen Gesundheit, Sicherheit, Umweltschutz und Verbraucherschutz von einem hohen Schutzniveau aus und berücksichtigt dabei insbesondere alle auf wissenschaftliche Ergebnisse gestützten neuen Entwicklungen. Im Rahmen ihrer jeweiligen Befugnisse streben das Europäische Parlament und der Rat dieses Ziel ebenfalls an. [...].“

Die Mitgliedstaaten können allerdings auch nach Erlass einer derartigen Harmonisierungsmaßnahme Regelungen beibehalten, die durch wichtige Erfordernisse, u. a. zum Schutze der Gesundheit und des Lebens von Menschen, gerechtfertigt sind.

Europäisches Parlament und Rat treffen gestützt auf die Ermächtigungsgrundlage des Art. 48 AEUV (ex-Art. 51 EWGV/Art. 42 EGV)<sup>17</sup> die im Bereich der sozialen Sicherheit und in diesem Zusammenhang auch in Bezug auf Leistungen bei Krankheit die für die Herstellung der Freizügigkeit bei Arbeitnehmern notwendigen Maßnahmen. Der Europäische Gesetzgeber hat zu diesem Zweck ein System eingeführt, das Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige vor Nachteilen aufgrund der „Wanderung“ in einen anderen Mitgliedstaat schützt. Dadurch sind von Beginn der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft an die Rechtsansprüche der in den persönlichen Anwendungsbereich der entsprechenden sekundärrechtlichen Vorschriften fallenden Personen auf Leistungen der Gesundheitsversorgung koordiniert worden – seit 1. Mai 2010 der Verordnungen (VOen) (EG) Nrn. 883/2004 und 987/2009 über die soziale Sicherheit,<sup>18</sup> die für alle versicherten Personen gelten. Diese Verordnungen regeln für den Fall der Krankheit u. a. die Gewährung von Sach- (z. B. ärztlicher Behandlung) und Geldleistungen (z. B. Krankengeld) und gewährleisten in diesem Zusammenhang unter bestimmten Voraussetzungen auch die grenzüberschreitende Inanspruchnahme derartiger Leistungen für Personen, die in den Anwendungsbereich dieser Verordnungen fallen. Nach Maßgabe des für das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich geltenden Sachleistungsprinzips können mithin deutsche Versicherte auf Kosten ihrer Krankenversicherung bei Aufent-

<sup>17</sup> Art. 48 AEUV Sicherstellung der Ansprüche und Leistungen auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit: „Das Europäische Parlament und der Rat beschließen gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren die auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer notwendigen Maßnahmen; zu diesem Zweck führen sie insbesondere ein System ein, das zu- und abwandernden Arbeitnehmern und Selbstständigen sowie deren anspruchsberechtigten Angehörigen Folgendes sichert:

- a) die Zusammenrechnung aller nach den verschiedenen innerstaatlichen Rechtsvorschriften berücksichtigten Zeiten für den Erwerb und die Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs sowie für die Berechnung der Leistungen;
- b) die Zahlung der Leistungen an Personen, die in den Hoheitsgebieten der Mitgliedstaaten wohnen. [...]“

<sup>18</sup> Vgl. ABl. EU Nr. L 166 S. 1 v. 30. April 2004 u. Nr. L 284 S. 1 v. 16. September 2009. Die VOen 883/04 und 987/09 sind mit Wirkung ab 1.5.2010 an die Stelle der früheren VOen (EWG) Nrn. 1408/71 und 574/72 getreten, die ihrerseits Anfang der 1970er Jahre die ursprünglichen VOen (EWG) 3 und 4 abgelöst haben. Vgl. Schulte, B., *Supranationales Recht*, in: Maydell, B. von/Ruland, F./Becker, U. (Hg.), *Sozialrechtshandbuch (SRH)*, 5. Aufl., Baden-Baden 2012, 1434 ff., Rz. 30 – 133 m. w. N.

halt im EU-Ausland im Wege der sog. Sachleistungsaushilfe jede dort notwendig werdende ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen.

Auf die vorstehend bereits angesprochenen Art. 168 (Gesundheitswesen) und 114 AEUV (Rechtsangleichung im Binnenmarkt) ist die bis zum 25. Oktober 2013 in nationales Recht umzusetzende Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vom 9. März 2011 gestützt worden.<sup>19</sup>

Der Europäische Gesetzgeber hat sich bei diesem Sekundärrechtsakt auf die Schlussfolgerungen des Rates vom 1./2. Juli 2006 zu „Gemeinsam bewährten Prinzipien in den EU-Gesundheitssystemen“<sup>20</sup> bezogen<sup>21</sup> und damit dem Umstand Rechnung getragen, dass, wie der Europäische Gerichtshof in ständiger Rechtsprechung für Recht erkannt hat, alle Arten der medizinischen Versorgung trotz ihrer Besonderheiten grundsätzlich in den Anwendungsbe- reich des AEU-Vertrags fallen.<sup>22</sup> Dies hat u. a. zur Folge, dass unabhängig von den Verordnungen über die soziale Sicherheit Gesundheitsleistungen in der Europäischen Union grenzüberschreitend auch unmittelbar unter Berufung

<sup>19</sup> ABl. EU 2011 Nr. L 88/45 v. 4.4.2011: Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9.3.2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung – in Kraft seit 24.4.2011 –; dazu Schulte, B., Patientenmobilität in Europa. Entstehung und Inhalt der RL 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9.3.2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, in: Gesundheitsrecht (GesR) 2012, 72 ff. m. w. N.; ferner Bundesministerium für Gesundheit, Patientenmobilitätsrichtlinie. Fragen und Antworten zur Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Berlin 2011 (Ms.); Europäisches Verbraucherzentrum Deutschland (evz), EU-Richtlinie zu Patientenrechten bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Kiel 2011; Faust, H.-J., Cross-border healthcare oder neue Rechte für Krankenversicherte in Europa? in: Kompass 2011, H. 9/10, 9 ff. u. H. 11/12, 15 ff.; Hernekamp, J./Jäger-Lindemann, S., Die neue Richtlinie zur Patientenmobilität, in: Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht (ZESAR) 2011, 403 ff.; Kingreen, T., Der Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Patienten-Richtlinie, in: ZESAR 2009, 109 ff.; Mayer, U., Die neue EU-Patientenrichtlinie, in: Soziale Sicherheit (SoSi) 2011, 254 ff.; Philipp, Gestärkter Verbraucherschutz durch einen grenzenlosen Gesundheitsmarkt? in: Die BKK 2011, 216 ff.; Schreiner, M., EU-Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung verabschiedet, in: das Krankenhaus 2011, 113 ff.; Schulte-Westenberg, M., Gesundheitsdienstleistungen in der EU – die geplante „Patienten-Richtlinie“, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS) 2009, 135 ff.; Tiedemann, J., Die Regelungen der Patientenrechte-Richtlinie zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der EU, in: Zeitschrift für die sozialrechtliche Praxis (ZFSH SGB) 2011, 462 ff.; ders., Koordinierung und Harmonisierung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität in Europa, in: NZS 2011, 857 ff.; Wunder, A., Zum Vorschlag des Erlasses einer Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte, in: MedizinRecht (MedR) 2009, 324 ff.

<sup>20</sup> ABl. EU 2006 Nr. C 146 S. 1 v. 22.6.2006.

<sup>21</sup> Vgl. RL 2011/24/EU (wie Fn. 19), Erwägungsgrund (5).

<sup>22</sup> Vgl. u. a. EuGH, Rs. C-120/95 (Decker), Slg. 1998, I-1831; Rs. C-158/96 (Kohll), Slg. 1998, I-1931; C-157/99 (Gerats/Smits u. Peerbooms), Slg. 2001, I-5473; Rs. C-372/04 (Watts), Slg. 2006, I-4325; dazu und zu weiteren Entscheidungen zur grenzüberschreitenden Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen Schulte, aaO (Fn. 19), 73 (mit Nachweisen zur einschlägigen Literatur).

auf die Grundfreiheiten des Europäischen Unionsrechts, namentlich die Warenverkehrsfreiheit (Art. 28 AEUV) und die Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 AEUV) nachgefragt und in Anspruch genommen werden können. Bahnbrechend waren in diesem Zusammenhang die Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 28. April 1998 in den Rechtssachen Decker und Kohll, in denen es zum einen um den Erwerb einer Brille durch einen luxemburgischen Staatsangehörigen in einem anderen Mitgliedstaat (Belgien) unter Berufung auf die Warenverkehrsfreiheit<sup>23</sup> und zum anderen um die Inanspruchnahme zahnorthopädischer Leistungen wiederum durch einen luxemburgischen Staatsbürger in einem anderen Mitgliedstaat (Deutschland) unter Berufung auf die Dienstleistungsfreiheit<sup>24</sup> ging. Der Europäische Gerichtshof hat in diesen Rechtssachen den grundsätzlichen Rechtsanspruch auf die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einem anderen Mitgliedstaat zulasten des zuständigen Leistungsträgers, gestützt auf die wirtschaftlichen Grundfreiheiten anerkannt und in der Folgezeit in einer ganzen Reihe von Entscheidungen diese Rechtsprechung fortgeschrieben.<sup>25</sup> Der EuGH hat dadurch nicht nur eine lebhafte juristische und gesundheitspolitische Diskussion ausgelöst, sondern auch den Europäischen Gesetzgeber veranlasst, diese Judikatur in einem sekundärrechtlichen Rechtsakt zu positivieren, um für ein Mehr an Rechtsklarheit und Rechtssicherheit zu sorgen: Die Patientenrechte-Richtlinie gilt für alle diejenigen Bürger der Mitgliedstaaten und damit zugleich Unionsbürger,<sup>26</sup> die sich dafür entscheiden, die Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat als im für sie zuständigen Mitgliedstaat in Anspruch zu nehmen. Dieser zuständige Mitgliedstaat darf nur ausnahmsweise aus Gründen, die mit der Qualität, Sicherheit und Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung zusammenhängen, die Kosten-

<sup>23</sup> EuGH, Rs. C-120/95 (Decker), Slg. 1998, I-1831.

<sup>24</sup> EuGH, Rs. C-158/96 (Kohll), Slg. 1998, I-1931.

<sup>25</sup> Vgl. zu dieser Judikatur Schulte, B., Der Einfluss des Europäischen Gerichtshofs auf die nationale Gesundheitspolitik, in: Die BKK 2010, 8 ff.; auch ders., Patientenmobilität in Europa, in: GesR 2012, aaO (Fn. 21), 73 f.

<sup>26</sup> Vgl. Art. 20 (Unionsbürgerschaft):

„(1) [...] Unionsbürger ist, wer die Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaats besitzt. Die Unionsbürgerschaft tritt zur nationalen Staatsbürgerschaft hinzu, ersetzt sie aber nicht.

(2) Die Unionsbürgerinnen und Unionsbürger haben die in den Verträgen vorgesehenen Rechte und Pflichten. Sie haben unter anderem

(a) das Recht, sich im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten frei zu bewegen und aufzuhalten; [...].“

Art. 21 (Freizügigkeit):

„(1) Jeder Unionsbürger hat das Recht, sich im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten vorbehaltlich der in den Verträgen und in den Durchführungsvorschriften vorgesehenen Beschränkungen und Bedingungen frei zu bewegen und aufzuhalten. [...].“

erstattung für im EU-Ausland in Anspruch genommene oder zu nehmende Gesundheitsleistungen begrenzen, wenn sich dies durch zwingende Gründe des Allgemeininteresses, zu denen insbesondere auch die Planbarkeit der stationären Gesundheitsversorgung und die Finanzierung des Gesundheitswesens gehören, rechtfertigen lässt.

Diese europarechtlich verbrieft Möglichkeit, Gesundheitsleistungen grenzüberschreitend in Anspruch zu nehmen, gestattet es Patienten, das von Land zu Land unterschiedliche Preis- und Qualitätsgefüge von Gesundheitsleistungen zu nutzen.

Dies geschieht gegenwärtig allerdings nur in sehr begrenztem Umfang, entfallen doch nach Schätzungen der Europäischen Kommission lediglich rd. 1 v. H. der Gesundheitsausgaben auf das „Auslandsgeschäft“ und liegt dieser Prozentsatz hierzulande noch deutlich unter dieser Marke. Allerdings wird die Patientenrechte-Richtlinie dazu führen, dass die Information der potentiellen Konsumenten EU-ausländischer Gesundheitsleistungen sich verbessert, eine Kooperation zwischen heimischen Leistungsträgern und EU-ausländischen Leistungserbringern auf den Weg gebracht wird und es auch ein Mehr an Rechtssicherheit bei der Inanspruchnahme von Europäischen „cross-border“-Gesundheitsleistungen geben wird. Überdies mag der Blick über die Grenzen dazu beitragen, dass auch die Erwartungshaltung der Bevölkerung an die medizinische Versorgung durch ihre nationalen Gesundheitssysteme zunimmt, nicht zuletzt auch deswegen, weil es ja die Möglichkeit gibt, die gewünschten Leistungen ggf. im EU-Ausland nachzufragen. (Von dieser Entwicklung wird das deutsche Gesundheitswesen aufgrund seiner ausdifferenzierten Infrastruktur, seiner großen Kapazitäten und der hohen Qualitätsstandards seiner Leistungserbringer voraussichtlich dadurch profitieren, dass vermehrt Patienten aus anderen Mitgliedstaaten Leistungen nachsuchen, die zuhause überhaupt nicht – ggf. aus wirtschaftlichen Erwägungen – oder nicht in der gewünschten Quantität, Qualität oder Zeit erbracht werden können.)

Es steht zu erwarten, dass sich allmählich ein „Gesundheitsmarkt ohne Grenzen in Europa“<sup>27</sup> etabliert, in dem insbesondere ein europaweiter Wettbewerb von Leistungserbringern stattfinden wird.

<sup>27</sup> Vgl. Maydell, B. von/ Schulte, B., Gesundheitsmarkt ohne Grenzen in Europa, in: Die Krankenversicherung (KrV) 2001, 207 ff.

Zu den gemeinsamen Werten und Grundsätzen der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten der EU, zu deren Verwirklichung die Richtlinie beitragen soll, gehören Universalität, Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung, Gleichbehandlung, Solidarität, Gewährleistung der Freizügigkeit im Binnenmarkt sowie Nichtdiskriminierung u. a. aufgrund der Staatsangehörigkeit und des Geschlechts. Damit konkretisiert die Richtlinie die sich insbesondere nach Inkrafttreten des Vertrags von Lissabon im Jahre 2010 herauskristallisierende gemeinsame Gesundheitsversorgungsverantwortung von Europäischer Union und den Mitgliedstaaten im Bereich der sog. Dienstleistungen von allgemeinem Interesse – nach hiesigem Verständnis: Daseinsvorsorge –, zu denen auch die Gesundheitsleistungen gehören.<sup>28</sup>

Über die vorstehend angesprochenen sehr begrenzten Kompetenzen der Europäischen Union für das Gesundheitswesen i. e. S. ausweislich des Art. 168 AEUV hinaus kommt mithin den umfassenderen Zuständigkeiten im Bereich der Sozialpolitik, den Einwirkungen der Grundfreiheiten – vorstehend illustriert an der grenzüberschreitenden Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen –, dem Europäischen Kartell-, Beihilfen- und Vergaberecht als ordnungspolitischem Rahmen auch des Gesundheitswesens, den Einwirkungen des Unionsrechts auf das Arzneimittel- und Medizinprodukterecht sowie auch auf das Berufsrecht der Angehörigen der Heilberufe als Elementen einer Europäischen Gesundheitspolitik i. w. S. wachsende Bedeutung zu.<sup>29</sup>

Auf die Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme der EU-Staaten kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden.<sup>30</sup> Exemplarisch für die Lage in den südeuropäischen Mitgliedstaaten siehe die Referate von Dimitrios Kremalis und Fernando Lopes Ribeiro Mendes.<sup>31</sup> Die Betroffenheit der Mitgliedstaaten von der „Krise“ hängt aber naturgemäß auch von der jeweiligen Ausgestaltung der Gesundheitssysteme ab.

<sup>28</sup> Vgl. in diesem Sinne etwa Pitschas, R., Europäisches Sozial- und Gesundheitsrecht „nach Lissabon“, in: NZS 2010, 177 ff.

<sup>29</sup> Vgl. dazu ausführlich und instruktiv Tiemann, B., Die Einwirkungen des Rechts der Europäischen Union auf die Krankenversicherung, Gesundheitsversorgung und Freien Heilberufe in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 2011 m. w. N.; jüngst Schmidt/Sule, aaO (Fn. 7).

<sup>30</sup> Vgl. zu einem Überblick Europäische Kommission, MISSOC (= Mutual Information System on Social Security/Social Protection), Brüssel 2012 (Stand: 1.1.2012) mit einer tabellarischen Übersicht zu den Gesundheitssystemen der EU-Staaten.

<sup>31</sup> Vgl. zu Griechenland auch die Angaben in Fn. 5.

Hier spielt etwa der Unterschied zwischen beitrags- und steuerfinanzierten Systemen insofern eine Rolle, als Erstere gegenüber Letzteren im Hinblick auf Lohnnebenkosten und die daraus resultierende Abgabenbelastung des ‚Faktors Arbeit‘ benachteiligt sein mögen, wengleich die Beitragsfinanzierung andererseits ggf. auch spezifische, hier nicht näher zu exemplifizierende Vorteile gegenüber der Steuerfinanzierung aufweist, etwa in Gestalt eines „Mehr“ an Mitwirkungsrechten für Versicherte und Patienten und eines „Besser“ an Rechtsansprüchen.

## 2. Die „Finanzkrise“ als Herausforderung für die Gesundheitspolitik

Globalisierung, Internationalisierung und insbesondere Europäisierung (die man gleichsam als spezifische regionale Globalisierung verstehen mag) verändern nicht nur Wirtschaft, Politik und Gesellschaft, sondern auch das Recht in fundamentaler Weise.<sup>32</sup> Diese Veränderungen betreffen zum einen durch Recht zu regelnde Sachverhalte, die in zunehmendem Maße transnationaler Natur sind mit der Folge, dass sich immer öfter auch grenzüberschreitende Rechtsfragen stellen. Dabei geht es sowohl um Herausforderungen, die den territorialen Wirkungskreis der Nationalstaaten überschreiten – im Gesundheitswesen zu exemplifizieren an Pandemien, die sich weltweit auswirken (z. B. ‚mad cow disease‘, Vogelgrippe u. Ä.), als auch um die transnationale Geltung und Durchsetzung von Recht, wobei die Regelungsmacht des Nationalstaates in zunehmendem Maße an Grenzen stößt.

Ein Ergebnis dieser Entwicklung ist der Wandel der normativen Steuerungssysteme dergestalt, dass nationales Recht in zunehmendem Maße durch inter- und supranationales Recht – Letzteres in der Europäischen Union – ersetzt wird. Auch findet in zunehmendem Maße eine Überlagerung und Verdrängung staatlicher durch nicht-staatliche Normen statt, tritt – schlagwortartig ausgedrückt – ‚governance‘ verstärkt an die Stelle von ‚government‘.

Die Schwierigkeiten, welche Koordinierung und Kooperation der Staaten im Zusammenhang mit staatenübergreifenden Problemen und Lösungsmöglichkeiten bereiten, lassen insbesondere das Modell eines einheitlichen überstaatlichen Rechts, das dann für das Gebiet mehrerer Staaten einen einheitlichen Regulierungsrahmen schafft, attraktiv erscheinen, wie er in der Europäischen Union besteht.

<sup>32</sup> Vgl. dazu und zum Folgenden Sieber, U., Rechtliche Ordnung in einer globalen Welt. Die Entwicklung zu einem fragmentierten System von nationalen, internationalen und privaten Normen, in: RECHTSTHEORIE 41 (2010), 151 ff.

Die Europäische (Wirtschafts-)Gemeinschaft – heute die Europäische Union – hat sich seit ihren Anfängen Anfang der 1950er Jahre, beginnend mit der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl („Montanunion“) (1951) und dann der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (1957), zu einer ‚umfassenden Governmentstruktur‘ mit legislativen, exekutiven und judikativen Funktionen entwickelt. Verordnungen („Europäische Gesetze“) und Richtlinien („Europäische Rahmengesetze“) sind heute für einen – wenn auch in quantitativer und qualitativer Hinsicht nur schwer bezifferbaren – Großteil der in den EU-Staaten geltenden Rechtsvorschriften verantwortlich.

Man mag in diesem Zusammenhang darüber streiten, ob der Anteil der deutschen Gesetze, die „Europäisch“ determiniert oder geprägt sind, sich auf 70 – 80 v. H. beläuft<sup>33</sup> oder ob er im Bereich des Arbeits- und Sozialrechts bis zum Jahre 2005 auf fast 25 v. H., im Bereich Gesundheit immerhin 40 v. H. beträgt;<sup>34</sup> allein bereits wegen der unterschiedlichen Zuständigkeiten der Europäischen Union in einzelnen Politikbereichen ist der Einfluss des Unionsrechts auf die nationale Rechtsetzung höchst unterschiedlich, doch unbestreitbar von großer und zunehmender Bedeutung, insbesondere in den Bereichen Binnenmarkt, Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit, Verbraucherschutz und – gegenwärtig mehr denn je – in der Wirtschafts- und Währungspolitik.

Die Verordnung als „Europäisches Gesetz“ ist diesbezüglich das wichtigste Rechtsinstrument, weil sie einheitlich und unmittelbar gilt, während die Richtlinie als „Europäisches Rahmengesetz“ lediglich in Hinblick auf die Zielsetzungen verbindlich ist, den Weg dazu aber den Mitgliedstaaten freistellt, so dass sie zum einen „schonender“ und „flexibler“, zum anderen aber auch aus Europäischer Sicht „divergenter“ und „uneinheitlicher“ ist.

Im Unterschied zu dem gleichfalls an Bedeutung zunehmenden sonstigen internationalen Recht gibt es für das vom Europäischen Gesetzgeber – heute von Europäischem Parlament und Rat – gesetzte Recht ein Europäisches Rechtsschutzsystem, innerhalb dessen der Gerichtshof der Europäischen Union „die Wahrung des Rechts bei der Auslegung und Anwendung der Verträge“ sichert (Art. 19 Abs. 1 S. 2 EUV).

<sup>33</sup> Vgl. so Herzog, R./Gerken, L., Stoppt den Europäischen Gerichtshof! in: Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) v. 8.9.2008.

<sup>34</sup> Vgl. so Merz, E./Gutzler, S., Das Sozialrecht auf dem Weg von den römischen Verträgen zum Lissabon-Vertrag, in: Die Sozialgerichtsbarkeit (SGB) 2011, 65 ff.



Aus mitgliedstaatlicher Sicht führt die zunehmende Steuerung durch internationale und in der Europäischen Union supranationale Institutionen zu einer wachsenden „Entstaatlichung“, die noch durch einen zweiten Entwicklungsstrang, nämlich die gleichfalls an Bedeutung zunehmende Normsetzung durch private Akteure, ergänzt und verstärkt wird.

Verfassungsrechtlich hat die vermehrte Verlagerung von Kompetenzen auf internationale und supranationale Institutionen zur Folge, dass zu Lasten der Parlamente der Nationalstaaten die Regierungen als unmittelbare Ansprechpartner dieser inter- und supranationalen Institutionen an Einfluss gewinnen, und zwar – wie die jüngste Entwicklung im Zusammenhang mit der Finanzkrise in der Europäischen Union zeigt – auch dann, wenn auf inter- bzw. supranationaler Ebene getroffene Regelungen innerstaatlich von den Parlamenten umgesetzt werden müssen, weil der den Parlamenten verbleibende Entscheidungsspielraum und im Übrigen auch Entscheidungszeitraum faktisch eingeschränkt bzw. verkürzt wird. Damit büßen die Parlamente der Mitgliedstaaten an Kontroll- und Legitimationsfunktionen ein.

Diese Entwicklung, die hierzulande auf nationaler Ebene das Bundesverfassungsgericht kanalisiert, macht es notwendig, die Legitimation hoheitlicher Gewalt nicht nur auf (national-)staatlicher Ebene, sondern vermehrt auch auf supranationaler Ebene nachzufragen und nachzusuchen. Problematisch ist hier die Frage nach der demokratischen Legitimation des „Europäischen Staatenverbundes“ (wie das Bundesverfassungsgericht seinerzeit in seinem „Maastriicht-Urteil“<sup>35</sup> das – politikwissenschaftlich formuliert – „Europäische System“ bezeichnet hat). In der Vergangenheit ist dieses demokratische Defizit insbesondere dadurch manifest geworden, dass der Rat und damit die Vertretung der Regierungen der Mitgliedstaaten zunächst alleiniger Gesetzgeber war; erst seit Inkrafttreten des Vertrags von Lissabon wird das Europäische Parlament gemeinsam und gleichberechtigt mit dem Rat als Gesetzgeber tätig, übt gemeinsam mit ihm die Haushaltsbefugnisse aus, erfüllt Aufgaben der politischen Kontrolle und Beratung und wählt den Präsidenten der Kommission (Art. 14 Abs. 1 EUV), womit – vereinfacht ausgedrückt – das staatliche Legitimationsmodell in sehr modifizierter Form dergestalt auf die Europäische Union übertragen worden ist, dass die Legitimation der Europäischen Gesetzgebung heute auf drei Füßen steht: (i) der Mitwirkung des Europäischen Parlaments an der Rechtsetzung, (ii) der Mitwirkung der parlamentarisch

<sup>35</sup> BVerfGE 89, 155 ff.

getragenen und damit demokratisch legitimierten Regierungen der Mitgliedstaaten an der Europäischen Rechtsetzung über den Rat sowie (iii) der Zustimmung der nationalen Parlamente zu den Europäischen Rechtsakten bzw. ggf. – im Falle von Richtlinien – auch der Umsetzung dieser Europäischen Rechtsakte durch nationales Parlamentsgesetz.

Für die hier und heute zu diskutierende Thematik ist als Ausgangspunkt der Umstand von zentraler Bedeutung, dass die Europäische Währungsunion ursprünglich auf dem „Konstrukt“ einer Vergemeinschaftung der Währungspolitiken unter Beibehaltung der fiskal-, haushalts- und finanzpolitischen Autonomie der Mitgliedstaaten errichtet worden ist.<sup>36</sup>

Eberhard Wille hat sich Ende der 1990er Jahre mit den möglichen Auswirkungen der Europäischen Währungsunion auf die Sozial-, insbesondere auf die gesetzliche Krankenversicherung befasst<sup>37</sup> und darauf hingewiesen, dass der Euro (seinerzeit allein als zugelassenes Buchgeld und noch nicht als gesetzliches Zahlungsmittel dienend – dies war erst ab 1. Januar 2002 der Fall –) währungspolitisch Länder mit einer im Hinblick auf die Preisniveau- bzw. Geldstabilität sehr unterschiedlichen „Stabilitätskultur“ vereinige. Die Europäische Währungsunion (EWU) verlagerte die Kompetenzen in der Währungspolitik von der nationalen auf die Europäische Ebene, wodurch innerhalb der Teilnehmerländer u. a. Wechselkurse, d. h. die Möglichkeit der Auf- und Abwertung der Währungen, Devisenverkehrskontrollen und Währungsspekulationen wegfielen. Wenn die EWU die Effizienz in ihrem Geltungsbereich vor allem durch eine Erhöhung der Markttransparenz, eine damit einhergehende Verschärfung des Preiswettbewerbs, eine Senkung der Transaktionskosten sowie eine Verminderung der Planungsrisiken durch den Fortfall der Wechselkurse zu verbessern suchte, so entfiel damals mit dem Wechselkurs allerdings auch ein Anpassungsmechanismus, der innerhalb der jetzt an der Währungsunion teilnehmenden Länder in der Vergangenheit

<sup>36</sup> Vgl. dazu etwa Nettesheim, N., Der Umbau der europäischen Währungsunion: Politische Aktionen und rechtliche Grenzen, in: Kadelbach, St. (Hg.), Nach der Finanzkrise, aaO (wie Fn. 2), 31 ff.; ferner Hentschelmann, K., Finanzhilfen im Lichte der No-Bailout-Klausel – Eigenverantwortlichkeit und Solidarität in der Währungsunion, in: Europarecht (EuR) 2011, 282 ff.

<sup>37</sup> Vgl. Wille, E., Mögliche Auswirkungen der Europäischen Währungsunion auf die Sozial-, insbesondere auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis 1998, 343 ff. – Vgl. ebda. auch Schulte, B., Europäische Gesundheitspolitik nach dem Vertrag von Amsterdam, aaO, 359 ff.: der damalige Stand der Europäischen Gesundheitspolitik ist seinerzeit als in einer „formativen Phase“ befindlich charakterisiert worden.

unterschiedliche Preisniveau- und Produktivitätsentwicklungen ausgeglichen hatte. Da es unterschiedliche Entwicklungen des Geldwertes ex definitione nicht mehr geben konnte, bedurften und bedürfen auch heute noch abweichende Produktivitätsentwicklungen anderer Anpassungsmechanismen, wie z. B. einer differenzierten Lohnentwicklung. Wenn derartige Mechanismen nicht greifen, verschärft sich das wirtschaftliche Gefälle innerhalb der Teilnehmerländer und es entsteht in politischer Hinsicht ein zunehmender Druck auf zwischenstaatliche Transferströme, z. B. des Sozial- und Regionalfonds. Das Szenario einer solchen Entwicklung stellte angesichts der vorstehend angesprochenen unterschiedlichen Stabilitätskulturen der Euro-Länder in der Vergangenheit eine der zentralen Befürchtungen von Euro-Skeptikern dar.

Mit dem Europäischen Stabilitätsmechanismus (ESM) ist deshalb ein als dauerhaft geplanter Krisenmechanismus zur Sicherung der Stabilität der Euro-Zone eingeführt worden. In Art. 136 AEV soll dieser Mechanismus vertraglich abgesichert werden. Eine Änderung der sog. Haftungsausschluss-(Bailout-) Klausel (Art. 125 AEUV) ist nicht geplant.<sup>38</sup> Allerdings gibt es eine lebhafte Debatte darüber, wie die Begriffe „haften“ und „eintreten“ i. S. des Art. 125 Abs. 1 AEUV auszulegen sind und inwieweit sie auch unmittelbare Finanzzuwendungen zum Ausgleich von Forderungen, die Übernahme von Bürgschaften für bestehende Schulden, die Begründung von Garantien oder die Gewährung von Krediten erfassen.<sup>39</sup>

<sup>38</sup> Art. 125 AEUV Haftungsausschlüsse:

„(1) Die Union haftet nicht für die Verbindlichkeiten der Zentralregierungen, der regionalen oder lokalen Gebietskörperschaften oder anderen öffentlich-rechtlichen Körperschaften, sonstiger Einrichtungen des öffentlichen Rechts oder öffentlicher Unternehmen von Mitgliedstaaten und tritt nicht für derartige Verbindlichkeiten ein; dies gilt unbeschadet der gegenseitigen finanziellen Garantien für die gemeinsame Durchführung eines bestimmten Vorhabens. Ein Mitgliedstaat haftet nicht für die Verbindlichkeiten der Zentralregierungen, der regionalen oder lokalen Gebietskörperschaften oder anderen öffentlich-rechtlichen Körperschaften, sonstiger Einrichtungen des öffentlichen Rechts oder öffentlicher Unternehmen eines anderen Mitgliedstaats und tritt nicht für derartige Verbindlichkeiten ein; dies gilt unbeschadet der gegenseitigen finanziellen Garantien für die gemeinsame Durchführung eines bestimmten Vorhabens.

(2) Der Rat kann erforderlichenfalls auf Vorschlag der Kommission und nach Anhörung des Europäischen Parlaments die Definitionen für die Anwendung der in den Artikeln 123 und 124 sowie in diesem Artikel vorgesehenen Verbote näher bestimmen.“

Vgl. dazu die Verordnung (EG) Nr. 3603/93 des Rates vom 13.12.1993 zur Festlegung der Begriffsbestimmungen für die Anwendung der in Artikel 104 und Artikel 104 b Absatz 1 des Vertrags vorgesehenen Gebote, ABl. Nr. L 332/1 vom 31.12.1993 (Artt. 104 u. 104 b. EG = heute 126 AEUV)

<sup>39</sup> Vgl. zu dieser Streitfrage Nettesheim, aaO (wie Fn. 36), 57 ff.

Hilfsmaßnahmen „im Geiste der Solidarität zwischen den Mitgliedstaaten“ finden eine Rechtsgrundlage in Art. 122 AEUV.<sup>40</sup> Im Hinblick auf diese Vorschrift wird diskutiert, ob die Gewährung finanziellen Beistands an Griechenland zulässig ist, weil die Finanz- und Wirtschaftskrise ein ‚außergewöhnliches Ereignis‘ i. S. d. Art. 122 Abs. 2 AEUV darstellt. Man mag diese Krise als ein solches Ereignis betrachten, weil sie sich offenkundig der Kontrolle einzelner Mitgliedstaaten – etwa Griechenlands – entzieht, wobei eine derartige Auslegung der Bestimmung – und dies lässt sich auch mit ihrem Wortlaut vereinbaren – davon absieht, die Verursachung dieser Schwierigkeiten und in diesem Zusammenhang die Verantwortung des betroffenen Staates als Kriterien zu betrachten, welche die Anwendbarkeit der Bestimmung ausschließen.<sup>41</sup>

Seitdem hat die Schuldenkrise die politischen Akteure der Europäischen Union und zumal derjenigen der Euro-Zone zu der Einsicht gebracht, dass die bislang bestehende wirtschafts- und insbesondere haushaltspolitische Zusammenarbeit unzureichend ist und verstärkt werden muss. Vor diesem Hintergrund ist auf supranationaler („EU“-)Ebene der sog. „Six Pack“ vereinbart worden. Darüber hinaus haben 25 Mitgliedstaaten auf intergouvernementaler Ebene den sog. Fiskalpakt (SKS-Vertrag) beschlossen. (Diese Regelungen sind zugleich Beispiele für das neue Nebeneinander von supranationaler und intergouvernementaler Integrationsmethode innerhalb der Europäischen Wirtschaftsunion.<sup>42</sup>)

Der Six Pack hat die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten in der Wirtschaftspolitik neu gestaltet. Zu diesem Zweck hat der Europäische Gesetzgeber – Europäisches Parlament und Rat – sechs („six“) Sekundärrechtsakte, nämlich

<sup>40</sup> Art. 122 Befugnis des Rates bei Schwierigkeiten:

„(1) Der Rat kann auf Vorschlag der Kommission unbeschadet der sonstigen in den Verträgen vorgesehenen Verfahren im Geiste der Solidarität zwischen den Mitgliedstaaten über die der Wirtschaftslage angemessenen Maßnahmen beschließen, insbesondere falls gravierende Schwierigkeiten in der Versorgung mit bestimmten Waren, vor allem im Energiebereich, auftreten.

(2) Ist ein Mitgliedstaat aufgrund von Naturkatastrophen oder außergewöhnlichen Ereignissen, die sich seiner Kontrolle entziehen, von Schwierigkeiten betroffen oder von gravierenden Schwierigkeiten ernstlich bedroht, so kann der Rat auf Vorschlag der Kommission beschließen, dem betreffenden Mitgliedstaat unter bestimmten Bedingungen einen finanziellen Beistand der Union zu gewähren. Der Präsident des Rates unterrichtet das Europäische Parlament über den Beschluss.“

<sup>41</sup> Vgl. in diesem Sinne Nettesheim, aaO (wie Fn. 36), 66 ff.

<sup>42</sup> Vgl. dazu und zum Folgenden Antpöhler, C., Emergenz der europäischen Wirtschaftsregierung. Das Six Pack als Zeichen supranationaler Leistungsfähigkeit, in: Zeitschrift für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht (ZaöRV) 72 (2012), 353 ff.

fünf Verordnungen und eine Richtlinie, erlassen.<sup>43</sup> Durch diese Rechtsinstrumente ist die Koordinierung in der allgemeinen Wirtschaftspolitik<sup>44</sup> auf makroökonomische Ungleichgewichte erstreckt und sind Sanktionen und ihre Durchsetzung erleichtert worden:

Die VO 1176/2011/EU hat, gestützt auf Art. 121 Abs. 6 AEUV, einen neuen Überwachungsmechanismus für makroökonomische Ungleichgewichte eingeführt.

Die VO 1175/2011/EU hat in Gestalt des sog. Europäischen Semesters einen Mechanismus eingeführt, durch den die Europäischen Institutionen bereits vor Verabschiedung der nationalen Haushaltspläne der Mitgliedstaaten auf Fehlentwicklungen aufmerksam werden und durch frühzeitige Berichts- und Berücksichtigungspflichten von Empfehlungen der Europäischen Institutionen Einfluss nehmen können.

Die VOen 1173/2011/EU und 1174/2011/EU ermöglichen es schließlich, die Nichteinhaltung von Vorgaben im Bereich der Wirtschaftsunion seitens der Europäischen Institutionen zu sanktionieren, insbesondere bei übermäßigen makroökonomischen Ungleichgewichten, wie sie sich u. a. in den Außenhandelsbilanzen niederschlagen – dies vor dem Hintergrund des bereits angesprochenen Umstandes, dass in der Wirtschafts- und Währungsunion (WWU) derartige Unterschiede nicht mehr wie früher durch Wechselkursanpassungen ausgeglichen werden können mit der Folge, dass Defizite – wie im Übrigen auch Außenhandelsüberschüsse (dies betrifft gegenwärtig insbesondere Deutschland) – die Stabilität der Währungsunion bedrohen können.

<sup>43</sup> Vgl. dazu im Einzelnen

– VO 1173/2011/EG v. 16.11.2011 über die wirksame Durchsetzung der haushaltspolitischen Überwachung im Euro-Währungsgebiet, ABl. EU 2011 Nr. L 306/1;

– VO 1174/2011/EG v. 16.11.2011 über Durchführungsmaßnahmen zur Korrektur übermäßiger makroökonomischer Ungleichgewichte im Euro-Währungsgebiet, ABl. EU 2011 Nr. L 306/8;

– VO 1175/2011/EU v. 16.11.2011 zur Änderung der VO 1466/1997/EG des Rates über den Ausbau der haushaltspolitischen Überwachung und der Überwachung und Koordinierung der Wirtschaftspolitik, ABl. EU 2011 Nr. L 306/12;

– VO 1176/2011/EU v. 16.11.2011 über die Vermeidung und Korrektur makroökonomischer Ungleichgewichte, ABl. EU 2011 Nr. L 306/25;

– VO 1177/2011/EU des Rates vom 8.11.2011 zur Änderung der VO 1467/1997/EG über die Beschleunigung und Klärung des Verfahrens bei einem übermäßigen Defizit, ABl. EU 2011 Nr. L 306/33;

– RL 2011/85/EU des Rates vom 8.11.2011 über die Anforderungen an die haushaltspolitischen Rahmen der Mitgliedstaaten, ABl. EU 2011 Nr. L 306/41. –

Vgl. dazu im Einzelnen Pilz, S./Dittmann, H., Perspektiven des Stabilitäts- und Wachstumspakts – Rechtliche und Ökonomische Implikationen des Reformpakets „Economic Governance“, in: Zeitschrift für Europäische Studien (ZEUS) 15 (2012), 53 ff.

<sup>44</sup> Vgl. Art. 121 AEUV.

Im Ergebnis errichtet der Six Pack eine Art Europäischer Wirtschaftsregierung für die Euro-Zone, deren Kern in der Überwachung und Beseitigung makroökonomischer Ungleichgewichte besteht und zu dessen wesentlichen Bestandteilen auch das verstärkte Defizitverfahren gehört. (Umstritten – und an dieser Stelle nicht zu behandeln – ist die Frage, ob sich die vorstehend angesprochenen Maßnahmen noch im Rahmen der Zuständigkeiten der Union bewegen oder aber darüber hinausgehen.<sup>45</sup>)

Die besonders umstrittenen VOen 1173/2011/EU und 1174/2011/EU, welche die Grundlage der Europäischen Wirtschaftsregierung bilden, sind auf Art. 136 i. V. m. Art. 121 Abs. 6 AEUV gestützt worden.<sup>46</sup> Eine extensive, auf teleologische Argumente gestützte Auslegung kommt dabei zu dem Ergebnis, dass Art. 136 AEUV Maßnahmen zulässt, die inhaltlich über den Rahmen der Art. 121 und 126 AEUV hinausgehen und dass der Six Pack deshalb EU-rechtskonform ist.

Am 2. Februar 2012 haben 25 Staats- und Regierungschefs der EU-Mitgliedstaaten (mit Ausnahme der Tschechischen Republik und des Vereinigten Königreichs) im Rahmen des Europäischen Rates einen völkerrechtlichen Vertrag unterzeichnet, der die bereits angesprochenen Schwächen der Wirtschafts- und Währungsunion ausgleichen soll. Der SKS-Vertrag („Fiskalpakt“) führt eine Schuldenbremse ein und verstärkt das Schuldenstandskriterium, kehrt im Defizitverfahren die qualifizierte Mehrheit faktisch um und erleichtert insofern Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten. Auch wird institutionell ein Euro-Gipfel eingeführt, in den die Europäischen Institutionen teilweise einbezogen werden. (Zu Recht kritisch ist in diesem Zusammenhang angemerkt worden, dass der Fiskalpakt in der Öffentlichkeit auf größere Aufmerksamkeit gestoßen ist als der Six Pack, obwohl er kaum über Letzteren

<sup>45</sup> Vgl. dazu Antpöhler, aaO (Fn. 42) m. w. N. –

In ähnlicher Weise wirft die geplante Bankenaufsicht durch die EZB das Problem der Vereinbarkeit mit dem Primärrecht auf, welches der Europäischen Zentralbank in den Artt. 127 ff. AEUV nur sehr spezifische und sehr begrenzte Zuständigkeiten zuweist.

<sup>46</sup> Die Bestimmung des Art. 136 Abs. 1 AEUV lautet:

„Im Hinblick auf das reibungslose Funktionieren der Wirtschafts- und Währungsunion erlässt der Rat für die Mitgliedstaaten, deren Währung der Euro ist, Maßnahmen nach den einschlägigen Bestimmungen der Verträge und dem entsprechenden Verfahren unter den in den Artikeln 121 und 126 genannten Verfahren, mit Ausnahme des in Artikel 126 Absatz 14 genannten Verfahrens, um

a) die Koordinierung und Überwachung ihrer Haushaltsdisziplin zu verstärken,  
b) für diese Staaten Grundzüge der Wirtschaftspolitik auszuarbeiten, wobei darauf zu achten ist, dass diese mit den für die gesamte Union angenommenen Grundzügen der Wirtschaftspolitik vereinbar sind, und ihre Einhaltung zu überwachen.“

hinausgehende Regelungen enthalte und die wenigen Erweiterungen „kaum durchsetzbar“ seien.<sup>47)</sup>

Die Schuldenbremse<sup>48</sup> verpflichtet die Vertragsparteien dazu, ihren Haushalt ausgeglichen zu gestalten. Dies ist i. d. R. dann der Fall, wenn das jährliche strukturelle Defizit 0,5 v. H. des Bruttoinlandsprodukts (BIP) nicht überschreitet (wobei bei einem Schuldenstand von unter 60 v. H. des BIP ein strukturelles Defizit von 1 v. H. zulässig ist). Abweichungen sind lediglich bei außergewöhnlichen Umständen, die außerhalb der Kontrolle der Vertragspartei liegen, zulässig. Bei erheblichen Abweichungen greift ein automatischer Kontrollmechanismus ein.

Zur Durchsetzung dieser Verpflichtungen hat der Europäische Gerichtshof die Möglichkeit, die Umsetzung der Schuldenbremse in nationales Recht zu überprüfen. Gleichwohl bestehen erhebliche Zweifel an der Durchsetzbarkeit der Schuldenbremse (nicht zuletzt aufgrund der Erfahrungen, die mit den „Maastricht-Kriterien“ seinerzeit gemacht worden sind, deren Überschreitung durch Deutschland und Frankreich sanktionslos geblieben war).

Was die Rechtsqualität des Fiskalpaktes angeht, so handelt es sich um einen völkerrechtlichen Vertrag, der wegen der fehlenden Zustimmung zweier Mitgliedstaaten das EU-Recht nicht zu ändern vermag. Da die Organe der EU, namentlich Europäische Kommission und Europäischer Gerichtshof, in die Durchsetzung des Fiskalvertrags einbezogen sind, steht der Fiskalvertrag „in einem neuen und juristisch nicht geklärten Zwischenraum zwischen Völkerrecht und Europarecht.“<sup>49</sup>

Aus deutscher verfassungsrechtlicher Sicht ist darauf hinzuweisen, dass die Integrationsgrenzen des Art. 79 Abs. 3 GG, wie sie das Bundesverfassungsgericht insbesondere in seinem Lissabon-Urteil – vorbehaltlich einiger Vorgaben in der jüngsten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts – bestimmt hat, nicht überschritten worden sind.<sup>50</sup>

Resümierend mag man festhalten, dass die Konzeption der Währungsunion als Stabilitätsgemeinschaft mit daraus resultierenden Verpflichtungen der Mitgliedstaaten für ihre Haushaltspolitik beibehalten worden ist. Auch das

<sup>47</sup> So Antpöhler, aaO (Fn. 42), 356 u. 382.

<sup>48</sup> Vgl. Art. 3 SKSV.

<sup>49</sup> Vgl. Möllers, Ch./Reinhardt, J., Verfassungsrechtliche Probleme bei der Umsetzung des Europäischen Fiskalvertrages, in: JuristenZeitung (JZ) 2012, 693 ff., 693.

<sup>50</sup> Vgl. BVerfG, Urt. v. 12. 9. 2012 – noch uv.

„Bailout“-Verbot (Art. 125 AEUV) bleibt bestehen. Finanzhilfen sind allerdings unter bestimmten Voraussetzungen gleichwohl zulässig.<sup>51</sup> Schärfere Kontrollen und Sanktionsmöglichkeiten sollen die Stabilitätsgemeinschaft stärken.

Die Ergänzung der Währungsunion durch die Fiskalunion führt zu einer „europäischen Überformung“ (Callies/Schoenfleisch) der nationalen Wirtschafts-, Fiskal- und Haushaltspolitiken mit der Folge, dass die Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten zwar bestehenbleiben, aber stärker mit – supranationalen und intergouvernementalen – Europäischen Vorgaben verschränkt werden. Dies gilt insbesondere für die 17 Euro-Staaten und mag für diese bedeuten, dass sie ggf. faktisch ihre Haushaltsautonomie einbüßen, hätten sie doch „letztlich nur noch die Wahl zwischen einem Staatsbankrott und der Inanspruchnahme von Nothilfen aus dem ESM“ und willige doch mit seiner Entscheidung für an Auflagen gebundene Nothilfen aus dem ESM „der Empfängerstaat daher autonom in eine Beschränkung seiner Haushaltssouveränität ein,“ zumal wenn die Auflagen dem Ziel dienen, die Einhaltung der vertraglich vereinbarten und damit ohnehin für den Empfängerstaat rechtsverbindlichen Stabilitätskriterien wiederherzustellen: „Vor diesem Hintergrund kann ein haushaltspolitisches Vetorecht der EU-Ebene hinsichtlich des jeweiligen nationalen Haushaltsentwurfs kaum als Beeinträchtigung des parlamentarischen Budgetrechts gewertet werden. Denn wo angesichts der drohenden Alternative eines (selbstverschuldeten) Staatsbankrotts keine Haushaltsautonomie mehr besteht, kann in diese auch nicht durch europäische ‚Durchgriffsrechte‘ eingegriffen werden.“<sup>52</sup>

Die „(Banken-, Euro-, Verschuldens- u. a.) Krise“ führt – so ein Zwischenergebnis<sup>53</sup> – zu einer Ergänzung der bislang unvollständigen Architektur der Währungsunion, die nach wie vor unter dem „Geburtsfehler“ leidet, dass Staaten mit sehr unterschiedlicher Wirtschaftskraft und Staatsverschuldung

<sup>51</sup> Vgl. dazu Callies, Ch., Finanzkrisen als Herausforderung der internationalen, europäischen und nationalen Rechtsetzung, in: VVdStRL 71 (2012), 156 ff.

<sup>52</sup> So Callies, Ch./Schoenfleisch, Ch., Auf dem Weg in die europäische „Fiskalunion“? – Europa- und verfassungsrechtliche Fragen einer Reform der Wirtschafts- und Währungsunion im Kontext des Fiskalvertrages, in: JZ 2012, 477 ff., 487. –

Das Bundesverfassungsgericht hat durch Urteil vom 12. September 2012 (NJW 2012, 3145 ff.) den Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen die Ratifikation von ESM-Vertrag und Fiskalpakt abgelehnt.

<sup>53</sup> Die Zukunft wird zeigen, ob „9/11“ 2001 („Twin Towers“) oder aber „15/11“ 2008 („Konkurs von Lehman Brothers“ als Auslöser der Bankenkrise als Ursache der heutigen Euro-, Finanz- und Schuldenkrise) das historisch bedeutsamere Datum sein wird.



einbezogen und damit bewusst Unterschiede in Kauf genommen worden sind, die in der Vergangenheit durch Veränderungen der Wechselkurse ausgeglichen werden konnten, nunmehr aber aufgrund der gemeinsamen Währung die Euro-Staaten zu einer Angleichung ihrer Wirtschafts- und Haushaltspolitik zwingen.

### 3. Ausblick

Chancen der Finanzkrise mag man darin erblicken, dass neben der Währungsunion eine Wirtschafts- und Fiskalunion ins Leben gerufen wird, die über die notwendigen Instrumente für die gebotene Regulierung der Finanzmärkte und die Sicherung der Haushaltsdisziplin der Euro-Staaten verfügt. Die zur Krisenbewältigung außerhalb des Institutionengefüges der Europäischen Union geschaffenen Organe des Rettungsschirmes können mittelfristig in die Union integriert und auf diese Weise auch besser demokratisch legitimiert und rechtsstaatlich eingebunden werden.<sup>54</sup>

Zu diskutieren bleibt, welche Auswirkungen diese Maßnahmen auf die Wohlfahrtsstaatlichkeit der Euro-Staaten im Allgemeinen und auf ihre Gesundheitssysteme im Besonderen haben werden.

Zunächst die Stimme eines *advocatus diaboli* gleichsam als „paradoxe Intervention“:

Der Gesundheitsökonom Marc Suhrke hat aufgrund einer Analyse der Wirtschafts- und Finanzkrisen der vergangenen drei Jahrzehnte im Hinblick auf ihre gesundheitlichen Folgen unter dem Titel „Finanzkrisen tun der Volksgesundheit gut. Weniger Tablettenkonsum, weniger Herzerkrankungen“<sup>55</sup> folgende Ergebnisse veröffentlicht:

Ein Anstieg der Arbeitslosigkeit um 1 v. H. gehe mit einer Erhöhung der Selbstmordrate von 0,89 v. H. in der Altersgruppe bis 65 Jahre einher und Gewaltverbrechen stiegen mit höherer Arbeitslosigkeit tendenziell an; hingegen sinke die Zahl der Verkehrstoten mit der Erlahmung der Wirtschaftsdynamik – Rückgang der Zahl der Verkehrstoten um 1,4 v. H. bei Anstieg der Arbeitslosenquote um 1 v. H. –, verschlechterten sich die Ernährungsqualität und u. U. auch der Zugang zum Gesundheitssystem mit steigender Arbeits-

<sup>54</sup> Vgl. Wieland, J., Die Zukunft Europas – Krise als Chance, in: JZ 2012, 213 ff., 219.

<sup>55</sup> Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 132 v. 9.6.2012, S. 16.

losigkeit; allerdings gingen andererseits Erkrankungen wie Drogen- und Tablettenabhängigkeit, Alzheimer, Diabetes, Missbrauch von Psychopharmaka zurück, „griffen doch viele Angestellte häufiger zur Flasche und zu Tabletten, wenn sie Angst um ihren Job hätten, als wenn der Job weg sei,“ bedeute weniger Geld auch, dass die Betroffenen weniger aßen und sich möglicherweise mehr bewegten, so dass Übergewicht und dadurch verursachte Krankheiten insgesamt rückläufig seien.

Gewichtiger als diese Beobachtungen, mögen sie auch punktuell zutreffend sein, dürfte die Feststellung sein, dass die Frage, wie stark eine Finanz- oder Wirtschaftskrise die Volksgesundheit eines Volkes trifft, entscheidend davon abhängt, wie hoch das Einkommen der betroffenen Haushalte ist und ob das jeweilige Gesundheitssystem stark ausgebaut oder eher unterentwickelt ist. Hier ist festzuhalten, dass die südeuropäischen Krisenstaaten bereits vor Ausbruch der aktuellen Finanzkrise erhebliche Defizite aufwiesen, sowohl was den Standard der medizinischen Versorgung allgemein als auch den Zugang des Einzelnen zu benötigten Gesundheitsleistungen im Besonderen angeht. Die von Michael Schönstein referierten Zahlen der OECD über die Entwicklung der Ausgaben für Gesundheit sowohl im OECD-Durchschnitt – Stagnation – als auch in den Krisenstaaten – starker Rückgang – lassen befürchten, dass eine Verschlechterung der Lage in diesen Ländern unabweisbar ist. Das jüngste Sparprogramm Griechenlands unter dem Vorzeichen der Vorgaben der „Troika“ beläuft sich auf rd. 1,5 Mrd. Euro. Wie sich bislang die Sparmaßnahmen ausgewirkt haben, zeigt eine jüngst veröffentlichte Studie der Hans Böckler Stiftung: Kürzungen der Personalausgaben um 24,8 v. H., der Renten um 15,6 v. H. sowie der gesamten Gesundheitsausgaben um 10,2 v. H. – übertragen auf Deutschland beliefen sich die Kürzungen in den genannten drei Bereichen auf 56,9 Mrd. Euro, 32,9 Mrd. Euro sowie im Gesundheitswesen auf insgesamt 25,3 Mrd. Euro.<sup>56</sup>

Vor dem Hintergrund der Bedeutung des Gesundheitswesens nicht allein für die Bevölkerung, sondern auch für die Volkswirtschaft mag man hinterfragen, ob die „Priorisierung“ der Kürzungsausgaben mit einem Sparvolumen von 10 v. H. im Gesundheitswesen wirklich der Weisheit letzter Schluss ist, oder ob nicht aus der auch von der Europäischen Union vertretenen Auffassung, das

<sup>56</sup> So Lindner, F., Eurokrise: sparen wie in Griechenland träfe Deutschland hart, in: Böckler Impuls 13/2012, S. 5. – Vgl. zu den konkreten Auswirkungen dieser Maßnahmen auf das griechische Gesundheitswesen Meyer, J., Das Gesundheitssystem in Griechenland in Zeiten der Krise. Schulden, Chaos und Fakelaki, in: Die BKK 2012, 393 ff.

Gesundheitswesen sei ein wichtiger Faktor sowohl für die wirtschaftliche als auch für die politische Stabilität des Gemeinwesens und sei deshalb ein wichtiger Bestandteil auch der Lissabon-Strategie, zu einer anderen Akzentsetzung hätte führen sollen.

Auf europäischer Ebene stellt sich die Frage, inwiefern die Kürzungen im Sozial- und insbesondere im Gesundheitsbereich mit den Zielen der Union und ihren rechtlichen Vorgaben vereinbar sind.

Was die Gesundheitsausgaben in Griechenland im Vergleich zu anderen Mitgliedstaaten angeht, so verweist die Bundesregierung in einer Antwort auf eine Kleine Anfrage im Deutschen Bundestag auf – ihres Erachtens vorsichtig zu interpretierende – Angaben von OECD und EUROSTAT. Danach belaufen sich die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung für das Jahr 2010 in Deutschland auf – kaufkraftgewichtete – 3.337 Euro, in Griechenland auf 2.244 Euro bzw. – gemessen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt – in Deutschland auf 11,6 v. H. und in Griechenland auf 10,2 v. H. (wobei die privaten Ausgaben für Gesundheit in Griechenland sehr viel höher sind als hierzulande: 5,8 v. H. : 3,8 v. H. bzw. 8 v.H. : 2,4 v. H.) und diese privaten Aufwendungen naturgemäß besondere Belastungen der Betroffenen zur Folge haben.<sup>57</sup>

In diesem Zusammenhang gilt es zu berücksichtigen, dass Sozial- und insbesondere Gesundheitsausgaben nicht einseitig als Kostenfaktor anzusehen sind, sondern dass ein entsprechendes soziales Sicherungsnetz auch als wichtiger Standort- und Wirtschaftsfaktor zu begreifen ist. So hat der Europäische Rat im März 2000 in Lissabon die Modernisierung der Sozialsysteme einschließlich der Gesundheitssysteme zu einer wesentlichen Komponente seiner – aus heutiger Sicht vielleicht allzu ambitioniert klingenden – Zielsetzung gemacht, die „Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt zu machen – einem Wirtschaftsraum, der fähig ist, ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einem größeren sozialen Zusammenhalt zu erzielen.“ Eine politische Konsequenz aus dieser Akzentsetzung war der Vorschlag der EU-Kommission aus dem Jahre 2004, die Strategie der Modernisierung der Sozialschutzsysteme um eine Offene Methode der Koordinierung (OMK)

<sup>57</sup> Vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg u. a. und der Fraktion DIE LINKE, Drohende humanitäre Krise im griechischen Gesundheitssystem und das Engagement des Bundesministeriums für Gesundheit, Bt-Drucks. 17/10794 v. 26.9.2012.

auch im Bereich der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege zu erweitern auf der Grundlage dreier fundamentaler Prinzipien: Zugänglichkeit der Versorgung auf den Grundlagen von Universalität, Angemessenheit und Solidarität unter Berücksichtigung aller Bürgerinnen und Bürger; Angebot einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung, die sich am wissenschaftlichen Fortschritt orientiert und der eine Bewertung ihres gesundheitlichen Nutzens zugrunde liegt; sowie Maßnahmen zur Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit der Versorgung bei hohem Wirkungsgrad des Systems.<sup>58</sup>

Es ist offenkundig, dass nach dem Gesagten die langfristige finanzielle Nachhaltigkeit Grundvoraussetzung für ein dauerhaft stabiles Gesundheitswesen ist und es mithin Aufgabe der Politik sein muss, sowohl auf nationaler wie auf Europäischer Ebene die hierfür erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Wenn, wie ausgeführt,<sup>59</sup> die Querschnittsklausel des Art. 168 Abs. 1 UAbs. 1 AEUV alle Unionsorgane dazu verpflichtet, im Rahmen der Verfolgung anderer Vertragsziele auch die Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzes als Sekundärziel anzustreben, so muss dies auch in Zusammenhang mit den Maßnahmen gelten, die den Mitgliedstaaten empfohlen bzw. abverlangt werden. Vor diesem Hintergrund ist ein Gleichgewicht zwischen finanzieller und sozialer Nachhaltigkeit anzustreben, damit nicht gesundheitsbezogene Zielsetzungen zugunsten einer fiskalpolitischen Betrachtungsweise vernachlässigt werden oder gar verloren gehen.

Schließlich stellt sich auch die Frage, inwiefern nicht der dem Europäischen Sozialmodell immanente Wert ‚Solidarität‘, der, wie bereits ausgeführt, auch in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union Ausdruck findet, nach einer Europäischen Solidarität bei der Erhaltung der vorstehend angesprochenen gesundheitspolitischen Zielsetzungen verlangt.

Seit ihren Anfängen gehören u. a. die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, um dadurch „auf dem Wege des Fortschritts“ ihre Angleichung zu ermöglichen, sowie ein angemessener sozialer Schutz zu den sozialen Zielen ursprünglich der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und heute der Europäischen Union (Art. 151 AEUV). Außerdem „unterstützt und ergänzt die Union die Tätigkeit der Mitgliedstaaten“ zur Verwirklichung der Ziele des Art. 151 AEUV. Hierbei soll u. a. im Hinblick auf den Schutz der Gesundheit

<sup>58</sup> Vgl. dazu Schreiber, aaO (Fn. 9), 151.

<sup>59</sup> Siehe oben 1 u. Fn. 7.

(Art. 153 Abs. 1 Buchst. a AEUV), wie einleitend ausgeführt, bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen – und dies schließt naturgemäß die Wirtschafts- und Sozialpolitik ein – ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt werden (Art. 168 Abs. 1 AEUV).

Es kommt hinzu, dass Solidarität (wie nicht zufällig Titel IV der Europäischen Grundrechtecharta, der die sozialen Rechte enthält, benannt ist) nicht nur eine wichtige Komponente des Europäischen Sozialmodells darstellt, sondern auch einen Grundwert der Europäischen Union.<sup>60</sup>

Solidarität in Gestalt auch finanzieller Umverteilung wird bereits seit Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft im Zusammenhang mit dem Europäischen Sozialfond (Art. 162–164 AEUV) geübt. Hingewiesen sei schließlich auch auf Titel XVIII Wirtschaftlicher, sozialer und territorialer Zusammenhalt des AEUV, der eine auf dieses Ziel ausgerichtete Politik einfordert, um eine harmonische Entwicklung der Union als Ganzes zu fördern und insbesondere Unterschiede im Entwicklungsstand der verschiedenen Regionen und den Rückstand der am stärksten benachteiligten Gebiete zu verringern. Die Mitgliedstaaten führen und koordinieren insbesondere in der Wirtschaftspolitik in der Weise, dass die vorgenannten Ziele erreicht werden (Art. 174 u. 175 Abs. 1 AEUV).

Vor diesem Hintergrund liegt es durchaus nahe, in den betroffenen Mitgliedstaaten tiefgreifende Einschnitte im Gesundheitswesen dadurch zu vermeiden, dass innerhalb der Union Solidarität geübt wird, etwa durch eine Umwidmung des im Kern beschäftigungspolitisch ausgerichteten Sozialfonds oder durch die Einrichtung eines besonderen Fonds zur Erreichung dieses Ziels. Derartige praktische Schritte erscheinen gegenwärtig eher realisierbar als jene großen „(Ent-)Würfe“, die zur Diskussion gestellt worden sind und die – wohlgemeint, aber gegenwärtig wohl illusionär – bis zu einem neuen Europäischen Verfassungskonvent und Referenden auf sowohl nationaler wie Europäischer Ebene reichen. Allerdings würde eine derartige Priorisierung zugleich bedeuten, dass die bisherige generelle Austerity-Politik durch eine differenziertere Stabilitätspolitik abgelöst würde, die anderen – nicht zuletzt eben auch gesundheitspolitischen – Orientierungen folgen würde.

<sup>60</sup> Vgl. Göbel, H., Der Eurofonds, in: FAZ Nr. 245 v. 9.10.2012, S. 1: „Solidarität‘ lautet die neue Lösung.“ – Udo Bullman, Michael Roth und Thorsten Schäfer-Gümbel plädieren vor diesem Hintergrund in einem politischen Arbeitspapier für einen Übergang „Von der Krisenunion zur Solidaritätsunion“ (Berlin, Friedrich-Ebert-Stiftung, 2012) mit verbindlichen Leitlinien für Haushaltsdisziplin sowie für eine nachhaltige Wachstums- und Beschäftigungspolitik.

#### 4. Resümee

Vor diesem Hintergrund ist es zu begrüßen, dass die Bundesregierung den Umbau des griechischen Gesundheitswesens unterstützt und Vorschläge für die Entwicklung und Einführung effizienter und transparenter Strukturen in einzelnen Bereichen des griechischen Gesundheitswesens unterbreitet – dies in Zusammenarbeit mit der Task Force Griechenland der Europäischen Kommission und mit anderen Mitgliedstaaten. (Man mag die Solidarität mit Griechenland auch mit der Überlegung rechtfertigen können, dass die EU-Staaten „jahrelang die Augen verschlossen“ (haben) „vor den grundlegenden Problemen Griechenlands. Sie sind deshalb auch alle zur Solidarität verpflichtet, wenn es darum geht, bei der Überwindung seiner Krise zu helfen.“<sup>61</sup>)

Wenn es denn zutrifft, dass Krisen zum normalen Ablauf der wirtschaftlichen Entwicklung gehören „wie ein Gewitter zu einem heißen Sommertag“,<sup>62</sup> so sollte die Krise auch als Chance begriffen werden, Unzulänglichkeiten des bisherigen Prozesses der Europäischen Integration zu beseitigen, das „Europäische Projekt“ auch hinsichtlich seiner sozialen Dimension fortzuentwickeln und dabei zugleich das Verdikt „Der europäische Wohlfahrtsstaat ist Geschichte“ von Wolfgang Streeck, dem Direktor des Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung in Köln,<sup>63</sup> als allzu defätistisch und voreilig anzuzweifeln, hat doch die „Krise“ beispielsweise ausweislich der letzten Statistiken der OECD keineswegs in allen OECD-Ländern – und auch nicht in Deutschland – zu einem Rückgang der Ausgaben für das Soziale geführt, sind diese Ausgaben vielmehr seit Beginn der Krise – 2008–2012 – gestiegen. Was das Gesundheitswesen angeht, so sind nach Angaben der OECD zwar die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit im OECD-Durchschnitt nicht mehr gestiegen und insbesondere in den Krisenstaaten – auch in Portugal und Griechenland – rückläufig, doch ist andererseits in Deutschland etwa ein weiterer Anstieg zu konstatieren: Inflationsbereinigt betrug der Ausgabenzuwachs im Jahre 2010 2,7 v. H.<sup>64</sup> Der europäische Wohlfahrts- bzw. Sozialstaat und das

<sup>61</sup> So Biedenkopf, K., Die griechische Tragödie. Was uns der Einzelfall zeigt: Die Eurokrise ist eine Begrenzungskrise, in: WZB Mitteilungen, Heft 137, September 2012, 6 ff., 6.

<sup>62</sup> So plastisch Werner Pumpe, zit. nach Süddeutsche Zeitung Nr. 172 v. 27.7.2012, 23.

<sup>63</sup> Vgl. Streeck, W., Das Ende der Nachkriegsdemokratie. Der Klassenkampf ist zurück. Überall im Westen wollen die Menschen wissen, wer für die Krise bezahlt. Dabei ist dies längst entschieden: Bei der Verteilung der Konkursmasse des Schuldenstaats zählen die Ansprüche der Gläubiger mehr als die seiner Bürger. Der europäische Wohlfahrtsstaat ist Geschichte, in: Süddeutsche Zeitung Nr. 172 v. 27.7.2012, 23.

Europäische Sozialmodell müssen auch in Krisenzeiten auf der Agenda der Europäischen Politik bleiben. Dies mag unter dem Vorzeichen der „Krise“ dazu führen, dass die Handlungsmöglichkeiten der Europäischen Union nicht nur – wie bereits weitgehend auch hierzulande konzidiert und konsentiert – auf den Gebieten der Fiskal- und Wirtschaftspolitik, sondern auch auf dem der Sozialpolitik gestärkt werden müssen.<sup>65</sup>

### Abstract

The European debt crisis unveiled weaknesses of economic and in particular of fiscal cooperation that needed to be addressed. Since the monetary union has been supplemented by the fiscal union, the responsibilities of the Member States are further confined to European guidelines. The question is whether the member states' health policies will also be affected by European governance.

On the one hand according to Art. 168 EU, the EU is not entitled to legislate on health issues but is limited to support the policy-making of its Member States as well as to encourage cooperation. On the other hand, health care is an integral part of the single market. The latter is the main realm of the EU, and, according to Art. 114 EU, the Union can introduce common standards in order to eliminate restrictions to fundamental freedoms, such as in the area of competition in health services. In addition to Art. 168 and 114 EU, directive 2011/24/EU aims to execute patient rights when medical services are sought across borders; this measure in fact lays the ground for basic principles of European health care systems.

What impact these legal developments will have on the national structure of welfare systems in general and on the health systems of the EU states in particular is left open to discussion.

<sup>64</sup> Vgl. OECD/Europäische Kommission, Europe 2012: „Trotz knapper öffentlicher Kassen setzen die Länder alles daran, dass der Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung in Europa die Norm bleibt.“ Vgl. auch die Leiterin der Abteilung für Sozialpolitik der OECD: Queisser, M., Wie reagieren europäische Wohlfahrtsstaaten auf Krisendruck, Referat vor dem Arbeitskreis ‚Zukunft des Sozialstaats‘, Frankfurt/Main, den 10.10. 2012 (Veröff. i. Vorb.). Siehe auch dazu den Beitrag von Michael Schönstein in diesem Band.

<sup>65</sup> Vgl. in diesem Sinne etwa Fischer-Lescano, A./Möller, K., Soziale Rechtspolitik in Europa, Berlin (Friedrich-Ebert-Stiftung) 2012.





## 2 EU-Finanzkrise, Solidarität und Subsidiarität: Erhalt der Gestaltungsfreiheit in der nationalen Gesundheitspolitik?

*PD Dr. Wolfram Lamping, TU Darmstadt*

### **Zusammenfassung**

Es zeichnet sich mittlerweile deutlich ab, auf welche Weise und in welchem Ausmaß die EU Finanz- und Schuldenkrise und die darauf folgenden Auflagen der Geberländer bzw. -organisationen, die Gesundheitswesen insbesondere der Schuldnerländer gefährden. Untersucht wird in diesem Kapitel, inwieweit die Gestaltung der Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedstaaten von den Sparanstrengungen der Geber- und der Nehmerländern betroffen sein werden.

Trotz der zu vermutenden Verschiebung von Gestaltungsmacht „nach Brüssel“ wird sich ebenso eine Debatte über sich verschärfende Versorgungsdisparitäten und eine angemessene Gesundheitsversorgung in allen Regionen bzw. Ländern der EU entwickeln. Dies wird jedoch vermutlich ohne Abfluss von inhaltlichen Gestaltungskompetenzen vonstatten gehen, denn die Solidaritätsbereitschaft der Bevölkerung in den Kernbereichen der sozialen Sicherheit und auch die Bereitschaft, der EU hier substantielle Kompetenzen abzutreten, ist in der Mehrheit der Mitgliedstaaten sehr gering.

Aus diesem Grund ist die Subsidiarität in der Gesundheitspolitik nicht signifikant gefährdet sofern diese Subsidiarität nicht ohnehin eine Fiktion ist. Ob und inwieweit daher die Dominanz der Wirtschafts- und Finanzminister auf EU- sowie auf nationaler Ebene zunehmen wird, ist eine empirisch zu beantwortende Frage und erfordert genaues Hinsehen. Dabei wird genau zu beobachten sein, welche Reformen tatsächlich durch die Finanz- und Schuldenkrise induziert sind.

“I believe crises can provide opportunities to think creatively and push in-depth reforms, to investigate ideas that might not have been feasible in normal times.” *John Dalli, zum damaligen Zeitpunkt noch Gesundheitskommissar, in seiner Rede über “Health in an age of austerity” auf dem European Health Forum in Bad Gastein, 5. Oktober 2012 (SPEECH/12/692)*

Es zeichnet sich mittlerweile deutlich ab, auf welche Weise und in welchem Ausmaß die EU-Finanz- und Schuldenkrise und die darauf folgenden Aufgaben der Geberländer bzw. -organisationen die Gesundheitswesen insbesondere der Schuldnerländer gefährden. Es besteht zum einen die Befürchtung, dass im Gefolge der Schuldenkrise politische Gelegenheiten seitens der EU geschaffen und genutzt werden, um den rechtlichen und faktischen Zugriff auf die nationalen Gesundheitssysteme zu verstärken. In diesem ersten Fall wird der Anspruch der EU deutlich, im Gefolge der Krise Solidarität und Harmonisierung einzufordern und in diesem Zuge auch die Verteilungs- und Umverteilungskapazitäten der EU zu stärken. Zum anderen wird befürchtet, die Schuldenkrise könne dazu führen, dass dieser Zugriff unkontrolliert und fachfremd erfolgt. Die Gesundheitspolitik müsse dabei einem fiskal-, wirtschafts- und finanzpolitisch inspirierten Krisenmanagement Platz machen, durch das ein Momentum entsteht, das die Gesundheitspolitik im Sog dieser fachfremden Rationalitäten mitreißen und ihre Eigenständigkeit als Politikbereich beeinträchtigen könnte. In diesem zweiten Fall führen auf EU-Ebene eingegangene Verpflichtungen und die Abtretung von ökonomischer Kontrollkompetenz an die EU auf nationaler Ebene zu einer Anpassung der Gesundheitssysteme an die neuen Rahmenbedingungen; sie richten sich an anderen als gesundheitspolitischen Imperativen aus.

Im Folgenden soll kursorisch untersucht werden, inwieweit die Gestaltung der Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedstaaten von den Sparanstrengungen der Geber- und der Nehmerländern betroffen sein werden. Basierend auf einem Artikel – erschienen im März 2012 im *British Medical Journal* unter dem Titel „Who is shaping the future of European health systems?“<sup>1</sup> – wird der vorliegende Beitrag versuchen, diese und weitere Fragen zu beantworten: Was passiert auf gesundheitspolitischen Gebiet? Was wäre ohne diese Krise passiert? Wer hat Einfluss auf die Gesundheitspolitik auf nationaler und supranationaler Ebene?

<sup>1</sup> Fahy, N., Who is shaping the future of European health systems?, in: *BMJ*, 2012 (344:e1712).

### 1. Was wäre ohne Finanzkrise?

Im Bereich der Krankenbehandlung existiert bereits der sich immer weiter entwickelnde europäische Gesundheits-Mehrebenenverbund. In diesem gibt es vier Einflusswege der EU: (1) Der direkte und regulative Einfluss mit gesetzgeberischen Maßnahmen beispielsweise im Bereich der Patienten-Richtlinie; (2) Der direkte und prohibitive Einfluss etwa im Bereich des Binnenmarktrechts, das einen erheblichen Effekt auf die Strukturen und Inhalte von nationaler Gesundheitspolitik haben kann; (3) Der indirekte und vermittelte Einfluss, wenn sich Sozialstaaten an den Wettbewerb im Binnenmarkt anpassen und ihre Ausgaben mit den finanziellen Selbstverpflichtungen der Mitgliedstaaten – zum Beispiel im Fahrwasser der Währungsunion – konfrontiert werden; (4) Der politische und umstrittene Einfluss, wenn man die Offene Methode der Koordinierung (OMK) betrachtet.<sup>2</sup> Die OMK als politisches Instrument kann als schleichende Einflussweiterung oder, darüber hinausgehend, sogar als Selbstüberschätzung der EU gesehen werden, wie sich nicht nur im Gesundheitsbereich zeigt. Dabei sollten allerdings nicht die subkutan verlaufenden Prozesse unterschätzt werden, die auf dem Gebiet von Public Health verlaufen und jedenfalls in der Fachöffentlichkeit zu einer Sensibilisierung u.a. für europaweite gesundheitliche Ungleichheiten geführt haben.

Die gesundheitspolitische Arena kann als gespalten angesehen werden, wie in dem folgenden Schaubild (Abbildung 1) illustriert wird. Der obere Teil der Graphik stellt den entstehenden grenzenlosen EU-Gesundheitsmarkt dar, der immer stärker durch EU-Recht reguliert, entgrenzt und gestaltet wird. Dies trifft auch auf die Ausstattung der EU-Bürger mit neuen Rechten zu. Hier spielen das EU-Wettbewerbsrecht sowie die vier Freiheiten eine dominierende Rolle. Im unteren Teil stehen die Mitgliedstaaten weiterhin – oder auch: noch – an erster Stelle, wenngleich die EU hier ebenfalls Einfluss ausübt: Den Mitgliedstaaten obliegt weitestgehend die Regulation der Nachfrageseite ihrer Gesundheitssysteme, während die Angebots- bzw. Produktionsseite immer mehr unter EU-Einfluss gerät. Die Grenze zwischen beiden Sphären ist heftig umstritten und der Europäische Gerichtshof muss in einigen Fällen als

<sup>2</sup> Siehe hierzu die Bände 44 und 64 der GVG-Schriftenreihe: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) (Hg.), Die Methode der „Offenen Koordinierung“ in der Europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik: Prozessgesteuerte Konvergenz der Sozialsysteme durch Vereinbarung gemeinsamer Ziele und Indikatoren, Köln 2001; dies. (Hg.), Offene Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen, Berlin 2004; dies. (Hg.), EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich. Aktuelle Entwicklung der Offenen Methode der Koordinierung, Bonn 2010.

„Grenzpolizei“ agieren. Die exakte Position der ‚Ellipse‘ („Management der Versorgung“) hängt indes vom konkreten Gegenstand ab.

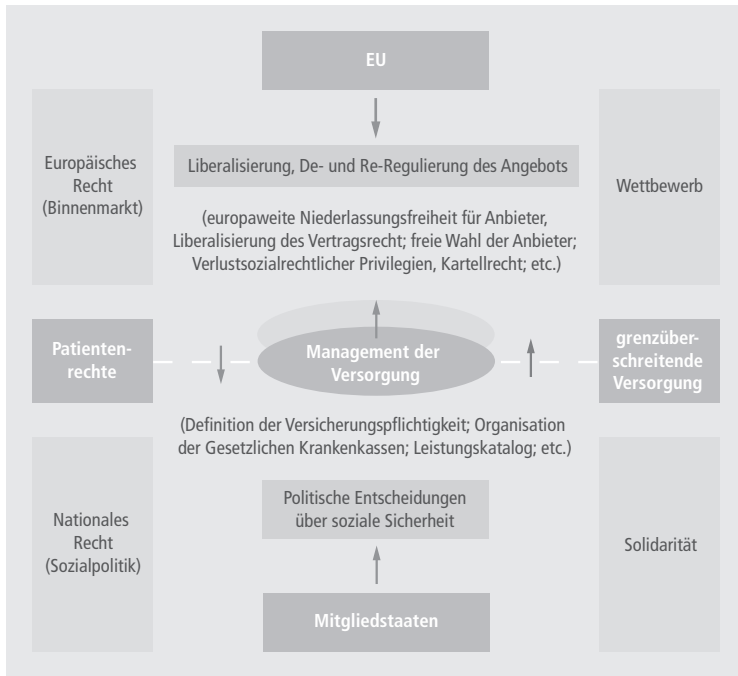


Abbildung 1: Die gesundheitspolitische ‚Arena‘ (eigene Darstellung)

In dem Maße, in dem sich die EU immer wieder neu erfindet, wird auch die europäische Gesundheitspolitik immer weiter entwickelt – manchmal zum Missfallen der Regierungen. Häufig sind die Regierungen der Mitgliedstaaten in dieser Frage tief gespalten in Befürworter und Gegner respektive in Gewinner und Verlierer. Es gibt in der Brüsseler gesundheitspolitischen Community zweifelsohne starke Befürworter einer vertieften Integration in diesem Bereich. Es gibt in den Mitgliedstaaten aber auch ebenso starke Gegenkräfte, die ein Fortschreiten der Integration verhindern wollen, auf die nationalen Kompetenzen verweisen, auf die Welten der Unterschiedlichkeit in den einzelnen Gesundheitssystemen und auf das gravierende sozioökonomische Gefälle,

das Harmonisierungen zu einem waghalsigen Spiel macht. Ferner zeichnet sich nach den Osterweiterungen deutlich ab, dass die neuen Mitgliedstaaten eher zu den Befürwortern weitergehender Harmonisierung und stärkerer Durchgriffsrechte der EU auf die nationalen Sozial- und Gesundheitssysteme gehören – die Vorstellung eines ausgebauten europäischen Gesundheitsmarktes eingeschlossen.

## 2. Was könnte die Finanzkrise bewirken?

Die Frage nach der Zukunft der europäischen Gesundheitssysteme macht nur dann Sinn, wenn sich plausibel unterstellen und empirisch nachweisen lässt, dass die Staatsschuldenkrise an sich sowie die im Gefolge der Rettungsmaßnahmen entwickelten neuen EU-Regeln einen Effekt haben etwa den, dass die EU ihren Einfluss auf die nationalen Gesundheitssysteme ausbauen kann. Für die den Rettungsschirm in Anspruch nehmenden Länder sind tiefe Einschnitte in das Gesundheitswesen und ein starker Verlust von Autonomie und Souveränität alltäglich spürbare Realität geworden. Dies ist die Ebene des faktisch Sichtbaren, des faktisch Mess- und Belegbaren, hier können unmittelbar kausale Auswirkungen gesehen werden, die in sinkenden Pro-Kopf-Ausgaben und sinkenden Anteilen der Gesundheitsausgaben am Brutto-sozialpolitik nicht nur in den Euro-Krisenländern deutlich werden.<sup>3</sup>

Bedeutender ist jedoch die Rolle, die Finanzkrise und Fiskalpakt jenseits dieser Rettungsakte für die künftige (Gesundheits-)Politik der EU als solche spielen. Es stellt sich mithin die Frage, ob Verschiebungen in den Machtbalancen, in den Ideologien und insbesondere in den Politikentwürfen auf nationaler Ebene zu erwarten sind. Hierzu fünf kurze Bemerkungen:

1. Die EU versucht derzeit, mit mehreren aufeinander abgestimmten Instrumenten der politischen Steuerung die aktuelle Krise zu überwinden und eine neue möglichst zu vermeiden. „Brüssel“ hat insbesondere seit 2010 Schritte in Richtung mehr gemeinsame Kontrolle unternommen – in unterschiedlichen Politikbereichen mit unterschiedlicher Intensität. Diese stärkere Kontrolle nicht zuletzt über erweiterte Budgetrechte Brüssels kristallisiert sich v.a. im sog. Fiskalpakt, der die EU-Mitglieder zu strikter Haushaltsdisziplin verpflichtet und mit Automatismen und Verfahren zur Einhaltung der Auflagen

<sup>3</sup> Vgl. hierzu z.B. die Beiträge im Eurohealth Observer, Vol. 18, No.1. Siehe auch: Health at a Glance 2011, OECD Indicators.

versehen ist. Das „Europäische Semester für die Koordinierung der Wirtschaftspolitik“,<sup>4</sup> das 2011 im Rahmen der „Europa 2020“-Strategie<sup>5</sup> eingeführt worden war, ermöglicht der Kommission die frühzeitige Überprüfung der nationalen Haushalts- und Reformentwürfe, noch bevor diese von den nationalen Parlamenten beschlossen werden.

#### Das „Europäische Semester“

Das „Europäische Semester für die Koordinierung der Wirtschaftspolitik“ umfasst drei Hauptelemente, die zusammen einen makroökonomischen Monitoring- und Koordinierungszyklus ergeben:

1. eine verstärkte makroökonomische Überwachung, mit der die Entwicklung der ökonomischen Ungleichgewichte unter den Mitgliedstaaten und der nationalen Wettbewerbsfähigkeit beobachtet wird,
2. das Monitoring der wachstumsfördernden nationalen Politiken und Maßnahmen, bei dem die Fortschritte der Mitgliedstaaten mit Hilfe der fünf Kernziele verfolgt werden sollen,
3. die Überprüfung der Vorgaben des reformierten und verschärften Stabilitäts- und Wachstumspakts und die nationalen Konvergenzberichte.

Das Europäische Semester schafft eine Plattform für die frühzeitige Überprüfung der nationalen Haushaltsentwürfe, bevor diese im jeweiligen Mitgliedstaat beschlossen werden. Damit soll sichergestellt werden, dass die einzelstaatlichen wirtschaftspolitischen Pläne komplementär sind, bevor die Mitgliedstaaten endgültige Haushaltsentscheidungen treffen.

Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2011  
[http://www.euburo.de/era-monitoring\\_eusemester.htm](http://www.euburo.de/era-monitoring_eusemester.htm)

Abbildung 2

Das Hauptziel ist die Sicherung der nationalen Haushaltsdisziplin und der ökonomischen Wettbewerbsfähigkeit. Weiteres Ziel ist die effektivere Koordinierung der nationalen Wirtschafts-, Finanz- und Beschäftigungspolitiken und deren Verschränkung mit supranationalen Vorgaben. Zu diesem Zweck müssen die Regierungen der Kommission ihre Vorschläge für die nationalen Haushalte im Frühjahr vorlegen. Auf dieser Grundlage gibt die Kommission länderspezifische Empfehlungen ab, die dem ECOFIN-Rat und dem Europäischen Rat zum Beschluss vorgelegt werden. Diese Beschlüsse müssen dann überprüfbar von den Mitgliedstaaten berücksichtigt werden. Bislang müssen

<sup>4</sup> Europäische Kommission, Stärkung der wirtschaftspolitischen Koordinierung für Stabilität, Wachstum und Beschäftigung – Instrumente für eine bessere wirtschaftspolitische Steuerung der EU, KOM(2010) 367.

<sup>5</sup> Europäische Kommission, EUROPA 2020 – Eine Strategie für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum, KOM (2010) 2020.

nur diejenigen Länder, die Finanzhilfe aus dem Euro-Rettungsfonds erhalten, schriftliche Reformvereinbarungen schließen und bei Nicht-Einhaltung Sanktionen fürchten. Die übrigen EU-Länder erhalten zwar regelmäßig „makroökonomischen Empfehlungen“, müssen deren Umsetzung aber nicht schriftlich zusagen. Nach den jüngsten Plänen von Kommission und Ratspräsident soll sich das ändern, um die EU-Empfehlungen bindender zu machen. Die finanziellen und fiskalischen Rahmendaten für das Gesundheitswesen können sich im Zuge dessen zum Nachteil verändern, wenn durch die neuen EU-Rahmensetzungen und -Kontrollrechte die ohnehin ausgeprägte wirtschafts- und finanzpolitische „Schlagseite“ der EU-Politik weiter zunimmt.

2. Es steht zu erwarten, dass die Unsicherheit der Einnahmehasis krisenbedingt zunehmen wird. Ferner bemessen die Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedstaaten ihren Wert traditionell an ihrem Beitrag zur Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit – präziser: sie müssen sich traditionell hieran messen lassen. Inwiefern die Schuldenkrise und die ausgeweiteten Brüsseler Zugriffsrechte diese dem Gesundheitssystem keineswegs wesensimmanente äußere Zumutung verstärken, mag von zwei Dingen abhängen: zum einen von der territorialen Struktur des jeweiligen Gesundheitswesens und der damit zusammenhängenden Möglichkeit der Verschiebung von Lasten, zum anderen vom Anteil der öffentlichen Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben. Dies gilt umso mehr, als sich viele Staaten der EU mit einer doppelten Verpflichtung konfrontiert sehen: auf der einen Seite mit der Erfüllung von Sparauflagen und Verpflichtungen im Rahmen der neuen europäischen Transfer- und, auf der anderen Seite, mit einer fiskalischen Selbstbindung in Gestalt von nationalen Schuldenbremsen (siehe Abbildung 3, S. 70).

Beitragsfinanzierte Systeme wie das deutsche haben eine arbeitsmarktpolitische Schwäche: längere Zeiten hoher Arbeitslosigkeit können verheerende Spuren in den Kassen hinterlassen. Wie solche Einnahmeausfälle zu kompensieren sind, ist folglich die politische Frage in Systemen mit einem hohen Anteil an Beitragsfinanzierung. Hier könnten durch Leistungskürzungen der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben eingedämmt, die Ausgaben in anderen Bereichen des Sozialstaates gekürzt oder die Steuern und Sozialbeiträge erhöht werden, um mehr Einnahmen zu generieren. Allerdings: Die Auswir-

#### 14. Euroforum: Euro-Krise und die Gestaltung nationaler Gesundheitspolitik

Finanzierung der Gesundheitsausgaben							
	Staat außer Sozialversicherung	Sozialversicherung	Private Versicherungsunternehmen (einschließlich Sozialschutz)	Selbstzahlungen der privaten Haushalte	Private Organisationen ohne Erwerbszweck (außer Sozialschutz)	Unternehmen (außer Krankenversicherung)	Übrige Welt
Belgien	11.3	63.8	4.8	20.0	0.1	0.1	0.0
Bulgarien (1)	17.7	38.5	0.5	42.6	0.5	0.3	0.0
Tschech. Rep.	5.3	78.2	0.2	14.9	1.1	0.3	0.0
Dänemark	84.5	0.0	1.8	13.7	0.1	0.0	0.0
Deutschland	6.9	70.5	9.6	12.3	0.4	0.4	0.0
Estland	10.4	67.8	0.2	21.1	0.0	0.3	0.1
Irland	:	:	:	:	:	:	:
Griechenland	:	:	:	:	:	:	:
Spanien	68.6	4.6	5.5	20.7	0.6	0.0	0.0
Frankreich	5.6	72.5	13.6	7.5	0.1	0.6	0.0
Italien	:	:	:	:	:	:	:
Zypern (1)	42.0	0.1	5.7	50.2	2.0	0.0	0.0
Lettland (1)	60.3	0.0	2.0	37.3	0.3	0.0	0.1
Litauen	11.4	61.7	0.7	26.2	0.0	0.1	0.0
Luxemburg (1)	8.5	73.9	3,5	13.7	0.4	0.0	0.0
Ungarn	9.5	60.1	2.8	24.3	1.9	1.5	0.0
Malta	:	:	:	:	:	:	:
Niederlande	8.8	76.0	5.5	6.2	1.5	2.2	0.0
Österreich (1)	31.8	46.8	4.7	15.5	1.0	0.1	0.0
Polen	7.6	64.7	0.6	23.8	1.1	2.2	0.0
Portugal (1)	64.3	1.3	5.2	28.7	0.1	0.5	0.0
Rumänien	14.1	64.6	0.1	20.9	0.0	0.3	0.0
Slowenien	1.5	70.4	13.3	13.8	0.0	0.9	0.0
Slowakei	6.6	62.6	0.0	26.9	1.0	2.9	0.0
Finnland	58.6	15.7	2.3	20.1	1.1	2.2	0.0
Schweden	81.4	0.0	0.2	17.4	0.2	0.7	0.0
Ver. Königreich	:	:	:	:	:	:	:
Island	52.7	29.3	0.0	16.6	1.4	0.0	0.0
Norwegen (2)	70.6	13.1	0.0	16.1	0.0	0.2	0.0
Schweiz	18.9	40.8	8.8	30.5	1.0	0.0	0.0
Australien (1)	69.0	0.0	8.5	19.2	0.3	3.0	0.0
Kanada (1)	68.1	1.5	13.5	15.5	0.0	1.5	0.0
Japan (1)	8.5	72.0	2.5	16.0	0.0	1.0	0.0
Korea (1)	12.4	47.1	5.5	34.2	0.7	0.1	0.0
Neuseeland	71.0	9.4	4.8	13.4	1.3	0.0	0.0
Ver. Staaten	5.8	43.2	34.4	12.9	3.6	0.2	0.0

(1) 2008 (2) 2007  
Quelle: Eurostat, Online-Datencode: hlth\_sha\_hf

Abbildung 3



kungen der Krise werden in Deutschland vermutlich erst auf sehr viel längere Sicht hin spürbar sein.

3. Eine weitere Frage ist, ob die nationalen Gesundheitsminister fortan ihre Reformen sowohl mit dem jeweiligen Finanzminister als auch mit der Europäischen Kommission besprechen müssen. Die Möglichkeit besteht, allerdings ist dieses Phänomen schon länger bekannt. Seit Beginn des Stabilitäts- und Wachstumspakts wird bei der Einhaltung der Stabilitätskriterien auch der Finanzierungssaldo der Sozialversicherungen herangezogen. Durch die Verschärfung aufgrund des Fiskalpakts und des „Europäischen Semesters“ ist dieser Druck noch einmal erhöht worden. Neu dürfte jedoch sein, dass der restriktive Einfluss der Finanz- und Fiskalpolitiker auf beiden politischen Ebenen steigen wird und damit möglicherweise auch der Versuch, stärker auf die grundsätzliche Ausrichtung von Gesundheitssystemen Einfluss zu nehmen, d.h. auf ihr institutionelles Design oder auf grundsätzliche Fragen der Finanzierung. Dies könnte durch neue Regeln der wirtschaftlichen Überwachung auf EU-Ebene durchaus geschehen, muss es aber nicht. Denn ob sich Einfluss in tatsächliche Politik übersetzt, ist immer auch eine politische und politisch zu entscheidende Frage.

4. Wahrscheinlich wird eine sich verschärfende Debatte über steigende Versorgungsdisparitäten in der EU entstehen, die gekoppelt ist an zunehmende Wanderungsbewegungen der Leistungserbringer und verbunden mit einer Debatte über Ausgleichszahlungen zur Aufrechterhaltung einer angemessenen Gesundheitsversorgung in allen Regionen respektive Ländern der EU. Eine sich erheblich verstärkende sozioökonomische Spaltung des Kontinents ist zu erwarten. Hier könnte sich eine neue finanzielle Dimension eröffnen, die jedoch vermutlich nicht mit dem Abfluss von inhaltlichen Gestaltungskompetenzen verbunden sein wird. Sie wird allerdings zum einen verbunden sein mit Zweckbindungen der finanziellen Mittel in den Empfängerländern und sicher mit einer Neudiskussion und Neudefinition der Strukturfonds als finanziellem Instrument zum Ausgleich infrastruktureller Defizite unterfinanzierter oder unterversorgter Gesundheitswesen einhergehen.

5. Ein internationaler Austausch über mögliche Effekte der Finanzkrise auf den Sozialsektor ist deutlich zu erkennen, nicht nur auf der Ebene der EU mit ihren pluralen Orten der Diskussion und Politikformulierung. Offen ist, welche Ergebnisse dieser Austausch hervorbringen wird. Prozesse des Lernens, der Politikdiffusion und des Ideenimports finden unter den nach Brüssel entsandten Ministeriumsmitgliedern durchaus statt; im nationalen Kontext haben sich diese Ansätze allerdings noch nicht durchgesetzt. Die Chancen der Umsetzung von Lern- und Sozialisationsprozessen, die Brüsseler Gesandte in den EU-Institutionen erfahren, in nationale Diskussions- und Politikprozesse, dürfen eher skeptisch beurteilt werden – das zeigen nicht zuletzt die innerdeutschen Erfahrungen im Umgang mit der OMK.

### 3. Was sagen die Dokumente?

Uneinheitliche Erkenntnisse über künftig zu erwartende Politikentwicklungen bleiben auch nach einer Analyse von Schlüsseldokumente aus den Jahren 2010 bis 2012 bestehen.

Überdeutlich ist in den Dokumenten der Dreiklang aus a) der Aufforderung zur Rückführung der gestiegenen Staatsschuldenstände, b) der Ausrichtung makroökonomischer Politiken auf Stabilität sowie c) dem Postulat, dass Strukturreformen Wachstum fördern sollen. Allgemein herauslesen lässt sich auch der die Einrede des Finanzierungsvorbehalts, den sich die Kommission gegenüber politischen Projekten der Mitgliedstaaten zuschreibt. Es kann zudem der allgemeiner Aufruf zu Strukturreformen der sozialen Sicherungssysteme ausgemacht werden, nicht selten verbunden mit dem Appell, staatliche Ausgaben zu kürzen. Dennoch scheinen die Neigungen der Kommission, des Europäischen Rates oder des ECOFIN-Rates, zu direkten Kürzungen aufzurufen, eher gebremst zu sein. Der Grundtenor aller Dokumente ist, dass die Sozialsysteme gleichzeitig nachhaltiger, armuts- und demographiefester, wachstums- und beschäftigungsfreundlicher auszugestalten seien. Solche Formulierungen sind indes schon lange aus den Dokumenten der Kommission, des ECOFIN-Rates oder aus den Schlussfolgerungen des Europäischen Rates bekannt. Im Hinblick auf die Terminologie und die Argumente gibt es in Brüssel keine großen Änderungen. So vorsichtig die Aufforderungen zur Sozialreform sind, so wenig ambitioniert sind auch die Aussagen zur Stärkung der sozialen Dimension der EU und zur Stärkung der sozialen Kohärenz.

Darüber hinaus wird bei der Dokumentenanalyse rasch deutlich, dass die Rentenpolitik sehr viel mehr als die Gesundheitspolitik in den Fokus der Europäischen Kommission und des Europäischen Rates geraten zu sein scheint. Dies zeigt sich beispielsweise bei den Schlussfolgerungen der Staats- und Regierungschefs der Eurozone vom 11. März 2011,<sup>6</sup> in denen ausschließlich die Nachhaltigkeit der Alterssicherungssysteme thematisiert wird. In den Empfehlungen des Rates zum Nationalen Reformprogramm Deutschlands 2012 wurde von der Bundesregierung auf Maßnahmen im Gesundheitswesen hingewiesen, die in die Wege geleitet worden seien, „um die Effizienz der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen zu erhöhen“ – und es werden diesbezüglich „zusätzliche Anstrengungen zur Erhöhung der Effizienz im Gesundheitswesen“ in Aussicht gestellt.<sup>7</sup> Eine substantiellere Reaktion, so diese denn nötig gewesen wäre, findet sich hinsichtlich des deutschen Gesundheitswesens nicht.

Mit Blick auf die Gesundheitswesen- und hier auch und vor allem auf das deutsche Gesundheitswesen – fallen angesichts multipler künftiger Kostentreiber, eher Begriffe wie „Wachstumsbranche“ oder „Zukunfts- und Demographiefestigkeit“, so etwa im Kommissionsdokument zur „Stärkung der wirtschaftspolitischen Koordinierung“ vom Juni 2010.<sup>8</sup>

Auch der Ausschuss für Sozialschutz vermerkte im Februar 2012 in einer Übermittlung für den Ausschuss der Ständigen Vertreter, mit dem „Programm für Gesundheit und Wachstum 2014-2020“ werde „das Potential des Gesundheitssektors als Motor für Wirtschaftswachstum und die Schaffung von Arbeitsplätzen hervorgehoben“.<sup>9</sup> Protagonisten des Sozialen sehen offenbar in der Betonung dieser Aspekte ein Rechtfertigungsmoment, um den Gesundheitssektor vor allzu restriktiven Zugriffen zu schützen.

<sup>6</sup> Schlussfolgerungen der Staats- und Regierungschefs der Mitgliedstaaten des Euro-Währungsgebiets, 2011.

<sup>7</sup> Europäische Kommission, Empfehlungen des Rates zum Nationalen Reformprogramm Deutschlands 2012 und Stellungnahme zum Stabilitätsprogramm Deutschlands für die Jahre 2012-2016, KOM (2012) 305.

<sup>8</sup> Europäische Kommission, Stärkung der wirtschaftspolitischen Koordinierung für Stabilität, Wachstum und Beschäftigung – Instrumente für bessere wirtschaftspolitische Steuerung der EU, KOM(2010) 367.

<sup>9</sup> Rat der Europäischen Union, Vorrangige Maßnahmen in den Bereichen Beschäftigungs- und Sozialpolitik: politische Leitlinien für 2012 – Billigung der Stellungnahme des Ausschusses für Sozialschutz zum Jahreswachstumsbericht 2012, 2012, RAT 5851/12.

([http://www.parlament.gv.at/PAKT/EU/XXIV/EU/07/17/EU\\_71728/imfname\\_10017524.pdf](http://www.parlament.gv.at/PAKT/EU/XXIV/EU/07/17/EU_71728/imfname_10017524.pdf))

Die Mitteilung der Kommission zu „Europa 2020“<sup>10</sup> vom 3. März 2010 wiederum ist ein Muster an Mehrdeutigkeit und Unklarheit. Zwar heißt es dort, man müsse „die Effizienz der Leistungssysteme prüfen“, damit „Arbeit sich lohnt“. Ferner müsse die „haushaltspolitische Konsolidierung“ mit „weitreichenden Strukturmaßnahmen insbesondere auf den Gebieten der Altersversorgung, des Gesundheitswesens und des sozialen Schutzes“ einhergehen. Im selben Dokument folgen Appelle, eine höhere Inklusivität und Zugänglichkeit der Gesundheitssysteme zu gewährleisten und diese gleichzeitig als Wachstumsmotoren zu nutzen. Das mag der Vorstellung geschuldet sein, in Zeiten einer solch exceptionellen Krise könnten zu harsche Rhetorik ebenso wie zu harte Einschnitte kontraproduktiv sein, und es mag damit zusammenhängen, dass man eher auf der Suche nach Wegen ist, eine gerechtere Verteilungswirkung der Folgen der Sparprogramme zu gewährleisten. Dafür nimmt die Kommission offenbar auch ein hohes Maß an sprachlicher Ambiguität in Kauf.

Sehr aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang die Mitteilung des Rates „Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz“<sup>11</sup> nach seiner Tagung vom Juni 2012, denn dort kommt der Kampf um Kompetenzen und Definitionsmacht zwischen ECOFIN-Rat und eben dem Rat für Beschäftigung zum Ausdruck. Der Rat für Beschäftigung sprach sich gegen ein zu weitgehendes Mandat der Kommission und für eine ausgeprägtere Kooperationsbereitschaft der Kommission bei der Ausarbeitung der länderspezifischen Empfehlungen aus. Zugleich votierte der Rat dafür, Fragen wie Renten, Lohnpolitik, Steuer- und Abgabenbelastung der Arbeit in der alleinigen Zuständigkeit des Rates für Beschäftigung zu belassen.

Zusammenfassend lässt sich schließen, dass der Gesundheitssektor in allen recherchierten Dokumenten, wenn überhaupt, nur eine Nebenrolle spielt.

<sup>10</sup> Europäische Kommission, EUROPA 2020 – Eine Strategie für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum, KOM (2010) 2020.

<sup>11</sup> Rat der Europäischen Union, Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2012, 11386/1/12 REV 1.

#### 4. Solidarität und Subsidiarität

Solidarität ist, jedenfalls in dem ursprünglichen Sinne des Wortes, in diesen schwierigen Zeiten der EU eine knappe Ressource. Man kann zwei praktische Dimensionen von Solidarität unterscheiden; einerseits die direkte finanzielle Umverteilung, andererseits der finanzielle Kompetenztransfer auf die supranationale Ebene, der oft mit Verteilungs- und Umverteilungswirkungen verbunden ist. Im ersten Fall wird Solidarität untereinander geübt, im zweiten Fall wird v.a. aus Sicht der Kommission der Zusammenhalt durch Harmonisierung und Supranationalisierung gestärkt. Man zeigt hier Solidarität mit „Europa“.

Die wie erwähnt bestehende Möglichkeit zunehmender Transferzahlungen innerhalb der EU, um eine angemessene und vergleichbare Versorgungsinfrastruktur zu schaffen, erfordert eine hohe Solidaritätsbereitschaft seitens der Zahler. Das dürfte in europapolitischen „Normalzeiten“ angesichts des hohen Werts des „Guts Gesundheit“ keine größeren kommunikativen Probleme bereiten, aber sicher auch kein politischer „Selbstläufer“ sein. In Krisenzeiten indes steht die Initiierung dieses neuen Solidaritätsdiskurses vor weitaus größeren Hürden. Die Vorstellung vom „Gut Gesundheit“ und die moralisch begründete Position, dass alle Bürgerinnen und Bürger der EU einen angemessenen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsschutz erhalten sollten, bergen in sich den Aufruf, hierfür eine stärkere finanzielle Umverteilung von den reicheren zu den ärmeren Ländern in Kauf zu nehmen.

Bezogen auf den zweiten Fall, den Kompetenztransfer in Richtung Brüssel, scheinen komplexere Probleme aufzutreten. Es ist häufig unklar, auf welches Problem die Kommission mit mehr Eingriffsrechten zu reagieren trachtet, über welche Eingriffs- und Gestaltungsrechte sie auf gesundheitspolitischem Gebiet wirklich verfügen möchte und zu welchem Zweck. Nicht abzustreiten ist hingegen, dass die Kommission bei jedem ihrer Schritte argwöhnisch von den nationalen Gesundheitspolitikern bäugt wird. Klar ist indes auch, dass der vertragliche Sperrriegel zum Schutz der nationalen Gesundheitswesen eigentlich nur ein Sedativum für die nervösen Regierungen ist. Dies zeigt die ständige Suche der Kommission nach nach Möglichkeiten, diese Schranke zu umgehen, nur zu deutlich.

Wer eine europäische Sozialpolitik anstrebt, die sich nicht nur auf Randbereiche des Sozialen beschränkt, sondern sich im Sinne einer Imitation nationalstaatlicher Tiefenintervention in das Staat-Bürger-Verhältnis auf Verteilungs- und Umverteilungsfragen ausdehnt, sieht sich mit EU-Bürgern konfrontiert, die sehr wählerisch sind und zumindest abstrakt Rolle und Reichweite von EU-Politik anzugeben in der Lage sind. In den Eurobarometer-Umfragen antworten die danach Befragten, welche Politikbereiche „national“ oder „europäisch“ entschieden werden sollten, regelmäßig mit großer Mehrheit, dass die Bereiche „Fighting Unemployment“ (57 %), v.a. aber „Health“ (62 %), „Educational System“ (63 %), „Social Welfare“ (65 %), „Taxation“ (69 %) und „Pensions“ (71 %) ausschließlich auf nationaler Ebene entschieden werden sollten.<sup>12</sup> Allerdings zeichnet sich auch ab, dass die neuen Mitgliedstaaten eher geneigt sind, in diesen Politikfeldern der EU eine größere Rolle zuzubilligen. Dort sprechen sich mehr Bürgerinnen und Bürger für gemeinsames europäisches Entscheiden aus als in den „alten Ländern“, jedoch bleiben die Zahlen der Befürworter auch hier stets unter 50 Prozent. Überdurchschnittlich hohe Anteile von Befürwortern einer alleinigen nationalen Zuständigkeit in den besagten Politikfeldern lassen sich regelmäßig in den skandinavischen Ländern finden, aber auch in den Niederlanden, Frankreich, Österreich, Großbritannien und mit Abstand auch in Deutschland. Die nationalen Grenzen, so lässt sich hieraus vorsichtig schließen, sollen gemäß dieser Umfragen nach wie vor manifeste Grenzen der Umverteilung bleiben. Innerhalb der nationalen Sozialräume scheinen daher Umverteilungszumutungen sowie Fragen intergenerationalen Ausgleichs oder solche der sozialen Dienstleistungen nicht nur unumstrittener zu sein, sondern auch auf Akzeptanz- und Gemeinschaftlichkeitsreserven zurückgreifen zu können, die die EU noch nicht mobilisieren kann. Die nationalen Grenzen der Verteilungs- und Umverteilung sind daher nicht nur Grenzen der europäischen Kommunikation und Interaktion, sie spiegeln darüber hinaus sozialpolitische Verständigungsdebatten nach innen in die Sozialverbände hinein und verfestigen dadurch nationale Referenzrahmen.

Was können wir daraus folgern? Die Einstellung der EU-Bürgerinnen und -Bürger zur Integration scheint mehrheitlich eher utilitaristisch denn emotional geprägt zu sein. Sie ist offenbar bestimmt vom Gedanken einer Verbesse-

<sup>12</sup> Europäische Kommission, Eurobarometer 73, Public Opinion in the European Union, 2010, Vol. 1, 203-216.

rung der eigenen Position entlang eines kühlen Interessen- und Nutzenkalküls von grenzenlos reise- und niederlassungsberechtigten Wirtschafts- und Konsumbürgern und weniger vom Pathos der Neubürger in einem europäischen Neustaat. Ein Blick in das Eurobarometer zeigt genau dieses Bild: Auf die Frage „Was bedeutet die Europäische Union?“ antworten unverändert 45 Prozent der Befragten: „Die Freiheit, überall innerhalb der EU reisen, studieren und arbeiten zu können.“ Die Kategorien, die im Allgemeinen als normative Monstranzen der EU vorangetragen werden – „Frieden“, „Demokratie“, „Kulturelle Vielfalt“ und „Mehr Mitsprache in der Welt“ – rangieren dagegen mit jeweils 20 Prozent (oder weniger) weit dahinter – ganz zu schweigen von der Antwortmöglichkeit „Soziale Absicherung“, die mit 9 Prozent auf dem vorletzten Platz landet.<sup>13</sup>

Im Special Eurobarometer 377 zu „Employment and Social Policy“, der im Dezember 2011 veröffentlicht wurde, kann man zudem erkennen, dass der Anteil derjenigen, die die Rolle der EU auf dem Gebiet der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik positiv beurteilen, in allen EU-Ländern deutlich gesunken ist.<sup>14</sup> Auf sozialpolitischem Gebiet hat die EU in den Bevölkerungen damit erheblich an Ansehen verloren. Ferner darf die emotionale Bindung der Bürgerinnen und Bürger an ihre Gesundheitswesen nicht unterschätzt werden. Hinzu kommen kulturelle, sprachliche und auch finanzielle Bindungen. Vorstellungen einer Sozialunion scheinen daher von den Interessen der Bürgerinnen und Bürger der EU, jedenfalls der Mehrheit derselben, zu stark zu abstrahieren. Karl Marx stellte in seiner 1844 erschienenen „Einleitung zur Hegelschen Rechtsphilosophie“ fest: „Es genügt nicht, daß der Gedanke zur Verwirklichung drängt, die Wirklichkeit muß sich selbst zum Gedanken drängen.“<sup>15</sup>

Zusammenfassend kann geschlossen werden: Die Solidaritätsbereitschaft der Bevölkerung in den Kernbereichen der sozialen Sicherheit nebst der Bereitschaft, hier substantielle Kompetenzen an die EU abzutreten, ist in der Mehrheit der Mitgliedstaaten eher gering. Sofern es nicht gelingen wird, einen neuen Solidaritätsdiskurs innerhalb der EU zu initiieren, werden Regierungen

<sup>13</sup> Standard-Eurobarometer 75, Die öffentliche Meinung in der Europäischen Union, Frühjahr 2011.

<sup>14</sup> Europäische Kommission, Special Eurobarometer 377, Employment and Social Policy, 2011, 161.

<sup>15</sup> Karl Marx, Zur Kritik der Hegelschen Rechtsphilosophie. Einleitung [1844], zit. n. MEW, Bd. 1, Berlin 1956, 378-391, Zitat 386.

hierauf Rücksicht zu nehmen haben. Auch die EU wird nicht umhinkommen, substantielle Begründungen dafür zu liefern, dass und welchen Mehrwert eine Supranationalisierung von Kompetenzen tatsächlich mit sich bringen würde.

## 5. Ausblick

Ein Ausblick bezüglich der gestellten Frage kann in fünf Aussagen gegliedert werden:

1. Die europäischen Programme zur Haushaltsüberwachung und zur makroökonomischen Koordinierung auf der einen Seite und die nationalen Verschuldungs- und Entschuldungsprogramme auf der anderen Seite setzen einen wenig komfortablen Rahmen für die nationalen Gesundheitswesen. Wie sich dieser Rahmen in konkrete Reformen auf nationaler Ebene übersetzt, ist schwer zu verallgemeinern. Hier kommt es auf die ökonomische Leistung eines Landes an, aber auch auf die Art der Finanzierung des jeweiligen Gesundheitswesens, vielleicht auch auf die ideologische Ausrichtung der jeweiligen Regierung.

2. Gesundheitswesen sind im Allgemeinen schwer zu reformieren. Daher werden Regierungen nach wie vor sehr gute Begründungen liefern müssen, wenn sie bei den Leistungen oder bei den finanziellen Belastungen umfassende Änderungen herbeiführen wollen. Zweifelsohne „hilft“ hier Druck von außen in Gestalt von Auflagen. In „Normalzeiten“ hingegen sind Kürzungspolitiken in Gesundheitswesen politische Balanceakte. Dieses Argument soll darauf verweisen, dass einem zügellosen Ausgreifen der Finanzpolitik auf die Gesundheitspolitik sicher Grenzen gesetzt sind.

3. Die EU-Ebene sendet bislang widersprüchliche Signale: Zum einen werden Gesundheitswesen als Wirtschafts- und Wachstumsbereiche geadelt und ihre Rolle angesichts des demographischen Wandels wird hervorgehoben. Zum anderen werden Brüsseler Debatten durch einen finanz- und haushaltspolitischen Duktus dominiert, der auf Entschuldung, Budgetkontrolle und Wiedererlangung von Wettbewerbsfähigkeit zielt. Es ist nicht verwunderlich, dass Sektoren mit solch hohen und EU-weit steigenden Ausgabenposten in



den Blick genommen werden – vor allem wenn es sich um mit öffentlichem Geld finanzierte Leistungsprogramme handelt. Zum dritten werden an die Gesundheitssysteme stärkere Erwartungen in Richtung mehr Effizienz und Produktivität gerichtet. Dies ist an sich kein falscher Denkansatz, geht es doch stets auch um den effizienten und effektiven Umgang mit öffentlichem Geld und die an politische Kreativität appellierende Frage, wie mit gegebenem oder sogar sinkendem Ressourceneinsatz ebenso gute (oder gar bessere) Gesundheitsergebnisse erzielt werden können. Geht man davon aus, dass die Auswirkungen der Finanzkrise die nationalen Regierungen (wenn auch in unterschiedlicher Weise) noch länger beschäftigen werden, dann werden Maßnahmen der Effizienzsteigerung umso wichtiger, um die fundamentalen Ziele von Gesundheitswesen auch in Zeiten der Austerität erreichen zu können.

4. Die beiden sozialpolitischen Generaldirektionen haben sich bis jetzt eher verhalten in den politischen Debatten gezeigt. Die gesundheitspolitische Agenda der DG SANCO scheint in den kommenden Jahren ohnehin in einem erheblichen Maße von Public Health bestimmt zu sein.<sup>16</sup> Schärfer ausgedrückt: Wer sich sozialpolitisch äußert, sind eher die Generaldirektionen „Binnenmarkt“ sowie „Wirtschaft und Währung“. Sozial- und Gesundheitspolitik scheinen ideologisch und politisch mittlerweile einen schweren Stand auf EU-Ebene sowie im Kollegium der Kommission zu haben und ihre Definitionsmacht nur mühsam zu halten.

5. Es ist immer noch ein weiter Weg von der ausgesprochenen Empfehlung bis zur tatsächlichen Sanktion bei Nichtbefolgung. Es bleibt also abzuwarten, welchen Grad an tatsächlicher und durchzusetzender Verbindlichkeit die neuen europäischen Überwachungsmechanismen und Prärogative wirklich zu entwickeln vermögen. Alles in allem kann man schließen, dass eine Verschiebung politischer Gestaltungsmacht nach Brüssel zu sehen ist, dass sich rechtlich hingegen an den Kompetenzverteilungen zwischen EU und Mitgliedstaaten wenig ändern wird. Dies heißt allerdings nicht, dass nicht auf nationaler Ebene das gesundheitspolitische Klima rauer werden kann, und zwar auch in den reicheren EU-Staaten.

<sup>16</sup> Europäische Kommission, EU Health Programme – Selected Projects, 2012.

6. Ein frommer, aber nahe liegender Wunsch zum Schluss: Was immer Politik und Verwaltung im Gefolge der Finanz- und Schuldenkrise und in Zeiten hochgradiger Zukunftsunsicherheit zu tun gedenken – es sollte sich nicht in kurzfristigen Einsparungen erschöpfen und konsistent mit den fundamentalen Zielen von Gesundheitssystemen bleiben.

### **Abstract**

It becomes more and more evident how and to what extent the European fiscal and debt crisis and the subsequent restraints imposed on the beneficiary countries threaten their health systems. In this chapter, the sovereign governance of national health systems will be assessed in the light of the cost-cutting efforts that have been implemented.

Despite a presumably detrimental transfer of regulatory power towards “Brussels” (health policy debates are marked by financial restrictions), further debates will arise, e.g. around the issue of regional and cross-border disparities in the quality of care or about the adequate level of health care provision within the EU. However, this will not be tied to any significant transfer of power since the general public’s disposition for solidarity in the area of social security as well as the general willingness to transfer substantial competencies to the EU is very low.

This is why the principle of subsidiarity in health policy is not significantly endangered – inasmuch as this subsidiarity is more than fiction in the first place. Whether and to what extent the authority of the Ministers for Economics and Finances will increase both at national and EU level needs to be more carefully assessed. Ultimately, this will show which reforms are directly linked to the financial and debt crisis.

### 3 The EU crisis reaction and its consequences

*Michael Schönstein, OECD Health Division, Paris*

#### Zusammenfassung

Als Reaktion auf die akute Bedrohung der Refinanzierung von Staatsschulden in den GIIPS-Ländern haben die EU-Länder verschiedene finanzielle Unterstützungsmaßnahmen für betroffene Länder eingerichtet. Diese Maßnahmen werden unter der Bedingung verstärkter Haushaltsdisziplin geleistet, wie sie u.a. im Stabilitäts- und Wachstumspakt vereinbart sind. Diese Entwicklung markiert somit den Übergang der EU-Krisenreaktion vom Paradigma des Stimulus zum Paradigma der Austerität.

Die Gesundheitspolitik scheint in diesem Zusammenhang in zahlreichen Ländern vor einer Liquiditätsfalle zu stehen. Konsolidierungsbemühungen können hier im Wesentlichen durch drei Instrumente herbeigeführt werden: die Finanzierung bzw. Beitragsgestaltung, Preise und Investitionen sowie Volumen. Im Bereich Finanzierung haben einige Länder durch die Erhöhung von Beiträgen bzw. Steuern und auch durch die Erhöhung privater Zuzahlungen versucht, einen Konsolidierungsbeitrag zu erzielen. Im Bereich der Preisgestaltung stellten vor allem Gehaltskürzungen und Produktpreise unmittelbar haushaltswirksame Maßnahmen dar. Darüber hinaus wird deutlich, dass in einigen Ländern auch massiv Investitionen gekürzt wurden. Im Bereich der Mengensteuerung haben, soweit bisher sichtbar, weniger Länder Maßnahmen ergriffen.

Weitere Konsolidierungen sind zwar vorgesehen, die einfachen Maßnahmen, vor allem im Bereich Preise und Investitionen, dürften aber bald erschöpft sein, obwohl die Krise weitere Auswirkungen haben wird.

This impulse paper focuses on the economic environment, paying particular attention to fiscal issues. It is organized as follows: First, it gives a brief overview of the crises to clarify what exactly is in focus and outlines the policy reaction to the different crises; it discusses the consequences for health policy in several countries. It concludes with an outlook on possible issues arising in the next couple of years.

### **1. What crisis? Which response?**

What sets the current crisis apart from others is the complexity and depth of it. To illustrate the complexity, consider the different crises that accumulate to today's situation. Global economic imbalances lay at the foundation of the crisis, with some countries exporting goods and capital, such as Germany and China, and others accumulating goods and capital imports, such as the United States. The 2007-08 banking crisis forced governments to intervene in financial markets, while the following economic crisis required stimulus packages in many countries, ultimately also leading to a public debt crisis in several countries. In short, every area of economic activity is touched by the current crisis, thus making a very complex scenario. What matters for the later view on the impact on health policy, is that the situation we are in did not come about suddenly. It developed gradually and it is largely a consequence of policy decisions taken earlier.

However, the crisis is not just very complex but also very deep. In fact, it is a deeper crisis than ever recorded before and it is safe to say that the world is currently facing the most severe economic crisis in decades, and it looks like developed countries will get out of this recession significantly poorer than when they went in (see figure 1, p. 83).

Even this may understate the effects. Even at the height of the oil crisis in the 1970s, only 11 OECD countries experienced negative economic growth. At the moment, every single OECD country has negative growth and it seems that they cannot export their way out of recession because no one is buying. The recession will therefore be deeper and longer lasting than previously thought.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> OECD (2012), OECD Economic Outlook, vol. 2012/1, OECD Publishing (doi: 10.1787/eco\_outlook-v2012-1-en).

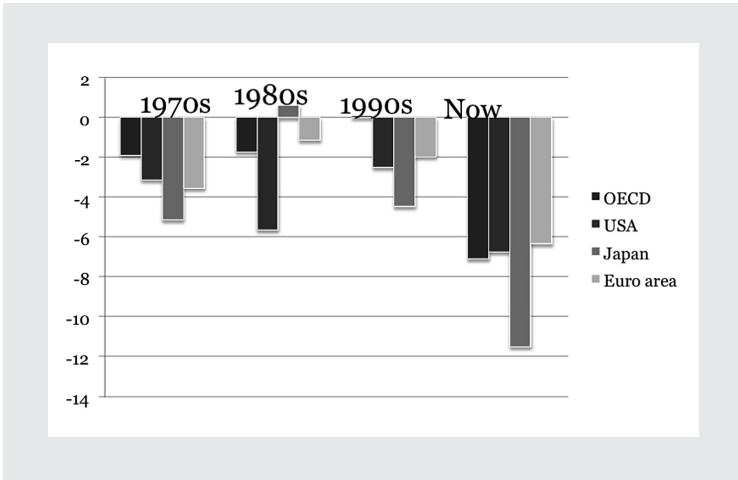


Figure 1: Growth in GDP during the worst recession in each decade; Source: OECD Statistics, 2012

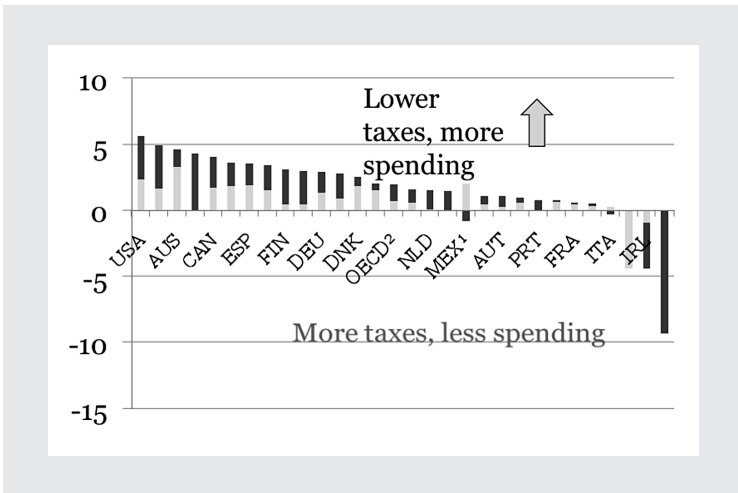


Figure 2: Cumulative fiscal stance until 2010 as per cent of GDP; Source: OECD Factbook 2010

The chart shows the effects of the stimulus packages that governments have been rushing to implement.<sup>2</sup> The idea was to boost the economy by raising

<sup>2</sup> OECD (2010), OECD Factbook 2010: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing (doi: 10.1787/factbook-2010-en).

fewer taxes, spending more and borrowing more. The figure also shows how much more money governments have been putting into the economy: 6 per cent of GDP in the US, around 3 per cent in most countries.

This is why those of us who work in the public sector have hardly noticed the recession at first. Not only has public spending not been reduced, it has actually increased. A few stimulus packages did increase health spending, either by replacing health insurance contributions with money from the general budget, or by accelerating health infrastructure investments.

The problem is that this cannot go on forever. In 2010, for every 4 Euros the government spent, only 3 Euros came from taxes, the rest was borrowed. At some point, people will stop buying government debt because they won't trust the government's ability to repay it. And indeed investors decided the collapse of their economies was so serious that they stopped lending to government. Many OECD governments therefore had to cut spending – including health spending and severely increase taxes. This may happen to some other countries. Even if it doesn't, once this initial stage of 'spend spend spend' was over, health budgets are expected to be under pressure eventually.

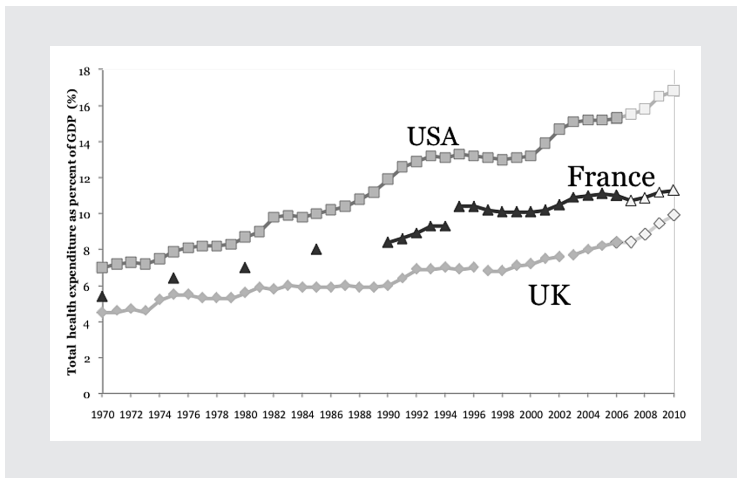


Figure 3: Health spending as a share of GDP; Source: OECD Health Data, 2012

Figures 3 and 4 illustrate why health budgets can be expected under pressure.<sup>3</sup> It shows the amount of GDP that goes to the health sector, be it public or private. And of course, this share has gone up everywhere, severely in the US (from 7% to over 15% since 1970), but it has doubled in the UK and in France as well. Assuming that real health spending continues to grow at the same rate as in the past 4 years while at the same time GDP is shrinking, the result is a dramatic surge in the amount of health spending as a per cent of the economy in some countries.

At the same time, debt levels are increasing, because fiscal expansion was necessary to save the banking sector as well as to stimulate the real economy while GDP shrank. This is illustrated by a few examples depicted in figure 4. It shows general government gross financial liabilities as a percentage of GDP in October 2012. At that time, Germany and Spain had very similar debt to GDP ratios, at around 90 per cent of GDP. The UK and France were on a similar level as well, at close to 110 per cent of GDP. Ireland and Portugal had similar levels around 130 per cent of GDP, whereby Ireland is coming from a more modest trajectory. Greece was a case apart, with debt levels of 180 per cent of GDP.

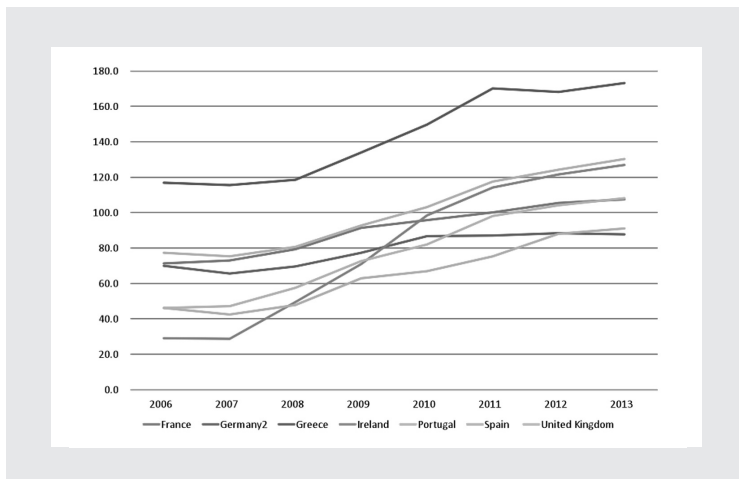


Figure 4: General government gross financial liabilities as per cent of GDP; Source: OECD Economic Outlook 91 Database, 2012

<sup>3</sup> OECD Health Database, 2012 (available at <http://www.oecd.org/statistics/>).

Rising debt levels become unsustainable even in the short term. Interest rate spreads have decoupled from historic averages, adding to high debt level, which makes those debt levels unsustainable. This is one reason why the bond market plays such an important role: it renders the rolling over of debt more and more expensive, independent of the historical averages and of the debt level. This has important consequences for health budgets.

To help finance public debt, the EU crisis response was to set up support funds in addition to existing lending capacity (IMF). However, use of these funds comes with strict austerity conditions imposed by the lenders. ECB bond purchases are tied to this as well (the “Troika”, comprising EU, ECB, IMF).<sup>4</sup>

## 2. Consequences for health policy

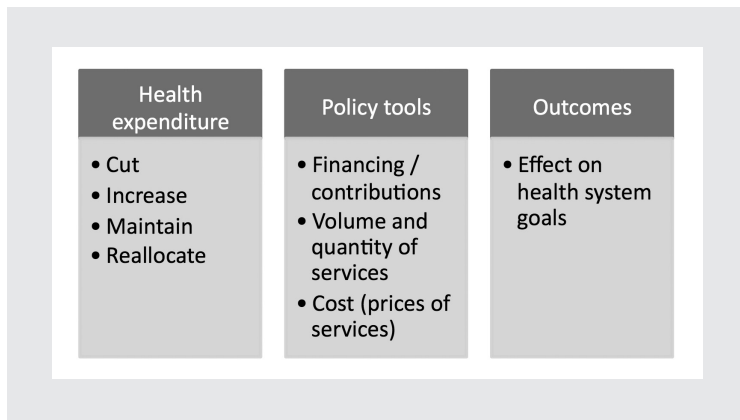


Figure 5: **Health policy responses**; Source: adapted from Mladovsky, P. et al., Health Policy in the Financial Crisis, in: Eurohealth 2012; 18 (1), 3-6

Mladovsky et al (2012) outline a framework to analyse how health expenditure is connected with health outcomes.<sup>5</sup> Generally, health expenditure can be cut, maintained, increased or reallocated (for example, from public to

<sup>4</sup> OECD (2012), OECD Economic Outlook, Vol. 2012/1, OECD Publishing (doi: 10.1787/eco\_outlook-v2012-1-en).

<sup>5</sup> Mladovsky, P. et al., Health Policy in the Financial Crisis, in: Eurohealth 2012; 18 (1), 3-6.



private). The tools governments can employ to achieve this are either on the financing side or on the expenditure side. On the financing side, contributions to health insurance or taxes may be raised or lowered. The expenditure side has two features: first, prices can be raised or lowered and/or, second, volumes can be increased or decreased. Most countries have experiences in all of these areas as a result of cost containment efforts in the past. What is different now is the size of the adjustment. Through these tools, then, health expenditure impacts on health outcomes.

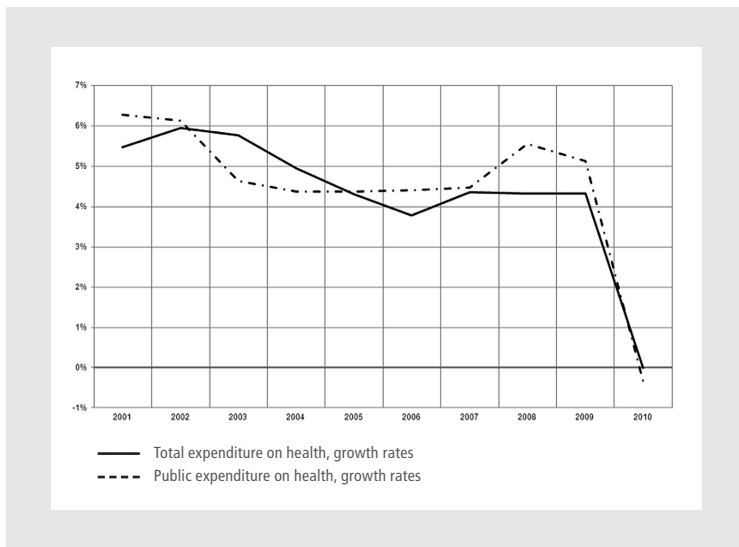


Figure 6: Average OECD health expenditure growth rates in real terms, 2000 to 2010, public and total; Source: OECD Health Data 2012

Health spending slowed markedly or fell in many OECD countries after many years of continuous growth, according to OECD Health Data 2012. As a result of the global economic crisis which began in 2008, a zero growth in health expenditure was recorded on average in 2010, and preliminary estimates for 2011 suggest that low or negative growth in health spending will continue in many of the countries for which data is available. The nil average growth rate, in real terms, in 2010 differs from the health spending growth of

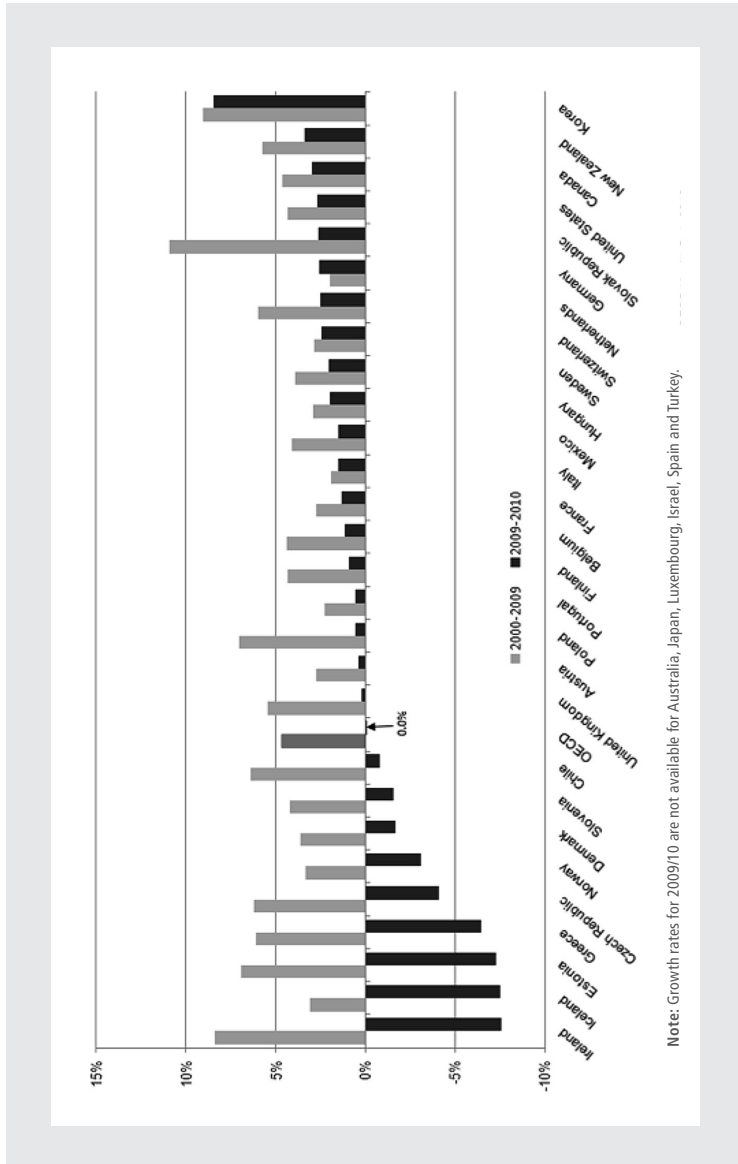


Figure 7: Average annual growth in health spending, real terms, 2000-2010; Source: OECD Health Data 2012

4.1 per cent in 2009 and an annual average growth of 4.8 per cent over the whole period 2000-2009 (Figure 1), when health spending continually outpaced economic growth resulting in an ever-increasing share of GDP. In 2010, health spending accounted for 9.5 per cent of GDP on average across OECD countries, compared with 9.6 per cent in 2009, when a sudden jump in the ratio occurred as overall economic conditions deteriorated.

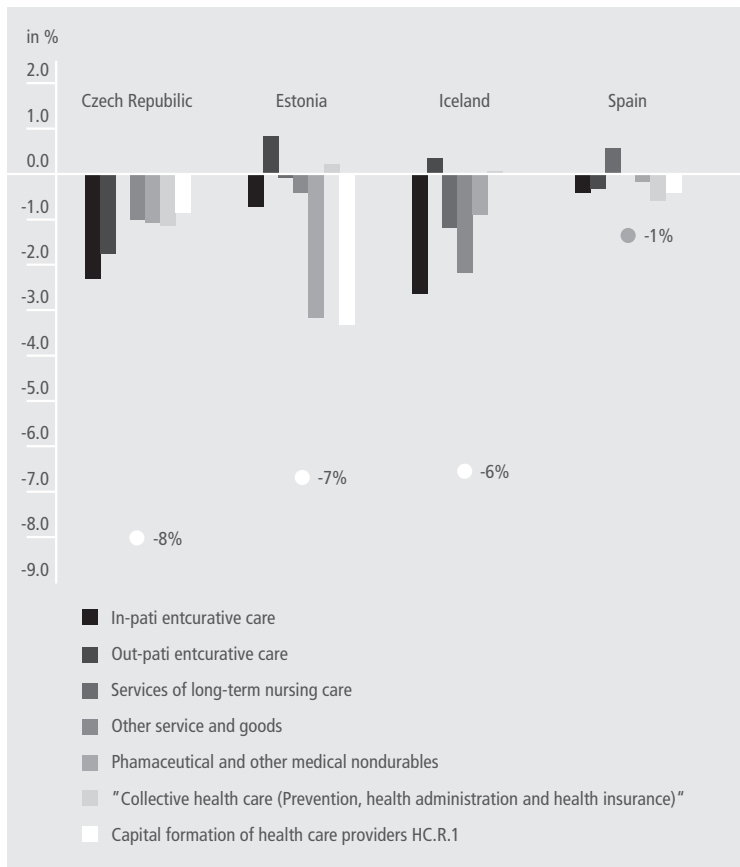


Figure 8: Contributions to negative growth of health expenditure in 2010; Source: OECD Health Database 2012

Figure 8 offers a more in-depth picture of the situation in different OECD countries.<sup>6</sup> It shows the average annual growth in health spending from 2000 to 2009 compared to the growth in health spending in the year 2009 to 2010. Almost everywhere spending growth has decreased rather dramatically. To the left of the average, it has been negative, i.e. in these countries spending decreased. To the right of the average spending has slowed. It still increased but at a much lower rate than before.

Given that public funds account for around three-quarters of total spending on health on average across the OECD, and in the context of the pressure to reduce public deficits, the analysis centres around the question which areas of public spending on health have been most affected for a group of OECD countries that have experienced negative or significantly reduced growth.

This section is based on a forthcoming working paper which presents the effect of health expenditure changes in different OECD countries in far greater detail.<sup>7</sup> As such a detailed discussion would be beyond the scope of this paper, only a few countries, whose data were already available in October 2012, will be examined here.

Figure 8 shows recent data on how these expenditure growth reductions have come about in more detail. Due to restricted data availability, the countries depicted are the Czech Republic, Estonia, Iceland and Spain. To identify expenditure changes by different health policy areas, in-patient curative care, out-patient curative care, long-term care, other services and goods, pharmaceuticals, collective health care (e.g. prevention, health administration, health insurance) and capital formation (e.g. investment) of health care providers are examined in this chart. It shows the total reduction in health expenditure and how much of it has come from these different areas. It is to be noted that these developments are only from policy measures that have been implemented with a budgetary effect before 2010.

There were reductions in in-patient curative care across the board. These may be due, for example, to salary cuts, or to some extent also due to service shifts.

<sup>6</sup> OECD Health Database, 2012 (available at <http://www.oecd.org/statistics/>).

<sup>7</sup> Morgan et al., (forthcoming in 2013), Health Spending Growth at Zero: Which countries are most affected? OECD Health working paper (to be available at [www.oecd.org/health/](http://www.oecd.org/health/)).

In Estonia and Iceland, there has actually been an increase in out-patient curative care expenditure. The other broad cuts have been made in pharmaceuticals – here we see reductions at different sizes but reductions everywhere, ranging from slightly less to 3 per cent reductions in overall health expenditure caused by reductions in prices or by reimbursement reductions. Capital investment has been cut in several countries and there were cuts made to expenditure on prevention and public health.

### **Abstract**

As a reaction to the pressing threat of refinancing of government's debt in PIIGS countries, EU countries have put in place a series of supporting measures for affected Member States. These measures are rolled out under the condition of budgetary discipline, as set, for example, in the Stability and Growth Pact. This development marks a change of paradigm in the EU crisis reaction: from incentives for growth to mere austerity.

In a number of countries health policy in this respect seems to face a liquidity trap. Consolidation efforts can be brought about mainly through three instruments: health financing/compensation system; prices and investments; and volumes. For financing, some countries have tried to reach fiscal consolidation by increasing the level of individual contributions and/or taxes as well as raising out-of-pocket payments. For price control, immediate and effective budgeting measures primarily affected salary cuts and products' pricing. It soon became evident that in some countries investments encountered massive cuts. So far, it seems that fewer countries have tried steering budget spending through volume control.

Further consolidation measures have been planned; however, the simplest methods, especially in terms of prices and investments, will soon be exhausted, without the crisis having ended.



## 4 Arbeit der EU Task Force Griechenland – Gesundheitspolitik in Griechenland

*Udo Scholten, BMG*

### **Zusammenfassung**

Im Januar 2012 wurde sowohl von der griechischen Regierung als auch der EU-Kommission die Bitte an das BMG herangetragen, im Rahmen der EU Task Force Greece (TFGR) eine federführende Aufgabe im Bereich Gesundheit zu übernehmen. Erste Erkenntnisse aus diesem Prozess werden hier vorgestellt.

Die Bundesregierung konzentriert sich dabei darauf, Vorschläge für die Entwicklung und Einführung effizienter und transparenter Strukturen in ausgesuchten Bereichen des griechischen Gesundheitswesens in Zusammenarbeit mit der TFGR und anderen EU-Mitgliedstaaten auszuarbeiten: Dazu gehören Vorschläge zur Einführung eines DRG-Systems, zu notwendigen Verbesserungen im Krankenhausmanagement, zu einer Restrukturierung der neuen Nationalen Agentur für Gesundheitsdienstleistungen (EOPYY) sowie zu einer effizienten und transparenten Arzneimittelpreisgestaltung und -erstattung.

Die organisatorischen Voraussetzungen, wie beispielsweise die Gründung entsprechender Arbeitsgruppen, denen Experten aus Griechenland und EU-Mitgliedstaaten angehören, wurden im September 2012 geschaffen. Nun kommt es darauf an, die finanziellen Voraussetzungen für die Umsetzung zu generieren.

Die Zusammenarbeit zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und dem griechischen Ministerium für Gesundheit und soziale Solidarität ist nicht neu. Bereits im Februar 2011 verständigten sich beide Ministerien im Rahmen einer „Declaration of Intent“ auf Beratungsinitiativen zur Unterstützung struktureller Veränderungen im Gesundheitswesen Griechenlands.

Im März 2011 wurden daraufhin auf Initiative des BMG und in Zusammenarbeit mit der AOK Berlin/Brandenburg sowie dem größten kommunalen Krankenhauskonzern in Deutschland, Vivantes, leitende Mitarbeiter des griechischen Gesundheitsministeriums im Rahmen eines Workshops über Aspekte der stationären Versorgung in Deutschland informiert (Finanzierungssysteme, Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, Zusammenarbeit von Krankenhäusern und sonstigen Partnern, Beschaffungswesen für Krankenhäuser, Fusion und Reorganisation von Krankenhäusern).

Im März und April 2011 wurden, ebenfalls auf Initiative des BMG, Expertengespräche in Berlin und Athen zu Aspekten der Arzneimittelpreisgestaltung und -versorgung in Deutschland geführt, die folgende Themen zum Gegenstand hatten: Preise, Mengenvereinbarungen und Rabatte für Arzneimittel aushandeln, Arzneimittelverschreibungen kontrollieren und den Generikaeinsatz fördern. Zudem fanden im April 2011 Arbeitsgespräche in Athen statt, in denen griechische Experten über Voraussetzungen für die Einführung von Diagnosis-Related Groups (DRGs) informiert wurden. Im Einvernehmen mit dem griechischen Gesundheitsministerium wurde eine Erörterung anderer Themenbereiche, die nicht strukturell relevant sind, zurückgestellt.

Vor diesem Hintergrund wurde dann sowohl von der griechischen Regierung als auch der EU-Kommission im Januar 2012 die Bitte an das BMG herangetragen, im Rahmen der EU Task Force Greece (TFGR) eine federführende Aufgabe im Bereich Gesundheit zu übernehmen. Im April 2012 verständigten sich die Gesundheitsministerien beider Länder und die Task Force Greece auf eine Zusammenarbeit. Die Schwerpunkte dieser Kooperation wurden in einem Memorandum of Understanding (MoU) fixiert, wobei Deutschland als Domain Leader bestimmt wurde. Damit kommen Deutschland zwei



Hauptaufgaben zu: zum einen die maßgebliche Unterstützung bei den Reformen des griechischen Gesundheitssystems, zum anderen die Koordination der Unterstützung anderer EU-Mitgliedstaaten. Unter anderem haben sich Belgien und Schweden dazu bereit erklärt, Technical Assistance (TA) zu leisten. Seit dem 1. Juli 2012 arbeitet auch ein schwedischer Experte für die TFGR in Athen.

Ziel ist es, die griechische Regierung bei strukturellen Reformen zu unterstützen. Unter Berücksichtigung effizienterer Finanzierungsstrukturen werden ein universeller Zugang zum Gesundheitssystem und eine Verbesserung der Versorgungsqualität angestrebt. Dabei sollen die Fragmentierung in der Steuerung, Verwaltung und Finanzierung des Gesundheitssystems reduziert, die Effizienz erhöht und die finanzielle Stabilität des Systems sichergestellt werden.

Die Bundesregierung konzentriert sich derzeit darauf, Vorschläge für die Entwicklung und Einführung effizienter und transparenter Strukturen in ausgesuchten Bereichen des griechischen Gesundheitswesens in Zusammenarbeit mit der TFGR und anderen EU-Mitgliedstaaten auszuarbeiten. Dazu gehören die Einführung eines DRG-Systems, notwendige Verbesserungen im Krankenhausmanagement, eine Restrukturierung der neuen Nationalen Agentur für Gesundheitsdienstleistungen (EOPYY) in Bezug auf Verwaltung, Organisation, Pflichten und Verantwortung sowie eine effiziente und transparente Arzneimittelpreisgestaltung. Es werden sog. Assessment Missions zu genau diesen Themen unter der Federführung des BMG als Domain Leader gemeinsam mit der TFGR und anderen EU-Mitgliedstaaten organisiert.

#### Memorandum of Understanding

„Das Memorandum zeigt, dass die Europäische Union Griechenland in einer schwierigen Situation tatkräftig unterstützt. Die Bereitschaft zur Hilfe ist da. Es kommt jetzt entscheidend auf das Engagement aller Beteiligten an, diese Chancen im Interesse der Patienten zu nutzen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird dazu seinen Beitrag leisten.“ Daniel Bahr

- Das Memorandum of Understanding ist eine Absichtserklärung zur Zusammenarbeit zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, dem griechischen Ministerium für Gesundheit und Soziale Solidarität und der TFGR.

- Es wurde im April 2012 von allen Parteien unterschrieben.
- Deutschland übernimmt die Rolle des Domain Leaders angesichts der geplanten Reformen im griechischen Gesundheitssystem.
- Seine Aufgabe ist die Unterstützung in der Ausgestaltung und der Umsetzung der Reformvorhaben im öffentlichen Gesundheitssektor.
- Der Fokus liegt auf Arzneimittelpolitik, DRG und Krankenhausmanagement sowie der Restrukturierung der neuen Nationalen Agentur für Gesundheitsdienstleistungen (EOPYY).

Konkrete Vorschläge für notwendige Handlungsschritte liegen inzwischen für die Bereiche DRG und EOPYY vor. Vergleichbare substantielle Vorschläge werden für die anderen genannten Bereiche entwickelt und in einer Road Map und in Aktionsplänen zusammengefasst. Die Road Map wird anschließend mit der griechischen Regierung und der Task Force erörtert, bevor konkrete Schritte zu ihrer Umsetzung erfolgen. Organisatorische Voraussetzungen, wie z.B. auch die Gründung entsprechender Arbeitsgruppen, denen Experten aus Griechenland und EU-Mitgliedstaaten angehören, wurden im September 2012 geschaffen. Außerdem haben sich das griechische Gesundheitsministerium und andere relevante griechische Institutionen (z.B. EOF, EOPYY, IDIKA) (neu) formiert. Ein „Health Reform Steering Committee“ und Unterausschüsse unter Beteiligung der TFGR, Deutschlands und weiterer EU-Mitgliedstaaten wurden eingerichtet, um Technical Assistance-Maßnahmen zu identifizieren und zu koordinieren.

Es muss ein programmbasierter Ansatz für Technical Assistance und Veränderungsmanagement erstellt, die bilateralen Kooperationen zwischen allen Beteiligten müssen vertieft und letztendlich müssen die Erfahrungen der EU-Mitgliedstaaten genutzt werden.

Insbesondere beim Übergang von der Analyse- und Planungsphase in die Implementierung der Reformen muss das griechische Gesundheitsministerium den „Driver’s Seat“ einnehmen.

### **Abstract**

In January 2012 the Greek government together with the EU Commission requested the German Federal Ministry of Health to take the lead for all health related issues within the EU Task Force Greece (TFGR). First insights from this process will be presented in this chapter.

The Federal Government focused its attention on proposals for the development and establishment of efficient and transparent structures in selected areas of the Greek health system in cooperation with the TFGR and other EU Member States. The suggested reforms included: the introduction of a DRG-System; necessary improvements in hospital management; a restructuring of the national agency for health services (EOPYY) and a more efficient and transparent pricing of pharmaceuticals.

Organisational infrastructure such as ad-hoc working groups with experts from Greece and other EU Member States was established in September 2012. Now success depends on the ability to create the fiscal environment necessary for the implementation of further reforms.



## 5 The new health budget: consequences for the national health care provision in Greece

*Dr. Dimitrios Kremalis, LL.M, Lecturer at the University of Peloponnese, Greece, Partner Kremalis Law Firm*

### Zusammenfassung

Die Nachwirkungen der Wirtschaftskrise erforderten Restrukturierungen und Rationalisierungen der Gesundheitssysteme. Besonders betroffen von den vorgeschriebenen Kürzungen der EU ist Griechenland. Die genauen Auswirkungen dieser Vorschriften und ihr Umsetzung werden in diesem Kapitel genauer untersucht.

Das EU-Memorandum schreibt unter anderem vor, öffentliche Ausgaben unter 6 Prozent des BIPs zu kürzen und die Beiträge der Rentenkassen um 50 Prozent zu reduzieren. Ein Meilenstein, um diese Ziele zu erreichen, wurde in Form eines einheitlichen Versicherungsfonds (EOPYY) gesetzt. Dies wird als erster Schritt in Richtung einer Aufwertung der medizinischen Grundversorgung und der Bildung eines integrierten Netzwerkes betrachtet. Es wurden jedoch bereits bestimmte Defizite deutlich, zum Beispiel bezüglich der abgedeckten Leistungen, des Budgets sowie des Arzneimittelangebots. Weitere Reformen, die aus dem Fiskalpakt stammen, fokussieren auf Verrechnungs- und Vergütungssysteme.

Auch wenn die Krankenhausets gekürzt worden sind, steigt die Verschuldungsrate des Versicherungsfonds weiter, was zum Teil an der Staatsverschuldung gegenüber den Pharmazieunternehmen liegt. Es sollte deswegen eine umfassende Reform des Gesundheits- und Sozialversicherungssystems unternommen werden, um kohärente Ergebnisse zu erzielen.

## 1. Overview

The 8<sup>th</sup> of May 2010 set a milestone in Greece's modern history as it was the date of the signature of the "Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality". The Memorandum and its numerous related legal acts imposed a series of reforms as a condition for a massive bailout of 110 billion Euros. A second Memorandum followed in March 2012 along a financial package of 130 billion Euros; it was deemed necessary to prevent the collapse of the country, due to the increase in national debt exceedingly running out of control.

The programmes aimed at revitalizing the economy were all predicating major reforms with unprecedented budget cuts changing the public and private sector. Notable legal interventions include: a) Law 3833/2010 on "Protection of the national economy – Emergency measures to tackle the financial crisis", b) Law 3845/2010 on "Measures for the implementation of the support mechanism in Greek economy by the EU Member States and the International Monetary Fund", and c) Law 3863/2010 on "New Insurance system and related provisions, adjustments in labour relations". The first two pieces of legislation sustained reductions in wages and benefits in the public and/or the private sector, whereas Law 3863/2010 introduced drastic reductions in pension rights with almost immediate effect in the short term until 2015.

This is how the prescribed reduction of the government's budget deficit presupposes significant cuts on welfare benefits and promotes efficiency in health care. The health sector in Greece has been notoriously renowned for an excessive use and an uneven distribution of resources and overproportional profit margins for pharmaceutical companies and pharmacies. Furthermore, long lasting stereotypes have dominated the national health policy, for instance preserving a pattern of state paternalism.<sup>1</sup> The clean up of public finances and drastic curtailment of government spending should be regarded as a unique opportunity to rationalise expenditures and implement a long-needed structural reform of the Greek health care system. Nevertheless, such process requires a thorough strategic central planning and cannot be implemented in an invasive short-term perspective.

<sup>1</sup> Kyriopoulos, I., *Oikonomiki krisi kai yegeia* [Financial crisis and health], Kastaniotis editions, Athens 2012, 66.

## 2. Restructuring of health care service provision

### 2.1 Financial justification

The Greek health care system already was at its tipping point way before the public debt meltdown. Characterised by heavy bureaucracy and co-related inefficiency, it is now confronted with austerity measures which in their radicality might bring the system to its limits. Following the predicament “reduction of public expenditure”, public health spending is required to be decreased by 25 per cent. While structural and functional reforms have repeatedly attempted to introduce changes in primary health care provision over the years, the deeply rooted cultural and political parameters guiding such issues had remained unchanged so far.

Total health spending accounted for 10.2 per cent of GDP in Greece in 2010, which is above the average of 9.5 per cent in OECD countries.<sup>2</sup> As a result of the unprecedented recession of the last five years, there was initially a rapid increase in the health spending to GDP ratio but health spending was maintained. Though the international public opinion begs to differ, Greece ranks below the OECD average in terms of health spending per capita: with spending of 2,914 USD in 2010 (adjusted for purchasing power parity), compared with an OECD average of 3,268 USD in 2010.

However, Greece overspent billions of Euros in the last decade without a simultaneous improvement of its quality of services. A Greek study of 2011 claims that the increase in cost of the national health system was due to overall inefficiency, largely due to the lack of control and/or the absence of recording of transactions in health care.<sup>3</sup> This fact easily explains why health spending in Greece increased between 2000 and 2009 at a rapid rate of 6.1 per cent per year in real terms on average.<sup>4</sup> In any case it is not hard to understand why the health sector bears such significance in the actions for fiscal discipline, since 59.4 per cent of health spending was funded by public sources in 2010 – a

<sup>2</sup> OECD Health Data 2012 – How Does Greece Compare (<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/BriefingNoteGREECE2012.pdf>)

<sup>3</sup> Costs and Health Policies during the Period of the Memorandum – a study of IOVE and ES DY ([http://www.hesmo.gr/sites/default/files/magazine/12-2011/06.\\_afieroma\\_oikonomiki\\_krisi\\_kai\\_ugeia\\_-\\_meleti\\_iobe\\_esdu.pdf](http://www.hesmo.gr/sites/default/files/magazine/12-2011/06._afieroma_oikonomiki_krisi_kai_ugeia_-_meleti_iobe_esdu.pdf)).

<sup>4</sup> OECD Health Data 2012 – How Does Greece Compare (Fn. 2) ([http://www.oecd.org/els/health\\_policies\\_anddata/BriefingNoteGREECE2012.pdf](http://www.oecd.org/els/health_policies_anddata/BriefingNoteGREECE2012.pdf))

percentage that falls short to the OECD average of 72.2 per cent in 2010, however.

As part of the overall need for fiscal adjustment, the health sector reform has been one of the major objectives set out in the Memorandum of Economic and Financial Policy since May 2010. In terms of public health and pharmaceutical expenditure the goal was that public health expenditure in Greece should not exceed 6 per cent of GDP and public pharmaceutical expenditure 1 per cent of GDP by 2012. Over the past few months, these objectives have proven to be unrealistic. However, they seem to be feasible within a broader time frame, e.g. by 2013 – 2014.

## 2.2 Case-law justification

Greek case law does not seem to have substantially questioned central choices of the democratically legitimised legislature in terms of economic policy matters, even during periods characterised by interventionist political measures or even intense regulatory scrutiny of individual freedom of action. As the “economic constitution” (Wirtschaftsverfassung) does not impose a particular economic system, the current economic organization is permissible under the Constitution but it is not the sole possibility; under the “economic pluralism”<sup>5</sup> only the rampantly individualistic or the complete command economy are prohibited. On the contrary in the Greek legal order the two factors of the configuration in economic activity co-exist and none is regarded as superior.

In light of the above, Greek case law never questioned the central choices of the previous governments either, as the Greek Constitution is economically and politically neutral.

The flagship seems to be the ruling which held that the Constitution does not preclude the imposition of emergency measures to protect the national economy, including the prohibition of entering into and pay increases in the private sector (Council of State 2289/1987 plenum). The one condition is any restriction of civil liberties in this area must be justified on grounds of

<sup>5</sup> Giannakopoulos, K., The unconstitutionality of the purposefulness licenses or the end of the economic pluralism of the Constitution 1975/1986/2001?, *Efim.Dioik.Dik.* – 2006, 5, 578.



public interest associated with the operation of the national economy. The restriction can last for as long as required but must respect the principle of proportionality.

The legislator's aim, according to Article 106 of the Constitution is "to protect the public interest [...] plan and coordinate economic activity in the country". A set of reasons justifying the adoption of austerity measures includes, among others, the fiscal adjustment required for the management of an acute financial crisis, avoiding the risk of bankruptcy of the country, consolidation of public finances in a sustainable way etc. It has been argued that those measures were absolutely necessary to enable the EFSF to support the economy of Greece, subject to the international commitments undertaken by the country and those arising from its status as a EU and EMU Member State.

The courts, thus, acknowledge that the legislator holds wide discretion in the context of prevailing economic conditions, both in the organisation of social security and health care, as well as in the establishment of conditions for the award of benefits, calculating contributions etc. However, certain limits are set, e.g. regarding the preservation of the public character of compulsory insurance and a cap in the amount of pure lump sum contributions.

It is worth noticing that the contemporary developments have led to the shaping of policies more and more at a European level and less and less at a national level. From an institutional perspective this tendency was amplified following the ratification of the Lisbon Treaty. Indeed certain policy fields, such as health, remained excluded from this "European elongation", but the distribution of competences was never absolute. After all, the competences of the Union may be extended through the application of the flexibility clause (Article 352 of the TFEU); a possibility which enables additional powers to be given to the Union when the means necessary for achieving one of its objectives have not been provided for in the Treaties.

Furthermore, the undoubted power of the Union regarding fiscal matters can indirectly affect policies which fall in the exclusive competences of the

Member States as well. Sensitive sectors of state activity, such as health, which entail a great budgetary cost, are not excluded. After all, the Fiscal Compact<sup>6</sup>, which applies in full to the Contracting Parties from 1st January 2013, provides the automatic triggering of a correction mechanism “in the event of significant observed deviations from the medium-term objective or the adjustment path towards it”.

In any case, some limits in the discretion of the legislature regarding the organisation of health care are set by reasons of public interest. Both in Greek and European Case Law, some “overriding reasons relating to the public interest” are recognised, which need to be respected both by the legislator as well as the interpreter of the law. Public health is clearly one of them. In this scope, grounds relating to public health can justify restrictions to private initiative and the taking of positive measures by the state in order to safeguard public health. In that respect Directive 2006/123/EC on services in the internal market recognises the relevant discretion of Member States.

Nevertheless, the notion of public interest, as abstract as it may be, cannot solely rely on financial arguments. As far as the overriding public interest is concerned, two key points must be stressed and examined, namely a) Who defines the public interest? Is it the judge or the legislator? And given the fact that this very notion of public interest is used to restrict, or according to many Greek legal theorists “suffocate” constitutionally vested rights,<sup>7</sup> what are the institutional limits of the role of the judiciary? Should it be the Courts have the last word as far as the constitutionality of the measures taken to tackle the fiscal meltdown of the Greek State is concerned? And b) how is the notion of public interest reinvented to adjust to the current situation? These two key points are of paramount importance, since the answers to these questions are inextricably linked to the question of who decides in the public sector and whether constitutional rights to health care access and service provision can be all but crushed under the weight of the current crisis.

<sup>6</sup> [http://european-council.europa.eu/media/639235/st00tscg26\\_en12.pdf](http://european-council.europa.eu/media/639235/st00tscg26_en12.pdf)

<sup>7</sup> Travlos-Tzanetatos, D., *Syntagma, Mnimonio, ergasiakes sheseis kai sotiria tis patridas* [Constitution, Memorandum, labour relations and salvation of the motherland, translation own] (<http://www.constitutionalism.gr/html/ent/667/ent.1667.asp>)

### 2.3 Analysis

Greece's fiscal crisis, which escalated in 2010 and led to serious budgetary reductions in all parts of public spending, had a great impact on the national health care system. Following the statement by the Heads of State and Government of the Euro area on the 25th of March 2010, the Euro area Member States decided in the spring of 2010 to activate a three year programme for the financial support of Greece. The programme at hand was accompanied by specific terms regarding Greece's fiscal policy and structural reforms that needed to be followed.

The Greek Parliament voted on the 6th of May 2010 Law 3845/2010 which ratified the decision to activate the abovementioned programme. Law 3845/2010 was accompanied by the "Memorandum of Economic and Financial Policies" and the "Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality" which were attached as annexes III and IV. The "Memorandum of Economic and Financial Policies" implied great changes on public spending concerning the health sector and introduced provisions such as the implementation of "double-entry accrual accounting in hospitals, the regular publication of audited accounts, and improvements in pricing and costing mechanisms".<sup>8</sup>

The introduction of a double-entry accounting system in public hospitals supports the effective management and the exercise efficient health policy in order to improve services to citizens. Furthermore, with the double-entry accounting system the hospital debts can be monitored in real time through the system of accounts held by the accounting department of the hospital. Therefore the superiority of the double-entry accounting system is indisputable, because of its potential in providing timely and reliable information. Further to that this reform can enhance transparency and encourage good governance in hospitals throughout the nation.

The "Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality" (MoU), drafted on the 3rd of May 2010, introduced some actions to be completed by end of the fourth quarter of 2010. These consisted

<sup>8</sup> Memorandum of Economic and Financial Policies, thought 13.

of the first provisions regarding the commitment of the health system to contribute to the fiscal consolidation. These measures seemed self-explanatory in the beginning of the economic meltdown; Greece had to adopt legislation for the institutional framework for health supplies and establish new systems for the management of drugs that would favour an increased use of generic medicines, including a new system for the electronic monitoring of doctors' prescriptions. This would lead to direct and "harmless" cuts in health spending. At the same time the MoU introduced a modern system for hospital computerisation, upgrading hospital budgeting systems, and reforming the management, accounting (including double-entry accrual accounting) and financing systems. Finally Greece had to ensure greater budgetary and operational oversight of health care spending by the Finance Minister, the publication of audited accounts and improvement in pricing and costing mechanisms.

Moreover, the "Memorandum of Economic and Financial Policies" introduced the framework for future economies of scale by merging the funds "to simplify the overly fragmented system" and by bringing "all health-related activities under one ministry". In order to comply to this overall change of direction, on the 2nd of March 2011 the Greek Parliament voted on Law 3918/2011<sup>9</sup> which in its article 17 paragraph 1 introduced the "National Organization for Health Care" (EOPYY: Ethnikos Organismos Parochis Ypiresion Ygeias).

#### EOPYY's functions (According to article 18 of Law 3918/2011)

- the provision of health services (paragraph 1a)
- the functional coordination and the cooperation between the carriers of the primary health care network (paragraph 1b)
- the establishment of quality and effectiveness standards for health care as well as the management and control of funding and the rational use of the available resources (paragraph 1c)
- defining the criteria and conditions for the award of contracts regarding the provision of primary and secondary care by public and private organizations as well as affiliated physicians (paragraph 1d)

<sup>9</sup> Entitled "Structural reforms of the Health System".

However, this was not the only reform of the health sector which aimed at achieving economies of scale and simplifying the stagnant Greek system. After all, the “Memorandum of Economic and Financial Policies” underlined the will of the Greek government to “separate health funds from administration of pensions”.<sup>10</sup> In this context, Law 3918/2011, in article 32, lays down the terms for the absorption of the health services of a major Greek insurance fund (IKA-ETAM) by the national health system (ESY).

The Greek government, through the new health fund of EOPPY, aimed at rationalising health care in Greece and exploiting the economies of scale which the merger of all health funds to EOPYY entails.

In this context, the government has introduced a centralised system of all health-related decision-making processes and responsibilities (including payroll), under the umbrella of the Ministry of Health. In this way it should be possible to enhance the governance of the health system, improve the consistency of health policies, reduce market fragmentation of health services and reduce the relevant administrative costs.

As a part of this process, all health insurance funds merged to EOPYY which falls under the competency of the Ministry of Health. This allows for the planning of the health care sector, on a central level. Today EOPYY purchases health services from units of the NHS and private providers through contracts. As a result of the aforementioned concentration, EOPYY reduces the number of contracts with private practitioners, rendering the proportion of patients on doctors near the European average.

Moreover, economies of scale can be achieved by the possible mobility of staff and physicians between units and health regions under the new strengthened NHS and by reviewing the activity of small hospitals, with respect to their specialization in specific sectors.

Last but not least, the main source of economies of scale, resulting from the merger of all health services of the social security funds, is a reduction in the excessive administrative cost by limiting the number of the administrative

<sup>10</sup> Memorandum of Economic and Financial Policies, thought 13.

boards and other salaried jobs and by the relevant simplification of the organizational charts. A reduction in the number of the leased buildings, which housed these services so far, can also drastically reduce wastefulness.

In light of the above, the absorption of IKA-ETAM by EOPYY in 2011 (Law 3918/2011, article 32) is a significant step towards the achievement of the government's objectives.

By the end of 2011, with a joint decision by the Ministers of Labour and Health,<sup>11</sup> EOPYY absorbed a significant number of health services of three other major insurance funds.<sup>12</sup> It is worth noting that based on the abovementioned decision, no expense from the budget of EOPYY should be granted.<sup>13</sup> This highlights the fiscal aspect of the health reforms that occurred during the last two years.

Unfortunately, Greece failed to find the right balance between the need for deficit reduction and the much needed reconstruction of social policies. Even though the reform of health care was inevitable after the Greek rescue programme, the actual reforms that were chosen were not. After all, there is a fundamental difference between reforms which augment the "index of social protection" whilst saving resources currently wasted and the "reforms" which are designed in order to preserve the previous imbalances under the new circumstances.<sup>14</sup>

In February 2012 the Greek government agreed to a new programme of fiscal adjustment which, once more, targeted the financing of the public health. In the new "Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality", drafted on the 9th of February 2012, Greece committed itself to reduce the public pharmaceutical expenditure by at least 1076 million Euros in 2012. For this aim Greece undertook the obligation to reduce the price of medicines (generics and branded medicines), to increase co-payments, to reduce pharmacists' and wholesalers' trade margins, to introduce compulsory e-prescriptions, to regularly update the list of medicines as well

<sup>11</sup> Decision No. F.80000/Oik.32115/2009.

<sup>12</sup> OGA-OPAD-OAEE.

<sup>13</sup> Ground for the decision, thought 7.

<sup>14</sup> Matsagganis, M., Social Policy in difficult times, Introduction, in: Kritiki editions 2011, 19.

as the implementation of a mechanism of quarterly rebates (automatic claw-back) to be paid by the pharmaceutical industry.

In particular, the Greek government reaffirmed its willingness to continue to implement the comprehensive reform of the health care system started in 2010, with the objective of keeping public health expenditure at or below 6 per cent of GDP.<sup>15</sup> Towards this end, policy measures include reducing the fragmented governance structure, reinforcing and integrating the primary health care network, streamlining the hospital network, strengthening central procurement and developing a strong monitoring and assessment capability and e-health capacity. Also the Greek government agreed to intensify measures to reach savings in the purchasing of outpatient medicines of close to 1 billion Euros in 2012 compared to the 2011. This will contribute to the goal of bringing average public spending on outpatient pharmaceuticals to about 1 per cent of GDP (in line with the EU average) by the end of 2014.

In order to achieve the abovementioned drastic cuts, the necessary reforms will address all parts of public health. Greece undertook the obligation to implement measures to strengthen health system governance, improve health policy coherence, reduce fragmentation in the purchasing of health services and reduce administrative costs. Also Greece launched a series of efforts aimed at inserting new technologies in its public health system, such as extending the current e-prescriptions to all doctors, health centres and hospitals<sup>16</sup> in a cost-effective way as well as introducing a temporary and cost-effective mechanism until all doctors are able to use the e-prescription system which allows for the immediate and continuous monitoring and tracking of all prescriptions not covered by e-prescription. Moreover, mechanisms are in place for reviewing fees for diagnostic services contracted to private providers with the aim of reducing related costs by 45 million Euros in 2012. As far as accounting and control are concerned, the second Economic Adjustment Programme required internal controllers to be assigned to all hospitals and simultaneously the adoption of commitment registers by the first quarter of 2012. However, this action is still “ongoing” according to the last review of the programme.<sup>17</sup>

<sup>15</sup> Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality, 2.8.

<sup>16</sup> A reform which was introduced with Law 3892/2010 (“Electronic recording and execution of prescriptions and referral of medical examinations”).

<sup>17</sup> See new MoU, section 2.9.4.2.1 Q4 2012.

Even now, most but not all hospitals have assigned internal controllers. Furthermore, the adoption of commitment registers must be assessed as a part of a broader effort to establish commitment-based spending controls; a goal that constitutes a key milestone towards preventing overspending and the accumulation of domestic arrears at different levels of general government. To this end the government engaged to ensure that commitment registers will be in operation in 90 per cent of general government entities by the end of 2012. Hospitals were no exception.

Moreover, the Ministry of Health is required to provide monthly data on arrears of NHS hospitals within four weeks after the end of each month. Subsequently, when data from the commitment registers is available, it will be assessed by the IMF, the European Commission and the ECB in order to provide comprehensive and reliable information. These reports will also include data on overdue accounts payable based on the commitment registers. In more recent developments, the Greek parliament voted in March 2012 on Law 4052/2012 in order to comply with the abovementioned goals. The new law introduced rules regarding the regional structure of the National Health System and laid down novel regulations for the management of public hospitals. The general philosophy of this legislative intervention was the re-concentration of health structures, the composition of new administrative boards and the further reorganisation of the Ministries of Health and Labour. This effort to integrate Greece's health structures is not unreasonable given that the number of acute care hospital beds in Greece was 4.1 per 1,000 inhabitants in 2009, above the OECD average (3.4). Contrary to most OECD countries, the number of hospital beds per capita in Greece has not fallen over the past decade.<sup>18</sup>

Even though many of these measures had been proposed several times in the past, their actual adoption was a direct consequence of the crisis. The reforms at hand are part of a broader plan which was introduced in 2010 as a provision of the rescue programme. According to the "The Second Economic Adjustment Programme for Greece" (First Review December 2012) drafted by the Staff of the Directorate-General for Economic and Financial Affairs, "an important policy impetus took place in March 2012 with the adoption

<sup>18</sup> OECD Health Data 2012 - How Does Greece Compare (Fn. 2).



of the new healthcare law (Law 4052/2012) and a large number of related Ministerial Decrees”. The report acknowledges the previous “period of slow progress” partly due to the “strong resistance by vested interests and lack of political will”. However, there is a tremendous gap between the adoption of health care laws and their actual implementation. Thus the report underlines the necessity of ensuring “the implementation of the policies just legislated”. Nonetheless there are some encouraging measurable results that allow the conclusion that some reforms have started to bear fruit. For example, the adoption of the e-prescription system has led to electronic prescriptions amounting now to more than 90 per cent of all prescriptions. The writers of the report estimate that pharmaceutical spending in 2012 will likely not exceed 3.1 billion Euros, corresponding to about 1 billion Euros in savings as compared to 2011 (about 4.1 billion Euros). However, many claim that this remarkable reduction is an aftermath of the decision of pharmacists to cease granting of credits towards social security funds; a development that led many Greeks to pay in advance for their own medicines. Furthermore, the report calculates that as far as the hospital sector is concerned, 2012 will bring a reduction in operation costs of more than 8 per cent.

In any case there is still much to be done. The measures adopted in March and more recently in November will have to be fully implemented, including INN prescription and generic substitution, the monitoring of prescription behaviour as well as regular updates of the list of medicines, which is believed to boost competition in the generic market. More use should be made of centralised tenders for hospital medicines and medical devices. Hospital reorganisation is still of utmost priority as well as the need to streamline the hospital network. Staff mobility under the new centralised NHS can lower costs and reduce shortages in medical staff.

So with the above still pending, the only safe conclusion is that health care reform has a long way to go.

### 3. The National Organization for Health Care (EOPYY)

The merging of the health sectors of the relevant insurance funds and the establishment of EOPYY (National Organization for Health care Provision) is considered as a first step towards upgrading primary health care and the creation of an integrated network of primary health care. When EOPYY was founded in 2011, health experts greeted it as a much needed reform in a sector of public organisation which suffered many deficiencies.

The establishment of a single universal health care organization, which aims at bringing together all of Greece's many health funds, was a positive step towards achieving equality among citizens and providing more effective services. The new institution is considered to be a good example of the role that the EU can play in the unification of the insurance funds and the rationalisation of the provisions which govern not only the preconditions of granting social security benefits (health care, pensions, etc.), but also their internal regulations and their operation model. The simplification of the national insurance systems, accompanied by an upgrading of health care and pension benefits, if properly organised, can prov to be a solution for the complexity of the legal provisions and a drastic tool, in view of the multiplicity and the variety of the insured people's needs.

Unfortunately, the fund's budget for primary health care was set at 350 million Euros, rather than the 1 billion that the funds which constitute it disbursed in 2011. That figure has since then been cut to 270 million Euros, with the result that EOPYY is unable to pay doctors, pharmacists, suppliers and private health care providers. The burden has been shifted onto the citizens.

One year on, the reality is disappointing. The number of visits reimbursed by the EOPYY declined from 683,674 in March to 496,776 in August 2012. As it happens, the majority of patients prefer to consult a private doctor who they pay personally than a doctor affiliated with EOPYY. Due to the high cost and the difficulties in access to the health services, there was an overall decrease of 58.9 per cent in use of health services by insured patients last year.

Today, many fear that public health in Greece is threatened by the dramatic fiscal situation affecting the country. EOPYY's debts towards clinics and pharmaceutical companies have piled up dangerously. This situation affects all health professionals as well as patients and companies. In September 2012, a major financial newspaper claimed that EOPYY's deficit by the end of the year is likely to reach 3 billion Euros.<sup>19</sup> Already, representatives of private clinics are preparing for the capital and the legal fees related to the debts of EOPYY towards businesses. Moreover, representatives of the pharmaceutical industry claim that the Greek government owes them 1,8 billion Euros and have brought the matter of the "claw-back" before the Greek courts. In March 2012, the Minister of Health issued an act of administration<sup>20</sup> limiting the overall pharmaceutical expenditure budget in social security to 2,880 million Euros for 2012, including VAT, divided equally on a bimonthly basis. In case that at the end of two months the total pharmaceutical expenditure has exceeded the predetermined amount, the exceeding amount will be sought and paid by the pharmaceutical companies in a special account to be designated by the General Secretariat for Social Security in collaboration with the National Organization for Medicine (EOF) and EOPYY.

This measure symbolises the effort of collective involvement towards reducing pharmaceutical expenditure from all the "players" of the pharmaceutical market. It was welcomed by the majority of the Greek society but it also caused many debates regarding its soundness.

In the summer of 2012, pharmaceutical companies sent an open letter to the Minister of Health via their association stating that they "are not in any way willing to pay claw-back, the calculation of which is completely non transparent, at the same time that a variety of legislated measures have not been implemented at all or their implementation has been excessively delayed". Moreover, the pharmaceutical association has stated that they have no intention to pay "the inadequacy of the state at the end of the day".<sup>21</sup>

<sup>19</sup> See the article: The debts of EOPYY suffocate Health, in: Kerdos, 26.09.2012.

<sup>20</sup> Protocol No.: DYG3(a) /oik.GY150/01.03.2012.

<sup>21</sup> Press Conference, 25.09.2012, Hellenic Association of Pharmaceutical Companies.

On the contrary, others claim that this particular measure is justified because the profit margin of the Greek pharmaceutical companies had been well above the European average for many years before the economic crisis erupted. Those who stand on this side of the argument often express pointed comments about the state of the competition in the pharmaceutical market or the responsibility of the pharmaceutical companies for the wastefulness of the past.

In any case the adoption of the measure at hand must not reduce the willingness of the authorities to take the necessary action in order to streamline the pharmaceutical budget.

Article 22 of Law 4052/2012 also requires that the holders of authorisations for medicinal products are obliged to contribute 9 per cent to the price of medicine, a payment that is perceived as “rebate” and that is collected in favour of EOPYY and the organizations of social security. They are also required to return an additional scalable “rebate” according to the total volume of each individual medicinal product in the previous quarter.

Meanwhile, the head of EOPYY, Gerasimos Voudouris, reacted on the 3rd October of 2012 to reports suggesting that the National Organization for Health Care Provision (EOPYY) owes 930 million Euros to doctors, pharmacies, private clinics and suppliers, among others. The organisation submits every month, “without fail, its financial statements, accurately and transparently”, so Voudouris in a statement.<sup>22</sup> In light of the above, it is not difficult to understand why EOPYY and the related health reform are thought to deteriorate the quality of the health services offered.

This deterioration has mainly been induced by the absence of an appropriate national strategic plan in the formulation of a united primary health care system and founded knowledge of the general principles and structure of the existing national insurance system. Also, it can be argued that a weakening of the financial condition of each insurance fund had already taken place in advance, leading to a continuation of that deterioration. Therefore, it can be considered that EU predicaments did not have a significant influence on this deterioration.

<sup>22</sup> Voudouris, G., Hospital staff to walk off job, in: International Herald Tribune ([http://www.ekathimerini.com/4dcgi/\\_w\\_articles\\_ws1e1\\_1\\_03/10/2012\\_464418](http://www.ekathimerini.com/4dcgi/_w_articles_ws1e1_1_03/10/2012_464418)).

#### 4. The impact of the crisis on health professionals

During the first decade of the 21st century, the total increase in the Greek public debt was about 50 billion Euros; this was almost as much as the required fiscal adjustment undertaken mainly through cuts in wages and pensions. Health professionals endured no exception in horizontal cuts in their wages.

The Greek public opinion was recently concerned about the special “payroll” in the NHS hospitals. Furthermore – and prior to the first disbursement of the new programme – the Greek government agreed to reduce the overtime pay for doctors in hospitals by at least 50 million Euros.

Union representatives claimed that cuts in their wages were unacceptable, since Greek doctors were already underpaid. This statement is controversial. Professor Lykourgos Liaropoulos<sup>23</sup> claims that in comparison with their counterparts in other OECD countries, Greek clinicians have low earnings. Nevertheless, the current debate discusses a horizontal reduction of 10 per cent of the basic salary of doctors at all levels. This measure is heavily questioned as it ignores the fact that more than half of NHS specialists could easily climb the career ladder and quickly increase their earnings up to the director level. In sum, the sector of health professionals is not left untouched by the well-known flaws of the Greek administration and bureaucracy. The inefficiency in the functioning of health departments is more than obvious; it is characteristic of this situation that a major hospital operates today with six coordinators and 57 managers.<sup>24</sup>

The manpower of hospitals is constituted by the administrative support staff, nurses and medical staff. Law 4052/2012 Article 2 § 5 provides the Minister for Health and Social Solidarity the power to appoint hospital managers and deputy managers upon recommendation. Since 2009, merits in the hierarchy of medical staff have practically been eliminated. Promotions have essentially been repealed and in certain cases rely heavily on external factors rather than proper evaluation criteria. The rate book adopted in 2009 further contributed

<sup>23</sup> Liaropoulos, L., Horizontal reductions on special wage scales, in: Kathimerini ([http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_columns\\_2\\_10/08/2012\\_491888](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_columns_2_10/08/2012_491888)).

<sup>24</sup> *Ibid.*

to the abolition of the meritocratic structure and distortion in the hierarchy system. Noteworthy is that the remuneration of a director deviates from that of a coordinator director by only one Euro.

In any case, the low earnings of Greek doctors are also explained by the fact that there are more physicians per capita in Greece than in any other OECD country.<sup>25</sup> In 2010 the number of doctors per capita in Greece was 6.1 practising physicians per 1,000 inhabitants, nearly twice as much the OECD average of 3.1. On the other hand, there were only 3.3 nurses per 1,000 inhabitants in Greece in 2009, a much lower figure than the average of 8.7 in OECD countries. It is obvious that there is an over-supply of doctors and under-supply of nurses in Greece, resulting in an inefficient allocation of resources. This imbalance is sure to be continued since Greece has adopted a strict hiring policy in the public sector, as a result of its fiscal crisis.

Health professionals today answer to the challenges they are faced with by strikes and demonstrations. On the 3rd October of 2012, hospital doctors and staff announced they will be staging a work stoppage and several rallies in the days to come; a threat that they have already executed during the last two years of recession and austerity measures. Their union representatives claim that the government's plans to further cut spending in the health care sector – already plagued by shortages and operational problems – will lead to the breakdown of the National Health System.

The fierce reaction of the medical staff is very difficult to evaluate. Some claim that the special role of health care professionals does not permit such an extreme union response because a doctor cannot be substituted by any other employee. On the other hand, the association of health professionals counters with details of the financial difficulties that they face.

It is true that, as mentioned above, the earnings of doctors are not as high as the public estimates. However, at the same time Greece is spending excessive resources on the health care sector. In other words, both sides are right: the health professionals who complain about significant cuts in their wages as well as those who believe that Greece is overspending in the health care sector.

<sup>25</sup> OECD Health Data 2012 - How Does Greece Compare (Fn. 2).

This paradoxical situation can be explained by the fact that Greece spends huge sums for the wrong policies. In this way the health budget preserves a wasteful, inefficient system which cannot even pay its doctors satisfactorily. The above said leads to the conclusion that the fiscal consolidation required by the European institutions can co-exist with the demand of high quality health services by well remunerated health professionals.

### 5. Drug Policy under the Memorandum: The Greek reality

Medical products were heavily affected by the cuts in public health expenditure imposed by the Memorandum. Firstly, drugs represent only 20 per cent of health expenditure, while the remaining 80 per cent is spent in the public hospital sector, which is part of the National Health System (ESY).

The Greek price index for drugs has been substantially decreased in the last two years, contrary to the corresponding indices for health and hospital care that have seen steady upward trends. Moreover, in a country where citizens already pay too much for their health treatment, due to a disproportionately developed private health care sector of 40 per cent (while the public sector covers the remaining 60 per cent), any policy to further reduce the already under-funded health system would transfer even more burden to patients.

In the new system, as it stands after the launch of operation of the National Health Services Organization, medications include necessary drugs, formulations and special dietary and consumable medical supplies. The drugs are authorised to be issued on prescription by active substance, regardless of their name and form, and are included in the single list of prescription specialties. Since late November 2012 any reference to brand name is not accepted by the e-prescription system. Furthermore, since the end of 2012 the implementation of the mandated substitution of prescribed medicines by the lowest-priced of the same substance is ensured. Consequently, medicines included on the “blacklist” are not compensated. Exceptionally, some drugs not available on the Greek market might be recognised and reimbursed. These drugs are available only from pharmacies of EOPYY or public hospitals. Doctors issue electronic prescriptions or, if they are affiliated with EOPYY,

use standard forms, where it is not possible to prescribe electronically. Any medication is prescribed by the doctor for each subject. The general rate of contribution to medication costs for all insured patients is 25 per cent of the price of the drugs. There are special categories of diseases for which there is a rate of 10 per cent or even 0 per cent which have to be reported by the doctors.

In practice, however, the public funding of EOPYY is incomplete, limiting the dispensation of major drugs from the pharmacies of EOPYY. Regarding the financing of EOPYY, the first budget assessment of public insurers that was allocated to EOPYY on the 31st of December 2011 was 7,865,549.351 Euros, but the final budget for 2012 was significantly less than the original budget, reaching an amount of 5,831,150.000 Euros. The accumulated public debt to pharmaceutical companies (EOPYY, hospitals, military hospitals / dispensaries) reaches 1.8 billion Euros in total. As a result of these extreme circumstances, the pharmacists demonstrated against having to dispense drugs on credit for patients insured by EOPYY and in order to obtain the immediate repayment of debts. This crippled the provision of medication in Greece for a considerable period of time.

Furthermore, drugs have become more expensive for the patients insured by EOPYY after the reference to 780 generic preparations was implemented. So if individuals insist on buying the original drugs they are obliged to pay the difference on their own. Specifically, the new single fund reimburses the cost of most prescriptions based on the active substance and not on the brand name. EOPYY specifies in a relevant circular to affiliated doctors that they are able, choosing the active substance, to prescribe their respective commercial products. In case the doctor prescribes drugs with a higher price than the reference category, he or she has to inform the insured that they will pay the difference between the retail price of the medicine and the reference price.

Finally, it is considered that the new government measures, including the abovementioned new list of drugs, will complicate the access of Greek patients to new medicines. The list limits the access to new drugs; their entry in the domestic market may be delayed up to two or two and a half years.



Moreover, the reference list system of drugs is very unpopular among the insured, with three out of five Greeks preferring the free prescription system, while exactly the same proportion – three out of five – believe that the list does not contribute in any way to limit health spending. Hundreds of drugs exempted from the prescription lists create dangerous gaps in the access to essential drugs. As a result, the Greek patients are in a marginalised position in relation to their European neighbours with regards to access to new treatments (20 months' delay for the introduction of new legal drugs). At the same time, the implementation of structural reforms in health and medicine (such as momentum in prices) are muddling the waters even further.

Regarding the implementation of the Memorandum measures, it should be mentioned that the price control of patented drugs is completed and the prices in Greece are among the lowest in Europe. Regarding the prices for off-patent drugs and generics the measures are partially implemented. The price of generics was originally set in December 2011 as a fixed price to a maximum of 50 per cent of the original patented medicine. At the end of 2012 a new revised pricelist was published and the authorities expect a further reduction in 2013. Conversely, the connection of therapeutic protocols in conjunction with electronic prescriptions to reduce the volume of consumption has not been implemented yet and for spurious prescription drugs there is not any control system. Finally, the debt of 2011-2012 has not been repaid yet.

The audit of expenditure must take into account both volume and price. A viable and stable environment should ensure a balance of moderate consumption and prices. The measures to reduce the volume of consumption are multidimensional and require a holistic approach. On average drug prices have fallen by at least 20 per cent from January 2010 to July 2011. The pharmaceutical industry has greatly contributed to the reduction of outpatient expenditure of 5.6 billion Euros in 2009 (2.4% GDP) to 3.1 billion in 2012 (1.5% GDP) saving 3 billion in just three years, while Europe has contributed more than 7 billion for the years 2010 and 2011 through rebates and discounts to countries affected by the economic crisis.<sup>26</sup>

<sup>26</sup> Figures according to Eurostat 2011.

Regarding generics, it should be mentioned that large margins are in place in order to improve their market penetration. The average overall cost is among the highest in Europe, and its use is among the lowest, increasing the net cost of treatment. The penetration of generics in Greece is low. The pharmaceutical industry in Greece is committed to further reducing expenditure for the period 2013/2014 and for self-regulation with a tighter legal framework in the Code of Conduct and Control through the National Agency for Medicines. Showing a responsible attitude to curb public spending it also intends to have a memorandum of cooperation with the government in which it will fulfill its obligations within the same time frame that the government will implement the remaining measures for rationalisation of pharmaceutical expenditure.

Medicine is the best quantified and measurable health product in Greece. However, the pharmaceutical market is over-regulated with many overlapping laws and provisions regarding the price of medicines. As a priced product, drugs are the primary object of cost cutting in health. The Memorandum requires cutting of costs but this goal is extremely difficult to achieve only through cutting the prices of drugs. The country's obligations impose new containment in pharmaceutical expenditure from 2.88 billion Euros in 2012 to 2.1 in 2013. Any political measure should take into account the peculiarities of the market. The reduction of costs so far is a result of pricing. However, further reductions may completely deregulate the market. The prerequisite for any policy should be maintaining a good level of care for of the patients in the system. The effort to reduce pharmaceutical expenditure by approximately 50 per cent (from 1.9% to 1.0%) can lead to significant distortions such as substitution of pharmaceutical care with hospital care and moving a large financial burden onto households.

Concluding, the implementation of reforms regarding medical products has substantially progressed due to the MoUs. The pricing of medicines has been aligned to EU standards and a reference price reimbursement system has been introduced. Furthermore, the rationalisation of prescriptions and the increased use of generic medicines, as well as centralised procurement of medical goods has significantly contributed to a more efficient monitoring of

expenditure and a reduction of pharmaceutical spending. Nevertheless the introduction of the claw-back mechanism on the turnover of pharmaceutical producers has not yet been implemented due to pharmaceutical companies' initiation of legal action.

## 6. Conclusion

It seems that under current conditions the health sector reforms initiated in Greece are in the middle of a long road. The implementation of a sovereign health policy requires time and resources. In this context it was unavoidable that any radical comprehensive attempt to reduce fragmentation in the purchasing of health care services and related administrative costs would need to confront with vested interests and delays. Health sector reforms started in 2010 and proceed with many difficulties, because the implementation of the laws and policies legislated is not always successful, due to administrative obstacles and incapacities.

However, it is worth noticing that the majority of savings in the health sector are a result of the reduction of wages in the NHS (ESY) and the reduction of hospital pharmaceutical expenditure triggered by the European MoUs. Unfortunately, the reduction of hospital pharmaceutical expenditure is partly illusory since this burden is transferred to social security.<sup>27</sup> Furthermore, the 10 per cent price reduction of Greek medical products costs the European Union 799 million Euros because of the international system of reference prices (IRP). In this regard, Greece should be excluded from the reference countries.

In any case, there is one factor that can set the whole health sector reform programme off track and that is very difficult to estimate the burden that will fall on the NHS due to the fact that less and less people in Greece will be in a position to afford the services of private physicians.

The proposed health care reform strategy includes components for investment in health, equality, justice and care and improves the choices and freedoms in the health system. 'He who pays is he who sets the rules' – but if these rules

<sup>27</sup> Costs and Health Policies during the Period of the Memorandum – a study of IOVE and ESDY (Fn.3).

ought to be acceptable (in political, social and professional terms), it is obvious that the “triangle” of users (citizens), suppliers (doctors and hospitals), purchasers (health insurance and state) needs to change radically with a new strategy on health care services provision, which aims at empowering end-users and purchasers while better controlling suppliers. Such considerations of strategic objectives within the framework of a long-term national health care planning is compatible with EU market objectives and absolutely required for the implementation of a more human-oriented national health policy.

### **Abstract**

The aftermath of economic crisis has imposed restructuring and rationalisation measures on health care systems; Greece was especially affected by the cut-offs prescribed by the EU. The concrete impact of these interventions and their practical realisation are the subject of this chapter.

Among others, the EU memoranda included reducing public spending below 6 per cent of GDP as well as subsidies to pension funds by 50 per cent. A milestone to achieve these goals was the establishment of a unified fund for health care provision (National Organization for Health Care – EOPYY). This is considered a first step towards the creation of an integrated network of primary health care; however, first flaws have already become apparent, for example in relation to the covered benefits, the budget delineation, or the supply of medication. Further reforms originating from the fiscal pact focused on billing and compensation systems (e.g. incentives for the prescription of generics).

While hospital budgets have been cut, pending debts levels of the insurance funds keep inflating, which is partly due to the total public debt to pharmaceutical companies. Thus, a redesign of a national health policy and social security system is required in order to achieve more coherent reforms.

## 6 Impact of the EU demand for budget cuts on the Portuguese health policy

*Prof. Dr. Fernando Ribeiro Mendes, ISEG/UTL*

### Zusammenfassung

In den Bestimmungen des 2011 unterzeichneten Rettungspakets sind, um die vereinbarten Haushaltsziele zu erreichen, für das portugiesische Gesundheitssystem im Zeitraum von 2011 bis 2013 ausführliche Maßnahmen vorgesehen. Die konkreten Auswirkungen der Haushaltskürzungen auf die portugiesische Gesundheitspolitik sollen vor diesem Hintergrund genauer analysiert werden.

Die portugiesische Regierung ist verpflichtet, Kosteneinsparungen in den Gesundheitsausgaben in Höhe von 550 Millionen Euro zu realisieren. Dies soll durch Maßnahmen wie der Erhöhung der Beiträge für den Zugang zum Nationalen Gesundheitsdienst (SNS), eine umfangreiche Überarbeitung der bestehenden Ausnahmeregelungen, strengere Bedürftigkeitsprüfungen, eine automatische Bindung an den Inflationsindex und eine Zweidrittel-Reduzierung der Steuervergünstigungen für medizinische Versorgung erzielt werden. Zuzahlungen für Arztbesuche und stationäre Aufenthalte wurden bereits Anfang 2012 verschärft. Zusätzliche Einsparungen sind im Bereich der Arzneimittel geplant.

Die Konsequenzen der Kürzungen können noch nicht umfassend vorausgesagt werden, aber die jüngsten Entwicklungen im Gesundheitszustand der Portugiesen, und hier vor allem bei der älteren Bevölkerung, deuten auf Verschlechterungen hin, die durch Budgetbeschränkungen in der Verschreibung von Arzneimitteln und Zusatzuntersuchungen, bei zeitnahen Operationen und Präventionsmaßnahmen, zu erklären.

Although Portugal is still dealing with large gaps in the levels of health in different social groups and strong concerns about the overall health prospects for the population have been voiced by international organizations,<sup>1</sup> Portuguese citizens live on average longer and healthier than previous generations.

The prime reason for this positive evolution is the growing effectiveness of the Portuguese health care system that was set up in the 1980s. The system consists of a nationwide network of public and private care providers, where the public sector plays a central role both as the main provider of care and as the main source of financing. Access to health care improved significantly in the last decades and the health condition of the population has benefited accordingly.

OECD statistics show that in 2010 infant mortality rate is at 2.5 per thousand, with a reduction since 1960 that is the most significant in the OECD countries. Premature mortality has declined and is currently less than one-third of 1970 levels. Average life expectancy at birth increased from 77.0 to 79.8 years in the period 2001-2010 and is now in line with the average indicator for the EU.

Countries	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
European Union (27)	-	77.7	77.8	78.4	78.5	79.0	79.2	79.4	79.7	-
Portugal	77.0	77.3	77.4	78.3	78.1	78.9	79.1	79.4	79.6	79.8

Table 1: Average life expectancy at birth (2001-2010); Source: Eurostat, Indicators of the Health and long-term care strand (extracted on 03-10-2012)

The rising effectiveness of health care was not accompanied by a comparable increase in efficiency. Health expenditures have grown faster than the results delivered and beyond what the economy can sustain – see Figure 1. The health care system became one of the sources of budgetary imbalances that successive governments have not been able to change in spite of repeated attempts.

<sup>1</sup> The obesity rate among Portuguese adults amounts to 15.4 per cent in 2006, higher than in Italy (10%) and France (13%). Obesity's growing prevalence foreshadows increases in the occurrence of health problems for the country (such as diabetes and cardiovascular diseases) and higher health care costs in the future – according to OECD.

It certainly made a decisive contribution to the present debt crisis and the subsequent need for external financial assistance.<sup>2</sup>

Under the provisions of the bailout agreement specified by the 2011 Memorandum of Understanding (MoU), very detailed targets and measures for the health care system are to be achieved during the period 2011-2013 in order to comply with the agreed budgetary targets. The government is bound to achieve savings worth 550 million Euros in health expenditure for the period 2011-2013, through such measures as the increase of users' fees, a substantial revision of existing exemption categories, stricter means-testing, a two-thirds overall cut of tax allowances for health care, strict constraint on consumption of pharmaceuticals and efficiency gains in hospitals and other health units.

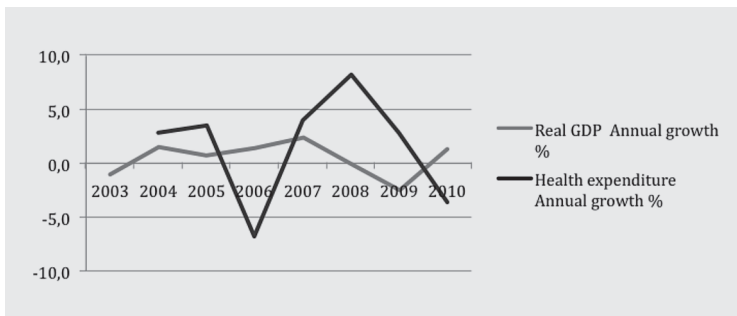


Figure 1: GDP and health expenditure growth (2003-2010); Source: OECD Health Data 2012

To fully understand the impact of such a demand for budget cuts in health care, one must bear in mind the main characteristics of the public health care system.

### 1. The health care system

At the heart of the Portuguese health care system is the National Health Service (SNS), which was fashioned after the British NHS model and set up in the 1980s. It was originally designed to provide universal health care at no

<sup>2</sup> Following a request by Portugal on 7 April 2011, the European Commission, the ECB and the IMF negotiated with the Portuguese authorities an Economic Adjustment Programme which was agreed by the European Council on 30 May and by the IMF board on 20 May 2011.

cost to the user. It is mainly financed by tax revenues, but users pay part of the cost of the prescribed pharmaceuticals. Users also contribute to the SNS funding by paying “moderating” fees whenever they have access to SNS care. Health insurance and special health subsystems provide complementary care for specific groups of the population.<sup>3</sup>

For the majority of the population the SNS health centres and hospitals provide almost all the health care they have access to. Privately-run admission units, medical consultation rooms, diagnosis and therapeutic centres plus a network of ambulances and a network of pharmacies provide health care and health-related services to subscribers of voluntary health subsystems and insurance schemes. SNS also subcontracts the private sector to provide specific care to SNS users whenever unable to deliver it by own means.

There were 3.8 physicians - slightly above the OECD average - and 5.7 nurses - below the OECD average - per 1000 inhabitants in 2010. The number of acute care hospital beds averaged 2.8 per 1000 citizens, which was below the OECD average of 3.5. In line with many OECD countries, the number of hospital beds per capita in Portugal has fallen gradually over time, coinciding with a reduction of average length of stays in hospitals and an increase in the number of surgical procedures performed on a same-day (or ambulatory) basis.

There has been considerable growth in the availability of diagnostic technologies such as computed tomography (CT) scanners and magnetic resonance imaging (MRI) units in most OECD countries. The number of MRIs in 2007 averaged 8.9 per million inhabitants in 2007, below the OECD average of 12.0. The number of CT scanners in Portugal stood at 26 per million inhabitants in 2007, above the OECD average of 22 in 2009.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Regarding health care, the population can choose or use both SNS services (as entitled through tax-paying) and other publicly or privately provided services (as subscribers to special mandatory or voluntary schemes). State employees' special scheme (ADSE) is the largest of the existing health subsystems (covering almost 10% of the population). It is co-financed by the public employer and the beneficiary. Until 2010 it was mandatory for civil servants. After that date, it operates on a voluntary subscription basis acting as a complementary scheme to reimburse users' out-of-pocket health expenditures in private health care facilities. ADSE will also bear the costs of health care provided by SNS units to ADSE beneficiaries. In general, subscribers to the special schemes mainly demand privately provided health services and facilities. Part of the out-of-pocket health expenditure of households is also financed by insurance and private subsystems (23% of the health expenditure of households according to the official statistics by INE).

<sup>4</sup> OECD Health Data 2012.



The growth of total health care expenditure has been mainly propelled by public expenditure, accounting for almost 70 per cent of spending as shown in Table 2.<sup>5</sup>

Expenditure (% GDP)	2007	2008	2009	2010
Total	9.63	10.10	10.80	10.70
Public expenditure	6.56	7.10	7.30	7.04
Private expenditure	2.65	2.90	2.70	3.66

Table 2: **Health Care Expenditure (2007-2010)**; Source: Eurostat and OECD Health Data 2012; INE (Portuguese official statistics institute) 2009

Access improvement has been based on the increasing role of primary care first consultations at local health centres, thus relieving hospital emergencies of excessive and unjustifiable demand as shown in Table 3.

First medical consultations			All medical consultations		
2010	2009	Change (%)	2010	2009	Change (%)
8,617,065	8,320,822	4.0	31,913,893	31,539,219	1.0

Table 3: **Medical consultations at SNS primary care health centres (2009-10)**; Source: SNS, Annual report on access to health care, May 2011

Since 2009 health centres are being grouped in local organisations labelled “ACES” with a structure based on functional units that provide decentralised family health care (USF), community health care (UCC), personalised health care (UCSP), and public health coverage (USP). ACES will enjoy considerable managerial autonomy.

Hospitals are one of the key elements of SNS and they operate within a referral system where general hospitals serve the local area and are also part of a network for patients to be referred to, according to the existing specialities. Hospitals provide specialised consultations, surgeries and treatments that are not available in primary care units.

<sup>5</sup> OECD estimates for total health spending in 2010 amount to between 10.6% and 11% of GDP, which seems to indicate the stabilisation at 2009 level.

Until recently hospital consultations have been growing fast. By 2010, they reached a total of 10.8 million, an increase of 29 per cent since 2005. Waiting lists for consultations in hospitals have increased in recent years and in 2007 a programme was devised to reduce lists for hospital first consultations, this programme is named “Consultas a tempo e horas” (“on time” consultations) and based on electronic appointment.<sup>6</sup>

Surgeries have also been affected by unsatisfied demand; a special initiative (SIGIC) to reduce waiting lists for surgery was launched in 2005 and showed effective results. By 2010, an important decrease in SIGIC waiting lists had been achieved, as shown in Table 4. In this connection private hospitals played an important role in this development, as SNS out-contracted its unmet surgery demand. The latest official available data points to a decrease in the number of patients on waiting lists by 34.9 per cent in 2010, compared to the 2005 initial level. The median waiting time for surgical operations in 2010 was approx. 3.3.

Indicators	2005	2007	2009	2010
Number of patients waiting	248,404	197,150	164,751	161,621
Median waiting time (in months)	8.6	4.4	3.4	3.3
Patients waiting over 12 months (in %)	36.2	10.5	10.4	N.A.
Number of performed surgeries	345,321	455,503	475,293	482,928
Number of surgeries out-contracted by SNS	2,685	27,643	23,919	25,274

Table 4: SIGIC's surgical waiting lists (2005-2010); Source: Ministry of Health/ACSS, Synthesis Report on Surgical Activity, 1<sup>st</sup> semester 2012

Since December 2009 people who are on a waiting list for surgical operations have been able to find out their position on the waiting list online through a new e-service launched by SIGIC.

In the meantime, new hospitals are to be built and managed by Public-Private Partnerships (PPP's). Three hospitals are already in operation (the new hospi-

<sup>6</sup> As a consequence, first consultations increased by 49% after 2005 with noticeable acceleration after 2007, thus, confirming that referral to hospital consultations by primary health centres is gradually replacing the traditional and undesirable main gateway of hospital emergency rooms (which provided direct access to follow-up consultations by side-stepping the wait for first hospital consultations).

tals of Cascais, Braga and Loures), one is under contract and construction (the hospital of Vila Franca de Xira) and three more are under tender, even if new contracts are now in doubt due to austerity constraints.

## 2. Recent developments

The fourth update of the MoU, signed on the 27th of June 2012, summarises the immediate objectives of health policy as follows: improving efficiency and effectiveness in the health care system, inducing a more rational use of services and control of expenditures, generating additional savings in the area of pharmaceuticals to reduce the overall public spending to 1.25 per cent of GDP by the end of 2012 and to about 1 per cent of GDP in 2013, generating additional savings in hospital operating costs and devising a new strategy to eliminate arrears.

User fees for medical consultations have been aggravated at the beginning of 2012 and vary between 5 Euros for a normal family doctor consultation and 17.5 Euros for hospital emergency care. Hospital in-patients are also charged with admission fees and most medical exams and surgeries have moderating fees as well that can go up to 50 Euros. Only targeted users, such as those suffering material deprivation, pregnant women, children under 12, users with high disability, and people having received organ transplants are exempted from paying user fees. Specific care to patients is also free of charge for, among others, family planning consultations, neurologic degenerative disease consultations, chronic pain relief, chemotherapy, mental health, diabetes, HIV/AIDS and vaccines. The official estimate of people exempted from user fees amounts to 5 million citizens.

The consumption of pharmaceuticals is a salient indicator for health expenditure growth and it accounts for 21.8 per cent of total health spending, which is well above the OECD average of 17.1 per cent. With 72.8 per cent it is mainly financed by public sources (OECD Health Data 2011). A large part of this expenditure occurs through hospital prescriptions to ambulatory patients. Achieving cuts in this segment of expenditure has been prioritised. Therefore, the maximum price of the first generic introduced to the market is set at 60 per cent of the branded product with similar active substance. The

existing reference-pricing system based on international prices has also been revised; the countries of reference have been updated from the three EU countries with the lowest price levels to countries with comparable GDP per capita levels.

Results are already visible. Pharmaceuticals sold by community pharmacies decreased by 11.8 per cent in value in the first semester of 2012, as compared to the same time interval in 2011, while their sales grew by 2 per cent in volume. Within SNS units, pharmaceutical costs dropped by 7.2 per cent.<sup>7</sup>

Primary care services need to be reinforced by increasing the number of USF (Family Health care Units) contracting with ARS (Regional Health Administrations). The establishment of a mix of salary- and performance-related payment system is ensuring that the new system leads to a reduction in costs and to a more effective provision of health care services. A mechanism to guarantee the presence of family doctors in depleted areas and thus achieving a more even distribution of family doctors across the country is also under implementation. USFs were first launched in 2006 and consist of small local autonomous multi-disciplinary teams to provide a basic portfolio of personalised health care services within each ACES area. They are selected according to public calls for tender and operate under contract with each corresponding ARS, relying on financial incentives to increase productivity. By May 2011, 296 USFs were in place, providing family doctor coverage to a 3.6 million population, which means an increase of 15 per cent since 2006.<sup>8</sup>

Regarding hospitals, additional measures are being implemented, aimed at achieving a reduction of 200 million Euros in the operational costs of hospitals by the end of 2012, including the reduction in management staff, as a result of concentration and rationalisation of public hospitals and health centres.

The measures and changes discussed above have been induced in the wake of the agreements with the Troika. In 2012 they aim to achieve a total public health expenditure of EUR 7,952 million Euros, a reduction of 8.2 per cent from the 2011 level of spending.

<sup>7</sup> Source: INFARMED (the official regulator of health care and health services markets).

<sup>8</sup> <http://www.mcsp.min-saude.pt> (retrieved on 02.06.2011).

### 3. SNS debt in arrears

The increase in the SNS supply of care has not been met by adequate funding. By September 2011 debt in arrears to SNS external suppliers amounted to 2,900 million Euros and was expected to reach 3,000 million by the end of that year.<sup>9</sup> The rising arrears are a major threat to smaller suppliers' economic survival, as long as it remains to be paid or evolves to rolling debt.

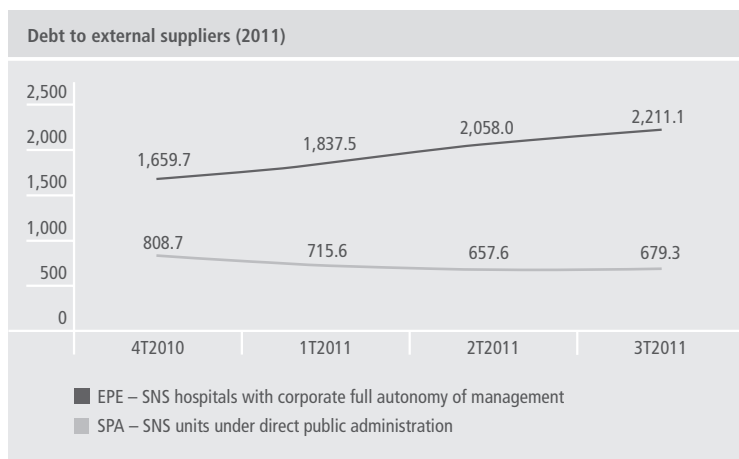


Figure 2: **Debt to external suppliers (2011)**; Source: Ferreira, A. S., Teixeira, M., *Evolução recente da situação económico-financeira do serviço nacional de saúde – enquadramento do actual contexto*, APES, 2011

### 4. Long-term Care

EU concerns over the age-related nature of health expenditure and its impact on public finance sustainability have had an impact on policy-making in the bailout. OECD Health Data 2011 estimated that only a fraction of 1 per cent of total health spending pertains to long-term care, so that total expenditure should not exceed 0.5 per cent of GDP in 2008.

In 2005-2006, the population potentially in need of long-term care roughly amounted to 20 per cent of the total population, according to the National Health Survey as shown in Table 5.

<sup>9</sup> Portuguese Government, State Budget for 2012 (Accompanying Report), 2011.

Population	No. of persons	Per cent of total population
With full disability	279,595	2.81
With full incapacity for autonomous daily living activities	1,797,666	18.05

Table 5: Population stating full disability and full incapacity for autonomous daily living activities (2005-06); Source: National Health Survey, 2005-06

For the majority of the population the sole available care was informal care by families and neighbours or within residential institutions subsidised by the state. As a consequence, SNS hospitals have frequently been over-occupied by users who could have been clinically discharged but were in need of long-term care and lacked the means to afford it.

After 2006, long-term care has been enhanced through the setup of the national network for “integrated continuous care” (RNCCI), providing both health care and social assistance to dependent persons. This initiative is under the joint coordination of the Ministries of Health and of Social Solidarity.

Users receiving assistance in admission units or receiving home care services are mostly over 65 years (80%) and more than 40 per cent of users are 80 years or older<sup>10</sup>. The total number of users referred since 2006 and up to December 2011 was 95,762, and 82,747 were assisted in-house at RNCCI admission units.

RNCCI offers a continuum of formal care based on diversified coordinated interventions taking place in its different types of units, thus, providing several services, namely: convalescence care, post-acute rehabilitation services, medium and long-term care, home care, and palliative care.

The network operates with a purchaser/provider divide and the portfolio of institutional care services within RNCCI, according to different typologies, is presented in Table 6, where medium- and long-term care prevail.

Within RNCCI, institutional care services are to be provided by non-profit organisations (64 per cent of the supply of beds), private health and residen-

<sup>10</sup> Official data, available at <http://www.umcci.min-saude.pt> (retrieved on 14-02-2012).

Typology of institutional care services	No. places 31-12-2008	No. places 31-12-2010	No. places 30-06-2011
Convalescence	530	682	890
Medium-term care	922	1,497	1,740
Long-term care	1,325	2,286	2,704
Palliative care	93	160	185
Total	2,870	4,625	5,519

Table 6: **Portfolio of institutional continuous care services (2008-11)**; Source: Ministry of Health/UMCCI

tial care facilities, public hospitals and other health care units that act within common technical standards and whose services are subsidised by the state. In hospitals specialised teams (EGA) prepare patient discharge by referral to other settings. Mixed teams (ECCI) also provide local primary health care and social support to patients who do not require an institutional stay and are coordinated by “community care” units (UCC) within the ACES local health organisation. Continuous care at home is provided by ECCI.

Long-term care provided by RNCCI is an achievement for social policies within the Portuguese welfare state despite its slow development. It fosters formal care and at the same time it upgrades long-standing practices by the informal sector through training and information.

## 5. Structural issues

The identification of the main challenges to improve health care and to control expenditure followed the 2007 EU Health Joint Report assessment and recommendations. EU benchmarking became standard practice in policy analysis and social design, OMC became the main reference for policy design.

The 2009 Ageing Report projections estimated an increase in public health care spending from 7.2 per cent to 9.1-10.3 per cent of GDP in the period 2007-2060 according to different scenarios. Regarding long-term care the same projections showed that it could amount to 0.2 per cent of GDP by 2060.

The MoU's extensive coverage of health issues and the very detailed commitments undertaken by the subscribing parties regarding health policies brought about a dramatic change in policy-making. Its relation with EU social policies as well as EU supervision over the implementation of specified measures will be constant and demanding.

The impact of new policies and measures is already accounted for in the 2012 Ageing Report, as shown in Table 7. The increase in public health care spending is now expected to vary between 8.3-8.8 per cent of GDP by 2060 according to different scenarios. Regarding long-term care the same projections showed that it could amount to a figure between 0.6-1.3 per cent of GDP by 2060.

Independent and officially supported studies and surveys have been accomplished and published, trying to assess the effectiveness of recent policies over access and sustainability of care. The impact of the main drivers of health expenditure growth has been thoroughly studied confirming that the ageing of the population is not the main driver of expenditure growth.<sup>11</sup> The analysis of ageing effects emphasises that its major challenge addresses the sustainability of the present model of care provision, but not primarily its financial sustainability.

## **6. Dire Prospects**

More than two million Portuguese, who were fully exempted from user fees until recently, accounting for 20 per cent of the population, now have to pay aggravated fees in the SNS services whenever their household wealth exceeds 100,000 Euros. The full impact of these measures is not yet assessed.

In general terms, experts agree on a margin for SNS to improve the access to quality health care while achieving more efficiency and cost savings through better management. Nevertheless the strain upon SNS management to achieve substantial savings may indeed prove to be overwhelming and have great impact on the restructuring of the Portuguese health system. The

<sup>11</sup> The econometrical study by Pedro Barros (2010) confirmed that National Income and technological innovation stand out instead as the main drivers of expenditure growth. Such conclusion is in line with OECD 2006 Health expenditure projections. See Barros, P., The black box of health care expenditure growth determinants, working paper, Universidade Nova de Lisboa, 2010.



present model of predominant public care supply may evolve towards a hybrid one where different public and private subsystems will work out a more balanced mix that will provide free health care under much less generous eligibility rules. Health insurance, whether public or private, will eventually play a more considerable role.

The financial sustainability of RNCCI remains an open issue, as the mix of public and private funding will suffer inevitably from MoU cuts in social expenditure. Prior to the bailout, the implementation of RNCCI should have been fully accomplished by 2014, achieving 23,027 places, but a slow-down in its progress is the certain outcome of the current budget constraints.

The immediate impact of the EU demand for budget cuts can be summarised as follows:

*A decline of health care levels*

The recent decrease in waiting lists and average waiting time for consultations, surgeries and other medical acts will suffer as the outsourcing of such services outside SNS units is now more difficult for budgetary reasons. Prevention will be less universal and the average health condition of the population will deteriorate.

*Inequalities will grow*

High-income households will keep quality private health care paid for by private insurance and occupational schemes while lower-income citizens will crowd in the under-procured and under-staffed SNS units.

*Recent gains in longevity will be jeopardized*

Infant and premature mortality will suffer from SNS underperforming health care services.

Equity issues have also been under in-depth study.<sup>12</sup> Following some of these insights, it stands out that meeting the lack of doctors and nurses is crucial to improve access and equity. For many years health services in isolated regions

<sup>12</sup> Furtado, C./Pereira, J., Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde, working paper, Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Julho de 2010; Palmeira, C. Santos, A Equidade no Acesso à saúde: A Problemática do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, master's thesis, Universidade do Porto, 2011.

Health care		2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Health care spending as % of GDP	Ch 10-60	7.2	6.5	6.7	7.0	7.2	7.5	7.7	7.9	8.1	8.2	8.3
AWG reference scenario		1.1										
Demographic scenario		1.4	6.6	6.8	7.1	7.3	7.6	7.9	8.1	8.3	8.4	8.5
High Life expectancy scenario		1.5	6.6	6.8	7.1	7.4	7.7	7.9	8.2	8.4	8.6	8.7
Constant health scenario		0.5	7.2	6.5	6.7	6.9	7.1	7.2	7.4	7.5	7.6	7.6
Death-related cost scenario		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Income elasticity scenario		1.6	7.2	6.6	6.8	7.1	7.5	7.8	8.1	8.3	8.5	8.8
EU27 Cost convergence scenario		1.6	6.6	6.8	7.1	7.4	7.7	8.0	8.2	8.4	8.6	8.7
Labour intensity scenario		1.9	7.2	6.6	6.7	7.0	7.4	7.8	8.3	8.7	8.9	9.1
Sector-specific composite indexation scenario		1.3	7.2	6.6	7.0	7.3	7.5	7.8	8.0	8.2	8.4	8.5
Non-demographic determinants scenario		2.3	7.2	6.3	6.6	7.0	8.0	8.4	8.8	9.1	9.3	9.5
AWG risk scenario		1.6	7.2	6.5	7.1	7.5	7.8	8.1	8.3	8.5	8.7	8.8
Long-term care		2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Long-term care spending as % of GDP	Ch 10-60	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6
AWG reference scenario		0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6
Demographic scenario		0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.5	0.6	0.6	0.7
High Life expectancy scenario		0.4	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6
Base case scenario		0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6
Constant disability scenario		0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.6
Shift 1% of dependents to formal scenario		0.6	0.3	0.4	0.5	0.6	0.6	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9
Coverage convergence scenario		1.5	0.3	0.4	0.5	0.5	0.6	0.8	1.0	1.2	1.5	1.8
Cost convergence scenario		1.0	0.3	0.4	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	1.0	1.2	1.3
AWG risk scenario		1.0	0.3	0.4	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	1.0	1.1	1.3

Table 7: The 2012 European projections of health care and long-term care expenditure in per cent of GDP for Portugal (2010-60); Source: EC, 2012 Ageing Report

have been afflicted with such a deficiency and will continue to be so in the near future. General practice and family medical care are the most afflicted with the local shortage of doctors and nurses, and both are crucial to ageing populations.

### **Abstract**

Under the provisions of the bailout agreement signed in 2011, very detailed measures for the Portuguese health care system are to be taken in the period 2011-13 in order to achieve the agreed budgetary targets. Therefore the concrete impact of the budget cuts for the Portuguese health policy has to be precisely analysed.

The government is obligated to achieve spending cuts worth EUR 550 million in health expenditure. This has to be achieved thanks to measures such as the increase of SNS user fees, a substantial revision of existing exemption categories; stricter means testing; automatic indexation to inflation, and a two-thirds overall cut in tax allowances for health care. User fees for medical consultations and in-patient admissions were already increased at the beginning of 2012. Additional savings in the area of pharmaceuticals are planned.

The consequences of these cuts are not yet fully understood, but the recent developments in the health condition of the Portuguese population, especially among the elderly, prove that the severe budget constraints that are affecting medical prescription of pharmaceuticals and ancillary exams, timely surgeries and health prevention services.



## **Podiumsdiskussion**



## 7 Harmonisierungsbestrebungen versus Gestaltungsfreiheiten der Mitgliedstaaten\*

Teilnehmerinnen und Teilnehmer:

PD Dr. Wolfram Lamping, TU Darmstadt

Michael Schönstein, OECD

Dr. iur. Bernd Schulte, Wissenschaftlicher Referent

Ortwin Schulte, BMG

Prof. Susanne Tiemann, Vorsitzende EU-Ausschuss der GVG

Moderator: Volker Finthammer, DLR

Der folgende Text systematisiert die Ergebnisse der Diskussionsveranstaltung entlang der darin angesprochenen Kernthemen. Er soll damit einen Katalog möglicher Antworten auf die übergeordnete Fragestellung der Veranstaltung nach den „Auswirkungen der Eurokrise auf die nationale Gesundheitspolitik“ bereitstellen.

### 1. Impulse zur Finanzierung von Gesundheitssystemen

Die Krise hat die Probleme nicht-nachhaltiger Finanzierung von Gesundheitssystemen verdeutlicht. Auch wenn es in erster Linie Griechenland ist, das in der allgemeinen Wahrnehmung als Beispiel für Ineffizienz dasteht, sind auch weitere EU-Mitgliedstaaten weit davon entfernt, über stabile und krisen-erprobte Finanzierungsmechanismen der öffentlichen Ausgaben zu verfügen.

Die Fragen zur finanziellen Konsolidierung artikulierten sich in folgenden drei Themenbereichen:

*Das System benötigt mehr Einnahmen – welche können das sein?*

Michael Schönstein (OECD) führt aus, dass in vielen Ländern Gesundheitsausgaben weiter unter Druck stehen. Mehrere Lösungsansätze werden zurzeit besprochen: a) Ein bislang übliches Verfahren war, weitere Schulden aufzunehmen, aber dies ist unter den jetzigen wirtschaftlichen Verhältnissen und

\* Die Diskussion wurde von Alexia J. Zurkuhlen (geb. Duten), Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e.V., für diese Publikation zusammengefasst.

nach den Kriterien, die die am stärksten betroffenen Länder erfüllen müssen, nicht mehr möglich. b) Die Beteiligung von privaten Investoren zu erhöhen, könnte attraktiv erscheinen, sie ist allerdings auch mit Risiken verbunden, denn private Investoren erwarten einen „Return of Investment“. c) Als drittes Szenario wird über einen speziellen Strukturfonds für Gesundheit nachgedacht.

Im Zusammenhang mit den Finanzierungsproblemen wurde von Dr. Bernd Schulte noch zur Diskussion gestellt, ob nicht im Rahmen der allgemeinen Sparmaßnahmen und insbesondere in Bezug auf die Sparmaßnahmen im Sozialbereich eine Priorisierung der Ausgabenkürzungen stattfinden sollte: So wären die Ausgaben für Gesundheit im Allgemeinen – auch in Griechenland – dringlicher und deshalb höher zu bewerten und vorrangig zu behandeln im Vergleich etwa zu Rentenleistungen, Familienleistungen, und sonstigen Zuschüssen zu sozialen Zwecken.

Im Verlauf der Diskussion wurde weiter eine Regulierung über die Preisstruktur mehrfach als Ansatz zur Lösung der Finanzierungskrise im Gesundheitswesen angesprochen. Differenzierte Preise und länderspezifische Preispolitiken scheinen ein attraktives Modell zu sein, um ungleiche Wirtschaftskraft nicht in ungleiche Versorgung münden zu lassen.

In diesem Zusammenhang weist Ortwin Schulte als Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) darauf hin, dass es in den letzten Jahren durchaus eine Bestrebung war, den Anteil der Gesundheitsprojekte im EU-Strukturfonds zu erhöhen. Derzeit liege der Anteil weit unter dem zu erwartenden Niveau. Gemäß dem Prinzip der Additionalität würden Mittel des Strukturfonds nur zusätzlich zu anderweitig bestehenden nationalen Finanzierungsverantwortung zur Verfügung stehen. Den Anteil von gesundheitsbezogenen Projekten im Strukturfonds zu erhöhen, sei nach wie vor ein gutes Ziel. Dr. Bernd Schulte ergänzt diesen Gedanken mit dem Argument, dass der Europäische Sozialfonds dem Wesen nach ein Beschäftigungsfonds sei für Problemgruppen des Arbeitsmarktes – u. a. Menschen mit Behinderungen – so dass eine Umwidmung in Richtung auf Gesundheitsausgaben seinen sozialpolitischen Zielsetzungen entsprechen würde.



### *Das Wachstumspotential des Gesundheitssektors*

Obwohl es zahlreiche Wirtschaftsprognosen gibt – u.a. die der Bundesregierung und der EU –, die den Zusammenhang zwischen Wachstum, Beschäftigungspolitik und Gesundheitssektor hervorheben, wird diese Aussage von den Referenten auf dem Podium relativiert. Auch wenn der Gesundheitssektor nach wie vor ein wichtiger Arbeitgeber sei, könne auf diese traditionelle Rolle nicht ohne weiteres spekuliert werden. Besonders hervorgehoben wurde der Ärztemangel, es würden zwar Ärzte nachrücken, diese würden aber weder die ausscheidenden Mediziner 1:1 ersetzen, noch sei dies ausreichend angesichts einer alternden Bevölkerung. Von einem „Jobmotor“ Gesundheitswesen wollten keineswegs alle Podiumsteilnehmer ausgehen, insbesondere nicht aus der Perspektive der Krisen-Länder, wo die Abwanderung qualifizierter Kräfte die Regel ist.

Trotz dieser Einschätzung bleibe der Gesundheitssektor selbstverständlich ein wichtiger Gestalter des nationalen Wirtschaftswachstums, gerade in Hinsicht auf den Konsum und – bezogen auf Deutschland: die Herstellung – von Arzneimitteln. Allgemein tragen Gesundheitsleistungen auch zur Verbesserung der Beschäftigungslage – Verringerung von krankheitsbedingten Ausfallzeiten u. Ä. – bei, und sind insofern auch „produktiv“ und überdies geeignet, das Wirtschaftswachstum zu fördern.

### *Die Dauer der Finanzkrise und deren Auswirkung auf die Ausgabenstruktur der Mitgliedstaaten*

Ist ein Ende der Finanz- und Wirtschaftskrise in Sicht? Würde ein solches Ende auch das Ende der Sparmaßnahmen bedeuten? Solche Fragen können nur spekulativ beantwortet werden.

Als roter Faden nicht nur der Diskussionsveranstaltung, sondern der Beiträge der gesamten Konferenz ist der Konsens auszumachen, dass Gesundheitsleistungen – zumindest was die Grundversorgung angeht – ein ‚Public Good‘ sind. Selbstverständlich müsse die Nutzung der Grundversorgung reguliert werden, und es bestünden auch im europäischen Vergleich viele Unterschiede

hinsichtlich der Einschätzung, was notwendige Eingriffe und Behandlungen sind (in Deutschland zum Beispiel sei eher eine Überversorgung vorhanden).

Diese Koordinierungsaspekte markieren einen weiteren Themenkomplex (s. Punkt 4). Zuvor gilt es noch, die auch auf dem Podium zu beobachtende Spaltung zwischen den Positionen von Ausgaben- oder Sparorientierung zu erwähnen, die den Abbau der Schulden von gestern auf der einen Seite dem Ermöglichen des Wachstums von morgen auf der anderen entgegengesetzt. Falls die Krise, wie es sich andeutet, kein schnelles Ende haben wird, ist es notwendig, strukturell umzudenken und zu fragen, ab wann Austeritätsmaßnahmen jegliche Aussicht auf Wirtschaftswachstum aushebeln. Aus Sicht der Referenten muss diese Diskussion hauptsächlich auf politischer Ebene erfolgen und Signale setzen.

Es ist zudem interessant zu bemerken, dass in der OECD insgesamt die Gesundheitsausgaben zwar stagnieren, nicht aber rückläufig sind, und in Deutschland und Österreich trotz der Krise angestiegen sind. Diese Beobachtung spricht dafür, dass in diesen Ländern der Wert der Gesundheitsausgaben nicht nur für die Gesellschaft, sondern auch für die Wirtschaft anerkannt wird.

## **2. Ansätze für eine koordinierte Gesundheitspolitik in der EU**

Im Laufe der Veranstaltung wurde immer wieder die Tatsache herausgestellt, dass die Gesundheitspolitik nicht vergemeinschaftet ist; d.h. der Europäischen Kommission als supranationalem Exekutivorgan ist es laut Vertrag nicht gestattet, einheitliche Vorschriften für eine gemeinsame Gesundheitspolitik zu erlassen – so können weder Erstattungsätze von der EU festgelegt werden, noch die Anzahl an medizinischem Personal pro Einwohner. Einige Bestimmungen jedoch sind dieser ‚obersten Regel‘ entzogen, insofern sie die Grundfreiheiten berühren und sich beispielsweise auf die Dienstleistungs- oder die Niederlassungsfreiheit beziehen. Zu diesen Themen, die zwar definitiv zum Gesundheitsbereich zählen, aber von der EU einheitlich koordiniert werden, gehören die Patientenrichtlinie und das Arzneimittelrecht.

### *Die Patientenmobilitätsrichtlinie*

Es handelt sich hier um die Anwendung der wirtschaftlichen Grundfreiheiten auf das Gesundheitswesen – auch der Gesundheitsmarkt unterliegt wie erläutert den „Gesetzen“ des Gemeinsamen Marktes bzw. Binnenmarktes. Seit 2011 ist eine stärkere Koordinierung im Gesundheitssektor zu beobachten: die EU-Patientenrichtlinie „über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ ist nichts anderes als eine Harmonisierung im Gesundheitssektor. Sie stützt sich sowohl auf Art. 168 wie auch auf Art. 114 AEUV, die beide das Gesundheitsschutzniveau sichern. Die Richtlinie ist individualrechtsbezogen, sie verlangt aber eine Umsetzung in das jeweilige nationale Recht und resultiert daher in einer gewissen, von der EU ausgehenden Koordinierung der Systeme sozialer Sicherheit. Insofern verdeutlicht die Patientenrichtlinie dass die wirtschaftlichen Grundfreiheiten definitiv auch im Gesundheitswesen gelten, und dass die EU-Bürger Gesundheitsleistungen auch in jedem anderen Mitgliedstaat nachsuchen dürfen.

### *Arzneimittelrecht*

Ein weiterer Bereich, in dem Harmonisierung stattfindet, ist das Arzneimittelrecht. Obwohl es kein eigenständiger Punkt in der Diskussion war, wurde es von vielen Rednern erwähnt, was darauf hindeutet, dass hier – je nach Perspektive – eine potentielle Beeinträchtigung der Gestaltungsfreiheit der Mitgliedstaaten respektive eine verstärkte Koordinierung durch Brüssel gesehen wird. Jenseits von rein ökonomischen Kosten-Nutzen-Berechnungen wäre eine Gesundheitsunion in dieser Frage vielleicht kostenintensiv, hätte aber positive Effekte: Bernd Schulte argumentiert, dass die Allokation von Arzneimitteln mit Systemrationalisierung, mit Wahrung eines Versorgungsminimums und der Verfolgung von Gesundheitszielen verknüpft werden sollte; dies ist im vorstehend bezeichneten Sinne zu verstehen, nämlich als Beispiel für die Notwendigkeit, den Gesundheitssektor von den ansonsten allfälligen Austerity-Maßnahmen wegen seiner gesamtwirtschaftlichen und natürlich auch gesellschaftlichen Bedeutung auszunehmen. Für Ortwin Schulte vom BMG wäre es beispielsweise durchaus denkbar, Bereitschaftsreserven von Impfstoffen (Beispielfall Schweinegrippe) gemeinsam zu finanzieren und umzuverteilen.

### 3. Die Auswirkung der Krise auf die Gestaltungsmacht der EU-Mitgliedstaaten

Als leitende Frage der gemeinsamen Konferenz von BMG und GVG lässt sich formulieren: Haben bisherige und zu erwartende Entwicklungen in der Währungskrise dazu geführt, dass die einzelnen Mitgliedstaaten Kernkompetenzen ‚im Herzen‘ ihrer Gestaltungsmacht – dies insbesondere bezogen auf den Bereich ihrer Gesundheitspolitik – an die EU haben abgeben müssen? Von den unterschiedlichen Aspekten dieser Frage, die im Laufe der Diskussion von den Teilnehmern beleuchtet wurden, sollen hier drei ausgeführt werden.

*Die Krise wirft ein neues Licht auf Grundfragen der europäischen Integration und der Machtaufteilung*

Die Offene Methode der Koordinierung, die EU 2020-Strategie und die Umsetzung der Memorandum-Strategie in Brüssel, Athen, Dublin und Lissabon stehen recht unvermittelt nebeneinander. Bei den Diskutanten herrschte Einigkeit darüber, dass 1. einige Fragen neu zu beantworten seien, 2. aus den 1990er Jahren herstammende Mechanismen und Verhandlungen in der Zukunft mehr als nur unverbunden nebeneinander stehen werden und 3. eine EU-Gesundheitspolitik letztlich auch ohne konkrete Vorgabe der EU an ihre Mitgliedstaaten einen neuen Stellenwert erreichen könne.

Sowohl bei den Sparmaßnahmen als auch bei der Patientenrichtlinie handelt es sich den Referenten zufolge weniger um eine Umverteilung von Macht, die sich im Vertrag deutlich kennzeichnen müsste, als um eine Eingrenzung der nationalen Kompetenzen. Es sei schwer zu belegen, so Wolfram Lamping, dass die EU sich jenseits des Reformprogramms an der Gesundheitspolitik ihrer Mitgliedstaaten beteiligen möchte. Diesbezügliche Signale habe es nicht gegeben, und die Bürgerinnen und Bürger würden sich vorsichtig gegenüber einer (gesundheits-)politischen Union äußern, die zwar das attraktive Gerechtigkeitsargument mit sich bringe, aber keine gemeinsame Kasse vorweisen kann.

*Wie lässt sich ein Einfluss der Krise auf die Gestaltung der Gesundheitspolitik feststellen?*

Jenseits der Vorschriften im Rahmen des Fiskalpaktes und der unterschiedlichen Rettungspakete wird die Kausalwirkung der Krise auf die Gestaltungsfreiheit der nicht-Nehmerländer schwer festzustellen sein. Das ist zum einen der Fall, weil die Mitgliedstaaten durch Art. 168 des EU-Vertrags geschützt sind, der die Gesundheitspolitik in die nationale Entscheidung und Verantwortung legt, zum anderen, weil es keinen klaren Nachweis dafür gibt, dass die EU ein über den Rahmen der Reformpakete hinausgehendes Interesse an der Gestaltung nationaler Gesundheitspolitik hat.

Die politische Realität in Mitgliedstaaten wie der Bundesrepublik Deutschland, die nicht von der Fiskalreform betroffen sind, ist weit entfernt davon, Vorschriften von der EU zu erhalten. Es erscheint eher unwahrscheinlich, dass es EU-Vorgaben zu nationalen Gesundheitsfinanzierungsfragen geben wird. Beispielhaft wurden hier die Überschüsse der deutschen Krankenkassen genannt – es scheint nicht wahrscheinlich, dass Brüssel hierzu jemals Vorgaben äußern wird. Auch ein Mindestleistungskatalog werde aufgrund der großen Unterschiede der Gesundheitsversorgungssysteme der 27 Mitgliedstaaten nicht zustande kommen.

Susanne Tiemann, Vorsitzende des EU-Ausschusses der GVG sieht eine politische Einflussnahme auf die nationalen Gesundheitssysteme und einen Anspruch des „Mitsteuerns“ vor allem dann kritisch, wenn sie schnell und unter Zeitdruck geschehen. Vorstöße wie der des EU-Parlaments seien eher Ergebnis einer Panikreaktion als eines rationalen Entscheidungsprozesses.

*Die Krise hat zu einer Verschiebung der Kompetenzen geführt. Hat sie das wirklich?*

Eine Erosion der Gestaltungsfreiheit im Gesundheitswesen der einzelnen Mitgliedstaaten sei durchaus zu beobachten, so die Diskutanten, allerdings liege dies im Binnenmarkt begründet. Infolge der Krise wurden zwar Kompetenzen von der EU übernommen; dies sei allerdings ein üblicher Prozess.

Über diesen Effekt hinaus erfahren die Mitgliedstaaten eine kontinuierliche Verschiebung ihrer Kompetenzen ‚nach Brüssel‘, und zwar hauptsächlich durch wirtschaftliche Zusammenarbeit bzw. durch ökonomische Regelungen, die Auswirkungen auch auf das Gesundheitssystem haben. Es wurde betont, dass die marktwirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens nicht vergessen werden dürfe, und befürchtet, dass Kürzungen in den öffentlichen Ausgaben zu weiteren Entlassungen oder gar Auswanderungen führen [wie es bereits geschieht, Anm. A.Z.]. Dieser ökonomische Stellenwert des Gesundheitswesens ist ebenso wichtig für die angesprochenen Verschiebungen nationaler Kompetenzen. Viele der ‚Einmischungen‘ sind hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass das Gesundheitswesen ein sehr lukrativer und interessanter Markt ist. Deswegen wird dieser Bereich von Direktiven oder der Rechtsprechung regiert, die in Brüssel geschaffen worden sind. Wolfram Lamping unterstrich in diesem Zusammenhang, wie wichtig es sei, die wesentliche Unterscheidung von politischen und rechtlichen Einflussnahmen zu verdeutlichen: wo der EuGH schon einschreitet, so die These, wagt es der Gesetzgeber (noch?) nicht.

#### 4. Chancen und Risiken der Krise für die europäischen Gesundheitssysteme

##### *Die Krise eröffnet mehr Spielraum für regionale Kooperationen*

Beim bereits angesprochenen Problem des Fachkräftemangels zeigen sich erneut Vorzüge einer möglichen Gesundheitsunion gegenüber der nationalen Souveränität in Sachen Gesundheitspolitik. Referenten und Teilnehmer führten zahlreiche Beispiele für schon existierende effektive Kooperationsmaßnahmen an, wie den vom Land Nordrhein-Westfalen angetriebenen Austausch mit Griechenland auf Ministerialebene oder auch die Vielzahl an Abkommen von Krankenhäusern zur grenzüberschreitenden Versorgung, wie z.B. in Aachen. Kompetenzzentren werden – soweit möglich – komplementär eingerichtet, nicht mehr redundant. Kooperation und regionale Zusammenarbeit sind hier die Gebote der Stunde.

Neben diesen konkreten Kooperationen machen vor allem „best practices“ Schule – es wird tatsächlich im Namen der Effizienz und im Sinne einer er-

höhten Qualitätskontrolle immer mehr auf die Nachbarländer geschaut: wie behandelt man Asthma in Finnland oder Herzkrankheiten in Schottland? Statt minimaler Standards wird hier eine Optimierung mittels des europäischen Vergleichs angestrebt.

Allerdings ist der Terminus „Gesundheitsunion“ selber sehr umstritten. Vielmehr, so die Podiumsteilnehmer, ist darauf hinzuweisen, dass das „Europäische Sozialmodell“ auch gewisse Standards im Gesundheitswesen kennt, wie z. B. den Zugang aller Bürger zu einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung unabhängig von seinen finanziellen Ressourcen.

#### *Welche Gefahren bestehen für die Gesundheitsversorgung?*

Es wurden einige Gefahren für die Gesundheitsversorgung der Länder genannt, die die Austeritätsmaßnahmen mit sich bringen. An erster Stelle steht die Gefahr einer Unterversorgung, die aus einer Vielzahl einzelner Ursachen resultieren kann: Die Sparmaßnahmen haben den Selbstbeteiligungsanteil der Patienten erheblich erhöht, hohe Medikamenten- und Hilfsmittelpreise sind zweifellos eine Zugangsbarriere zu einer guten Versorgung. Zweitens ist die erhöhte Migrationsrate von Ärzten und weiterem medizinischen Personal besorgniserregend. Wenn das Gesundheitspersonal in hoher Zahl bestimmte Regionen und Länder verlässt, um sein Auskommen zu sichern, bleiben unterversorgte Patienten zurück. Eine weitere Gefahr wurde hinsichtlich der Begrenzung hochtechnologischer Medizinprodukte in Ländern unter Austeritätsrégime gesehen, wo deren Einsatz vielleicht nicht in ausreichendem Maße möglich sei.

Darüber hinaus ist eine fortschreitende Europäisierung des Gesundheitswesens durchaus zu konstatieren und nicht immer zu bereuen: Arzneimittel und Medizinprodukte sind weitgehend „europäisiert“ aus Wettbewerbsgründen, auch aus Gründen des anzustrebenden europäischen Gesundheitsniveaus. „Rinderwahnsinn“ und „EHEC“ werden grenzüberschreitend bekämpft und die Patientenrechte- bzw. -mobilitätsrichtlinie sieht u. a. auch Exzellenzzentren u. Ä. vor und strebt somit bestimmte Gesundheitsziele an.





## **Rückblick**



## 8 Auswirkungen der europäischen Finanzkrise auf die nationale Gesundheitspolitik\*

*Julia Kunkel, BKK Dachverband*

Seit dem Ausbruch der Finanzkrise im Jahr 2008 vergeht kaum ein Tag, an dem nicht in einer der großen Tageszeitungen über Euro-Rettungspakete, Liquiditätsengpässe und mögliche Staatspleiten in der europäischen Währungsunion berichtet wird. Doch wie steht es um die gesundheitspolitischen Auswirkungen der Finanzkrise? Dies war unter anderem Thema der Veranstaltung „Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik“ von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) am 11. Oktober in Potsdam.

Mit etwas Verzögerung hat die Krise auch die Gesundheitssysteme erreicht. Erstmals seit zehn Jahren stagnieren laut OECD die Gesundheitsausgaben in den Jahren 2009 und 2010 im Durchschnitt aller OECD-Länder.<sup>1</sup> Vor allem Problemländer wie Griechenland und Portugal haben scharfe Sparschnitte unternommen, doch auch in den wohlhabenderen und weniger stark von der Krise betroffenen Ländern werden die Gesundheitsausgaben zurückgefahren. Übliche Instrumente der Kostendämpfung: staatlich verordnete Preissenkungen etwa für Arzneimittel, Senkung der Arzthonore, Erhöhung der Selbstbeteiligung für die Patienten – zum Teil mit drastischen Folgen für die Bevölkerung.

In Griechenland beispielsweise werden die prekären Verhältnisse und die humanitäre Krise im Gesundheitssektor immer deutlicher. Da das griechische Krankenversicherungssystem insolvent ist, müssen Versicherte ihre Medikamente in Apotheken fast ausschließlich bar bezahlen. Zudem behandeln viele Ärzte Patienten nur bei finanzieller Vorleistung und staatliche Krankenhäuser können Behandlungen und Operationen aufgrund fehlender Medikamente und Instrumente nicht mehr durchführen.<sup>2</sup> Im Rahmen der Sparauflagen – von der Troika aus der Europäischen Union, der Europäischen Zentralbank (EZB) und dem Internationalen Währungsfonds (IWF) auferlegt – musste die griechische Regierung einschneidende Reformmaßnahmen verabschieden.

\* Kunkel, J., Auswirkungen der europäischen Finanzkrise auf die nationale Gesundheitspolitik, Die BKK, 100 (2012) 11, S. 506-507

<sup>1</sup> vgl. OECD, <http://www.oecd.org/health/healthgrowthinhealthspendinggrindstoahalt.htm>

<sup>2</sup> vgl. Bundestagsdrucksache 17/10794

Unter anderem wurde der staatliche Ausgabenanteil für die Gesundheitsversorgung von ca. zehn auf unter sechs Prozent des Bruttoinlandsprodukts reduziert.<sup>3</sup>

Mit ähnlichen Auswirkungen hat die portugiesische Regierung zu kämpfen. Da Portugal ein EU-Hilfspaket in Höhe von 78 Milliarden Euro erhalten hat, musste die Regierung drastische Sparmaßnahmen einleiten. Davon betroffen ist auch der Gesundheitsbereich mit Beitragssteigerungen, Kürzungen von Steuervergünstigungen für die Gesundheitsfürsorge und Einsparungen bei Arzneimitteln. Unter den strengen Haushaltsbegrenzungen leidet v.a. die portugiesische Bevölkerung mit langen Wartezeiten und qualitativen Einschränkungen.<sup>4</sup>

Betrachtet man die Entwicklung aller OECD-Länder, ragt Deutschland als einzige Ausnahmerecheinung unter den OECD-Ländern heraus: Der Zuwachs bei den Gesundheitsausgaben ist auch zwischen 2009 und 2010 gestiegen.<sup>5</sup> Mit dem von konjunkturellen Schwankungen unabhängigen Gesundheitsfonds und staatlichen Zuschüssen für die gesetzliche Krankenversicherung kam das deutsche System vergleichsweise gut durch die Krise.

Allen europäischen Mitgliedstaaten ist jedoch gleich, dass mit dem Ausbruch der Krise die Rettungs- und Finanzpolitik alle anderen politischen Bereiche überlagert. Dabei sind zwei Entwicklungsphasen auszumachen: In der ersten Phase der Krise stützten die Regierungen ihre Wirtschaft durch Stabilisierungsmechanismen, auch im Bereich der Sozialversicherungssysteme. Dies führte europaweit zu einem Anstieg der Staatsverschuldung und in einigen Ländern zu einer nicht tragfähigen Überstrapazierung der Staatshaushalte. In der Folge dessen und durch neue europäische Vereinbarungen zur Kapitalmarktregulierung wurde in der zweiten Phase die Haushaltsdisziplin verstärkt und eine Sparpolitik zum dominierenden Paradigma der Krisenreaktionen.<sup>6</sup>

<sup>3</sup> vgl. Vortrag von Dr. Kremalis (Kremalis Law Firm, Griechenland) im Rahmen der GVG-Veranstaltung „Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik“ am 11. Oktober 2012 in Potsdam

<sup>4</sup> vgl. Vortrag von Prof. Ribeiro Mendes (Technische Universität Lissabon, Portugal) im Rahmen der GVG-Veranstaltung „Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik“ am 11. Oktober 2012 in Potsdam

<sup>5</sup> vgl. Vortrag von Hr. Schönstein (OECD) im Rahmen der GVG-Veranstaltung „Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik“ am 11. Oktober 2012 in Potsdam

<sup>6</sup> vgl. Vortrag von Hr. Schönstein (OECD) im Rahmen der GVG-Veranstaltung „Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik“ am 11. Oktober 2012 in Potsdam

Seit dem Ausbruch der Wirtschafts- und Finanzkrise haben sich die EU-Mitgliedstaaten zu einer Vielzahl von Rettungsmaßnahmen verständigt, um die finanzielle Stabilität im gesamten Euro-Währungsgebiet zu sichern. Unter anderem wurde der Europäische Stabilitätsmechanismus (ESM) mit einer Schlagkraft von 700 Milliarden Euro eingerichtet, wovon Deutschland einen finanziellen Anteil von 27 Prozent – neben den sonstigen, gültigen EU-Beitragszahlungen – übernimmt.<sup>7</sup> Mit der einhergehenden Verpflichtung einer Transfer- und Fiskalunion innerhalb der europäischen Union werden folglich Haushaltsmittel für die Rettung anderer EU-Staaten gebunden, so dass die Handlungsspielräume für Steuerfinanzierungen der Sozialsysteme schwinden. Somit werden gesundheitspolitische Debatten vermehrt unter der ständigen Drohung finanzieller Restriktionen geführt.

Eng verknüpft mit dem ESM ist der neue Fiskalvertrag der EU, den 25 Länder im März 2012 unterzeichnet haben: Darlehenshilfen aus dem ESM können nur diejenigen Ländern erhalten, die den Fiskalvertrag ratifiziert und nationale Schuldenbremsen eingeführt haben.<sup>8</sup> Laut Artikel 3 des Fiskalpakts müssen die Staatshaushalte ausgeglichen sein oder sogar einen Überschuss aufweisen. Überschreitet das Defizit eines Staates die Obergrenze, ist dieses Land in Zukunft dazu verpflichtet, seinen Haushalt in Grundzügen der Europäischen Union vorzulegen und genehmigen zu lassen. Deutschland, beispielsweise, beschränkt durch den Fiskalpakt somit seine Möglichkeiten, die Vorgaben des Grundgesetzes zur Haushaltsführung von Bund und Ländern künftig zu ändern. Zudem räumt Deutschland anderen Staaten die Möglichkeit ein, gegen die innenpolitische Entscheidung über den Haushalt Klage vor dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) zu erheben. Der Fiskalpakt verschärft folglich die Haushaltsdisziplin der EU-Mitgliedstaaten und den Einfluss der Europäischen Union auf die nationalen Haushalte: Wenn Deutschland tatsächlich in seine Verpflichtungen eintreten müsste, seinen Haushalt zu konsolidieren, könnte es im Rahmen kompensatorischer Haushaltsmaßnahmen auch zu spürbaren Kürzungen der Zuschüsse in der gesetzlichen Krankenversicherung und im Investitionsbereich der Gesundheitsforschung kommen.

<sup>7</sup> vgl. Vertrag zur Einrichtung des europäischen Stabilitätsmechanismus, <http://www.european-council.europa.eu/media/582866/02-tesm2.de12.pdf>

<sup>8</sup> vgl. EU-Vertrag über Stabilität, Koordinierung und Steuerung in der Wirtschafts- und Währungsunion, [http://european-council.europa.eu/media/639244/04\\_-\\_tscg.de.12.pdf](http://european-council.europa.eu/media/639244/04_-_tscg.de.12.pdf)

Im Rahmen des EU-Rettungsgeschehens wurde des Weiteren das Europäische Semester eingeführt, welches die Sicherung der nationalen Haushaltsdisziplin und eine leistungsfähigere Wirtschaft zum Ziel hat. Die Europäische Kommission und der Europäische Rat veröffentlichen jährlich nationale Empfehlungen, die von den Mitgliedstaaten bei der Verabschiedung der nationalen Haushaltspläne und Politikmaßnahmen berücksichtigt werden sollen.<sup>9</sup> In den Empfehlungen zum Nationalen Reformprogramm Deutschland 2012 stellt die Europäische Union fest, dass Deutschland „Maßnahmen in die Wege geleitet [habe], um die Effizienz der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen zu erhöhen. Um den erwarteten weiteren Kostenanstieg zu begrenzen, seien jedoch zusätzliche Anstrengungen zur Erhöhung der Effizienz im Gesundheitswesen notwendig.“<sup>10</sup> Zudem bemängelte die Europäische Union die Reform der Pflegeversicherung, die „ebenfalls wohl kaum ausreichen [dürfte], um den erwarteten Kostenanstieg auszugleichen.“<sup>11</sup> Bislang sind die Empfehlungen nicht verpflichtend, eine Tendenz zur Intervention durch die Europäische Union – auch im finanziellen Bereich des Gesundheitswesens – ist jedoch spürbar.

Mittels aller neu etablierten Mechanismen zur Kapitalmarktregulierung haben die EU-Länder der Europäischen Kommission Kompetenzen übertragen, die das Eingreifen in die nationalen finanz-, haushalts- und wirtschaftspolitischen Bereiche ermöglichen. Das EU-Rettungsgeschehen hat folglich zu einer europäischen Überformung der nationalen Wirtschaftspolitiken geführt.<sup>12</sup> Mittels Haushaltsvorgaben kann die Europäische Union indirekt Druck auf den finanziellen Bereich der sozialen Sicherungssysteme ausüben. Somit erscheint es möglich, dass – unter dem Deckmantel einer finanziellen Debatte – vermehrt Diskussionen über steigende Versorgungsdisparitäten und über Ausgleichszahlungen zur Aufrechterhaltung einer angemessenen Gesundheitsversorgung innerhalb der EU<sup>13</sup> geführt werden.<sup>14</sup> Inhaltliche Gestaltungskom-

<sup>9</sup> vgl. Europäisches Semester, [http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/index\\_de.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/index_de.htm)

<sup>10</sup> Empfehlungen zum Nationalen Reformprogramm Deutschlands 2012, [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/csr2012\\_germany\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/csr2012_germany_de.pdf)

<sup>11</sup> Empfehlungen zum Nationalen Reformprogramm Deutschlands 2012, S. 12, [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/csr2012\\_germany\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/csr2012_germany_de.pdf)

<sup>12</sup> vgl. Vortrag von Dr. Schulte (Wissenschaftlicher Referent) im Rahmen der GVG-Veranstaltung „Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik“ am 11. Oktober 2012 in Potsdam

<sup>13</sup> Die Europäische Union hat 2006 erneut die gemeinsamen Werte und Prinzipien „Universalität, Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung und Solidarität“ in den Gesundheitssystemen der Europäischen Union bekräftigt.

petenzen werden dabei nicht abfließen und die Subsidiarität der Länder im gesundheitspolitischen Bereich bleibt gewahrt.<sup>15</sup> Denn laut Artikel 168 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV)<sup>16</sup> liegt die Verantwortung für die Festlegung der Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung bei den Mitgliedstaaten. Bislang geht also keine signifikante Gefahr für die Subsidiarität in der Gesundheitspolitik aus – solange die europäischen Mitgliedstaaten weiterhin davon absehen, der Europäischen Union substantielle Kompetenzen in den Kernbereichen der sozialen Sicherheit zu übertragen. Es bleibt nun nur zu hoffen, dass Deutschland weiterhin wirtschaftlich stabil durch das gefährliche Fahrwasser der Euro-Krise manövriert.

<sup>14</sup> vgl. Vortrag von Dr. Lamping (TU Darmstadt) im Rahmen der GVG-Veranstaltung „Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik“ am 11. Oktober 2012 in Potsdam

<sup>15</sup> vgl. Vortrag von Dr. Lamping (TU Darmstadt) im Rahmen der GVG-Veranstaltung „Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik“ am 11. Oktober 2012 in Potsdam

<sup>16</sup> vgl. Artikel 168, Absatz 7, Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union





## **Veröffentlichungen der GVG**



## Schriftenreihe der GVG – Band 71 bis 40

Mit der Schriftenreihe der GVG steht den verantwortlichen Akteuren, die sich in der GVG zusammengeschlossen haben, eine kontinuierliche Plattform der Information und des Austauschs zur Verfügung. In den letzten Jahren sind zahlreiche Kongressdokumentationen, konzeptionelle Entwürfe, Stellungnahmen und Überblicke zu systemrelevanten Fragen entstanden und konnten in der Schriftenreihe einer breiten Öffentlichkeit präsentiert werden. So wurden Erkenntnisse und Positionen in Entscheidungsprozesse eingespeist und konnten zur Akzeptanzbildung beitragen. Wissen transparent und zugänglich zu halten ist eine Schlüsselaufgabe der GVG.

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth Conference 2012. Gesundheit – digital, besser, effizienter. Dokumentation der Veranstaltung vom 5. und 6. Juni 2012 in Saarbrücken. Köln: GVG 2012. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 71].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Long-Term Care – Der Bedarf an Fachkräften in der Pflege im internationalen Vergleich. Teil II. Dokumentation des GVG-Euroforums in Berlin am 20. Oktober 2011. Köln: GVG 2012. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 70].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Pflege. Teil I, Deutschland. Köln: GVG 2011. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 69].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth Conference 2010. Telematik bringt Mehrwert. Dokumentation zum nationalen Telematikkongress, Hannover 2010. Köln: GVG 2011. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 68].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Gesundheitsinformationen in Deutschland. Eine Übersicht zu Anforderungen, Angeboten und Herausforderungen. Köln: GVG 2011. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 67].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Die medizinische Rehabilitation. Ein Überblick. Köln: GVG 2010. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 66].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Soziale Sicherung in einer globalisierten Wirtschaft. Pläydoyer für eine bedarfsgerechte internationale Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialbereich. Köln: GVG 2010. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 65].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich. Aktuelle Entwicklungen der Offenen Methode der Koordinierung. Bonn: nanos 2010. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 64].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth Conference 2008. Telematik kommt an. Dokumentation zum nationalen Telematikkongress, Kiel 2008. Bonn: nanos 2009. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 63].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Die elektronische Gesundheitskarte im Praxistest: Berichte und Stellungnahmen. Bonn: nanos 2009 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 62].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Der medizinisch-technische Fortschritt zwischen Gesundheitschancen und Kosteneffekten. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 61].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialen Sicherung. Formen, Aufgaben, Entwicklungsperspektiven. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 60].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Alterssicherung in Europa. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 59].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth Conference 2007. Experts' Special Interest Sessions. Proceedings of the High-level eHealth Conference, Berlin 2007. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 58].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth Conference 2007. Infrastructure and Health Services. Proceedings of the High-level eHealth Conference, Berlin 2007. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 57].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth Conference 2007. Policies and Strategies for eHealth across Borders. Proceedings of the High-level eHealth Conference, Berlin 2007. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 56].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Gesundheitsziele im Föderalismus – Programme der Länder und des Bundes. Bonn: nanos 2007 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 55].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Soziale Sicherung in China. Ein Überblick über die soziale Sicherung sowie die chinesisch-deutsche Zusammenarbeit. Berlin: Aka 2006 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 54].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwischen Staat und Markt – Frankreich, Niederlande, Schweiz, Schweden und Großbritannien – Analyse und Vergleich. Berlin: Aka 2006 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 53].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth 2005. Telematics in Health Care. Health Cards in Europe – The Mobile Patient. Proceedings of the International Section of the National and International Congress, Munich 2005. Berlin: Aka 2006 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 52].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth 2005. Telematik im Gesundheitswesen. Elektronische Gesundheitskarte: Kernelement sektorenübergreifender IT-Anwendungen. Dokumentation zum nationalen und internationalen Kongress, München 2005. Berlin: Aka 2005 [= Schriftenreihe der GVG Bd. 51].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Telematik im Gesundheitswesen, Perspektiven und Entwicklungsstand. Berlin: Aka 2005 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 50].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): gesundheitsziele.de. Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. Berlin: Aka 2005 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 49].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit den neuen Mitgliedsstaaten der EU. GVG-Euroforum 2004. Berlin: Aka 2004 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 48].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Integrierte Rehabilitation. Dokumentation der GVG-Konferenz vom 10./11. November 2003 in Berlin. Berlin: Aka 2004 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 47].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth 2003. Telematics in Health Care. Networked Health Care II. National Strategies. European Convergence. Proceedings of the International Section of the National and International Congress, Dresden 2003. Berlin: Aka 2004 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 46].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth 2003. Telematik im Gesundheitswesen. Dokumentation zum nationalen und internationalen Kongress. Dresden 2003. Berlin: Aka 2004 [= Schriftenreihe der GVG Bd. 45].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Offene Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen. Berlin: Aka 2004 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 44].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Social Protection in the Candidate Countries. Country Studies Cyprus, Malta, Turkey. Berlin: Aka 2003 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 43].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Social Protection in the Candidate Countries. Country Studies Bulgaria, Hungary, Romania, Slovenia. Berlin: Aka 2003 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 42].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Social Protection in the Candidate Countries. Country Studies Czech Republic, Slovak Republic, Poland. Berlin: Aka 2003 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 41].
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Social Protection in the Candidate Countries. Country Studies Estonia, Latvia, Lithuania. Berlin: Aka 2003 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 40].





Gesellschaft für Versicherungswissenschaft  
und -gestaltung (GVG) e.V.  
Hansaring 43  
D-50670 Köln

[info@gvg.org](mailto:info@gvg.org)  
[www.gvg.org](http://www.gvg.org)

Tel.: +49(0)221 91 28 67-0  
Fax: +49(0)221 91 28 67-6

Einige Mitgliedstaaten der europäischen Währungsunion durchleben seit 2009/2010 eine bedeutende Haushalts- und Staatsschuldenkrise, die diese Länder an den Rand der Zahlungsunfähigkeit gebracht hat. Die darauf folgenden Anpassungsprogramme forderten eine Reihe von Reformen und Haushaltskonsolidierungsmaßnahmen, die in Politikfelder eingreifen, die traditionell im Hoheitsbereich der Mitgliedsländer angesiedelt sind.

Am 11. Oktober 2012 fand das 14. Euroforum der GVG „Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik“ gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit in Potsdam statt. Im Rahmen der Konferenz stellte sich ausgehend von einer Analyse der Reformauflagen für Griechenland und Portugal die Frage, welche Konsequenzen sich für alle Mitglieder der Europäischen Union aus einem wachsenden Durchgriffsrecht der Europäischen Ebene ergeben. Die einzelnen Beiträge beleuchteten interdisziplinär die Auswirkungen der Austeritätsprogramme auf die Gestaltung der nationalen Gesundheits- und Sozialpolitik in den Krisenländern und der Europäischen Union insgesamt.

Endgültige Schlussfolgerungen aus den Konsequenzen der Finanzkrise auf die langfristige Gestaltung nationaler Gesundheitssysteme können zum heutigen Zeitpunkt noch nicht gezogen werden. Dennoch ist eine aktuelle Analyse darüber möglich und notwendig. Der vorliegende Band 72 der GVG-Schriftenreihe dokumentiert die Beiträge der Referenten und fasst die Podiumsdiskussion zusammen. Einige Teile der Publikation sind in englischer Originalsprache wiedergegeben.

