

Hans-Ulrich Deppe/Uwe Lenhardt

Gesundheitswesen zwischen supranationalen Politikstrukturen und einzelstaatlicher Regelungskompetenz.
Zu einigen gesundheitspolitischen Aspekten der westeuropäischen Integration

Arbeitspapier Nr. 2
der Forschungsgruppe Europäische Gemeinschaften
FEG, Mai 1990

Impressum
FEG Arbeitspapier Nr. 2
Institut für Politikwissenschaft
Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und
Philosophie
Philipps-Universität Marburg
Marburg 1990

FEG Arbeitspapiere

Nr. 1: Deppe, Frank, Zur Diskussion über die Entwicklung der Arbeitgeber-Arbeitnehmerbeziehungen in der EG unter dem Einfluß des "Binnenmarktes '92". Vorläufige Informationen und Überlegungen,

(Februar 1990), 10 DM

Nr. 2: Deppe, Hans-Ulrich/Lenhardt, Uwe, Gesundheitswesen zwischen supranationalen Politikstrukturen und einzelstaatlicher Regelungskompetenz. Zu einigen gesundheitspolitischen Aspekten der westeuropäischen Integration,

(Mai 1990), 6 DM

FEG: Leiter Prof. Dr. F. Deppe,
Koordinator Dipl. Pol. Kl.-P. Weiner

Institut für Politikwissenschaft des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften und Philosophie der
Philipps-Universität Marburg, Wilhelm-Röpke-Straße 6, Block G, 3550 Marburg, T 06421/285685

Inhalt

1.	Einleitung: Gesundheitspolitisch relevante Wirkungsdimensionen des westeuropäischen Integrationsschubs	07
2.	Die soziale Absicherung gegen das Krankheitsrisiko als einzelstaatliche Aufgabe: Ein Vergleich der unterschiedlichen Gesundheitssysteme in den den Ländern der EG	10
2.1	<i>Zur Grundstruktur der unterschiedlichen Gesundheitssystemtypen</i>	10
2.2	<i>Empirische Indikatoren zum Vergleich der Gesundheitssysteme in der EG</i>	12
3.	EG-Binnenmarkt und verschärfte internationale Konkurrenz: die staatliche Sozial- und Gesundheitspolitik unter Anpassungsdruck	20
4.	Gesundheitspolitische "Sekundäreffekte" des Binnenmarktprojekts: das Beispiel der Arzneimittelversorgung	22
4.1	<i>Die Struktur der pharmazeutischen Industrie und des Arzneimittelmarktes in Westeuropa</i>	22
4.2	<i>Die Bedeutung nichttarifärer Handelshemmnisse</i>	23
4.3	<i>Arzneimittelmarktspezifische Maßnahmen im Rahmen des Binnenmarkt-Richtlinienprogramms</i>	26
5.	Ansätze einer supranationalen Gesundheitspolitik: Harmonisierungsbestrebungen der EG auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz	29
5.1	<i>"Flexible Harmonisierung" - Grundlagen einer europäischen Arbeitsschutzpolitik</i>	29
5.2	<i>EG-Richtlinien zum Arbeitsschutz - Auswirkungen auf die Bundesrepublik Deutschland</i>	30
5.3	<i>Das "neue Konzept" für die technische Harmonisierung und die Normungspolitik</i>	31
	Anmerkungen	33
	FEG Arbeitspapiere	41

1. Einleitung: Gesundheitspolitisch relevante Wirkungsdimensionen des west-europäischen Integrationsschubs

Nachdem die EG-Kommission im Juni 1985 mit der Vorlage ihres Weißbuchs zur Vollen-
dung des Binnenmarktes¹ gleichsam den "Startschuß" für die Beseitigung der gravierend-
sten Hemmnisse im innergemeinschaftlichen Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehr
gegeben hatte, vergingen immerhin gut zweieinhalb Jahre, bis eine breiter geführte Diskus-
sion über die möglichen sozialen Auswirkungen dieses - zunächst fast ausschließlich öko-
nomischen Zielsetzungen verpflichteten - Projekts und den sich daraus ergebenden sozial-
politischen Handlungsbedarf auf EG-Ebene in Gang kam. Hierbei scheint sich mittlerweile
in der EG-Kommission - als der für den europäischen Integrationsprozeß zentralen Poli-
tikinstanz - eine Position durchgesetzt zu haben, die - im Gegensatz zu jenen (v.a. im Un-
ternehmerlager gepflegten) Vorstellungen, wonach ein möglichst weitgehend deregulierter
EG-Binnenmarkt per se schon eine "soziale Tat"² sei - auch die aus der Binnenmarktinte-
gration erwachsenden sozialen *Risiken* zur Kenntnis nimmt und entsprechenden sozialpoli-
tischen Flankierungsmaßnahmen eine zentrale Bedeutung für das Gelingen des Integra-
tionsprojekts beimißt.

Ausgehend von der 1987 verabschiedeten Einheitlichen Europäischen Akte und dem 1988
vorgelegten "Marin-Bericht" zur "Sozialen Dimension des Binnenmarktes"³ hat die Kom-
mission eine ganze Reihe von (teilweise auch schon zur Umsetzung gelangten) Vorschlä-
gen auf diesem Gebiet erarbeitet (koordinierte *Wachstums- und Beschäftigungspolitik* der
Mitgliedstaaten, Maßnahmen zur Gewährleistung und Förderung der Arbeitskräftemobi-
lität innerhalb der EG, Erhöhung des "wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhalts" der
Gemeinschaft durch Aufstockung und Reorganisation der Struktur- bzw. Sozialfonds, har-
monisierte Richtlinien zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, EG-weite Regelung der
Unternehmensmitbestimmung, Intensivierung des europäischen "Sozialdialogs" zwischen
Arbeitnehmern und Arbeitgebern, Schaffung eines "Sockels sozialer Mindestrechte" in der
EG), die in ihrer Gesamtheit durchaus auf eine (v.a. im Vergleich zur Phase von Ende der
70er bis Mitte der 80er Jahre) erweiterte Basis für sozialpolitische Initiativen auf Gemein-
schaftsebene hindeuten. Bei näherer Betrachtung drängt sich allerdings doch eine eher
skeptische Beurteilung des bislang Erreichten auf:

- Bei ihren Überlegungen zur sozialen Dimension des Binnenmarktes geht die EG-Kommis-
sion von bestimmten Annahmen hinsichtlich integrationsbedingter "Wohlfahrtseffekte"
(zusätzliche Wachstums- und Beschäftigungsspielräume) aus⁴, die allenfalls unter der
Voraussetzung einer auch mittel- und langfristig weitgehend krisenfreien ökonomischen
Entwicklung zutreffen dürften. Bei einem - keineswegs auszuschließenden - konjunkt-
rellen Rückschlag aber würde sich die Frage nach der "sozialen Dimension" sicherlich in
ganz anderer Weise stellen als in den bisherigen Szenarien der EG-Kommission.⁵ Abge-
sehen davon erscheint es ohnehin zweifelhaft, ob der unterstellte Akkumulations- und
Wachstumstyp geeignet ist, die bestehenden Probleme im Beschäftigungs- und Sozialbe-
reich (Massenarbeitslosigkeit, Segmentierung der Arbeitsmärkte, Tendenzen sozialer
Marginalisierung u.a.m.) - ganz zu schweigen vom Umweltschutz - zu lösen.⁶
- Das Bekenntnis, daß "den sozialen Aspekten im Rahmen der Errichtung des einheitli-
chen europäischen Marktes die gleiche Bedeutung wie den wirtschaftlichen Aspekten
beizumessen ist"⁷ und die Fülle der diesbezüglich von der EG-Kommission vorgeschlage-
nen Maßnahmen dürfen nicht über die nach wie vor *geringen sozialpolitischen Normset-
zungskompetenzen und Interventionsmöglichkeiten der Gemeinschaftsinstitutionen* hin-
wegtäuschen. Diese beziehen sich auf einen relativ schmalen Ausschnitt sozialpolitisch

relevanter Problembereiche und Regelungsstrukturen (etwa den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz; s. dazu Abschnitt 5), der weitaus größte Teil der hier zu treffenden Entscheidungen fällt hingegen *ausschließlich in die Kompetenz der einzelnen Mitgliedstaaten*.⁸ Angesichts der gravierenden nationalen "Unterschiede in den Ressourcen, im Lebensstandard, in der Philosophie und in der Struktur der Systeme der sozialen Sicherheit" wird denn auch von seiten der EG-Kommission "eine Harmonisierung der Systeme auf kurze oder mittlere Sicht" für "illusorisch" gehalten.⁹ Indes ist zu fragen, ob nicht *diesseits* einer vollständigen strukturellen Harmonisierung der nationalen Sozialsysteme Perspektiven einer verstärkten "Europäisierung der Sozialpolitik" eröffnet werden müßten, die den bisherigen Stückwerkcharakter entsprechender Regelungen und Initiativen überwindet, die Gefahr divergierender sozialpolitischer Reaktionen der Einzelstaaten auf zunehmend internationalisierte ökonomische Prozesse scharf eingrenzt und soziale Schutz- und Einflußrechte der Lohnabhängigen in allen Ländern der EG wirksam garantiert. Die hierfür erforderliche substantielle Ausweitung der Gemeinschaftskompetenzen auf dem Gebiet der Sozialpolitik würde allerdings die Schaffung entsprechender Rechtsgrundlagen im Vertragswerk der EG sowie einen weitgehenden Konsens der Mitgliedstaaten über eine gemeinsame Strategie zur Verwirklichung des - über partielle soziale Flankierungsmaßnahmen zum EG-Binnenmarkt hinausgehenden - "Sozialraums Europa" voraussetzen. Beides ist aber nach Ansicht des ehemaligen Generaldirektors des Rates, Ulrich Weinstock, "bislang nicht erkennbar".¹⁰

- Weinstocks Einschätzung wird durch die vom Verlauf und Ergebnis her enttäuschenden Versuche zur Schaffung eines "Sockels sozialer Mindestrechte" in der EG bestätigt. Stellte schon der im Mai 1989 präsentierte Vorentwurf einer EG-Sozialcharta¹¹ eine Kompilation juristisch unverbindlicher und äußerst vage formulierter Bestimmungen dar, die z.T. kaum mehr beinhalten als die Festschreibung von - zumindest in den Ländern der EG - ohnehin selbstverständlichen Arbeitnehmerrechten (Koalitionsfreiheit, Streikrecht), so fällt die nach langen Auseinandersetzungen (insbesondere mit der strikt gegen die Idee einer Gemeinschaftscharta eingestellten britischen Regierung) am 30. Oktober 1989 vom Ministerrat ausgehandelte Fassung¹² sogar noch weit hinter die ursprüngliche Kommissionsvorlage zurück.¹³ Zwar hat die Kommission mittlerweile ein Aktionsprogramm zur Umsetzung der Sozialcharta veröffentlicht¹⁴, die darin angekündigten Arbeiten an rechtlich einklagbaren, die Gemeinschaftscharta konkretisierenden Sozialrichtlinien werden sich aber nach allen bisherigen Erfahrungen bis weit in die Zeit nach 1992 hinziehen - mit durchaus ungewissem Ausgang, was die letztendliche Qualität der Richtlinien anbelangt. Die in der "Charta" und im "Aktionsprogramm" enthaltenen Aussagen deuten jedenfalls darauf hin, daß das angestrebte sozialpolitische Normenwerk der EG den Unternehmen und nationalen Regierungen auch unter der Voraussetzung einer relativ zügigen und vollständigen Realisierung noch beträchtliche Spielräume für Restriktions- und "Flexibilisierungs"maßnahmen im Sozialbereich belassen würde.

Eine kritische Bestandsaufnahme der "sozialen Dimension" des EG-Binnenmarktes bzw. der gemeinschaftlichen Sozialpolitik führt natürlich auch zur Frage nach den Auswirkungen des europäischen Integrationsprozesses auf das *Gesundheitswesen* (als einem der zentralen Felder vergesellschafteter Arbeitskräftereproduktion). Hierbei gilt es zunächst einmal die Tatsache zu berücksichtigen, daß die soziale Absicherung gegen das Krankheitsrisiko - ebenso wie andere wichtige Bereiche der Sozialpolitik - "einer i.w. national ausgeprägten Finanzierungs- und Gestaltungskompetenz"¹⁵ unterliegt und die diesbezüglichen Befugnisse der Gemeinschaftsinstitutionen entsprechend gering sind. Letzteres zeigt sich nicht nur in der marginalen politischen Bedeutung des Rates der Gesundheitsminister¹⁶ und der - sieht man vom Arbeitsschutz ab - weitgehenden Ausklammerung gesundheitspolitischer Themen

aus der Agenda des Rates der Arbeits- und Sozialminister, sondern auch in den - über die Festschreibung eines abstrakten Rechtsanspruchs auf "angemessenen" sozialen Schutz nicht hinausgehenden - Aussagen der oben erwähnten Gemeinschaftscharta zur Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme.¹⁷

Zwar hat die EG-Kommission den Mitgliedstaaten eine - nicht näher bestimmte - "Strategie zur Annäherung der Ziele und Politiken der sozialen Sicherheit" empfohlen, ohne indessen dabei "die Systeme selbst zu berühren".¹⁸ Die strukturelle Harmonisierung der nationalen Gesundheitssysteme durch eine EG-Krankenversicherungsgesetzgebung o.ä. steht also nicht auf der Tagesordnung, so daß bei der Analyse von Auswirkungen des europäischen Integrationsschubs auf das Gesundheitswesen auch künftig von der Existenz *unterschiedlicher nationaler Sicherungsmodelle* auszugehen ist. Diese sollen in Abschnitt 2 unter qualitativen (Charakterisierung grundlegender Systemstrukturen) und quantitativen (Analyse statistischer Indikatoren) Gesichtspunkten vergleichend dargestellt werden.

Das Fehlen einer umfassenden gesundheitspolitischen Regelungskompetenz auf supranationaler (EG-)Ebene bedeutet jedoch nicht, daß der seit Mitte der 80er Jahre in Gang gekommene Integrationsschub Westeuropas ohne Einfluß auf die Gesundheitssysteme der EG-Mitgliedstaaten bleiben würde. Nur realisiert sich dieser Einfluß eben kaum in Form *genuin* gesundheitspolitischer Vorgaben seitens der Gemeinschaftsorgane, sondern hauptsächlich

- über die formal autonome, d.h. nicht vorab auf supranationaler Ebene festgelegte, sozial- und gesundheitspolitische Verarbeitung von Handlungszwängen, die durch Internationalisierungsprozesse der kapitalistischen Ökonomie entstehen bzw. verstärkt werden (nationale Austeritätspolitik als Antwort auf verschärfte Konkurrenzbedingungen im EG-Binnenmarkt) bzw.
- über die einzelstaatliche Umsetzung supranationaler Entscheidungen (EG-Richtlinien), die zwar die Struktur und Verfügbarkeit bestimmter, für das System der Gesundheitssicherung bedeutsamer Ressourcen tangieren, ohne indes *spezifisch* auf gesundheitspolitische Ziele gerichtet zu sein.

Letzteres läßt sich gut an den Maßnahmen aufzeigen, die bis 1993 die "vier Freiheiten" des EG-Binnenmarktes (freier Personen-, Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehr) gewährleisten sollen:

- Die Beseitigung sog. "materieller Schranken" (Grenzkontrollen) erfordert u.a. auch eine Harmonisierung bzw. gegenseitige Anerkennung gesundheitspolitisch relevanter Vorschriften, etwa auf dem Gebiet der Nahrungsmittelhygiene. Dies kann durchaus zu einer partiellen Absenkung nationaler Schutzniveaus führen.¹⁹
- Auch der Abbau "technischer Schranken" (unterschiedliche nationale Produkthanforderungen, Gewerbevorschriften etc. mit marktbeschränkender Wirkung) könnte Folgen für das Gesundheitssystem haben: So ist z.B. denkbar, daß die Gewährleistung voller beruflicher Freizügigkeit innerhalb der EG (durch Harmonisierung und/oder gegenseitige Anerkennung von Qualifikationsstandards u.a.m.) einerseits die jeweiligen nationalen *Personalkapazitäten im Gesundheitswesen* beeinflussen (Migration von Ärzten, Pflegekräften usw.)²⁰, andererseits aber auch zu Veränderungen in der grenzüberschreitenden *Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen* führen wird.²¹ Am bedeutsamsten dürften indessen jene Wirkungen sein, die sich aus der - mit dem allgemeinen Abbau "technischer Handelshemmnisse" zwangsläufig verbundenen - *Restrukturierung der nationalen Märkte für medizinisch relevante Güter und Dienstleistungen* (Arzneimittel, [elektro]medizinische Geräte, private Krankenversicherungen) ergeben werden, und zwar

sowohl in bezug auf die Kosten als auch hinsichtlich der Qualität des Versorgungsangebotes.²²

- Schließlich würde die im Rahmen der Beseitigung von "Steuerschranken" vorgesehene Annäherung der national geltenden Mehrwert- und Verbrauchssteuersätze - sollte sie in der bisher diskutierten Form irgendwann einmal realisiert werden - die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten je nach Art ihrer *Finanzierung* unterschiedlich berühren: für einige Länder mit hohem steuerfinanzierten Ausgabenanteil dürfte sich - insbesondere dann, wenn die fiskalische Bedeutung des indirekten Steueraufkommens hoch ist - der finanzielle Spielraum der Gesundheitspolitik spürbar einengen. Dies gilt z.B. für Dänemark, das nach bisherigen Schätzungen Steuerausfälle in Höhe von 4,8% des BIP zu befürchten hätte.²³

Eine umfassende und detaillierte Analyse der genannten Wirkungsebenen ist auf dem begrenzten Raum, den das vorliegende Arbeitspapier bietet, sicherlich nicht möglich.²⁴ Wir beschränken uns deshalb hier darauf, den von der Binnenmarktintegration vermutlich am stärksten affizierten Bereich des Gesundheitssicherungssystems, die Arzneimittelversorgung, etwas näher zu beleuchten (Abschnitt 4).

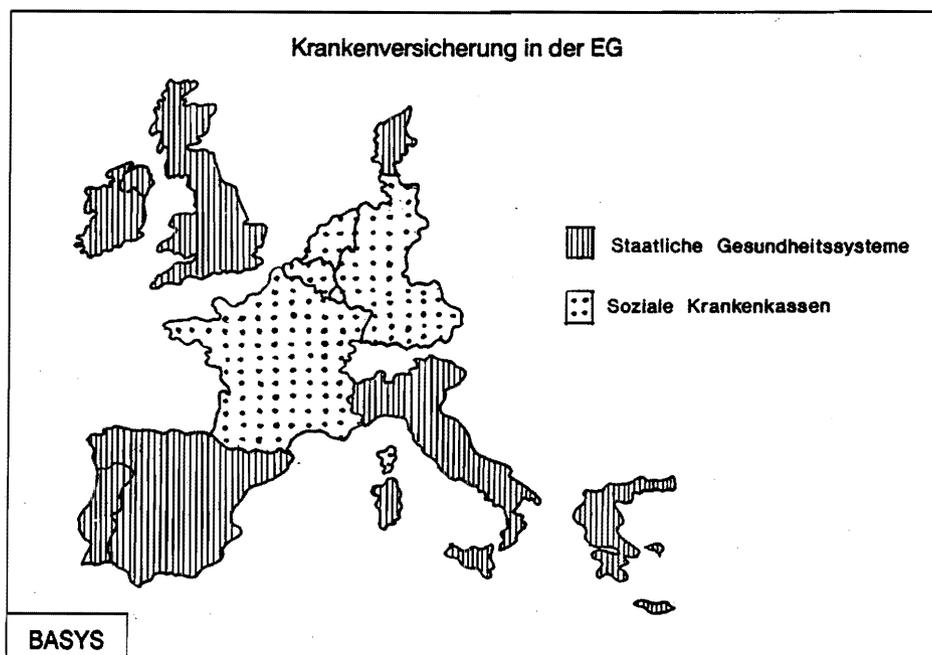
Ergänzt werden muß dies aus unserer Sicht durch eine zumindest abrißartige Darstellung der den *Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz* betreffenden Harmonisierungsbestrebungen innerhalb der EG (Abschnitt 5), handelt es sich doch dabei um einen der wenigen Fälle, wo von einer genuin gesundheitspolitischen Gestaltungskompetenz der Gemeinschaftsorgane die Rede sein kann, der sowohl, was ihre rechtlichen Grundlagen anbelangt, als auch hinsichtlich ihres Zielbezugs eine relative Eigenständigkeit gegenüber dem Binnenmarktprojekt und den in diesem Zusammenhang praktizierten Politiken zukommt. Die im Bereich des Arbeitsschutzes von der supranationalen Ebene ausgehenden Einflüsse auf die nationalen Strukturen der Gesundheitssicherung unterscheiden sich insofern grundsätzlich von dem zuvor genannten Wirkungstyp.

2. Die soziale Absicherung gegen das Krankheitsrisiko als einzelstaatliche Aufgabe: Ein Vergleich der unterschiedlichen Gesundheitssysteme in den den Ländern der EG

2.1 Zur Grundstruktur der unterschiedlichen Gesundheitssystemtypen

In der EG existieren derzeit zwei unterschiedliche Grundtypen der sozialen Sicherung gegen das Risiko Krankheit: die *Nationalen Gesundheitsdienste* und die *sozialen/gesetzlichen Krankenversicherungssysteme*.²⁵ Die Nationalen Gesundheitsdienste (NGD) zeichnen sich dadurch aus, daß sie allen Bürgern unabhängig von Einkommen und Beschäftigungsstatus kostenfreien Zugang zur medizinischen Versorgung im Krankheitsfall garantieren. Bei der Leistungserbringung besitzen staatliche Einrichtungen ein großes Gewicht, die Finanzierung der Versorgungsleistungen erfolgt zu erheblichen Teilen aus Steuermitteln. Obgleich es hinsichtlich des Umfangs der öffentlichen Leistungserbringung und der Steuerfinanzierung zwischen den NGDs durchaus Unterschiede gibt, kann allgemein gesagt werden, daß der Staat hier verglichen mit anderen Systemen einen sehr viel direkteren regulatorischen Zugriff auf die Entwicklung des Gesundheitswesens hat.

In der EG sind derzeit von 322 Mio. Bürgern 181 Mio. in einem NGD gegen das Risiko Krankheit abgesichert. Der erste NGD wurde 1948 in Großbritannien eingeführt. Von den heutigen EG-Mitgliedstaaten folgten dann 1970 Irland, 1973 Dänemark, 1978 Italien, 1979 Portugal, 1983 Griechenland und 1986 Spanien.²⁶



Die älteren Nationalen Gesundheitsdienste (Großbritannien, Schweden) hatten in der Anfangsphase eine stark zentralistische Struktur, die jedoch seit Mitte der 70er Jahre durch die Abgabe von Kompetenzen an regionale staatliche Institutionen abgebaut wurde. Die

jüngeren Nationalen Gesundheitsdienste haben diese Tendenz der Dezentralisierung schon bei ihrer Einführung berücksichtigt. Darüber hinaus wird in den meisten Nationalen Gesundheitsdiensten seit Ende der 70er Jahre auch die direkte Beteiligung der Patienten in Form von gewählten "Patientenkomitees" diskutiert und praktiziert.²⁷

Das andere der beiden o.g. Systemmodelle, die Gesetzliche Krankenversicherung, existiert in Frankreich, Belgien, Luxemburg, den Niederlanden und der BRD. Hiervon sind aktuell ca. 129 Mio. EG-Bürger erfaßt.²⁸ Die Krankenkassen verwalten sich im Rahmen staatlicher Vorgaben selbst und besitzen dadurch eine relative Autonomie gegenüber dem Staat. Die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen (ambulante und stationäre Krankenhilfe, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld, Zahnersatz und zahnärztliche Behandlung u.a.m.) setzt die Zahlung von Beiträgen voraus, deren Höhe vom Einkommen und nicht - wie bei der Privaten Krankenversicherung - vom Krankheitsrisiko bestimmt wird (Solidaritätsprinzip).²⁹ Allerdings hat in den vergangenen Jahren die direkte und zusätzliche finanzielle Beteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten (wie übrigens auch bei den Nationalen Gesundheitsdiensten) erheblich zugenommen.³⁰

Jenseits dieser allgemeinen Charakteristika weisen die innerhalb der EG existierenden sozialen Krankenversicherungssysteme eine ganze Reihe von markanten Unterschieden auf. Diese betreffen u.a. die Anzahl und die Versichertenstruktur der Kassen, den Umfang des pflichtversicherten Personenkreises und die Höhe der bereits erwähnten privaten Zuzahlungen, aber auch die Frage, wie die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen geregelt ist: Wo das *Sachleistungsprinzip* gilt, haben die Versicherten einen bargeldlosen Zugang zu den medizinischen Versorgungseinrichtungen. Die erforderlichen Leistungen erhalten sie dort gegen Abgabe eines Krankenscheines. Typisch für diese Regelung ist die soziale Krankenversicherung in der BRD. Wird hingegen nach dem *Kostenerstattungsprinzip* verfahren, so müssen die Versicherten für die Kosten der erbrachten medizinischen Leistungen zunächst in Vorlage treten; die Kosten werden ihnen dann vollständig oder teilweise von den Krankenkassen erstattet. Beispiele hierfür sind die sozialen Krankenversicherungssysteme Frankreichs und Belgiens.³¹

Darüber hinaus variiert bei den Krankenversicherungssystemen "das Ausmaß, in dem es den Finanzierungsinstanzen offensteht, auch als *Träger des Angebots* (medizinischer Leistungen; d. Verf.) aufzutreten. Während in einigen Ländern die Kassen selbst Kliniken und Ambulatorien unterhalten, beschränkt sich ihre Funktion in anderen auf die Finanzierung der von unabhängigen Trägern erbrachten Leistungen".³²

Insgesamt läßt sich also feststellen, daß die Strukturen sozialstaatlicher Absicherung bei Krankheit in den Ländern der EG beträchtliche Unterschiede aufweisen, die sich gegen eine kurzfristige Harmonisierung sperren. Bevor nun der Frage nachgegangen wird, inwieweit sich *unterhalb dieser Ebene* Auswirkungen des westeuropäischen Integrationsprozesses auf die nationalen Gesundheitssysteme ergeben könnten, soll die vergleichende Darstellung der verschiedenen Systeme noch anhand einiger empirischer Daten vertieft werden.

2.2 Empirische Indikatoren zum Vergleich der Gesundheitssysteme in der EG

Eine - unter quantitativen Aspekten - aussagekräftige komparative Gesundheitssystemanalyse ist nur möglich auf der Basis statistischen Materials, das einerseits hinreichenden Aufschluß über *verschiedene Dimensionen* des Gesundheitswesens wie den finanziellen und personellen Ressourcenaufwand, die ambulanten und stationären Versorgungskapazitäten, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und - gewissermaßen als "Output"-Größe - den Gesundheitsstatus der Bevölkerung gibt, andererseits für einen längeren Zeitraum

verfügbar ist und so die *Beschreibung von Entwicklungstrends* erlaubt. Diese Voraussetzungen werden (wenn auch mit einigen Einschränkungen) bislang nur von zwei Datensammlungen der OECD erfüllt³³, zu denen mittlerweile auch eine sekundärstatistische Aufbereitung vorliegt.³⁴ Die am weitesten zurückreichenden Daten stammen hierbei aus dem Jahre 1960, die neuesten aus der ersten Hälfte der 80er Jahre. Aktuellere internationale Vergleichsdaten liefert eine Studie des BASYS-Instituts Augsburg³⁵; da diese jedoch z.T. auf anderen statistischen Abgrenzungskriterien beruhen und deshalb nicht ohne weiteres mit den OECD-Zahlenreihen kompatibel sind, wird im folgenden nur ergänzend darauf Bezug genommen.

Eine vergleichende Betrachtung der Gesundheitssystemdaten aus zwölf EG-Ländern offenbart zunächst einmal ganz *beträchtliche Niveauunterschiede* bei praktisch allen erfaßten Indikatoren (s. Tab. 1):

- Die den prozentualen Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt bezeichnende *Gesundheitsquote* variiert zwischen 4,6 Prozent (Griechenland) und 9,1 Prozent (Frankreich). Während die BRD (8,1 Prozent) hinter den Niederlanden den dritten Platz einnimmt, befinden sich auf den hinteren Rangplätzen mit Spanien und Portugal noch zwei weitere Länder aus der ökonomisch schwächer entwickelten südlichen EG-Peripherie.
- Deutliche Differenzen zwischen den Ländern der EG existieren - aber nicht nur hinsichtlich der Höhe der - Gesundheits-Ausgabenquote, sondern auch in bezug auf deren *Zusammensetzung nach Ausgabenbereichen*: So stellen die stationären Behandlungskosten zwar überall den größten Ausgabenblock dar, schwanken aber zwischen 65,0 Prozent (Dänemark) und 31,8 Prozent (Belgien) der Gesamtaufwendungen für Gesundheit (1985; acht EG-Länder, ohne Griechenland, Irland, Luxemburg und Portugal), wobei die BRD mit 35,6 Prozent weit unten auf der Rangskala zu finden ist. Ebenfalls große Schwankungsbreiten weisen die Kostenanteile für ambulante ärztliche Behandlung (Belgien: 29,6 Prozent - Niederlande: 10,0 Prozent; BRD: 18,0 Prozent), ambulante zahnärztliche Behandlung (BRD: 13,6 Prozent - Belgien: 3,8 Prozent) sowie Arzneimittel (Spanien: 19,0 Prozent - Dänemark: 10,3 Prozent; BRD: 17,6 Prozent) auf.
- Der *öffentlich finanzierte Anteil* der Gesundheitsausgaben (Aufwendungen des Staates bzw. der Sozialversicherungen) liegt in keinem Mitgliedstaat unter 70 Prozent; allerdings bestehen auch auf diesem hohen Durchschnittsniveau (80,5 Prozent) noch erhebliche Unterschiede (Belgien: 91,6 Prozent - Portugal 71,1 Prozent). Die BRD (78,2 Prozent) befindet sich hier auf einem Rangplatz im hinteren Mittelfeld. (Die Berechnungen des BASYS-Instituts für das Jahr 1985 hingegen weisen die BRD als das Land mit dem höchsten öffentlichen Finanzierungsanteil - 85,3 Prozent - innerhalb der EG aus.) Bei den nichtöffentlichen Finanzierungsquellen des Gesundheitswesens scheinen im übrigen sog. "Selbstbeteiligungen" der Patienten deutlich stärker ins Gewicht zu fallen als private Krankenversicherungen (Ausnahme: BRD!).
- Die *Beschäftigungsquote* des Gesundheitswesens (Anteil der dort Arbeitenden an allen Erwerbstätigen) ist in den Niederlanden mit Abstand am höchsten: mit 7,1 Prozent übersteigt sie den für Griechenland ermittelten Wert um das Dreieinhalbfache. In der BRD ist der Beitrag des Gesundheitswesens zum gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungsvolumen vergleichsweise gering, d.h. genau so groß wie in Portugal (2,4 Prozent).
- Die *Krankenhaus-Bettendichte* als Indikator für die stationären Versorgungskapazitäten schwankt innerhalb der EG zwischen den Extremwerten 130 (Luxemburg) und 51 (Portugal) pro 10 000 Einwohner. Die BRD zählt hier mit 111 noch zu der aus vier Ländern bestehenden Spitzengruppe.

Tab. 1: Ausgewählte Indikatoren zum Vergleich der Gesundheitssysteme in der EG (ca. 1982)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Ausgabenquote a)													
Mittelwert:	6.9	FR	NL	BRD	IRL	IT	DAN	BEL	GB	SP	POR	GR	LUX
Heterogenität:	2.0	9.1	8.6	8.1	8.0	7.2	6.3	6.2	5.9	5.8	5.5	4.6	fehlt
Öffentl. Anteil b)													
Mittelwert:	80.5	BEL	GB	IRL	IT	DAN	GR	NL	BRD	SP	FR	POR	LUX
Heterogenität:	1.3	91.6	88.9	86.9	84.1	83.5	79.3	78.3	78.2	72.3	71.2	71.1	fehlt
Beschäftigungsquote c)													
Mittelwert:	3.9	NL	GB	IRL	DAN	BEL	FR	LUX	SP	IT	BRD	POR	GR
Heterogenität:	3.6	7.1	5.2	5.0	4.8	4.5	4.5	3.8	3.0	2.6	2.4	2.4	2.0
Bettendichte d)													
Mittelwert:	89	LUX	NL	FR	BRD	IRL	BEL	GB	IT	DAN	GR	SP	POR
Heterogenität:	2.5	130	120	116	111	97	95	81	77	74	62	54	51
Arztdichte d)													
Mittelwert:	22	IT	SP	BEL	GR	BRD	DAN	FR	POR	NL	LUX	GB	IRL
Heterogenität:	2.5	32	28	27	25	24	24	22	22	21	17	13	13
Arzteinkommen e)													
Mittelwert:	2.5	BRD	FR	DAN	GB	BEL	IRL	IT	GR, LUX, NL, POR, SP fehlen				
Heterogenität:	4.5	4.9	3.3	2.8	2.4	1.8	1.2	1.1					
Arztkontakte f)													
Mittelwert:	5.6	DAN	IT	BEL	IRL	GR	FR	SP	GB	POR	NL	BRD, LUX	fehlen
Heterogenität:	2.6	8.4	8.3	7.1	6.0	5.3	4.7	4.7	4.2	3.8	3.2		
Krankenhausaufn. g)													
Mittelwert:	14.0	DAN	BRD	LUX	IRL	IT	BEL	GB	GR	FR	NL	POR	SP
Heterogenität:	2.1	19.2	18.1	18.1	16.4	15.4	13.9	12.7	11.9	11.8	11.8	9.6	9.2
Verweildauer													
Mittelwert:	16.2	NL	LUX	BRD	GB	SP	POR	FR	BEL	GR	IT	DAN	IRL
Heterogenität:	3.8	34.1	21.0	18.7	18.6	14.6	14.4	14.1	13.5	13.0	12.0	11.9	9.0
Kindersterblichkeit h)													
Mittelwert:	116	DAN	NL	FR	SP	IRL	BRD	GB	BEL	LUX	IT	GR	POR
Heterogenität:	2.5	82	83	93	96	105	109	110	117	121	130	147	202
Lebenserw. Frauen 40 i)													
Mittelwert:	38.9	NL	FR	GR	SP	IT	DAN	BRD	GB	POR	BEL	IRL	LUX
Spannweite:	4.5	40.7	40.2	40.1	39.6	39.5	39.2	38.6	38.2	38.0	37.5	36.2	fehlt
Lebenserw. Männer 40 i)													
Mittelwert:	33.5	GR	NL	SP	DAN	IT	FR	BRD	GB	BEL	IRL	POR	LUX
Spannweite:	4.4	36.4	34.7	34.5	33.9	33.7	33.2	32.9	32.7	32.0	32.0	32.0	fehlt

a) in % des BIP (1984)

b) in % der Gesundheitsausgaben (1984)

c) Anteil der im Gesundheitswesen Beschäftigten an der Erwerbsbevölkerung

d) pro 1000 Einwohner

e) als Vielfaches der durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommen

f) durchschnittliche Zahl der Arztbesuche pro Kopf

g) stationär eingewiesene Personen in % der Gesamtbevölkerung

h) Todesfälle von Kindern im ersten Lebensjahr pro 10 000 Lebensgeburten

i) fernere Lebenserwartung im Alter von 40 Jahren

Quellen:

OECD 1985, 1987

(s. Anm. 33);

Alber 1988

(s. Anm. 25);

EUROSTAT

- Bei der *Arztdichte*, einer weiteren wichtigen Versorgungskennziffer, liegt Italien auf dem ersten Rangplatz; dahinter folgen mit einigem Abstand Spanien und Belgien. In diesen beiden Ländern kommen auf 10 000 Einwohner immer noch gut doppelt so viele praktizierende Ärzte wie in Irland. Die BRD steht hier an fünfter Stelle.
- Unerreicht bleibt das bundesdeutsche Gesundheitswesen jedoch in bezug auf die Höhe der *Arzteinkommen*: Die im Vergleich zu anderen Ländern außerordentlich starke Machtposition der ständisch-korporativ organisierten Ärzteschaft ermöglicht es dieser, Jahreseinkommen zu erzielen, deren Abstand zum durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommen fast doppelt so hoch ist wie im EG-Mittel.
- Auch was die *Inanspruchnahme* medizinischer Versorgungseinrichtungen anbelangt, unterscheiden sich die Länder der Europäischen Gemeinschaft z.T. deutlich: Die Zahl der Arztkontakte pro Kopf und Jahr reicht von 3,2 (Niederlande) bis zu 8,4 (Dänemark); die BRD liegt unseren eigenen Berechnungen zufolge zusammen mit Griechenland im Mittelfeld (je 5,3).³⁶ Der Anteil der ins Krankenhaus aufgenommenen Personen an der Bevölkerung ist in Dänemark (19,2 Prozent) gut doppelt so hoch wie in Spanien (9,2 Prozent). Bei der durchschnittlichen stationären Verweildauer haben die Niederlande mit 34,1 Tagen als ein absoluter Ausnahmefall zu gelten: der Abstand zwischen ihnen und dem nächstfolgenden Land, Luxemburg (21,0 Tage), ist genauso groß wie der zwischen Luxemburg und dem ganz am Ende der Skala, d.h. zehn Rangplätze weiter hinten angesiedelten Irland (9,0 Tage; BRD: Rang 3 mit 18,7 Tagen).
- Ein ähnliches Muster zeigt sich, wenngleich in etwas abgeschwächter Form, bei der *Kindersterblichkeit*; auch hier ist die Kluft zwischen dem höchsten (Portugal: 202 pro 10000 Lebendgeburten) und dem zweithöchsten Wert (Griechenland: 147) um ein Vielfaches größer als die folgenden Intervalle. Die niedrigste Rate weist Dänemark auf (82 pro 10000), die BRD liegt ungefähr in der Mitte. Frauen im Alter von 40 Jahren haben am längsten noch zu leben in den Niederlanden (40,7 Jahre, d.h. 4,5 Jahre mehr als in Irland); die fernere *Lebenserwartung* der gleichaltrigen Männer erreicht ihren höchsten Wert überraschenderweise in Griechenland (36,4 Jahre), ihren niedrigsten in Portugal (32,0 Jahre). In beiden Fällen nimmt die BRD Rangplatz 7 ein. Insgesamt betrachtet stehen bei den drei genannten (zugegebenermaßen aber nur sehr groben) Indikatoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung die Niederlande weitaus am besten da; vergleichsweise günstig ist die Situation noch in Frankreich, Dänemark, Spanien und - zumindest was die fernere Lebenserwartung anbelangt - Griechenland.

In bezug auf die *Entwicklungsrichtung und -dynamik* des Gesundheitswesens läßt sich zunächst einmal feststellen, daß die Gesundheitssysteme der EG-Länder ausnahmslos und bei fast allen berücksichtigten Indikatoren durch mehr oder weniger starke Expansionsprozesse gekennzeichnet sind.³⁷ Die über den Zeitraum von Anfang der 60er bis Anfang/Mitte der 80er Jahre hinweg zu beobachtende expansive Entwicklung des Gesundheitswesens ist nun allerdings keineswegs gleichmäßig, sondern vielmehr in *zwei deutlich unterscheidbaren Phasen* verlaufen, wobei der "Trendbruch" ungefähr Mitte der 70er Jahre erfolgte: Bis dahin war das Gesundheitswesen noch in ein insgesamt günstiges, expansive Tendenzen förderndes ökonomisches und politisches Entwicklungsmilieu eingebettet (lange Nachkriegsprosperität, Keynesianismus, sozialpolitische Reformschübe) und wies infolgedessen beim Ressourcenaufwand, den Versorgungskapazitäten und der Inanspruchnahme relativ hohe Wachstumsraten auf (s. Tab. 2). Eine Ausnahme bildet hier die stationäre Verweildauer, die bereits in dieser ersten Entwicklungsphase überall zu sinken beginnt.

Tab. 2: Veränderungen ausgewählter Indikatoren zum Vergleich der Gesundheitssysteme in der EG a)
(ca. 1960 bis ca. 1975) b)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Ausgabenquote													
Mittelwert:	4.3	NL	IRL	DAN	FR	IT	BRD	SP	LUX	BEL	GB	GR	POR
Heterogenität:	2.5	6.1	5.8	5.0	4.8	4.5	4.1	4.1	3.8	3.7	2.7	2.4	fehlt
Öffentl. Anteil													
Mittelwert:	1.8	NL	SP	BEL	FR	BRD	IRL	GR	GB	DAN	IT	LUX, POR	
Heterogenität:	40.5	8.1	3.1	2.0	1.6	1.2	0.5	0.4	0.4	0.2	0.2	fehlen	
Beschäftigungsquote													
Mittelwert:	5.3	IT	GB	POR	NL	BEL	FR	BRD	DAN	GR	IRL, LUX, SP		
Heterogenität:	2.4	8.4	7.7	5.8	5.0	4.9	4.7	4.0	3.6	3.5	fehlen		
Bettendichte													
Mittelwert:	0.7	BEL	SP	IT	BRD	GR	NL	FR	DAN	POR	LUX	GB	IRL
Heterogenität:	-3.0	3.0	1.6	1.3	0.8	0.8	0.7	0.5	0.3	0.2	-0.2	-1.0	fehlt
Arztdichte													
Mittelwert:	2.5	BEL	GR	FR	POR	DAN	NL	IT	BRD	LUX	SP	GB	IRL
Heterogenität:	2.8	3.6	3.4	3.1	3.1	2.9	2.8	2.3	2.2	1.9	1.6	1.4	1.3
Arztkontakte													
Mittelwert:	4.8	SP	POR	IT	FR	BEL	GR	NL	BRD, DAN, GB, IRL, LUX fehlen				
Heterogenität:	12.1	13.3	11.0	3.9	2.8	1.7	1.1	0.0					
Krankenhausaufn.													
Mittelwert:	2.9	BEL	IRL	POR	IT	FR	DAN	BRD	NL	GR	GB	LUX	SP
Heterogenität:	7.2	4.3	4.3	4.3	4.2	4.1	3.6	2.2	2.0	1.9	0.7	0.6	fehlt
Verweildauer													
Mittelwert:	-1.7	FR	IT	DAN	IRL	GB	BRD	POR	GR	LUX	NL	BEL	SP
Heterogenität:	9.3	-2.8	-2.6	-2.5	-2.4	-2.2	-1.7	-1.6	-1.3	-1.0	-0.6	-0.3	fehlt
Kindersterblichkeit													
Mittelwert:	-2.6	SP	DAN	IRL	FR	IT	BEL	BRD	NL	POR	GR	GB	LUX
Heterogenität:	3.2	-3.2	-3.1	-3.0	-3.0	-3.0	-2.9	-2.8	-2.6	-2.6	-2.4	-1.6	-1.0
Lebenserw. Frauen 40													
Mittelwert:	0.25	FR	SP	DAN	IT	GR	NL	BRD	BEL	GB	IRL	POR	LUX
Heterogenität:	4.6	0.46	0.40	0.37	0.30	0.24	0.22	0.20	0.20	0.15	0.10	0.10	fehlt
Lebenserw. Männer 40													
Mittelwert:	0.01	FR	SP	BEL	GR	POR	IT	GB	BRD	DAN	IRL	NL	LUX
Heterogenität:	-0.97	0.29	0.22	0.09	0.05	0.03	0.03	-0.03	-0.03	-0.05	-0.29	-0.30	fehlt

a) Jahresdurchschnittliche Zuwächse in %

b) Der Zeitraum variiert je nach Indikator; in den Zeilen 1,2,4,5 reicht er von 1960 bis 1975, in der Zeile 3 von 1970 bis 1975, in den Zeilen 6,7,8 von 1965 bis 1975, in den Zeilen 9,10,11 von 1960 bis 1970.

Quellen: s. Tab. 1; Marburger Bund (Hrsg.), Das italienische Gesundheitswesen im Umbruch, Erlangen 1981; Alan Maynard, Health Care in the European Community, London 1975; eig. Berechn.

Was die Indikatoren der Volksgesundheit anbelangt, so kann (für den Zeitraum 1960-1970) ein Rückgang der Kindersterblichkeit um fast ein Drittel und eine Zunahme der Lebenserwartung 40jähriger Frauen um ein Jahr festgestellt werden (bei z.T. deutlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Ländern); die Lebenserwartung der Männer im mittleren Alter stagnierte allerdings und war in einigen Ländern sogar rückläufig.

Seit Mitte der 70er Jahre nun hatten sich die Rahmenbedingungen für die Entwicklung des Gesundheitswesens grundlegend verändert: Der Übergang in eine mit zunehmender ökonomischer Krisenhaftigkeit und struktureller Massenarbeitslosigkeit verbundene Phase langfristig abgeschwächten Wirtschaftswachstums und die daraus resultierende restriktivere Ausgabenpolitik des Staates im Sozialbereich (z.T. aber wohl auch die vorangegangene Schließung der gravierendsten Versorgungslücken vor allem im stationären Sektor) ließen ein mit der Vorperiode vergleichbares Expansionstempo des Gesundheitswesens nicht mehr zu, die Wachstumsdynamik dieses Sektors erscheint seither stark abgebremst (s. Tab. 3). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, der zwischen 1960 und 1975 im EG-Durchschnitt um gut 4 Prozent pro Jahr zunahm, wuchs bis zur ersten Hälfte der 80er Jahre nurmehr um 0,7 Prozent jährlich. (Wäre das Wachstumstempo der Prosperitätsphase auch in der Folgeperiode beibehalten worden, so hätte die EG-durchschnittliche Gesundheitsquote im Jahre 1984 nicht bei 6,9 Prozent, sondern bei 9,1 Prozent gelegen.) In den frühen 80er Jahren fiel das Wachstumstempo der Gesundheitsausgaben teilweise sogar hinter das des BIP zurück³⁸, beschleunigte sich dann aber erneut, so daß die Gesundheitsquote im Schnitt wieder deutlicher anstieg (wenn auch nicht so stark wie in der Phase vor 1975). Dies gilt v.a. für Griechenland, Frankreich, Luxemburg und Belgien; die anderen EG-Länder weisen zumeist ein verhalteneres Wachstum (Dänemark und Irland sogar einen Rückgang) der Gesundheitsquote auf.³⁹ Alles in allem war die seit Mitte der 70er Jahre feststellbare Drosselung der Ausgabendynamik in Ländern mit NGD aufgrund der dort vorhandenen direkteren Steuerungsmöglichkeiten des Staates wesentlich stärker ausgeprägt als in solchen mit einem Krankenversicherungssystem.⁴⁰

Auch der Anstieg der öffentlichen Ausgabenquote fiel in der Phase nach 1975 deutlich geringer aus als in der Vorperiode, wobei die Hälfte der EG-Mitgliedstaaten (darunter die BRD) sogar einen Rückgang zu verzeichnen hatten. Klarer noch als in der Entwicklung der Gesundheitsquote kommen hier die Effekte der seit der zweiten Hälfte der 70er Jahre von den meisten EG-Ländern ergriffenen - und auch während des erneuten Wirtschaftsaufschwungs in den 80er Jahren beibehaltenen - Maßnahmen zur "Kostendämpfung im Gesundheitswesen" (Leistungsausgrenzungen, verstärkte "Selbstbeteiligung" der Patienten, Rationalisierung und Kommerzialisierung der Krankenhäuser u.a.m.) zum Ausdruck.⁴¹ Angesichts dessen muß die Tatsache überraschen, daß der Anteil der im Gesundheitswesen Beschäftigten an allen Erwerbstätigen in der Austeritätsphase zwar langsamer als im Zeitraum 1960-1975, aber immer noch recht kräftig gewachsen ist (bis 1982/83 mit ca. 3,8 Prozent jährlich). In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, daß die Arztdichte - anders als die meisten anderen Kennziffern des Gesundheitswesens - nach 1975 sogar eine Wachstumsbeschleunigung erfahren hat - sicherlich Folge der Ende der 60er/Anfang der 70er Jahre einsetzenden Bildungsexpansion und des damit verbundenen erhöhten Outputs an akademisch ausgebildeten Medizinern. Die hieraus resultierenden kostentreibenden Effekte hielten sich wohl vor allem deshalb in Grenzen, weil bei nunmehr langsamer wachsender Inanspruchnahme des ambulanten Versorgungsbereichs (jährliche Zunahme der Arztkontakte zwischen 1975 und ca. 1982: 1,9 Prozent - gegenüber 4,8 Prozent im Zeitraum 1965-1975) sich die Einkommensposition der Ärzte zumindest relativ verschlechterte.⁴² Die auch nach 1975 noch steigende Inanspruchnahme des stationären Sektors (Jahresdurchschnitt: +1,8 Prozent; 1965-1975:

Tab. 3: Veränderungen ausgewählter Indikatoren zum Vergleich der Gesundheitssysteme in der EG ^{a)}
(ca. 1975 bis ca. 1982) ^{b)}

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Ausgabenquote													
Mittelwert:	0.7	FR	GR	BEL	SP	NL	LUX	IT	GB	IRL	BRD	DAN	POR
Heterogenität:	-1.4	2.0	1.5	1.5	1.4	1.2	0.9	0.8	0.5	0.4	0.4	-0.3	-1.4
Öffentl. Anteil													
Mittelwert:	0.5	GR	POR	BEL	IRL	SP	NL	FR	GB	IT	BRD	DAN	LUX
Heterogenität:	-3.2	2.9	2.1	1.3	0.5	0.3	0.2	-0.1	-0.2	-0.2	-0.3	-0.9	fehlt
Beschäftigungsquote													
Mittelwert:	3.8	FR	BEL	NL	SP	IT	BRD	IRL	GB	GR	DAN	POR	LUX
Heterogenität:	16.6	8.3	5.2	4.9	4.8	4.8	4.8	2.9	2.5	2.0	0.7	0.5	fehlt
Bettendichte													
Mittelwert:	-0.3	LUX	FR	BEL	SP	NL	GR	BRD	GB	POR	IRL	DAN	IT
Heterogenität:	-0.8	1.5	1.4	0.8	0.0	-0.2	-0.6	-0.7	-0.9	-0.9	-1.1	-1.6	-1.8
Arztdichte													
Mittelwert:	4.8	POR	SP	FR	IT	BEL	LUX	NL	BRD	DAN	GR	GB	IRL
Heterogenität:	108.0	10.8	10.4	5.8	5.7	5.3	3.9	3.9	3.3	3.3	3.1	2.3	0.1
Arzteinkommen													
Mittelwert:	-2.6	FR	IRL	BEL	BRD	GB	IT	DAN, GR, LUX, NL, POR, SP fehlen					
Heterogenität:	2.8	-4.6	-4.3	-3.4	-2.1	-0.8	-0.6						
Arztkontakte													
Mittelwert:	1.9	SP	FR	POR	IT	GB	DAN	BEL	IRL	GR	BRD, LUX, NL		
Heterogenität:	-17.0	3.4	3.0	2.8	2.3	1.8	1.7	1.4	1.1	-0.2	fehlen		
Krankenhausaufn.													
Mittelwert:	1.8	POR	LUX	FR	BEL	GB	SP	BRD	GR	DAN	NL	IRL	IT
Heterogenität:	6.0	4.2	4.0	2.7	2.2	1.8	1.7	1.5	1.3	1.1	0.9	0.7	0.0
Verweildauer													
Mittelwert:	-1.7	IT	IRL	GB	DAN	LUX	BRD	SP	GR	NL	POR	FR	BEL
Heterogenität:	8.3	-3.3	-2.7	-2.4	-2.3	-2.0	-2.0	-1.6	-1.3	-0.9	-0.9	-0.4	-0.4
Kindersterblichkeit													
Mittelwert:	-3.9	SP	POR	IT	BRD	LUX	GR	FR	IRL	BEL	DAN	GB	NL
Heterogenität:	1.9	-5.1	-4.9	-4.3	-4.1	-4.0	-3.9	-3.8	-3.6	-3.4	-3.3	-3.1	-2.7
Lebenserw. Frauen 40													
Mittelwert:	0.29	BRD	NL	IT	POR	SP	FR	DAN	GR	GB	BEL	IRL	LUX
Heterogenität:	5.0	0.50	0.47	0.38	0.35	0.33	0.26	0.24	0.19	0.17	0.15	0.10	fehlt
Lebenserw. Männer 40													
Mittelwert:	0.15	BRD	NL	GB	IT	SP	FR	GR	BEL	IRL	POR	DAN	LUX
Heterogenität:	-11.3	0.34	0.27	0.26	0.22	0.16	0.14	0.13	0.09	0.06	0.00	-0.03	fehlt

a) jahresdurchschnittliche Zuwächse in %

b) Zeilen 1,2: 1975-1984; 3,4,5,7,8,9: 1975-ca.1982; 6: 1975-1981; 10: 1970-1982; 11,12: 1970-1980.

Quellen: s. Tab. 2.

+2,9 Prozent p.a.) ließ sich bei größtenteils sinkender Bettendichte (Ausnahmen: Luxemburg, Frankreich, Belgien) nur bewältigen, weil der "Patientendurchlauf" kontinuierlich erhöht wurde (Reduzierung der stationären Verweildauer um 1,7 Prozent p.a.).

Während die Kennziffern des Ressourcenaufwands, der Versorgungskapazitäten und der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in der Austeritätsphase fast ausnahmslos auf ein gebremstes Expansionstempo hindeuten, zeigt sich bei den Indikatoren des Gesundheitszustands ein umgekehrtes Bild: Hier waren die seit Beginn der 70er Jahre erzielten Verbesserungen zumeist größer als in der Periode davor. Die Kindersterblichkeit reduzierte sich bis Anfang der 80er Jahre um gut die Hälfte (zwischen 1960 und 1970 hingegen nur um ein Drittel), wobei es vor allem die Länder der südlichen EG-Peripherie waren, die von dieser Entwicklung profitierten. Die Zunahme der Lebenserwartung im mittleren Alter war - bei Frauen wie bei Männern - am höchsten in der BRD und den Niederlanden, die sich in den 60er Jahren beide noch auf mittleren und hinteren Rangplätzen befanden.

Angesichts des im EWG-Vertrag festgelegten und durch die Einheitliche Europäische Akte nochmals bekräftigten Ziels einer sukzessiven gegenseitigen Annäherung der sozialen Lebensbedingungen in den Ländern der Gemeinschaft drängt sich zwangsläufig die Frage auf, ob speziell im Bereich des Gesundheitswesens (als einem wichtigen Teilsegment vergesellschafteter Reproduktion) ein solcher Prozeß stattgefunden hat. Auf der Ebene der grundlegenden Systemstrukturen ist dies sicher nicht der Fall, kam es doch - wie bereits gezeigt - nach 1945 in den Ländern Westeuropas zur Herausbildung zweier Sicherungsmodelle, die sich in mehrfacher Hinsicht grundsätzlich unterscheiden. Andererseits kann auch nicht geleugnet werden, daß trotz dieser Strukturunterschieden seit geraumer Zeit durchaus ein gewisser Gleichklang in bezug auf die vorherrschenden gesundheitspolitischen Handlungsorientierungen der EG-Mitgliedstaaten besteht (Stichwort: Kostendämpfungspolitik). Geht man nun dem *Konvergenz/Divergenz-Problem* auf der Ebene quantitativer Indikatoren nach, so lassen sich - bei allen in diesem Zusammenhang auftretenden methodischen Schwierigkeiten - folgende Aussagen treffen⁴³:

- Langfristig gesehen (von Anfang der 60er bis Anfang/Mitte der 80er Jahre) entwickelten sich innerhalb der EG die meisten Kennziffern des Gesundheitswesens konvergent. Nicht der Fall ist dies bei der Ausgabenquote, der Arztdichte, der Krankenhausverweildauer und der Lebenserwartung von Frauen mittleren Alters.
- Konvergenzprozesse überwogen auch in der weiter oben als "Prosperitätsphase" bezeichneten Periode zwischen 1960 und 1975. Die Ausnahmen waren hier dieselben wie bei langfristiger Betrachtung.
- In der sog. "Austeritätsphase" hingegen entwickelten sich die Gesundheitssysteme der EG-Länder eher auseinander als daß sie sich angleichen. Allerdings sind bei einem beträchtlichen Teil der Indikatoren auch gegenläufige Entwicklungen nachweisbar (öffentliche Finanzierungsquote, Krankenhausaufnahmen, Kindersterblichkeit, Arzteinkommen; mit gewissen Einschränkungen: Beschäftigungsquote).

3. EG-Binnenmarkt und verschärfte internationale Konkurrenz: die staatliche Sozial- und Gesundheitspolitik unter Anpassungsdruck

Der Plan, bis 1993 einen einheitlichen, schrankenlosen Wirtschaftsraum innerhalb der EG zu schaffen, hat vielfach Skepsis und Verunsicherung bezüglich der damit verbundenen sozialen Auswirkungen provoziert. So befürchten insbesondere die Gewerkschaften, " daß im Zuge der Verwirklichung des Europäischen Binnenmarktes die erworbenen Arbeitnehmerrechte im Bereich der Wirtschaftsdemokratie, der sozialen Sicherheit und des Rechts auf Arbeit ernsthaft in Frage gestellt und abgebaut werden".⁴⁴ Diskutiert werden diese Gefahren seit einiger Zeit unter dem Stichwort "Sozialdumping". Dahinter steht i.w. die Vorstellung, daß Regierungen und Unternehmen die infolge der Beseitigung der Binnenmarktschranken sich verschärfende internationale Konkurrenz zum Anlaß nehmen könnten, unter Verweis auf die zwischen den EG-Ländern bestehenden Diskrepanzen hinsichtlich materieller Sicherungsniveaus, sozialer Schutzregelungen und kollektiver Mitbestimmungsrechte (und damit verbundener Kostenbelastungen)⁴⁵ die Verschlechterung der Lebens- und Arbeitsbedingungen von Lohnabhängigen im eigenen Land voranzutreiben. Die Binnenmarktliberalisierung drohe somit statt in der versprochenen Wohlstandsmehrung in einer *arbeits- und sozialpolitischen Deregulierungs- und Austeritäts-offensive* des Staates sowie einer Unternehmerstrategie zu münden, die - ggf. unter Ausnutzung internationalisierter Produktionsstrukturen - verstärkt dazu übergeht, die heimischen Belegschaften und deren Interessenvertretungen unmittelbar zur Hinnahme von Verschlechterungen zu nötigen.⁴⁶

Daß diese Befürchtungen im Kern durchaus begründet sind, hat die von den bundesdeutschen Kapitalverbänden initiierte "Standortdebatte" gezeigt: In auffälligem Kontrast zur immer wiederkehrenden Beteuerung, auch unter den Bedingungen des europäischen Binnenmarktes werde es in der BRD keine Absenkung sozialer Standards geben, wurde hier eine wachsende Beeinträchtigung der Konkurrenzfähigkeit bundesdeutscher Unternehmen durch zu hohe Lohn(neben)kosten sowie übermäßige gesetzliche und tarifvertragliche Reglementierungen behauptet und entsprechend von Staat und Arbeitnehmerorganisationen eine größere Bereitschaft zu konsequenten Schritten in Richtung *Deregulierung, Flexibilisierung und Kostensenkung* gefordert.⁴⁷ Wie der folgende Hinweis des ehemaligen Kanzleramtschefs und heutigen Innenministers Schäuble zeigt, hat sich die Bundesregierung dieses Argumentationsmuster weitgehend zueigen gemacht: "Unsere Arbeitskosten sind hoch, wir belegen einen Spitzenplatz ... Wir tun das unsere, sie zu senken. Dazu dienen die Strukturreform unserer Krankenversicherung und die Reform der gesetzlichen Rentenversicherung."⁴⁸ Ähnliches war auch von Schäubles Amtsnachfolger Rudolf Seiters zu vernehmen: "Wir dürfen die Chancen und Herausforderungen des gemeinsamen Binnenmarktes nicht verspielen. Die Bundesregierung hat aus diesem Grunde im Innern ein umfangreiches Reformprogramm durchgesetzt. Steuer- und Gesundheits-, Renten- und Postreform bilden ein Gesamtkonzept, daß unsere Gesellschaft insgesamt offener und flexibler macht - und damit auch besser auf die europäischen Veränderungen vorbereitet."⁴⁹ Welche Entwicklungen künftig noch auf die Bevölkerung dieses Landes zukommen können, hat Bundeswirtschaftsminister Haussmann in der letztjährigen Europa-Debatte des Bundestages mit der Aussage angedeutet, nach Vollendung des EG-Binnenmarktes lasse sich "möglicherweise nicht jede soziale Wohltat (sic!) behaupten".⁵⁰

Die Beseitigung aller Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehrsschranken innerhalb der EG und die hiermit einhergehende Unterwerfung der nationalen kapitalistischen Ökonomien unter verschärfte internationale Konkurrenzbedingungen erzeugt also offenkundig einen *erhöhten Anpassungsdruck auf die staatliche Sozialpolitik* i.S. einer Förderung re-

striktiver Orientierungen. Damit droht aber auch die seit nunmehr über zehn Jahren betriebene "Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen" - in der sich die Gesundheitspolitik mittlerweile fast vollkommen erschöpft - zusätzliche "europäische" Impulse zu erhalten - mit allen Folgen, die man bereits von früheren Maßnahmen in diesem Bereich kennt: Leistungsausgrenzungen der gesetzlichen Krankenversicherung, höhere finanzielle "Selbstbeteiligung" der Patienten an den Krankheitskosten, verstärkte Kommerzialisierung der Versorgungseinrichtungen etc.⁵¹ Dieser Zusammenhang ist zunächst und vor allem zu berücksichtigen, wenn von Auswirkungen des EG-Binnenmarktes auf das Gesundheitssystem die Rede ist.

Den auf das "Schicksal Weltmarkt" (Helmut Schmidt) rekurrierenden Plädoyers für die Lockerung und den Abbau sozialer Sicherungen ist nun allerdings zu Recht entgegengehalten worden, daß das im internationalen Vergleich relativ hohe Niveau der Lohn(neben)kosten sowie die hohe gesetzliche und tarifvertragliche Regeldichte der Arbeitsbedingungen/-beziehungen die BRD in den letzten Jahren nicht daran gehindert haben, enorme Außenhandelsüberschüsse, insbesondere innerhalb der EG, zu realisieren. Abgesehen davon, daß die bundesdeutsche Wirtschaft bei den Lohnstückkosten produktivitätsbedingt über eine vorteilhaftere Position verfügt als die meisten ihrer Weltmarktkonkurrenten, spielen nachgewiesenermaßen andere als Kosten- und Preisfaktoren eine wichtigere Rolle für die Leistungsfähigkeit der bundesdeutschen Industrie und deren Absatzchancen auf den europäischen und außereuropäischen Märkten. Standortverlagerungsstrategien sind damit zugleich klare Grenzen gesetzt.⁵² Auf die argumentative Stichhaltigkeit ihrer "Standort"-Kamagne scheint es den Unternehmern allerdings auch gar nicht anzukommen. Entscheidend ist lediglich, daß der Hinweis auf den angeblichen "Sachzwang Binnenmarkt" *als politisch-ideologisches Druckmittel zur Durchsetzung eines Abbaus kollektiver sozialer Schutzregelungen und -leistungen* - und damit noch günstigerer Rahmenbedingungen für die Gewinnerzielung als ohnehin schon vorhanden sind - funktioniert. Aus diesem Grund (und nicht etwa, weil die Wettbewerbsposition des BRD-Kapitals auf dem Weltmarkt real gefährdet wäre!) werden nahezu alle einkommens-, arbeits- und sozialpolitischen Vorhaben der Konservativen - seien es Steuer-, Gesundheits- und Rentenreform, die Verlängerung des Beschäftigungsförderungsgesetzes oder die "Flexibilisierung" der Ladeschlußzeiten - immer wieder auch mit der Notwendigkeit begründet, die bundesdeutsche Wirtschaft für den europäischen Binnenmarkt "fit" machen zu müssen.⁵³

Ob bzw. in welchem Maße sich eine verschärfte Strategie der Umverteilung und der sozialpolitischen Restriktionen und Deregulierungen durchsetzen wird, hängt trotz des absehbaren Internationalisierungsschubs nach wie vor maßgeblich von der Entwicklung des nationalen Kräfteverhältnisses der Klassen und Schichten ab. Selbst unter der Bedingung fortbestehender konservativer Hegemonie ist in der BRD aufgrund der recht großen ökonomischen Verteilungsspielräume und des relativ stabilen gewerkschaftlichen Gegenmachtsystems wohl kaum mit einem rabiaten sozialen Kahlschlag nach britischem Muster, sondern eher mit einem vergleichsweise moderaten Kurs zu rechnen. Daß dies keineswegs Anlaß zur Beruhigung sein kann, dürfte angesichts der unsozialen Auswirkungen auch solcher Restriktionen, die gemessen an der Praxis anderer Länder verhalten erscheinen (z.B. die "Gesundheitsreform"), v.a. aber im Hinblick auf den unbestreitbaren Bedarf an *neuen und verbesserten sozialen Sicherungsstrukturen* (auch im Gesundheitsbereich) klar sein.

4. Gesundheitspolitische "Sekundäreffekte" des Binnenmarktprojekts: das Beispiel der Arzneimittelversorgung

Der Arzneimittelmarkt gilt als einer der ökonomischen Sektoren, welche am sensibelsten auf die weitgehende Beseitigung noch bestehender EG-interner Handelshemmnisse reagieren werden. Er ist damit zugleich als der Bereich des Gesundheitssicherungssystems anzusehen (neben dem Arbeitsschutz), auf den sich der Integrationsschub in Westeuropa am unmittelbarsten auswirken dürfte. Aus diesem Grunde soll hier auf die mit der EG-Binnenmarktintegration verbundenen Entwicklungen im Arzneimittelbereich etwas genauer eingegangen werden. Den Schwerpunkt bilden dabei die hinsichtlich sog. "technischer Handelshemmnisse" von der EG-Kommission, aber auch von den Pharma-Herstellern als besonders problematisch angesehenen Strukturen der Arzneimittelzulassung und der Arzneimittelausgaben-Kontrolle sowie die darauf bezogenen Integrations- und Harmonisierungsmaßnahmen der EG. Weitere arzneimittelpolitisch relevante Aspekte des EG-Binnenmarktes wie etwa die vorgesehene Halbierung der Mehrwertsteuersätze für Medikamente⁵⁴, die Vereinheitlichung der Bedingungen für die Abgabe von Arzneimitteln an Patienten (Rezept- und Apothekenpflicht), die Harmonisierung von Vorschriften über Arzt- und Patienteninformation (einschl. Werbung)⁵⁵ sowie die Regelung des Arzneimittelexports von EG-Ländern in die "Dritte Welt"⁵⁶ mußten im Interesse einer gestrafften Darstellung leider unberücksichtigt bleiben.

4.1 Die Struktur der pharmazeutischen Industrie und des Arzneimittelmarktes in Westeuropa

Angesichts der von seiten der Arzneimittelhersteller zu vernehmenden Klagen über investitions- und innovationshemmende Strukturdefizite des EG-Pharmamarktes⁵⁷ ist zunächst einmal auf die unbestreitbare Tatsache zu verweisen, daß die pharmazeutische Industrie schon seit jeher zu den *prosperierendsten Wirtschaftsbranchen* innerhalb der EG gehört. Auch in den 80er Jahren lag die Wachstumsdynamik dieses Industriezweiges - bei einer im Vergleich zu anderen Branchen meist günstigeren Gewinnsituation⁵⁸ - deutlich über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.⁵⁹ Hauptträger dieser Entwicklung waren die BRD, Frankreich, Italien und Großbritannien, auf die im Jahre 1987 zusammengenommen 83% des sich auf 40,4 Mrd. ECU belaufenden Pharma-Produktionswertes in der EG entfielen.⁶⁰

Kennzeichnend für die Arzneimittelindustrien in den Ländern der Europäischen Gemeinschaft ist eine zumeist *starke Orientierung* auf den Weltmarkt: 1984 betrug der Anteil der EG-Unternehmen am Pharma-Weltumsatz ca. 31% (USA: 35%; Japan: 19%)⁶¹; die Exportquote der Branche wurde für das Jahr 1987 auf EG-Ebene mit durchschnittlich 30,5% beziffert.⁶² Gegenüber dem Nicht-EG-Raum erzielten die 12 Mitgliedstaaten der Gemeinschaft 1987 einen Arzneimittel-Exportüberschuß von 3,2 Mrd. ECU (gesamter Warenaustausch: ca. 5 Mrd. ECU Defizit⁶³), was verglichen mit 1980 eine Steigerung um 80,6% darstellt.⁶⁴ Nichtsdestotrotz ist seit Beginn der 80er Jahre ein erheblicher Bedeutungszuwachs der Intra-EG-Exporte im Rahmen der gesamten Arzneimittelausfuhr zu verzeichnen (1981: 39,0%⁶⁵ - 1987: 48,8%⁶⁶). Noch stärker ins Gewicht fällt der innergemeinschaftliche Handel bei den Pharma-Importen: 66% der Einfuhren der 12 Mitgliedstaaten stammen aus dem EG-Raum.⁶⁷ Insofern scheint der EG-Markt - ungeachtet der seit einiger Zeit heftig diskutierten "technischen Handelshemmnisse" - bereits heute schon eine bedeutende ökonomische Aktionsbasis für die europäischen Pharmaindustrien zu sein.

Wie und in welchem Grade die Arzneimittelversorgung der EG-Länder in den weltwirtschaftlichen Zusammenhang integriert ist, läßt sich aber nicht allein anhand der Analyse von Export- und Importströmen beurteilen. Zu berücksichtigen ist darüber hinaus auch die - für die Präsenz ausländischer Pharma-Unternehmen auf den Märkten der einzelnen Mitgliedstaaten weitaus wichtigere - Unterhaltung von Produktionsstätten außerhalb der Firmen-Stammländer. Neueren Berechnungen zufolge ist diese "Filialproduktion" ausländischer Firmen Quelle für ca. 40% der Apothekenumsätze in der EG, davon stammt über die Hälfte von US-Unternehmen, ein knappes Fünftel von Schweizer Herstellern und nur ca. ein Drittel von Unternehmen aus der EG (führend hier: die BRD).⁶⁸

4.2 Die Bedeutung nichttarifärer Handelshemmnisse

Der EG-Pharmamarkt ist also alles andere als eine rein europäische Angelegenheit. Zudem muß festgestellt werden, daß die wichtigsten nationalen Arzneimittelindustrien innerhalb der EG trotz nach wie vor starker Stellung auf dem Weltmarkt zunehmend unter Konkurrenzdruck (v.a. von Seiten der USA und Japans) geraten.⁶⁹ Die Beseitigung einer ganzen Reihe von nichttarifären Handelsbarrieren zwischen den Mitgliedstaaten der EG wird nun als die zentrale Voraussetzung dafür angesehen, die Akkumulationskraft der europäischen Pharmakapitale zu erhöhen und somit drohende Positionsverluste im internationalen Wettbewerb zu vermeiden. Zwei Problembereiche stehen hierbei im Mittelpunkt des Interesses: a) die behördliche *Zulassung von Arzneimitteln* und b) die vom Staat bzw. den Sozialversicherungsträgern betriebene *Arzneimittelpreis und -ausgabenkontrolle*.

- Zu a): Die Festlegung einheitlicher Prinzipien für die Arzneimittelgesetzgebung der EG-Mitgliedstaaten reicht bis in die Mitte der 60er Jahre zurück. Mittlerweile beruhen nahezu alle nationale Regelungen für das Inverkehrbringen von Arzneimitteln (Zulassungskriterien, Vorschriften über die für den Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsnachweis erforderlichen Unterlagen, Verpackungsvorschriften u.a.m.) auf diesem (mehrfach ergänzten und modifizierten) Richtlinienwerk der EG.⁷⁰ Trotz dieser - durchaus nicht bis in jedes Detail gehenden⁷¹ - Rechtsangleichung bestehen aber nach wie vor markante Unterschiede in der Zulassungspraxis.⁷² Die Uneinheitlichkeit der nationalen Zulassungspraxen liegt wesentlich in der Tatsache begründet, daß das Arzneimittelsicherheitsrecht "von einer Reihe von generalklauselartigen Normen (Qualität, Wirksamkeit, Unbedenklichkeit) beherrscht wird"⁷³, folglich "weite Interpretationsspielräume" enthält, "bei deren Ausfüllung außerrechtliche Maßstäbe und Einflußgrößen von Relevanz sind".⁷⁴ Die Struktur des Arzneimittelmarktes, die besonderen Verwaltungstraditionen, die konfligierenden Interessen und Orientierungen der Marktakteure sowie die Sensibilität des öffentlichen Bewußtseins für Fragen der Arzneimittelversorgung stellen Bestimmungsfaktoren dar, welche sich - entsprechend ihrer nationalen Ausprägung und Konfiguration - zu "unterschiedlichen Sicherheitsphilosophien" der Arzneimittelbehörden verdichten und somit "trotz nahezu identischer Regelungen zu unterschiedlichen Zulassungs- oder Sicherheitsentscheidungen führen".⁷⁵

Infolge dieses Problems hat sich ein zentrales Strategieelement des EG-Binnenmarktprojekts - das Prinzip der gegenseitigen Anerkennung nationaler Zulassungsentscheidungen auf der Basis harmonisierter Rahmenregelungen - im Arzneimittelbereich bislang als nicht realisierbar erwiesen. Die Erfahrungen mit dem hierfür auf EG-Ebene vorgesehenen Abstimmungsverfahren (sog. "Mehr-Staaten-Verfahren")⁷⁶ werden insbesondere von der Pharma-Industrie als "enttäuschend"⁷⁷ bewertet, und auch der Koordinierungsmechanismus, der 1987 speziell für die "technologisch hochwertigen" (v.a. mittels gentechnologischer Verfahren gewonnenen) Arzneimittel eingeführt wurde⁷⁸, verpflichtet die nationalen Be-

hörden nicht zu einheitlichen Entscheidungen. Als gravierendes Hindernis für die EG-weite Vermarktung pharmazeutischer Produkte gelten hierbei nicht zuletzt die (das in den EG-Richtlinien festgelegte Maß zumeist deutlich überschreitenden) Bearbeitungszeiten kommunitärer Zulassungsanträge bei den zuständigen nationalen Entscheidungsinstanzen.⁷⁹ Ein (im Rahmen ihrer vielbeachteten "Cost of Non-Europe"-Studie unternommener) Versuch der britischen "Economists Advisory Group", die durch eine EG-weite Vereinheitlichung der Arzneimittelzulassung sowie eine Reduktion der durchschnittlichen Genehmigungszeit auf ein Jahr erzielbaren Kostensenkungen bzw. Umsatzsteigerungen für die pharmazeutischen Unternehmen zu quantifizieren, kam auf einen Gesamteffekt von 160-260 Mill. ECU p.a.⁸⁰

- Zu b): Große Unterschiede weisen auch die einzelstaatlichen Kostenkontrollpolitiken im Arzneimittelbereich auf (s. Übersichtstabelle). Das Spektrum reicht hier von weitgehendem Interventionsverzicht (wie - zumindest bis vor kurzem - in der BRD und den Niederlanden⁸¹) über globale Gewinnkontrollen in der pharmazeutischen Industrie (Großbritannien) bis hin zur Anwendung rigider Steuerungsinstrumente wie etwa Positivlisten und Preisgenehmigungen (Frankreich, Italien u.a.).⁸² Sofern das damit einhergehende "künstliche" Preisgefälle innerhalb der EG⁸³ z.B. bundesdeutsche Herstellerfirmen in der Vergangenheit nicht gleich ganz von einem Engagement auf bestimmten Auslandsmärkten abhielt, stellte es nach Auffassung der pharmazeutischen Industrie insbesondere die "forschenden" Unternehmen vor die Alternative, entweder für die Amortisation ihrer F&E-Aufwendungen unzureichende Erlöse aus dem Export in "Niedrigpreisländer" hinzunehmen oder aber eine in den betreffenden Mitgliedstaaten häufig an die Gewährung höherer Preise geknüpfte Voraussetzung zu erfüllen und dort direkt zu investieren (d.h. Produktionsfilialen zu unterhalten). Diese quasi-protektionistischen, handelsbeschränkenden Praktiken einiger EG-Länder hätten zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen, v.a. aber zu einer wirtschaftlich ineffizienten Zersplitterung von Produktionskapazitäten geführt.⁸⁴

Von einem Abbau der durch solche Formen staatlicher Intervention bedingten Handelschranken innerhalb der EG wäre nach Aussage des oben erwähnten britischen Forscherteams eine stärkere *Konzentration der Arzneimittelproduktion* und infolgedessen die Realisierung absoluter und relativer ("economies of scale") *Kostenvorteile* zu erwarten. Deren Umfang beläuft sich in einem ersten Szenario (Schließung aller Produktionsstätten ausländischer Pharma-Unternehmen in Griechenland und Portugal) auf 44-65 Mill. ECU pro Jahr; eine zweite Modellrechnung unterstellt darüber hinaus den teilweisen Rückzug ausländischer Firmen aus Frankreich, Italien und Spanien und kommt auf einen Kostensenkungseffekt von 65-208 Mill. ECU.⁸⁵

Insgesamt ergäbe sich aus der Beseitigung der gravierendsten Handelshemmnisse auf dem EG-Pharmamarkt also ein ökonomischer Entlastungseffekt von jährlich maximal 269-533 Mill. ECU, d.h. 0,8-1,6% der Unternehmenskosten⁸⁶ - ein ziemlich bescheidenes Resultat, das in eigentümlichem Kontrast steht zu den lautstark vorgetragenen Klagen über die enormen Belastungen der pharmazeutischen Industrie durch Hindernisse im EG-internen Warenverkehr. Die hauptsächlichen "Gewinner" der Binnenmarktintegration wären zudem auch noch multinationale Firmen aus den USA, Großbritannien, der Schweiz und der BRD⁸⁷, während kleinere Herstellerländer wie etwa Griechenland oder Portugal unter negativen Auswirkungen zu leiden hätten (Beschäftigungsverluste infolge der Schließung von Produktionsstätten, Verschlechterung der Pharma-Handelbilanz aufgrund verstärkter Abhängigkeit von Importen).⁸⁸ Auf den Punkt gebracht heißt dies: "In the longer run, the effect of unifying the European market will be to make the strong stronger and the weak weaker."⁸⁹

Übersicht: Instrumente zur Kontrolle der Arzneimittelausgaben in
den Ländern der EG (Stand: 1984)

	Direkte Kontrolle d. AM- Ausgaben	Kontrolle d. indi- viduellen AM-Preise	Grundlagen u. Kriterien d. Preisregulierung	Positiv- oder Negativ- liste	Selbstbeteiligungs- regelungen
BEL	X	X	Neuartigkeit u. the- rapeut. Nutzen d. AM, inländ. Wirtschafts- Aktivität d. Herstell.	P	25, 50 od. 100% Zuzahlg.
BRD	-	-	-	N	festе Rezeptgebühr (seit 1989: Festbetragsregelg.; ab 1992 fallweise 15%ige Zuzahlung)
DAN	X	X	Kosten d. Herstellers, "angemessener" Gewinn	P	25, 50 od. 100% Zuzahlg.
FR	X	X	therap. Nutzen d. AM, Kosten d. Herstellers, inländ. Wirtschafts- aktivität d. Herstell.	P	0, 30, 60 od. 100% Zu- zahlg.
GB	X	-	globale Gewinnkontrolle	N	festе Rezeptgebühr
GRI	X	X	Kosten d. Herstellers	P	10-20% Zuzahlg.
IRL	X	-	Anbindung an brit. Preise	-	Höhe d. Zuzahlg. v. Ein- kommen abhängig
IT	X	X	Kosten d. Herstellers	N	festе Rezeptgebühr + 15% Zuzahlg.
NL	-	-	-	N	festе Rezeptgebühr
POR	X	X	Kosten d. Herstellers, Vergleichspreise	P	festе Rezeptgebühr + 35-40% Zuzahlg.
SP	X	X	Kosten d. Herstellers	P	40% Zuzahlg.

Quelle: Commission of the European Communities, Research in the "Cost of Non-Europe", Basic Findings, Vol. 15: The "Cost of Non-Europe" in the Pharmaceutical Industry (by Economists Advisory Group), Luxemburg 1988, S. 104 f.; eig. Ergänzungen.

4.3 Arzneimittelmarktspezifische Maßnahmen im Rahmen des Binnenmarkt-Richtlinienprogramms

In den folgenden Ausführungen wollen wir uns nun auf jene im Rahmen des Binnenmarkt-Richtlinienprogrammes der EG-Kommission beschlossenen bzw. zur Beschlußfassung vorgesehenen neuen Gemeinschaftsvorschriften beziehen, mit denen die beiden o.g. Problemkomplexe der EG-weiten Arzneimittelzulassung sowie der handelsbeschränkenden Auswirkungen einzelstaatlicher Kostenkontrollpolitiken angegangen werden sollen.

Das offensichtliche Scheitern des "Mehr-Staaten-Verfahrens" und die bis zum 1.1.1993 angestrebte Vollendung des Binnenmarktes auch im Arzneimittelbereich waren für die Brüsseler Behörde Anlaß, erneut über Möglichkeiten einer das Inverkehrbringen pharmazeutischer Produkte über Ländergrenzen hinweg nach einheitlichen Kriterien gewährleitenden Regelung auf EG-Ebene nachzudenken. Die in diesem Zusammenhang von den Mitgliedstaaten und den betroffenen Interessengruppen diskutierten Vorschläge bewegen sich zwischen den Polen: automatische *gegenseitige Anerkennung* nationaler Zulassungsentscheidungen einerseits und Einrichtung einer *zentralen EG-Zulassungsbehörde* andererseits. Während die pharmazeutische Industrie und auch die Bundesregierung die erste Variante favorisieren (weil sie mit weniger bürokratischem Aufwand verbunden sei und zudem eher der Grundkonzeption für die Binnenmarktliberalisierung entspreche)⁹⁰, sehen z.B. Verbraucherverbände und kritische Pharmakologen hierin keine akzeptable Lösung, da angesichts der qualitativen Diskrepanzen zwischen den nationalen Zulassungspraxen die gegenseitige Anerkennung auf "eine Vereinheitlichung auf dem niedrigsten Niveau der Arzneimittelsicherheit"⁹¹ hinauslaufe. Im Gegensatz dazu bestünden bei der zentralen Zulassung durch eine EG-Arzneimittelbehörde größere Chancen, daß "die therapeutische Qualität des Angebots steigen wird" und "die Märkte sich im Hinblick auf ein europäisch akzeptiertes Angebot verkleinern und mehr und mehr von umstrittenen Produkten entlastet werden".⁹²

Der im April 1989 von der EG-Kommission selbst skizzierte Vorschlag für ein zukünftiges Zulassungssystem trägt nun alle Züge einer die geschilderten unterschiedlichen Interessenlagen und Zielvorstellungen integrierenden Kompromißlösung. Hiernach wird für den Bereich biotechnologisch gewonnener und anderer "High-Tech"-Präparate die Errichtung einer zentralen EG-Arzneimittelbehörde angestrebt, die sowohl für die Zulassung als auch für die Nachmarktkontrolle⁹³ verantwortlich sein soll. Bei anderen neuen Arzneimitteln mit EG-weiter Marktrelevanz besteht noch keine eindeutige Festlegung; hier werden lediglich verschiedene Möglichkeiten der Zulassung - ebenfalls zentrales Verfahren, dezentrales Modell einer verbesserten gegenseitigen Anerkennung oder Wahlrecht des Antragstellers zwischen beidem - ins Auge gefaßt. Klar scheint hingegen zu sein, daß Arzneimittel, die nur auf nationalen oder lokalen Märkten angeboten werden, ausschließlich im Verantwortungsbereich der nationalen Behörden liegen sollen.⁹⁴ Wie auch immer die letztendliche Richtlinienfassung konkret aussehen mag (die Verabschiedung ist noch für dieses Jahr geplant), der Trend hin zu einer *stärkeren Zentralisierung* von Zulassungsentscheidungen ist unbestreitbar. Damit hat sich mittlerweile offenbar auch die pharmazeutische Industrie arrangiert.⁹⁵

Eine solche - ohnehin nur partielle - Zentralisierung würde aber u.E. per se noch keine Garantie für ein hohes Sicherheitsniveau innerhalb der EG darstellen, zumal in dem von seiten der Kommission vorgeschlagenen Modell zentrale Problembereiche der Arzneimittelsicherheit (v.a. die Schaffung wirksamer, einheitlicher Mechanismen der Nachmarktkontrolle) nicht befriedigend geregelt sind.⁹⁶ Darüber hinaus könnte eine Effektivierung

und Beschleunigung des Zulassungsverfahrens als (immerhin denkbare) Folge stärkerer Zentralisierung durchaus auch dazu führen, daß eine rasch wachsende Zahl "neuer" Medikamente auf die Pharmamärkte der EG-Mitgliedsländer geschleust würde (nach zentraler Zulassung durch eine EG-Institution hätten sie ja sofort Zugang zum gesamten europäischen Markt), wodurch deren ohnehin schon hohe *Intransparenz* noch zunähme.

Welch enormen politischen Konfliktstoff die aus der Sicht der Pharma-Hersteller protektionistischen und handelsbeschränkenden - und daher als mit dem EG-Vertrag unvereinbar angesehenen - Preiskontroll- und Erstattungspolitiken vieler Mitgliedstaaten in sich bergen, haben die gerade in den 80er Jahren sich häufenden Kommissions-Abmahnungen und Vertragsverletzungsverfahren vor dem Europäischen Gerichtshof (EuGH), etwa gegen Italien, Belgien und Griechenland, gezeigt.⁹⁷ Der hier zum Ausdruck gekommene gemeinschaftsrechtliche Regelungsbedarf mußte zwangsläufig im Rahmen der umfangreichen Kommissionsarbeiten an der "Vollendung des EG-Binnenmarktes" Berücksichtigung finden. Die Grundrichtung des dabei eingeschlagenen Weges wurde bereits 1984 in einem Urteil des EuGH ("Duphar-Urteil") vorgezeichnet: Dieses spricht den EG-Staaten ausdrücklich das Recht zu, Medikamentenpreise zu reglementieren und im Hinblick auf die Arzneimittel-Kostenübernahme eine Marktauswahl zu treffen, betont aber, daß die diesbezüglichen Methoden *transparent, nachvollziehbar und rechtlich anfechtbar* sein müssen. Auf keinen Fall dürften Preiskontrollsysteme diskriminierend auf ausländische Anbieter wirken; gleiches gelte für die (nach "objektiven und nachvollziehbaren" Kriterien zu erstellenden) Positiv- oder Negativlisten der jeweiligen Versicherungseinrichtungen.⁹⁸

Diese Prinzipien haben schließlich Eingang gefunden in die am 31.12.1989 in Kraft getretene *EG-Richtlinie über die Transparenz von Regelungen zur Arzneimittel-Preisfestsetzung und -Kostenerstattung*.⁹⁹ Im Kern handelt es sich dabei um die Festlegung nachprüfbarer und ggf. rechtlich einklagbarer Verfahrensmodi (verbindliche Entscheidungskriterien und -fristen, entsprechende Offenlegungs- und Begründungspflichten der Behörden bzw. der Sozialversicherungen) bei der Anwendung verschiedener Steuerungsinstrumente wie Preisgenehmigungen, Preisstopps, Gewinnkontrollen und Positiv-/Negativlisten. Die Transparenzrichtlinie beinhaltet also *weder eine strukturelle Angleichung der bestehenden nationalen Regulierungssysteme noch gar deren EG-weite Beseitigung* (mit der Konsequenz einer "freien Preisbildung" in allen 12 Ländern). Vielmehr geht es ausschließlich darum, die nationale Anwendung solcher Instrumente soweit zu reglementieren, daß eine bessere Nachvollziehbarkeit und größere Rechtssicherheit für die Pharmaunternehmen gewährleistet und ein "Mißbrauch" i.S. von Protektionismus o.ä. ausgeschlossen ist.

Die Arzneimittelhersteller haben zwar die meisten Richtlinienregelungen begrüßt, aber - dies läßt sich aus den entsprechenden Stellungnahmen zweifelsfrei herauslesen - nur als relativen Fortschritt gegenüber dem bislang herrschenden Zustand.¹⁰⁰ Grundsätzlich ist die pharmazeutische Industrie jedoch "der Auffassung, daß in allen Staaten der Gemeinschaft eine freie Preisbildung unter Wettbewerbsbedingungen (übersetzt: die Beseitigung [para]staatlicher Preis- und Erstattungsrestriktionen; d. Verf.) die beste Lösung wäre".¹⁰¹ Verbraucherorganisationen, Krankenversicherungsträger und kritische Arzneimittelwissenschaft kritisieren hingegen, daß die Transparenzrichtlinie einseitig darauf abziele, staatliche Interventionsmöglichkeiten im Bereich der Arzneimittelpreise und -kosten zu begrenzen, während sie auf die Entwicklung wirksamer Instrumente zur Gewährleistung eines funktionierenden Wettbewerbs zwischen den Arzneimittelherstellern weitgehend verzichte. "Transparenter" würde dadurch allenfalls die staatliche bzw. von den Krankenversicherungen betriebene Nachfragepolitik, nicht jedoch die unternehmerisch-privaten Angebotsstrategien auf dem Arzneimittelmarkt.¹⁰² Die hierin angelegte "faktische Gewichtsverschiebung zugunsten der pharmazeutischen Hersteller"¹⁰³ könne, sofern eine tendenzielle Arzneimit-

telpreis-Angleichung innerhalb der EG überhaupt zu erwarten sei, nur zu einer Angleichung nach oben, im überwiegenden Teil der Mitgliedstaaten also zu einer Erhöhung des Preisniveaus führen.

Bedenkt man, daß die durch die Transparenzrichtlinie (wenn auch nur partiell) eingeschränkten nationalen Regulierungsinstrumente ja in erster Linie der *Ausgabenbegrenzung* im Arzneimittelbereich und nicht etwa der staatlichen Garantie von Monopolpreisen für die Pharmahersteller dienen, so erscheint diese Annahme durchaus plausibel. Ein Preissteigerungseffekt als unmittelbare Folge der Umsetzung der Transparenzrichtlinie stünde allerdings in auffälligem Kontrast zu den Versprechungen und Prognosen, welche üblicherweise an Maßnahmen zur Binnenmarktintegration geknüpft werden. In welchem Maße aus der Richtlinienanwendung langfristig brancheninterne Restrukturierungsprozesse (d.h. im wesentlichen: verstärkte Konzentration der Produktionsstandorte innerhalb der EG) mit entsprechenden absoluten und relativen Kostenvorteilen resultieren (wie von den Autoren der "Cost of Non-Europe"-Studie behauptet) und ob letztere dann auch über den Produktpreis an das Gesundheitssystem weitergegeben werden, scheint keineswegs sicher. Daß von der Transparenzrichtlinie nennenswerte gestalterische Impulse i.S. einer - womöglich nach einheitlichen Kriterien ausgerichteten - rationelleren (d.h. therapeutisch sinnvollen und zugleich kostengünstigen) Arzneimittelversorgung in den Ländern der EG ausgehen könnten, ist jedenfalls nicht erkennbar. Soweit sie Fragen der Markttransparenz, der medizinischen und ökonomischen Angemessenheit ärztlicher Verordnungsweise o.ä. betreffen, werden arzneimittelpolitische Auseinandersetzungen also auch künftig schwerpunktmäßig auf die einzelstaatliche Regelungsebene bezogen bleiben und im nationalen Rahmen entschieden.¹⁰⁴

5. Ansätze einer supranationalen Gesundheitspolitik: Harmonisierungsbestrebungen der EG auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz

In Abschnitt 1 wurde darauf hingewiesen, daß die Strategie zur Vollendung des EG-Binnenmarktes eine ganze Reihe von Maßnahmen beinhaltet, von denen zwar Auswirkungen auf die Finanzierung, das Angebot und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu erwarten sind, die aber keinen spezifischen Bezug auf Fragen der Gesundheitspolitik aufweisen. Die seit einiger Zeit zu beobachtende stärkere Akzentuierung "sozialer Dimensionen" des Binnenmarktes hat jedoch ein wichtiges gesundheitspolitisches Handlungsfeld unmittelbar zum Thema der EG-weiten Integrations- und Harmonisierungsbestrebungen werden lassen: den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.¹⁰⁵ Diesem mißt die Bundesregierung sogar "höchste Priorität"¹⁰⁶ bei der sozialpolitischen Flankierung des Binnenmarktes bei. Im folgenden sollen nun die wesentlichen Entwicklungen auf diesem Gebiet dargestellt und einige der damit einhergehenden Probleme deutlich gemacht werden.

5.1 "Flexible Harmonisierung" - Grundlagen einer europäischen Arbeitsschutzpolitik

Die gegenwärtigen Bemühungen um eine EG-weite Harmonisierung des Arbeitsschutzes beruhen auf dem durch die "Einheitliche Europäische Akte" von 1987 neu in den EWG-Vertrag eingefügten Art. 118a, demzufolge sich die Länder der Gemeinschaft darum bemühen sollen, "die Verbesserung insbesondere der Arbeitsumwelt zu fördern, um die Sicherheit und die Gesundheit der Arbeitnehmer zu schützen". Angestrebt wird eine "Harmonisierung der in diesem Bereich bestehenden Bedingungen bei gleichzeitigem Fortschritt" (Art. 118a Abs. 1). Zu diesem Zweck kann der zuständige Ministerrat der EG mit qualifizierter Mehrheit durch Richtlinien Mindestvorschriften erlassen, die schrittweise einzuführen sind (Art. 118a Abs. 2), Länder mit strengeren Regelungen jedoch nicht daran hindern, ihren Standard beizubehalten oder auszubauen (Art. 118a Abs. 3).

Bei dieser Vertragsregelung besonders hervorzuheben sind zum einen das gegenüber anderen die Rechte und Interessen der Arbeitnehmer unmittelbar betreffenden Regelungsbereichen (z.B. individuelles und kollektives Arbeitsrecht) deutlich vereinfachte *Entscheidungsverfahren* (Möglichkeit von Mehrheitsbeschlüssen statt obligatorischer einstimmiger Beschlußfassung)¹⁰⁷, zum anderen das zugrundeliegende *Harmonisierungskonzept*, welches sowohl die unterschiedlichen institutionellen Arrangements¹⁰⁸ als auch die nach wie vor stark differierenden Schutzniveaus¹⁰⁹ in den Ländern der EG berücksichtigt.

Die durch die EG-Richtlinien erlassenen Vorschriften gem. Art. 118a EWGVertr. zielen somit nicht auf eine bis ins kleinste Detail gehende und keinerlei Abweichung erlaubende "Vollharmonisierung" der organisatorischen Strukturen nationaler Arbeitsschutzsysteme sowie der zu gewährleistenden Schutznormen ab, sondern stellen vielmehr (unter weitgehender Beibehaltung historisch gewachsener Organisationsformen realisierbare) *Mindeststandards* dar, die auch von Ländern mit bislang schwächeren Regelungen in angemessener Frist zu erreichen sein sollen (dann aber nicht mehr unterschritten werden dürfen). Strengere nationale Arbeitsschutzvorschriften sind ausdrücklich zulässig, sofern sie mit dem EWG-Vertrag vereinbar sind, d.h. keine neuen Barrieren für den Binnenmarkt schaffen (Art. 118a Abs. 3). Das wirtschaftspolitische Ziel eines ungehinderten Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehrs innerhalb der EG erscheint somit als prinzipielle Grenze für die Weiterentwicklung des Arbeitsschutzes auf einzelstaatlicher Ebene. Auf der anderen Seite ist aber auch schon das in den harmonisierten gemeinschaftlichen Mindeststandards festzulegende Schutzniveau dadurch eingegrenzt, daß die Richtlinien "keine verwaltungs-

mäßigen, finanziellen und rechtlichen Auflagen vorschreiben" dürfen, "die der Gründung und Entwicklung von Klein- und Mittelbetrieben entgegenstehen" (Art. 118a Abs. 2). Diese Bestimmung könnte leicht zum Einfallstor für letztlich nicht kontrollierbare Versuche werden, aus rein ökonomischen Erwägungen heraus *Zonen geminderten Arbeitsschutzes* zu schaffen, obwohl gesundheitliche Gefährdungen "sich bekanntlich nicht an die Differenzierung nach Groß- und Kleinbetrieben (halten)".¹¹⁰ Von einer uneingeschränkten Priorität arbeitsschutzpolitischer Zielsetzungen im EG-Harmonisierungsprozeß kann also keineswegs die Rede sein.

5.2 EG-Richtlinien zum Arbeitsschutz - Auswirkungen auf die BRD

Gegenstand europäischer Gesetzgebung wurde der Arbeitsschutz nicht erst mit der Ratifizierung der Einheitlichen Europäischen Akte. Bereits im Zeitraum von 1970 bis 1987 waren auf diesem Gebiet über fünfzig EG-Richtlinien in Kraft getreten und auch weitgehend in nationales Recht umgesetzt worden.¹¹¹ Die EG-weite Harmonisierung von Arbeitsschutzregelungen ist damit sehr viel weiter fortgeschritten als in der Öffentlichkeit bekannt. Seit der bundesdeutschen Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 1988 hat sich diese Entwicklung sogar noch beschleunigt: Rund 25 EG-Arbeitsschutzrichtlinien wurden in diesem Zeitraum auf den Weg gebracht bzw. endgültig beschlossen.¹¹² Neben einer Reihe von Richtlinien zum Schutz der Arbeitnehmer beim Umgang mit Gefahrstoffen¹¹³ bilden die Mitte 1989 verabschiedete Rahmenrichtlinie über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit¹¹⁴ und fünf darauf gestützte Einzelrichtlinien¹¹⁵ den Kern des neuen arbeitsschutzrechtlichen Regelungsbestandes nach Art. 118a.

Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang die erwähnte Rahmenrichtlinie, die aus allgemeinen Vorschriften über die Organisation des Arbeitsschutzes und die für dessen Gewährleistung zu ergreifenden Maßnahmen besteht. Hier werden die Verantwortung und die Verpflichtungen des Unternehmers ebenso benannt wie die Pflichten der Arbeitnehmer. Neben allgemeinen Prinzipien für Sicherheitsvorkehrungen, die der Unternehmer zu treffen hat, regelt die Richtlinie auch die Information und Konsultation der Arbeitnehmer. Diese sollen bei allen Maßnahmen, die Auswirkungen auf ihre Gesundheit und Sicherheit haben, unterrichtet, angehört und auch weitergebildet werden.

Obwohl sich gegen die Rahmenrichtlinie und die daran anknüpfenden spezielleren Regelungen durchaus kritische Einwände vorbringen lassen¹¹⁶, so ist doch die Tatsache nicht von der Hand zu weisen, daß die Umsetzung des EG-Richtlinienpakets in nationale Rechtsvorschriften für viele Mitgliedstaaten keineswegs unbedeutende Fortschritte auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes mit sich bringen dürfte. Dies gilt - entgegen dem in mancherlei regierungsoffiziellen Verlautbarungen erweckten Eindruck - *auch für die BRD*. Denn weder sind die EG-Mindestvorschriften bereits durchgängig "durch bestehende Vorschriften in der Bundesrepublik abgedeckt"¹¹⁷ noch kann behauptet werden, der Arbeitsschutz hierzulande befinde sich im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern generell auf einem "hohen Stand"¹¹⁸. In einigen Problembereichen (Gefahrstoffe, physische Schwerarbeit und ungünstige Körperhaltungen, psychosoziale Arbeitsbelastungen) ist vielmehr sogar ein (z.T. erheblicher) *Rückstand* zu konstatieren.¹¹⁹

Es ist durchaus zu erwarten, daß die bereits beschlossenen oder zur Verabschiedung anstehenden neuen EG-Richtlinien zur Beseitigung einiger (wenn auch bei weitem nicht aller) Defizite des bundesdeutschen Arbeitsschutzes und seiner verengten Problemperspektive beitragen werden. Dies betrifft u.a. die nunmehr erforderliche Schaffung von bindenden staatlichen Verordnungen oder berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütungsvorschriften für

die Bereiche "Heben und Tragen schwerer Lasten" sowie "Bildschirmarbeit", ferner die künftige Verpflichtung der arbeitsschutzpolitischen Akteure zur Berücksichtigung von gesundheitsschädlichen Auswirkungen eintöniger Arbeit und maschinenbestimmter Arbeitsrhythmen und nicht zuletzt die für die adäquate Umsetzung der EG-Rahmenrichtlinie wohl unumgängliche Vereinheitlichung des bis dato stark zersplitterten bundesdeutschen Arbeitsschutzrechts.¹²⁰

In einigen wichtigen Punkten dürften sich die EG-Richtlinien also voraussichtlich eher *positiv* auf das bundesdeutsche Arbeitsschutzsystem auswirken. Mit *Rückschritten im Arbeitsschutzrecht als unmittelbare Folge der Umsetzung der harmonisierten Mindeststandards ist hingegen nicht zu rechnen*. Dies widerspricht auch eindeutig Art. 118a Abs. 1 EWG-Vertr., demgemäß sich die Mitgliedstaaten ja zu einer Harmonisierung "bei gleichzeitigem Fortschritt" verpflichtet haben. Zudem hat sich die Bundesregierung mehrfach öffentlich darauf festgelegt, keinerlei Abschwächungen bei den nationalen Schutzvorschriften vorzunehmen.¹²¹ Bei aller berechtigten Skepsis gegenüber derlei Beteuerungen kann davon ausgegangen werden, daß es sich in diesem Falle um mehr als ein bloßes Lippenbekenntnis handelt, eine großangelegte Demontage von Arbeitsschutzbestimmungen zur Zeit also nicht zur Debatte steht; schließlich garantieren die in dem hochsensiblen Bereich des arbeitsbezogenen Gesundheitsschutzes herausgebildeten rechtlichen und institutionellen Kompromißstrukturen bislang eine erstaunlich geringe Konfliktintensität¹²², die für die Bonner Verantwortlichen wohl mehr Gewicht haben dürfte als vermeintliche (und auch auf Regierungsseite eher als *quantité négligeable* angesehene¹²³) "Wettbewerbsverzerrungen" durch überdurchschnittlich hohe Arbeitsschutzaufwendungen. Allerdings ist keineswegs auszuschließen, daß *unterhalb* der (para)staatlichen Regelungsebene (Gesetze, Unfallverhütungsvorschriften), in der alltäglichen betrieblichen Praxis, aufgrund des verschärften Konkurrenzdrucks im EG-Binnenmarkt und der damit wachsenden Chancen zur arbeitsschutzpolitischen "Domestizierung" betrieblicher Interessenvertreter eine schleichend verlaufende Lockerung des Arbeitsschutzes stattfinden kann.

Doch nicht nur deshalb sind die Versprechungen der Bundesregierung alles andere als ein Anlaß zur "Entwarnung" - es wäre nämlich schon gravierend genug, wenn unter Hinweis auf das in der BRD angeblich erreichte "hohe Schutzniveau" und das notwendige "Aufholen" anderer EG-Staaten versucht würde, substantielle *Fortschritte* im Arbeitsschutz¹²⁴ *hierzulande* zu blockieren. Anzeichen hierfür gibt es¹²⁵, und die Gewerkschaften werden sehr darauf achten müssen, daß Regierung und Unternehmen die europaweite Harmonisierung von Sicherheitsanforderungen nicht als Vorwand zur Erzwingung eines arbeitsschutzpolitischen Stillstands mißbrauchen. Ein solcher Stillstand wäre angesichts der technologischen und arbeitsorganisatorischen Umwälzungen im Produktionsprozeß gleichbedeutend mit einem Rückschritt.

5.3 Das "neue Konzept" für die technische Harmonisierung und die Normungspolitik

Für den Arbeitsschutz bedeutsam sind nun aber nicht nur die oben dargestellten Richtlinien nach Art. 118a EWG-Vertr., sondern auch einige auf Art. 100a basierende EG-Vorschriften, insbesondere die lange Zeit heftig umstrittene und im Juni 1989 gegen die Stimme der Bundesrepublik beschlossene "Maschinenrichtlinie".¹²⁶ Diese unterscheidet sich von den erstgenannten v.a. in zwei Punkten:

- Während die 118a-Richtlinien genuin arbeitsschutzpolitische (Harmonisierungs-)Ziele verfolgen und hierbei den Binnenmarkt lediglich als (allerdings unüberschreitbare) Rahmenbedingung berücksichtigen, geht es bei der in der Maschinenrichtlinie erfolgten Festlegung einheitlicher sicherheitsrelevanter Produktmerkmale primär um die Beseiti-

gung sog. "technischer Handelshemmnisse". Arbeitsschutzpolitische Fragen als solche interessieren hier also gar nicht; sie werden nur aufgegriffen, soweit sich in ihnen Probleme des freien Warenverkehrs innerhalb der EG manifestieren.

- Die in der Maschinenrichtlinie formulierten technischen Sicherheitsanforderungen sind keine Mindeststandards im Sinne des Art. 118a, erlauben den einzelnen EG-Mitgliedstaaten im Prinzip also keine Abweichung "nach oben". Entsprechende nationale "Alleingänge" sind nur möglich unter Berufung auf Art. 36 EWGVertr. (Gründe der öffentlichen Sittlichkeit, Sicherheit, des Schutzes der Gesundheit und des Lebens von Menschen, Tieren und Pflanzen) und bedürfen der Genehmigung durch die EG-Kommission. Gegebenenfalls müssen sie beim Europäischen Gerichtshof juristisch durchgefochten werden.

Die Kritik an der Maschinenrichtlinie betrifft v.a. die Art und Weise, wie hier die 1985 eingeführte *neue EG-Konzeption für die technische Harmonisierung*¹²⁷ gehandhabt wird. Nach dieser - das bisherige Harmonisierungsverfahren stark vereinfachenden¹²⁸ - Konzeption werden in den EG-Richtlinien selbst nur noch die grundlegenden Sicherheitsanforderungen, denen die in Verkehr gebrachten Erzeugnisse genügen müssen, festgelegt; sie sollen durch detaillierte harmonisierte Normen - erarbeitet von den (privatrechtlich organisierten) europäischen Normungsinstitutionen CEN und CENELEC konkretisiert werden. Die Einhaltung dieser Normen soll eine Vermutungswirkung dahingehend auslösen, daß die grundlegenden Sicherheitsanforderungen erfüllt sind.

Hierbei stellt sich jedoch das grundlegende Problem, daß ein solches europäisches Normenwerk *bislang noch gar nicht existiert*¹²⁹, das Inverkehrbringen von Maschinen auf der Grundlage der in der Maschinenrichtlinie festgelegten Sicherheitsanforderungen aber dennoch *bereits jetzt möglich* ist. Da nun diese Sicherheitsanforderungen sehr allgemein formuliert sind und entsprechend weite Auslegungsspielräume enthalten, "ist nicht auszuschließen, daß bei den in Verkehr gebrachten Maschinen das in der Bundesrepublik erreichte Sicherheitsniveau - zumindest fallweise - unterschritten wird".¹³⁰ Darüber hinaus befürchten sowohl die berufsgenossenschaftlichen Instanzen als auch die Gewerkschaften, in den Prozeß der künftigen Erarbeitung detaillierter technischer Normen auf EG-Ebene nicht ausreichend eingebunden zu werden. Letztere warnen in diesem Zusammenhang vor einer *strukturellen Dominanz der Unternehmerinteressen im Normungsverfahren*, durch die arbeitsschutzbezogene Interessen der Beschäftigten allzu leicht unter die Räder geraten könnten.¹³¹

Inwieweit der für die Maschinenrichtlinie (wie für die EG-Arbeitsschutzrechtsetzung generell) charakteristische Zielkonflikt zwischen Binnenmarktliberalisierung und Gesundheitsschutz tatsächlich zuungunsten des letzteren entschieden werden wird, läßt sich gegenwärtig noch nicht sicher beurteilen. Daß aber eine solche Gefahr in den vorliegenden Richtlinien zumindest angelegt ist, kann wohl kaum bezweifelt werden.

Anmerkungen

1. Kommission der EG, Vollendung des Binnenmarktes. Weißbuch der Kommission an den Europäischen Rat, KOM(85) 310 endg. v. 14.6.1985.
2. So der Leiter der Abteilung internationale Sozialpolitik im Bundesarbeitsministerium, Peter Clever. (Ders., Herausforderung für eine europäische Sozialpolitik, in: Bundesarbeitsblatt 6/1989, S. 18 ff., hier: S. 18.)
3. Kommission der EG, Die soziale Dimension des Binnenmarktes, KOM(88) 1148 endg. v. 14.9.1988.
4. Die entsprechenden Projektionen finden sich in: Paolo Cecchini, Europa '92. Der Vorteil des Binnenmarktes, Baden-Baden 1988.
5. Vgl. Karl Kühne, Europa 1993: Geburt eines neuen Demiurgen?, in: Franz Steinkühler (Hrsg.), Europa '92. Industriestandort oder sozialer Lebensraum, Hamburg 1989, S. 25 ff., hier: S. 51 f.
6. Äußerst skeptische Einschätzungen hierzu werden formuliert in: Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, Memorandum '89, Köln 1989, S. 286 ff.; vor zu großem Optimismus im Hinblick auf den EG-Binnenmarkt warnt auch: Fritz Franzmeyer, Gesamtwirtschaftliche und strukturelle Aspekte des europäischen Binnenmarktes, in: Arbeitskreis Außenpolitik der SPD-Bundestagsfraktion (Hrsg.), Europäischer Binnenmarkt - Europäischer Sozialraum, o.O. 1988, S. 37 ff.
7. Europäischer Rat in Madrid, Tagung der Staats- und Regierungschefs der EG am 26. und 27. Juni 1989, Schlußfolgerungen des Vorsitzes, in: Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung, Nr. 69 v. 30. Juni 1989, S. 605 ff., hier: S. 606.
8. Vgl. Wilma R. Albrecht, Europäische Sozialpolitik - Annäherung an ein aktuelles Thema, in: Soziale Sicherheit 7/1989, S. 198 ff.; einen (auch historische Aspekte beinhaltenden) ausführlichen Überblick bieten ferner: Walter Wellner/Gerhard Schmich, Europäische Sozialpolitik, München 1986; Hagen Lichtenberg (Hrsg.), Sozialpolitik in der EG, Baden-Baden 1986.
9. Patrick Venturini, Ein europäischer Sozialraum für 1992, Kommission der EG - Dokument, Luxemburg 1989, S. 75.
10. Ulrich Weinstock, Europäische Sozialunion - historische Erfahrungen und Perspektiven, in: Wolfgang Däubler (Hrsg.), Sozialstaat EG? Die andere Dimension des Binnenmarktes, Gütersloh 1989, S. 15 ff., hier: S. 25.
11. Vgl. Kommission der EG, Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte (Vorentwurf), KOM(89) 248 endg. v. 30.5.1989.
12. Vgl. Rat der Europäischen Gemeinschaften, Generalsekretariat, 9517/89 (Presse 189), 1357. Tagung des Rates (Arbeit und Sozialfragen), Brüssel, den 30. Oktober 1989, S. D 10 ff.
13. Vgl. dazu: Frank Deppe, Zur Diskussion über die Entwicklung der Arbeitgeber-Arbeitnehmerbeziehungen in der EG unter dem Einfluß des "Binnenmarktes '92". Vorläufige Informationen und Überlegungen, Forschungsgruppe Europäische Gemeinschaften (FEG) am Institut für Politikwissenschaft des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften und Philosophie der Philipps-Universität Marburg, FEG-Arbeitspapier Nr. 1, Marburg 1990, S. 25 f.
14. Vgl. Kommission der EG, Mitteilung der Kommission über ihr Aktionsprogramm zur Anwendung der Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte, KOM(89) 568 endg. v. 29.11.1989.
15. Hans-Ulrich Deppe/Uwe Lenhardt, Die Gesundheitssysteme in den Ländern der EG und der westeuropäische Integrationsschub - Ein Überblick unter besonderer Berücksichtigung der Bundesrepublik Deutschland, in: Dies., Westeuropäische Integration und Gesundheitspolitik, Marburg 1990, S. 7 ff., hier: S. 11.
16. Dieses Gremium kommt über die Aushandlung allgemeiner Rahmenvereinbarungen zu gesundheitspolitischen Einzelfragen (z.B. Krebs-, AIDS- und Drogenbekämpfung) nur selten hinaus; vgl. etwa: Rat der Europäischen Gemeinschaften, Generalsekretariat, 9851/89 (Presse 207), 1363. Tagung des Rates (Gesundheit), Brüssel, den 13. November 1989.
17. Vgl. Rat der Europäischen Gemeinschaften (s. Anm. 12), S. D 16.

-
18. Kommission der EG, Mitteilung ..., a.a.O., S. 29.
19. Vgl. Wolfgang Weinz, Das gemeinschaftliche Lebensmittelrecht, in: Die Mitbestimmung 11/1988, S. 655 ff.
20. Eine jüngst veröffentlichte Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Kurt Vogler-Ludwig, Europäischer Binnenmarkt und Beschäftigung. Ein Problemaufriß, Nürnberg 1989), kommt allerdings zu dem Ergebnis, daß eine größere räumliche Mobilität der Arbeitnehmer innerhalb der EG zwar wünschenswert sein mag, aber "allzu große Veränderungen ... auf diesem Gebiet nicht zu erwarten (sind)" (ebd., S. 51). Dies gelte insbesondere auch für medizinische Berufe (ebd., S. 55).
21. Vor allem die Krankenkassen äußern in diesem Zusammenhang immer wieder die Befürchtung, es könne zu einem ausufernden "Sozial-" oder "Medizintourismus" kommen. (Vgl. zuletzt: AOK-Bundesverband, EG-Binnenmarkt und GKV. Aufgaben und Probleme, in: Die Ortskrankenkasse 6-7/1990, S. 228 ff., hier: S. 232; kritisch dazu: Deppe/Lenhardt, a.a.O., S. 33 ff.)
22. Über das (je nach Mitgliedstaat unterschiedliche) Ausmaß dieser Effekte können zum gegenwärtigen Zeitpunkt allerdings noch kaum gesicherte Aussagen getroffen werden.
23. Vgl. Deppe/Lenhardt, a.a.O., S. 30.
24. Eine ausführlichere Problemerkörterung findet sich in der bereits erwähnten Publikation von Deppe/Lenhardt (s. Anm. 15).
25. Vgl. zur Charakterisierung dieser beiden Grundtypen des Gesundheitswesens: Jens Alber, Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich, in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen, Opladen 1988, S. 116 ff., hier: S. 142 f.; Markus Schneider/Jürg H. Sommer/Aynur Kececi, Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr. 160, Bonn 1987.
26. Vgl. BASYS-Informationen 1/1989, S. 1 f.; zur historischen Entwicklung der Gesundheitssysteme in verschiedenen Ländern Westeuropas s. auch: Hans-Ulrich Deppe (Hrsg.), Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Westeuropa, Frankfurt a.M./New York 1983.
27. Vgl. ders., Gesundheitszentrum und Patientenkomitees, in: Argumente für eine soziale Medizin (VIII), Argument-Sonderband AS 30, Berlin (West) 1979, S. 120 ff.
28. Vgl. BASYS-Informationen 1/1989, S. 1.
29. Vgl. zu den grundlegenden Ordnungs- und Funktionsprinzipien der sozialen Krankenversicherung: Hartmut Reiners, Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ausgangspunkte und Konzepte, WIDO-Materialien, Bd. 30 (hrsg. v. Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen), Bonn 1987, S. 20 ff.
30. Vgl. Axel Weber/Volker Leienbach, Soziale Sicherung in Europa. Die Sozialversicherung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft, Baden-Baden 1989, passim.
31. Vgl. ebd., S. 18 f. u. 54 f.
32. Alber, a.a.O., S. 143.
33. Vgl. OECD, Measuring Health Care 1960-1983. Expenditure, Costs and Performance, Paris 1985; OECD, Financing and Delivering Health Care. A Comparative Analysis of OECD Countries, Paris 1987. - Inzwischen hat die OECD eine weitere empirische Studie über die Gesundheitssysteme in 24 Ländern vorgelegt (OECD, Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency, Paris 1990). Die darin enthaltenen aktualisierten Daten (letzter Stand: 1987) konnten aus Zeitgründen leider nicht mehr berücksichtigt werden.
34. Vgl. Alber, a.a.O.. - Da sich die von Alber vorgenommenen sekundärstatistischen Analysen auf 21 OECD-Länder beziehen, mußten entsprechende Berechnungen (Mittelwerte, Streuungsmaße, Korrelationskoeffizienten) für die zwölf Mitgliedstaaten der EG von uns vollständig neu durchgeführt werden. Wegen der veränderten Datenbasis stimmen unsere Berechnungsergebnisse und die daraus gezogenen Schlußfolgerungen nicht immer mit denen von Alber überein. Aus Platzgründen verzichten wir hier aber auf die umfassende und detaillierte Präsentation der ermittelten Daten (v.a. der Korrelationsrechnungen) und beschränken uns auf eine kleine Auswahl.

-
35. Vgl. Markus Schneider, *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich*, Ausgabe 1988 (erscheint in Kürze in der Reihe "Gesundheitsforschung" des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung). Ausgewählte Daten aus diesem Forschungsbericht sind vorab veröffentlicht worden in: Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Frau Dr. Hellwig (u.a.): Sozialraum Europäische Gemeinschaft. Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Drucksache 11/4700 vom 6.6.1989, S. 41 ff. Einige der von uns angeführten Daten sind dieser Quelle entnommen.
36. Zur Arztkontakthäufigkeit in der BRD enthält die OECD-Datensammlung keine Angaben. Der im Text genannte Wert (Bezugsjahr: 1984) wurde von uns berechnet nach: Hans-Jürgen Krupp/Jürgen Schupp (Hrsg.), *Lebenslagen im Wandel: Daten 1987*, Frankfurt a.M./New York 1988, S. 222.
37. Lediglich im Falle der Krankenhaus-Verweildauer ist ein langfristiger Rückgang zu verzeichnen, der aber selbst noch Ausdruck bestimmter Expansions- und Modernisierungstendenzen im Gesundheitswesen ist (Rationalisierung und Effektivierung von Arbeitsabläufen im Krankenhaus, Technisierung der Medizin u.a.m.). Auch die Reduktion der Kindersterblichkeit fällt aus dem erwähnten Entwicklungstrend nicht heraus, handelt es sich hierbei doch wesentlich um eine Erweiterung von Lebenschancen.
38. Vgl. OECD, *Financing and Delivering Health Care*, a.a.O., S. 56 f.
39. Vgl. OECD, *Health Care Systems in Transition*, a.a.O., S. 10 f. u. 30 f.
40. Vgl. hierzu: Alber, a.a.O., S. 138 ff., bes. 143 ff.
41. Vgl. hierzu: Brian Abel-Smith, *Cost Containment in Health Care : The Experience of twelve European Countries 1977-1983*, Luxemburg 1984; neuere Beispiele für die in verschiedenen Mitgliedstaaten der EG verfolgte gesundheitspolitische Strategie der Kostendämpfung (eher: Kostenverlagerung) sind u.a. die (später z.T. wieder revidierten) Sparmaßnahmen des ehemaligen französischen Sozialministers Seguin (vgl. Die Ortskrankenkasse 1-2/1987, S. 39; 4/1987, S. 116; 14/1987, S. 414), die Umsetzung des sog. "Dekker-Plans" in den Niederlanden (vgl. die Ortskrankenkasse 18/1987, S. 530 f.; 15-16/1989, S. 504 ff.), die konservative Strategie der finanziellen Austrocknung und schleichenden Privatisierung des britischen NHS (vgl. *Medicine in Society* 3/1988), die Neufestsetzung der Patientenselbstbeteiligung an den Krankheitskosten ("tickets") in Italien (vgl. Die Ortskrankenkasse 21/1989, S. 684 f.) und nicht zuletzt die Blümsche "Gesundheitsreform" (vgl. Hans-Ulrich Deppe/Uwe Lenhardt/Klaus Priester/Volker Wanek, *Strukturreform im Gesundheitswesen: Was bleibt vom "Jahrhundertwerk"?*, in: *Blätter für deutsche und internationale Politik* 7/1988, S. 812 ff.).
42. Zwischen 1975 und 1981 verringerte sich der Abstand der Arzteinkommen zum durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommen um jährlich 2,6 Prozent (Mittelwert von sechs EG-Ländern). Leider existieren für den Zeitraum 1960-1975 zu wenige internationale Vergleichsdaten, um sinnvolle Trendaussagen auf der Ebene der EG machen zu können. In bezug auf die BRD kann jedoch festgestellt werden, daß sich der Einkommensvorsprung der Ärzte gegenüber den lohnabhängig Beschäftigten (nach einer enormen Vergrößerung in den 50er und 60er Jahren) spätestens seit Beginn der 70er Jahre zu verringern begann; seit Anfang der 80er Jahre weist auch das absolute Einkommensniveau der Ärzte - nicht zuletzt aufgrund der Kopplung der kassenärztlichen Honorarsumme an die Grundlohnentwicklung bei gleichzeitig sich verschlechternden Kostenverhältnissen in den Arztpraxen - stagnative Tendenzen auf (vgl. Klaus Priester/Hans-Ulrich Deppe, *Materialien zur Entwicklung der Ärzte-Einkommen in der Bundesrepublik*, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Abteilung für Medizinische Soziologie, Arbeitspapier Nr. 2/1986, Frankfurt a.M. 1986).
43. Diese Aussagen beruhen auf der Berechnung von Variationskoeffizienten, deren Ergebnisse hier aber nicht im einzelnen dargestellt werden sollen.
44. Franz Steinkühler, *Chancen humaner Zukunftsgestaltung gegen Kapitalmacht und Sozialdumping. Gefahren und Perspektiven aus gewerkschaftlicher Sicht*, in: Ders. (Hrsg.), a.a.O., S. 9 ff., hier: S. 12.
45. Vgl. als Überblick über die unterschiedlichen arbeitsrechtlichen Regelungen und sozialen Sicherungssysteme in der EG: Heinz Salowsky/Klaus Schäfer, *Sozialraum Europa, IW-Dossier 7* (hrsg. v. Institut der deutschen Wirtschaft), Köln 1989; Weber/Leienbach, a.a.O.

-
46. Vgl. zur Entwicklung transnationaler Produktionsverbund- und Logistiksysteme in Westeuropa: Ulrich Bochum/Rudolf Meißner, Das euroflexible Unternehmen: Produktionsverflechtung, Logistiksysteme und neue Standorte im Binnenmarkt, in: Steinkühler (Hrsg.), a.a.O., S. 81 ff.; exemplarische Fälle des GegeneinanderAuspielens von Belegschaften in verschiedenen Ländern durch die Konzernleitungen nennt: Michael Blank, Gegenmacht im Binnenmarkt organisieren: Perspektiven gewerkschaftlicher Betriebs- und Konzernpolitik, in: ebd., S. 230 ff., hier: S. 230 f.
47. Vgl. Gunthard Bratzke, BRD-"Standortdebatte" als wirtschafts- und sozialpolitischer Erpressungsversuch, in: IPW-Berichte 3/1989, S. 46 ff.
48. Wolfgang Schäuble, Die Zukunft des Industriestandortes Bundesrepublik Deutschland, Vortrag bei dem Jahrestreffen mit Parlamentariern des Wirtschaftsrates der CDU in Bonn am 23. Juni 1988, in: Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, Pressemitteilung Nr. 225 v. 23.6.1988, S. 5.
49. Rudolf Seiters, Die Europapolitik der Bundesregierung, in: Bulletin ..., Nr. 66 v. 23.6.1989, S. 581 ff., hier: S. 582.
50. Zit. nach: Frankfurter Rundschau v. 16.6.1989.
51. Vgl. zur Analyse der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen: Heinz Berg, Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-1984, St. Augustin 1986; Hans-Ulrich Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt a.M. 1987, S. 51 ff., 82 ff., 94 ff. u. 131 ff.; ders./Uwe Lenhardt/Klaus Priester/Volker Wanek, a.a.O.
52. Vgl. Joachim Eisbach, Alterssicherung und Wettbewerbsfähigkeit, in: Soziale Sicherheit 3/1989, S. 76 ff.
53. Vgl. auch: Helmut Kohl, Chancen und Impulse des Binnenmarktes für Industrie und Handel. Rede anlässlich der 5. Unternehmertagung der Ernährungsindustrie am 30. November 1988 in Köln, in: Bulletin ..., Nr. 172 v. 9.12.1988, S. 1528 ff., hier: S. 1530 f.
54. Vgl. Hermann Ringenaldus, Weißbuch der EG-Kommission - Einheitliche Europäische Akte - Der Binnenmarkt, in: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) (Hrsg.), Der europäische Binnenmarkt für Arzneimittel - Zeithorizont 1992, Die Pharmazeutische Industrie, Sonderdruck, Aulendorf 1988, S. 8 ff., hier: S. 10.
55. Vgl. hierzu: BPI (Hrsg.), Zukunftsperspektiven der Selbstmedikation vor dem Hintergrund der Harmonisierung des Binnenmarktes in der EG, Die Pharmazeutische Industrie, Sonderdruck, Aulendorf 1988; Hilko J. Meyer, Harmonisierung des europäischen Arzneimittelrechts, in: Arbeit und Sozialpolitik 12/1989, S. 374 ff., hier: S. 377 f.
56. Vgl. hierzu Bureau Européen des Unions de Consommateurs (BEUC)/Arbeitsgemeinschaft der Verbraucher (AgV), Ein gemeinsamer Markt für Arzneimittel, Diskussionspapier zum 9. Europäischen Verbraucherforum am 27.1.1987 in Berlin, Brüssel/Bonn 1987, S. 15 ff.
57. Vgl. etwa: Gert v. Breitenbach, Die deutsche Pharma-Industrie im Ausland - Leistungen, Probleme und Perspektiven, pharmadialog 91 (hrsg. v. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie [BPI]), Frankfurt a.M. 1985, S. 15 ff.; ders., Experience of the Pharmaceutical Industry on the European Drug Market, in: Drugs Made in Germany, Vol. XXVIII (1985), S. 103 ff.; European Federation of Pharmaceutical Industries' Associations (EFPIA), The European Pharmaceutical Industry - A European Asset, Brüssel 1986.
58. Vgl. Commission of the European Communities, Research on the "Cost of Non-Europe", Basic Findings, Vol. 15: The "Cost of Non-Europe" in the Pharmaceutical Industry (by Economists Advisory Group), Luxemburg 1988, S. 110 f. (Tab. 4.4), 118 (Tab. 4.7) u. 156 (Tab. 6.5).
59. Vgl. für die pharmazeutische Industrie: Commission of the European Communities, Panorama of EC-Industry, Luxemburg 1989, S. 8/1; für die gesamte Verarbeitende Industrie: Eurostat, Industrie - Statistisches Jahrbuch 1988, Luxemburg 1988; für die Gesamtwirtschaft: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Statistisches Jahrbuch 1989 für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart 1989, S. 651.
60. Vgl. EFPIA, EFPIA in Figures. The Pharmaceutical Industry in Europe 1986-1987, Brüssel 1988, S. 13.
61. Vgl. Commission of the European Communities, Research ..., a.a.O., S. 75 (Tab. 2.10).

-
62. Vgl. EFPIA, a.a.O., S. 13. - Die Angaben über die Exportquote der bundesdeutschen Pharma-Industrie (1987) schwanken zwar zwischen 34,4% (vgl. ebd.) und 46,4% (vgl. BPI [Hrsg.], pharma-Jahresbericht 1988/89, Frankfurt a.M. 1989, S. 88), jedoch liegen beide Zahlen klar über dem vom Statistischen Bundesamt für das Verarbeitende Gewerbe ermittelten Durchschnittswert (vgl. Statistisches Jahrbuch 1989 ..., a.a.O., S. 173).
63. Vgl. ebd., S. 643.
64. Vgl. Commission of the European Communities, Panorama ..., a.a.O., S. 8/1.
65. Berechnet nach: OECD, Foreign Trade by Commodities, Exports 1981, Paris 1983.
66. Berechnet nach Daten in: EFPIA, a.a.O., S. 13; Commission of the European Communities, Panorama ..., a.a.O., S. 8/4 (Tab. VII).
67. Berechnet nach: ebd.
68. Vgl. Commission of the European Communities, Research ..., a.a.O., S. 64 ff.
69. Ein Indiz hierfür sind die Positionsverluste im Bereich der Produktinnovation (vgl. BPI [Hrsg.], pharma-daten 88, Frankfurt a.M. 1988, S. 26 [Tab. 1]; EFPIA, a.a.O., S. 19).
70. Vgl.: BPI (Hrsg.), pharma EG '92 - Auf dem Weg in den Gemeinsamen Markt: Ein Überblick, Frankfurt a.M. 1988.
71. Dies zeigt sich z.B. in der Form der Einbeziehung des wissenschaftlichen Sachverstandes in das Zulassungsverfahren oder auch in den unterschiedlichen methodischen Vorgaben und Durchführungsvoraussetzungen für die klinischen Arzneimittelversuche (vgl. Gerd Glaeske/Dieter Hart/Harald Merkel, Regulierung des europäischen Arzneimittelmarktes durch nationales und europäisches Zulassungs- und Nachmarktkontrollrecht, in: Norbert Reich [Hrsg.], Die Europäisierung des Arzneimittelmarktes - Chancen und Risiken, Baden-Baden 1988, S. 13 ff., hier: S. 13).
72. Erhebliche Differenzen zwischen den nationalen Entscheidungspraxen gibt es z.B. bei der Zulassung von Kombinationspräparaten oder auch in bezug auf die Anforderungen an den Wirksamkeitsnachweis (vgl. ebd., S. 19).
73. Ebd., S. 14.
74. Ebd., S. 18 (Hervorh. U.L.).
75. Ebd., S. 14 f.
76. Vgl. hierzu: BPI (Hrsg.), pharma EG '92 ..., a.a.O., S. 28 ff.
77. Ebd., S. 57.
78. Vgl. ebd., S. 32 ff.
79. Die per EG-Recht vorgeschriebene Bearbeitungsfrist beträgt 120, in Ausnahmefällen 210 Tage; tatsächlich liegt sie in der EG bei durchschnittlich 18-24 Monaten, in Italien und Spanien sogar bei 2-3 Jahren (vgl. Commission of the European Communities, Research ..., a.a.O., S. 91 [Tab. 3.2]). Es wird allerdings darauf hingewiesen, daß dieses Problem möglicherweise weniger der national partikularisierten Medikamentenzulassung als vielmehr der chronischen Unterausstattung der Arzneimittelbehörden geschuldet ist (vgl. ebd., S. 90 u. 98).
80. Vgl. ebd., S. 93 ff.
81. In letzter Zeit sind die Bemühungen um eine wirksamere Arzneimittelausgabenkontrolle auch in diesen beiden Ländern erheblich verstärkt worden. Ein Beispiel hierfür ist die durch das bundesdeutsche Gesundheitsreformgesetz von 1988 vorgeschriebene Einführung von Arzneimittel-Festbeträgen (vgl. Gerd Glaeske, Festbeträge für Arzneimittel - Preiswettbewerb, wo aber bleibt die Qualität?, in: WSI-Mitteilungen 2/1990, S. 97 ff.).
82. Vgl. als Überblick: Dieter Thomae, Wenn die Festungsmauern fallen, in: Die Neue Ärztliche Nr. 192 v. 5.10.1989; ausführlicher: Wissenschaftliches Institut der Oerterkrankenkassen (WIdO) (Hrsg.), Der europäische Arzneimittelmarkt, WIdO-Schriftenreihe 6, Bonn 1984, S. 91 ff.; Commission of the European Communities, Research ..., a.a.O., S. 68 ff.
83. In der EG weisen die BRD und die Niederlande das mit Abstand höchste Arzneimittelpreisniveau auf, während Frankreich und Italien am unteren Ende der Rangskala stehen (vgl. ebd., S. 108

[Tab. 4.2]). Aus einer ganzen Reihe von Gründen ist jedoch nicht einzusehen, weshalb die hohen Arzneimittelpreise in der BRD unhinterfragt als quasi natürlich - weil unter "liberalen" Marktbedingungen zustande gekommen - hinzunehmen sein sollten (s. dazu die immer noch lesenswerte Studie: Volker Friedrich/Adam Hehn/Rolf Rosenbrock, Neunmal teurer als Gold. Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik, Reinbek 1977).

84. Vgl. Breitenbach, Die deutsche Pharma-Industrie im Ausland, a.a.O., S. 20 u. 22; s. auch: Commission of the European Communities, Research ..., a.a.O., S. 120 f.

85. Vgl. ebd., S. 147 (Tab. 6.2) u. 149 (Tab. 6.3).

86. Vgl. ebd., S. 144.

87. Vgl. ebd., S. 158.

88. Vgl. ebd., S. 145.

89. Ebd., S. 161.

90. Vgl. BPI (Hrsg.), Die Pharma-Industrie in Deutschland - eine europäische Industrie, Frankfurt a.M. 1985, S. 8; Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Frau Dr. Hellwig (u.a.) ..., a.a.O., S. 44.

91. Glaeske/Hart/Merkel, a.a.O., S. 30; ähnlich: Bureau Européen des Unions de Consommateurs (BEUC)/Arbeitsgemeinschaft der Verbraucher (AgV), Ein gemeinsamer Markt für Arzneimittel, Diskussionspapier zum 9. Europäischen Verbraucherforum am 27.1.1987 in Berlin, Brüssel/Bonn 1987, S. 5.

92. Gerd Glaeske, Der EG-Arzneimittelmarkt ab 1993 - Chancen und Risiken, in: Demokratisches Gesundheitswesen 10/1989, S. 19 f., hier: S. 19.

93. Die Nachmarktkontrolle dient der Entdeckung und Erfassung sog. "unerwünschter Arzneimittelwirkungen", die in den der Zulassung vorangegangenen klinischen Versuchen noch nicht aufgefallen sind. Zwischen dem Zulassungs- und dem Nachmarktkontrollrecht besteht sowohl auf EG- als auch auf nationaler Ebene ein deutliches "regulatives Gefälle"; auch unterscheiden sich die in den einzelnen Ländern vorhandenen Überwachungssysteme erheblich voneinander (vgl. hierzu: Glaeske/Hart/Merkel, a.a.O., S. 20 ff. u. 26 ff.).

94. Vgl. Dieter Hart, Arzneimittelsicherheit, Verbraucherschutz und der Einheitliche Binnenmarkt. Statement für die Anhörung der Fraktion Die GRÜNEN im Bundestag am 12.6.1989 (vervielf. Manusk.), Ziff. 9; BPI (Hrsg.), pharma-Jahresbericht 1988/89, a.a.O., S. 65.

95. Vgl. Axel Granitza, Richtlinien der Gemeinschaft für hoch-/gentechnologische Arzneimittel, in: BPI (Hrsg.), Der europäische Binnenmarkt für Arzneimittel - Zeithorizont 1992, Die Pharmazeutische Industrie, Sonderdruck, Aulendorf 1988, S. 16 ff., hier: S. 20.

96. Vgl. Hart, a.a.O., Ziff. 6.

97. Vgl. BPI (Hrsg.), pharma-Jahresbericht 1984/85, Frankfurt a.M. 1985 S. 48 ff. u. 54 f. - Nach Auffassung des BPI hätte sich sogar die BRD wegen Vertragsverletzung zu verantworten, da die Festbetragsregelung des GRG den freien Warenverkehr innerhalb der EG unzulässig behindere (vgl. BPI [Hrsg.], pharma-Jahresbericht 1988/89, a.a.O., S. 14 f.).

98. Vgl. Gert v. Breitenbach, Vorschlag für eine Richtlinie des Rates zur verbesserten Transparenz von Behördenentscheidungen bei der Festsetzung von Arzneimittelpreisen und deren Erstattung, in: BPI (Hrsg.), Der europäische Binnenmarkt für Arzneimittel ..., a.a.O., S. 12 ff., hier: S. 13. - Positivlisten enthalten all jene Arzneimittel, deren Kosten vom Staat bzw. den zuständigen Krankenversicherungen übernommen werden, während in Negativlisten die von der Kostenübernahme ausgeschlossenen Medikamente genannt sind. Die wesentlichen Kriterien für die Erstellung solcher Listen sind der therapeutische Nutzen und der Preis von Arzneimitteln.

99. Vgl. Richtlinie 89/105/EWG, ABI. L 40 v. 11.2.1989.

100. Vgl. etwa: Breitenbach, Vorschlag ..., a.a.O., S. 14 f.

101. BPI (Hrsg.), pharma-Jahresbericht 1988/89, a.a.O., S. 66. - Was der wohl größte Teil der Pharma-Hersteller grundsätzlich von den Vorstellungen der EG-Kommission hält, brachte der Vorsitzende des BPI-EG-Ausschusses, May, zum Ausdruck: Seines Erachtens "muß die Tatsache erschrecken, daß

in der vorgeschlagenen Preis-Transparenz-Richtlinie Arzneimittel-Listen, Preisstopps, Preisgenehmigungen usw. als selbstverständliches Instrumentarium dargestellt werden" (May, a.a.O., S. 23).

102. Vgl. etwa: BEUC/AgV, a.a.O., S. 9 f.; Gerd Glaeske/Dian Schefold, Aufgaben und Möglichkeiten von Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt, in: Reich (Hrsg.), a.a.O., S. 157 ff., hier: S. 172 u. 174 f.

103. Ebd., S. 175.

104. Vgl. zur - höchst kontrovers geführten - Diskussion über gesundheitspolitische Steuerungskonzepte im Arzneimittelbereich: Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung", Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Drucksache 11/6380 v. 12.2.1990.

105. Die im folgenden analysierten Richtlinien nach Art. 118a und Art. 100a EWGVertr. beziehen sich nicht auf den bevölkerungsgruppenspezifischen Arbeitsschutz (Jugendarbeitsschutz, Mutter-schutz, Behindertenschutz). Dieser bleibt deshalb aus unseren Betrachtungen ausgeklammert, ebenso wie das durch die Binnenmarktintegration vermutlich noch an Dynamik gewinnende, unter Arbeit-schutzaspekten aber höchst problematische Vordringen ungesicherter, prekärer Arbeitsverhältnisse in den Ländern der EG.

106. Peter Clever, Vielfalt erhalten, in: Bundesarbeitsblatt 7-8/1989, S. 33 ff., hier: S. 35.)

107. Grundsätzlich positiv zu bewerten ist die mit der Zusammenarbeitspflicht des Ministerrates ein-hergehende Erweiterung der Einflußmöglichkeiten des Europäischen Parlaments bei der Arbeit-schutzrechtsetzung (Art. 118a Abs. 2). Dies stellt einen - wenn auch noch bescheidenen - Schritt zur Demokratisierung der EG-Entscheidungsstrukturen dar.

108. Vgl. zu den unterschiedlichen institutionellen Strukturen des Arbeitsschutzes in den Ländern der EG: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Safety and Health at Work in the European Communities, Dublin 1982; Commission of The European Commu-nities, Health and Safety Protection in Industry: Participation and Information of Employers and Workers (by J.K.M. Gevers), Luxemburg 1988.

109. Ein Beispiel hierfür sind die teilweise erheblichen zwischenstaatlichen Diskrepanzen bei den zulässigen Grenzwerten für gefährliche Arbeitsstoffe (vgl. Reinhold Konstanty/Bruno Zwingmann, Europäische Einigung und Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt - Risiken und Chancen, in: WSI-Mitteilungen 10/1989, S. 558 ff., hier: S. 562 f.

110. Ebd., S. 560.

111. Vgl. die Zusammenstellung in: Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abge-ordneten Frau Dr. Hellwig (u.a.): Sozialraum Europäische Gemeinschaft. Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Drucksache 11/4700 v. 6.6.1989, S. 18 f.

112. Vgl. ebd., S. 19 f.

113. Vgl. Hermann Berié, Erfolg für den europäischen Sozialraum, in: Bundesarbeitsblatt 9/1989, S. 5 ff., hier: S. 9. - Die Gefahrstoff-Richtlinien waren z.T. außerordentlich umstritten; Bemühungen um eine strengere Fassung, wie es sie etwa von seiten Italiens oder Dänemarks gegeben hat, blieben al-lerdings ohne Erfolg.

114. Vgl. ABl. L 183 v. 29.6.1989.

115. Mindestvorschriften für die Gestaltung von Arbeitsstätten, die Benutzung von Maschinen, per-sönliche Schutzausrüstungen (vgl. ebd.), Bildschirmarbeit (vgl. KOM[88] 77 endg. v. 7.3.1988) und die Handhabung schwerer Lasten (vgl. KOM[88] 78 endg. v. 7.3.1988).

116. So sehen insbesondere die Gewerkschaften das Fehlen einer umfassenden und kohärenten Kon-zeption für den arbeitsbezogenen Gesundheitsschutz als zentralen Schwachpunkt der EG-Richtlinien an. Auch in Einzelfragen (z.B. willkürliche Beschränkung der Richtlinie über das Heben und Tragen schwerer Lasten auf den Schutz der Lendenwirbelsäule) bestehen nach wie vor erhebliche Bedenken (vgl. Konstanty/Zwingmann, a.a.O., S. 561 ff.).

117. Antwort der Bundesregierung ..., a.a.O., S. 20.

118. Bundesministerium für Wirtschaft, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.), Soziale Dimension der Europäischen Gemeinschaft, BMWI-Studienreihe Nr. 60, Bonn 1988, S. 11.

119. Vgl. zu den erwähnten Defiziten des bundesdeutschen Arbeitsschutzes gegenüber dem anderer Länder: Konstanty/Zwingmann, a.a.O., S. 564.

120. Vgl. ebd., S. 562 f.

121. Vgl. etwa: Helmut Kohl, Sozialer Dialog und Partnerschaft für die Zukunft der Gesellschaft. Rede des Bundeskanzlers auf dem 13. Ordentlichen Gewerkschaftstag der Industriegewerkschaft Chemie - Papier - Keramik am 4. September 1988 in Karlsruhe, in: Bulletin ..., Nr. 110 vom 9.9.1988, S. 1015-1018 hier: S. 1017; ders., Erklärung des Bundeskanzlers zur Eröffnung der ersten Nationalen Europa-Konferenz am 7. Dezember 1988, in: Bulletin ..., Nr. 172 vom 9.12.1988, S. 1525-1527, hier: S. 1526.

122. Eine gegenläufige Tendenz - allerdings auf der tarifpolitischen Regelungsebene - könnte möglicherweise mit den jüngsten arbeitsschutzpolitischen Kampferfolgen der IG Medien eingeleitet worden sein (vgl. dazu: Bruno Zwingmann, Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz durch neue Arbeitnehmerrechte - Tarifvertrag der Druckindustrie hat Pionierfunktion, in: Soziale Sicherheit 5/1989, S. 135 ff.).

123. Vgl. Antwort der Bundesregierung ... , a.a.O., S. 20.

124. Grundlegend veränderte Anforderungen an das Arbeitsschutzsystem ergeben sich insbesondere aus dem zunehmenden Einsatz der Mikroelektronik im Arbeitsprozeß und den damit verbundenen neuen Rationalisierungsformen (vgl. hierzu: Manfred Deiß, Arbeitsschutz und neue Rationalisierungsformen, in: WSI-Mitteilungen 7/1988, S. 412 ff.).

125. Vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Peter (u.a.): Europäischer Binnenmarkt und soziale Demokratie. Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Drucksache 11/4699, S. 3, 5 u. 7.

126. Vgl. ABl. L 183 v. 29.6.1989.

127. Vgl. Kommission der EG, Vollendung des Binnenmarktes, a.a.O.

128. Schon Mitte 1984 war der Rat zu der Auffassung gelangt, daß die bisherige Richtlinienarbeit zu stark mit Detailproblemen befrachtet und gemessen am Ziel eines raschen Integrationsfortschritts zu schwerfällig gewesen sei. Schätzungen zufolge "hätte man mit dem bisherigen Tempo in der Tat ungefähr bis zum Jahre 2050 gebraucht, um eine volle Harmonisierung zu erreichen" (Konstanty/Zwingmann, a.a.O. S. 559).

129. Die vollständige Bewältigung dieser Aufgabe dürfte nach Ansicht des Arbeitsschutzexperten beim IG Metall-Vorstand, Heinz Partikel, "bestimmt mehr als ein Jahrzehnt in Anspruch nehmen" (Europäische Arbeitsschutzpolitik - Risiko und Chance, in: Soziale Sicherheit 5/1989, S. 146 ff., hier: S. 147).

130. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Frau Dr. Hellwig (u.a.) ..., a.a.O., S. 20; vgl. auch: Otfried Wlotzke, Arbeitsschutz und Wettbewerb, in: Bundesarbeitsblatt 6/1989, S. 14 ff., hier: S. 17.

131. Vgl. zur Position der Berufsgenossenschaften: Peter Buss/Willi Eiermann, Die Schaffung des europäischen Binnenmarktes aus der Sicht der berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütung, in: Arbeit und Sozialpolitik 3/1989, S. 44 ff.; zum Standpunkt der Gewerkschaften: Konstanty/Zwingmann, a.a.O., S. 559; Heinz Partikel, Arbeitsschutzpolitik in der Europäischen Gemeinschaft, in: Steinkühler (Hrsg.), a.a.O., S. 156 ff.