

Werner Weidenfeld | Wolfgang Wessels (Hrsg.)

Jahrbuch der Europäischen Integration 2006

Franco Algieri · David Allen · Juraj Alner · Franz-Lothar Altmann · Heinz-Jürgen Axt · Esther Barbé · Peter Becker · Werner Becker · Stephan Bierling · Sandra Boldrini · Barbara Böttcher · Arnd Busche · Johanna Deimel · Udo Diedrichs · Roland Döhrn · Andrés Drexler · Hans-Georg Ehrhart · Anneli Ute Gabanyi · Claus Giering · Martin Große Hüttmann · Christoph Gusy · Mario Hirsch · Axel Huckstorf · Bernd Hüttemann · Josef Janning · Mathias Jopp · Ivan Jung · Friedemann Kainer · Iris Kempe · Andreas Kießling · Daniela Kietz · Wim Kösters · Alenka Krašovec · Siniša Kušić · Damjan Lajh · Kai-Olaf Lang · Kristina Lárishová · Marij Leenders · Stefan Lehner · Christian Lequesne · Rutger Lindahl · Ingo Linsenmann · Barbara Lippert · Christian Lippert · Paul Luif · Florian Lütticken · Siegfried Magiera · Roman Maruhn · Andreas Maurer · Remi Maier-Rigaud · Wim van Meurs · Peter-Christian Müller-Graff · Felix Neugart · Florian Neuhann · Matthias Niedobitek · Ulrike Nuscheler · Thomas Petersen · Kristi Raik · Nicholas Rees · Elfriede Regelsberger · Michèle Roth · Sammi Sandawi · Christoph S. Schewe · Siegmund Schmidt · Otto Schmuck · Heinrich Schneider · Frank Schulz-Nieswandt · Sarah Seeger · Martin Selmayr · Günter Seufert · Otto W. Singer · Catharina Sørensen · Bernhard Stahl · Burkard Steppacher · Isabelle Tannous · Kathleen Toepel · Gabriel N. Toggenburg · Ramona Trautmann · Jürgen Turek · Gaby Umbach · Günther Unser · Artturi Virkkunen · Werner Weidenfeld · Wolfgang Wessels · Cornelia Woll · Peter A. Zervakis



Gesundheits- und Verbraucherpolitik

Frank Schulz-Nieswandt / Remi Maier-Rigaud

Die Berichterstattung folgt analytisch einer zweidimensionalen Politikfeldaufschlüsselung. Zunächst wird die Tätigkeit der EU im Bereich der öffentlichen Gesundheit charakterisiert. Ein Beispiel für derartige Regimetätigkeiten im europäischen Mehrebenensystem ist das „Grünbuch zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung“¹. Zwischen den europäischen Institutionen wurde diskutiert, ob erstmals im Aktionsprogramm der Gemeinschaft von 2007 bis 2013 Gesundheits- und Verbraucherschutzpolitik integriert behandelt werden sollten. Von Bedeutung war so dann die binnenmarktorientierte Neu-Regulierung der Dienstleistungen von allgemeinem Interesse.

Öffentliche Gesundheits- und Verbraucherschutzpolitik der EU

Die Europäische Kommission hat am 6. April 2005 ein umfassendes Aktionsprogramm der Gemeinschaft in den Bereichen Gesundheit und Verbraucherschutz für den Zeitraum 2007 bis 2013 vorgeschlagen.² Die Integration von Gesundheits- und Verbraucherschutzpolitik in einen Gesamtrahmen begründete die Kommission mit großen Synergieeffekten, sowohl im Hinblick auf die Zielsysteme als auch hinsichtlich der ergriffenen Maßnahmen. Auf der administrativen Ebene sind beide Bereiche ohnehin bereits in der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz zusammengefasst. Von einer übergreifenden Strategie versprach sich die Kommission „im Ergebnis mehr politische Kohärenz, mehr wirtschaftliche Größenvorteile und verstärkte Außenwirkung“³.

Im Rahmen des Mitentscheidungsverfahrens wurde dieses Aktionsprogramms dem Europäischen Parlament vorgelegt. In seiner ersten Lesung zum gesundheitsbezogenen Teil des Programms am 16. März 2006 stimmte das Europäische Parlament den wichtigsten Zielen und Aktionen zu und forderte sogar eine erhöhte Mittelausstattung von 1500 Mio. Euro (der Kommissionsvorschlag lag bei 1203 Mio. Euro). Das Europäische Parlament⁴ und der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss (EWSA)⁵ lehnten die von der Kommission angestrebte Integration von Gesundheits- und Verbraucherschutzstrategie jedoch ab und forderten eine Beibehaltung der bisherigen Trennung beider Politikfelder. Als Hauptargument gegen die Zusammenlegung wurden die differierenden Rechtsgrundlagen der beiden Politikfelder angeführt (Art. 152 EGV vs. Art. 153). Der EWSA argumentierte weiter, dass der Patientenbegriff über den Verbraucherbegriff hinausgehe: Patientenrechte seien nicht rein wirtschaftlicher Art. Bezüglich der angestrebten Synergieeffekte wurde eingewendet, dass man dem Querschnittscharakter der beiden Politikfelder auch durch koordinierende Aktionen gerecht

1 KOM(2005) 637 endg. vom 08.12.2005.

2 Mitteilung der Kommission „Mehr Gesundheit, Sicherheit und Zuversicht für die Bürger – Eine Gesundheits- und Verbraucherschutzstrategie“, KOM(2005) 115 endg. vom 06.04.2005.

3 KOM(2005) 115 endg. vom 06.04.2005, S. 2.

4 Bericht des Ausschusses für Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebensmittelsicherheit A6-0030/2006 endg. vom 09.02.2006.

5 Stellungnahme des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses „Gesundheit und Verbraucherschutz“ INT/271. vom 14.02.2006.

werden könne. Darüber hinaus machte die zwischenzeitlich erreichte interinstitutionelle Vereinbarung über den Finanzrahmen für die kommende Programmplanungsperiode (2007–2013) das ambitionierte gesundheitspolitische Aktionsprogramm zunichte. Gerade einmal 365,6 Mio. Euro – statt der ursprünglich von der Kommission vorgesehenen 969 Mio. Euro – werden zwischen 2007 und 2013 für Gesundheitsmaßnahmen auf Gemeinschaftsebene zur Verfügung stehen. Damit bewegt sich die durchschnittliche jährliche Mittelbereitstellung nominal auf dem Niveau des ersten Aktionsprogramms.⁶

Vor diesem Hintergrund hat die Kommission am 24. Mai 2006 einen geänderten Vorschlag für ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Gesundheitsbereich eingebracht.⁷ Das Programm umfasst drei Ziele:

- (1) Besserer Gesundheitsschutz der Bürger: Hierfür wird eine Verbesserung der EU-Kapazitäten für die Bekämpfung grenzüberschreitender Gesundheitsbedrohungen – wie etwa der Vogelgrippe – vorgeschlagen. Es gilt, die Effizienz nationaler Strukturen durch ein verbessertes europäisches Risikomanagement und eine optimierte Notfallplanung zu erhöhen. Hierfür soll das Programm die weitere Durchführung des gemeinschaftlichen Überwachungsnetzes unterstützen. Das Programm soll auch dazu beitragen, Bedrohungen physikalischer und chemischer Art zu identifizieren. Darüber hinaus soll die Schaffung von Impfprogrammen und gemeinschaftlichen Referenzlaboratorien⁸ für Krankheitserreger weiter unterstützt werden. Defizite im Bereich der Patientensicherheit sollen durch eine Ergänzung nationaler Maßnahmen, beispielsweise durch Erfahrungsaustausch und Leitfäden, ausgeglichen werden. Eine Schlüsselrolle kommt der EU bei der Identifizierung produktbezogener Gesundheitsrisiken sowie bei der Setzung von hohen Qualitäts- und Sicherheitsstandards in der medizinischen Verwendung von Blut, Gewebe und Zellmaterial zu.
- (2) Gesundheitsförderung für Wohlstand und Solidarität: Hierunter fallen Maßnahmen zur Steigerung der Zahl gesunder Lebensjahre. Dies soll – ganz im Sinne der Lissabon-Strategie – einen Beitrag zur Erhöhung des Arbeitskräftepotentials leisten und gleichzeitig die öffentlichen Finanzen entlasten. Dahinter steht die Einsicht, dass ein schlechter Gesundheitszustand über eine Verminderung von Produktivität und Erwerbsbeteiligung das Wirtschaftswachstum schwächt. Entsprechend der Forderung des Europäischen Parlaments haben solche Maßnahmen Vorrang, die die bestehenden Disparitäten im Gesundheitsstatus und im Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen innerhalb der EU abbauen. Das Programm soll die Mitgliedstaaten zu Investitionen in Gesundheit ermutigen und Ungleichheiten im Gesundheitswesen auch mit Hilfe der europäischen Regionalpolitik reduzieren. Handlungsbedarf auf Gemeinschaftsebene wird auch in Bezug auf Gesundheitsfaktoren gesehen, die durch Lebensführung und Abhängigkeiten entstehen. Insbesondere geht es um einen Austausch bewährter Verfahren und die Ergänzung nationaler Maßnahmen bei der Behandlung von gesundheitsrelevanten Faktoren wie Ernährung, körperliche Betätigung, Sexualgesundheit und Drogen. Dieser Fokus auf Gesundheitsfaktoren konnte auf Grund der begrenzten Haushaltsmittel nicht wie im

6 Im ersten Aktionsprogramm standen für sechs Jahre (2003-2008) insgesamt 312 Mio. Euro zur Verfügung.

7 Geänderter Vorschlag für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich Gesundheit (2007-2013), KOM(2006) 234 endg. vom 24.05.2006.

8 Diese Funktion übernimmt im Grippebereich das Labornetz des Europäischen Influenzaüberwachungssystems (EISS).

ursprünglichen Kommissionsvorschlag vorgesehen durch einen spezifischen Aktionsbereich zur Bekämpfung einzelner Krankheiten (z.B. HIV/AIDS) ergänzt werden.⁹

- (3) Schaffung und Verbreitung von Wissen zu Gesundheitsfragen: Bei grenzübergreifenden Themen sowie bei der Zusammenführung von Erfahrungen einzelner EU-Mitglieder können Gemeinschaftsmaßnahmen einen Zusatznutzen bringen. Ziel ist es, die bisherige Tätigkeit der EU auf diesem Gebiet zu erweitern und ein EU-Gesundheits-Überwachungs-System zu entwickeln.

Im Unterschied zum ersten Gesundheitsprogramm (2003-2008)¹⁰ soll die Durchführung nun weniger über kofinanzierte Projekte, sondern verstärkt über Ausschreibungen, stattfinden.

Transnationale Gesundheitsrisiken: Pandemien

Seit dem Jahr 2000 hat die EU große Anstrengungen unternommen, um auf transnationale Gesundheitskrisen besser reagieren zu können. Auch im vergangenen Jahr wurden – insbesondere unter dem Eindruck der internationalen Ausbreitung der Vogelgrippe – verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes auf Gemeinschaftsebene ergriffen. So hat der Rat der EU am 20. Dezember 2005 eine Richtlinie mit Gemeinschaftsmaßnahmen zur Bekämpfung der aviären Influenza erlassen.¹¹ Hierin sind drei Typen von Maßnahmen festgelegt: Erstens Vorbeugungsmaßnahmen, die auf eine Früherkennung der Tierseuche sowie auf eine verbesserte Sensibilisierung und Vorbereitung von Behörden und Erzeugern hinsichtlich der entstehenden Risiken abzielen. In diesem Rahmen sollen die Mitgliedstaaten beispielsweise Überwachungsprogramme durchführen, die den von der Kommission erarbeiteten Leitlinien entsprechen müssen; zweitens Mindestbekämpfungsmaßnahmen bei Ausbruch der aviären Influenza und Früherkennungsmaßnahmen bezüglich der Transmission des Virus auf Säugetiere; drittens subsidiäre Maßnahmen mit dem Ziel, die Übertragung von Vogelgrippeviren auf andere Tierarten zu verhindern. Die Mitgliedstaaten müssen die Richtlinie bis zum 1. Juli 2007 in nationale Vorschriften umgesetzt haben.

Der Schutz vor direkten Gefahren für die öffentliche Gesundheit obliegt im Wesentlichen den Mitgliedstaaten. Bedrohungen der menschlichen Gesundheit durch Influenzaviren werden auf Gemeinschaftsebene bislang ausschließlich durch das 2004 in Stockholm gegründete Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC), die Empfehlungen der Kommission zur Bereitschafts- und Reaktionsplanung der Gemeinschaft mit Blick auf eine Influenzapandemie,¹² das Frühwarn- und Reaktionssystem der Europäischen Union (EWRS) und die Errichtung des Europäischen Influenzaüberwachungssystems thematisiert und bekämpft.¹³ Besonders im Bereich der Pandemien ist die EU auch auf globaler Ebene präsent. Neben der wichtigen Zusammenarbeit mit der WHO und FAO finanziert die Europäische Kommission auch über 80% der von der Weltbank verwalteten und Anfang Januar 2006 gegründeten Avian and Human Influenza Facility. Mit 46 Mio. Euro beteiligt sich die EU an diesem Fonds, der globale Finanzbeiträge für Vor-

9 Mitteilung der Kommission über die Bekämpfung von HIV/AIDS in der Europäischen Union und den Nachbarländern (2006-2009), KOM(2005) 654 endg. vom 15.12.2005. Diese Empfehlung der Kommission zeigt die Bedeutung des Themas trotz der fehlenden Mittel für eine umfangreiche direkte Bekämpfung von AIDS auf der Gemeinschaftsebene.

10 Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008). ABl. L 271 vom 09.10.2002.

11 Richtlinie 2005/94/EG, ABl. L 10 vom 14.01.2006.

kehrungen gegen eine Grippepandemie vergibt.¹⁴ Die Bedrohung durch Pandemien wird die begonnene Diskussion über die Bereitstellung von Impfstoffen und Virostatika für alle EU-Bürger vorantreiben. Wenngleich der öffentliche Gesundheitsschutz eine primäre Aufgabe der Mitgliedstaaten ist, so müssen institutionelle Vorkehrungen getroffen werden, damit nicht im gesundheitspolitischen Notfall nationale Partikularinteressen einer effizienten und effektiven europäischen Pandemiebekämpfung im Wege stehen. Vor diesem Hintergrund ist der Vorschlag der Kommission eines Europäischen Solidaritätsfonds (EUSF) zu diskutieren, der schnelle medizinische Maßnahmen als Reaktion auf pandemie- oder terrorbedingte gesundheitliche Notfälle finanzieren helfen soll.¹⁵

Die verbraucherorientierte Neu-Regulierung der Gesundheitsdienstleistungen

Neben der zunehmende Kompetenzzentrierungspraxis der EU im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die im engsten Zusammenhang mit der Landwirtschafts- und der Verbraucherschutzpolitik zu verstehen ist, ist die sich seit Jahren abzeichnende Neuordnung der Gesundheitsdienstleistungen zu beachten. Die bisherige inter-gouvernementale Denkweise der Subsidiarität, wonach die Kernbereiche der Sozialpolitik nach wie vor in der Souveränität des Mitgliedstaates verankert seien, überwindend, entwickelt sich das europäische Mehrebenen-System immer mehr zu einer erst noch angemessen zu begreifenden hybriden Form des Verfassungsvertragsgefüges, welches vertikale und horizontale Verschachtelungen von Kompetenzen verknüpft und die Sozialpolitik zu einem Politikfeld der geteilten Kompetenz treibt. In diese Transformation ist auch die hier interessierende Gesundheitspolitik in Verbindung mit dem übergreifenden Querschnittsthema des Verbraucherschutzes eingelassen.

Verbraucherorientiert höchst relevant ist seit langem das koordinierende Sozialrecht. Herauszustellen ist die einschlägige Rechtsprechung des EuGH hinsichtlich der Freizügigkeitsrechte des Unionsbürgers in sachleistungsdominierten Feldern des Gesundheitswesens und anderen Sozialpolitikfeldern. Das folgt aus dem Charakter des europäischen Rechts als Antidiskriminierungsrecht, allein schon aus den Funktionserfordernissen des freien Marktes resultierend („Grundfreiheiten“). Abzuwarten bleiben dabei softe Policy-making-Instrumente wie die der Offenen Methode der Koordinierung (OMK). Diese können als schleichende Harmonisierungspolitiken infolge des Benchmarking verstanden werden. Die OMK mag zwar auf den ersten Blick eine intergouvernementale Form des policy-making sein, tatsächlich ist sie eine subtile Art vertikaler Kompetenzverschachtelung, denn sie treibt (teleologisch gesehen) eine Konvergenz der Sozialschutzsysteme voran. Das dahinter stehende,

12 KOM(2005) 607 endg. vom 28.11.2005. Dies ist im Kontext einer verstärkten Koordinierung der allgemeinen Bereitschaftsplanung für Krisenfälle im Gesundheitsbereich auf EU-Ebene zu sehen (KOM(2005) 605 endg. vom 28.11.2005.) Die Tätigkeit der EU konzentriert sich hierbei auf eine Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Entwicklung gesundheitlicher Notfallpläne. Die Zusammenarbeit bei der allgemeinen Bereitschaftsplanung umfasst im Wesentlichen drei Tätigkeiten: Erstens die Mitteilung, Erprobung und Verbesserungen der nationalen Pläne auf der Grundlage von technischen Leitlinien; zweitens die Prüfung, inwieweit die relevanten gemeinschaftlichen Rechtsakte in den nationalen Plänen Berücksichtigung finden und ob weitere Gemeinschaftsmaßnahmen erforderlich sind; drittens soll die Durchführung und insbesondere der Informationsfluss und das Zusammenspiel der einzelstaatlichen Pläne überprüft und optimiert werden.

13 Vor dem Hintergrund entdeckter H5N1 Erkrankungen beim Menschen in der Türkei wurde insbesondere das Frühwarn- und Reaktionssystem der EU bei einem außerplanmäßigen gemeinsamen Treffen des Health Security Committee und den Influenza-Koordinatoren der Mitgliedstaaten sowie der Repräsentanten der Mitgliedstaaten am 12. Januar 2006 in Luxemburg diskutiert (http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/library/press/ai_conclusions.pdf, Zugriff am 20.08.06).

14 Weitere Informationen zur AHI-Facility: <http://www.worldbank.org/avianflu> (Zugriff am 20.07.06)

15 KOM(2005) 607 endg. vom 28.11.2005, S. 13f.

von der Kommission angestrebte europäische Sozialmodell belässt den Mitgliedstaat in dem Status des daseinsvorsorgenden, re-distributiven und regulativen Gewährleistungsstaates, fordert diesem aber binnenmarktkompatible, vor allem wettbewerbs- und beihilferechtlich marktkonforme Modalitäten der Sozialpolitik ab, etwa im Bereich der Dienstleistungen von allgemeinem (wirtschaftlichen) Interesse (DA[W]I), womit das Gesundheitswesen verbraucherorientiert zentral erfasst ist. Massiver Art sind die so induzierten Rückwirkungen des EU-Rechts im Bereich der öffentlichen Förderung sozialer Infrastrukturleistungen, ambulante soziale Dienstleistungen und stationäre Einrichtungen, die – in Deutschland – von freiwirtschaftlichen Trägern im Wettbewerb mit privaten Unternehmen angeboten werden. Insbesondere die Dienstleistungsrichtlinie¹⁶ und dort vor allem das heftig diskutierte temporäre Herkunftslandprinzip, das kritische Fragen mit Blick auf Sozialdumpinghypothesen aufwirft, verdeutlicht die Sensibilität der Problematik.

Diskursiver Kern der neueren Debatte um die Konturen eines europäischen Sozialmodells, wie er nicht nur von den Kritikern einer reinen Binnenmarktorientierung des europäischen Projekts vermehrt vorgetragen wird, sondern auch von der EU-Kommission selbst, ist die Re-Regulierung der öffentlichen Dienstleistungen für die Bürger im Lichte von Effizienz, Qualität und günstigen – theoretischer gesprochen, und so terminologisch im Wortlaut der EU-Kommissions-Dokumente zu finden, wohlfahrtsoptimale Preisen.

Diese Perspektive, den Diskurs durch die Verknüpfung der Kategorien der Effizienz, der Qualität und der verbraucherorientierten günstigen Preise zu führen, ist nahe an den Sprachregelungen der EU-Kommission angesiedelt, die in ihrem Grün-¹⁷ und Weißbuch¹⁸ zu den DAWI als Kriterienkatalog der Modernisierung der Regime der Dienstleistungsproduktion a) Qualität, b) Nachhaltigkeit und c) Zugangschancen benennt. Gerade die Zugangschancen werden in den Dokumenten der EU-Kommission im Lichte marktökonomischer Modelle allerdings zum Aspekt der niedrigen Preise reduziert.

Näher einzugehen ist an dieser Stelle auf das sog. Monti-Paket der Europäischen Kommission. Am 15. Juli 2005 verabschiedete die Europäische Kommission ein Maßnahmenpaket zur Definition und Zulässigkeit staatlicher Beihilfen für gemeinwohlorientierte Leistungen („Monti-Paket“). Es betrifft die DAWI und besteht aus drei Teilen:

- a) einer Kommissionsentscheidung: Entscheidung der Kommission vom 28. November 2005 über die Anwendung von Artikel 86 Absatz 2 EG-Vertrag auf staatliche Beihilfen, die bestimmten mit der Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse betrauten Unternehmen als Ausgleich gewährt werden,¹⁹
- b) einem Gemeinschaftsrahmen für staatliche Beihilfen, die als Ausgleich für die Erbringung von Dienstleistungen gewährt werden²⁰ und
- c) einer Änderung der Richtlinie über die Transparenz finanzieller Beziehungen zwischen den Mitgliedstaaten und den öffentlichen Unternehmen.²¹

16 KOM (2006) 160 endg. vom 04.04.2006.

17 Grünbuch der Kommission zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, KOM(2003) 270 endg. vom 21.05.2003.

18 Weißbuch zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, KOM(2004) 374 endg. vom 12.05.2004.

19 2005/842/EG, ABl. L 312 vom 29.11.2005.

20 2005/C 297/04, ABl. C 297 vom 29.11.2005.

21 Richtlinie 2005/81/EG der Kommission vom 28. November 2005 zur Änderung der Richtlinie 80/723/EWG über die Transparenz der finanziellen Beziehungen zwischen den Mitgliedstaaten und den öffentlichen Unternehmen sowie über die finanzielle Transparenz innerhalb bestimmter Unternehmen, ABl. L 312 vom 29.11.2005.

Es ist vorgesehen, dass für öffentliche Beihilfen bei Unterschreitung zweier Schwellenwerte – bis zu 30 Mio. Euro staatlicher Beihilfen für Unternehmen mit einem Umsatz unter 100 Mio. Euro jährlich – die Meldung (Notifizierungspflicht) bei der EU-Kommission entfällt.

Diese Regelung muss nun in nationales Recht umgesetzt werden. In der Diskussion sind die Umsetzbarkeiten der Kriterien der EuGH-Rechtsprechung zu Altmark Trans. Es könnte gelten: Wenn diese Kriterien des Betrauungsaktes erfüllt sind, dann sind staatliche Leistungen zum Ausgleich von Mehrkosten für auferlegte Gemeinwohlverpflichtungen zwar als staatliche Beihilfe zu qualifizieren, sie müssen aber nicht angemeldet, und sie werden, sofern keine Konkurrentenklage vorliegt, nicht auf die Vereinbarkeit mit dem EU-Beihilfenrecht überprüft. Die Probleme sind dennoch nicht zu unterschätzen. Wann liegt ein regelkonformer Betrauungsakt vor? Und: Der Betrauungsakt ist ein sekundäres Wettbewerbssurrogat und substituiert das primäre Wettbewerbssurrogat des Ausschreibungsregimes, nicht aber die allgemeine implizite Wettbewerbslogik, da es Benchmarking impliziert. Auf den Sozial- und Gesundheitssektor kommt daher generell die marktbezogene Wettbewerbslogik verstärkt zu. Und es muss mit erheblichem betriebswirtschaftstechnologischem Aufwand ein Vertragsmanagement entwickelt werden. Was sind die Kennziffern für die auferlegten Gemeinwohlverpflichtungen? Wie berechnen sich die Mehrkosten? Der Trend geht in Richtung auf politische Steuerung durch Zielvereinbarungen im Kontext von Vertragsmanagement und wird transaktionskostenintensive Strukturen generieren. Dabei fehlt es noch weitgehend an quantifizierbaren Messinstrumenten. Das betrifft grundsätzlich die Frage der Zielbestimmung als Basis von Qualitätsmanagements, die wiederum die Voraussetzung zielorientierten Vertragsmanagements mit den Kostenträgern im Rahmen von Betrauungsakten darstellen. Nicht unproblematisch dürfte die Reduzierung des Problems der sozialen Zugangschancen zu öffentlichen Dienstleistungen auf den Aspekt wohlfahrtsoptimaler Preise gesehen werden. Zwar kann eine integrierte Betrachtung von Preis- und Qualitätsregulierung eingefordert werden. Aber die aufgeworfenen Fragen einer öffentlichen Sicherstellung sind damit nicht erfasst. Insgesamt ist im Hintergrund beachtenswert die These einer sozialen Vergrundrechtlichung europäischer Neuordnung der Erstellung sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen. Das Problem knüpft direkt an die soeben angesprochene Differenz zwischen der Kategorie der sozialen Zugangschancen einerseits und den niedrigen oder wohlfahrtsoptimalen Preisen andererseits an. Damit tritt die EU als Ebene eigener Art in direkterem Verhältnis zum Unionsbürger.

Weiterführende Literatur

- Martin McKee: European health policy: where now?, in: *European Journal of Public Health*, 2005, 15 (6), S. 557-558.
- Sandra Mounier-Jack/Richard Coker: Pandemic influenza: are Europe's institutions prepared?, in: *European Journal of Public Health*, 2006, 16 (2), S. 119-120.
- W. John Paget: Commentary: Europe's preparedness for an influenza pandemic, in: *European Journal of Public Health*, 2006, 16 (2), S. 121.
- Frank Schulz-Nieswandt: *Sorgearbeit, Geschlechterordnung und Altenpflegeregime in Europa*. Münster 2006.
- Frank Schulz-Nieswandt u. a.: *Zur Genese des europäischen Sozialbürgers im Lichte der neueren EU-Rechtsentwicklung*. Münster 2006.
- Monika Steffen: AIDS and health-policy responses in European welfare states. In: *Journal of European Social Policy*, 2004, 14 (2), S. 165-181.