



Europäische  
Kommission  
Brüssel  
1049 Belgien



BUNDESARBEITSKAMMER  
PRINZ EUGEN STRASSE 20-22  
1040 WIEN  
T 01 501 65-0  
DVR NR. 1048384

DG SANCO nA/ 490533									
16 AVR. 2009									
Deadline:									
File:									
DG	DDG	01	02	A	B	C	D	E	F
C5									

Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Bearbeiter/in	Tel 501 65	Fax 501 65	Datum
-	SV-GSt	Ivansits	DW 2479	DW 2695	23.3.2009

## Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften ersucht alle interessierten Organisationen in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, sich bis spätestens 31. März 2009 zu den im vorliegenden „Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa“ aufgeworfenen Fragen zu äußern.

Entgegen früheren Usancen benennt dieses Grünbuch vorweg die „Einflussfaktoren und möglichen Handlungsbedarfe“ und enthält nicht – wie üblich – einen für die Stellungnahme maßgebenden Fragenkatalog.

Die Bundesarbeitskammer hält viele der Schlussfolgerungen für zutreffend. Erfreulich ist vor allem die Anregung, bessere Arbeitsbedingungen für die Arbeitskräfte des Gesundheitswesens sicherzustellen und die Motivation und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten zu erhöhen. Skepsis löst indes die Tatsache aus, dass dieses Ziel erst nach der „Prüfung der Höhe der Ausgaben für die Arbeitskräfte des Gesundheitswesens“ gelistet wurde. Auch der Hinweis auf den hohen Anteil der Personalkosten an den Gesamtausgaben lässt befürchten, dass eine höhere Attraktivität dieser Berufe kaum mit der Notwendigkeit zur Verbesserung der Einkommensbedingungen assoziiert wird.

Vorschläge beispielsweise zur Förderung der Mobilität, Aus-, Weiter- und Fortbildung oder Personaleinstellungen nach ethischen Grundsätzen sind ebenfalls zu begrüßen. Deren Umsetzung wird jedoch immer auch von der Bereitschaft der Mitgliedsstaaten abhängen, sich Vergleichen zu stellen und best-practice-Projekte auszutauschen sowie die eigenen Systeme zu reformieren.

Den nachfolgenden Anregungen der Bundesarbeitskammer liegen vielfach spezifisch österreichische Erfahrungen zugrunde, dennoch lassen sie sich in den meisten Fällen so

verallgemeinern, dass sie auch für die anderen Mitgliedstaaten der EU Relevanz erlangen.

In einzelnen Punkten vertritt die Bundesarbeitskammer eine andere Auffassung als die Kommission. Besonders die aktuelle Debatte über die Arbeitszeit-Richtlinie und der Umgang der EU mit der Frage des Opting-out aus den Mindeststandards der Arbeitszeit lassen erkennen, dass die EU im Gesundheitsbereich auch Ziele verfolgt, die von der Bundesarbeitskammer aus sozialpolitischen Gründen nicht geteilt werden können. Der Ansatz, selbständige Erwerbsausübung im Bereich des Gesundheitswesens zu fördern, weist aus Gründen der Versorgungssicherheit ebenfalls in eine gesundheitspolitisch bedenkliche Richtung.

**Die Bundesarbeitskammer nimmt zu den einzelnen Kapiteln des Grünbuchs wie folgt Stellung:**

#### **Zur demographischen Entwicklung und Förderung der Nachhaltigkeit der Arbeitskräfte**

In der Einleitung zum Grünbuch wird auf die demographische Entwicklung und damit auf die „unweigerlich“ steigenden Kosten im Gesundheitswesen verwiesen. So würden eine höhere Lebenserwartung und sinkende Geburtenrate in allen Mitgliedstaaten eine demographische Entwicklung bedingen, die früher oder später an die Grenzen der Finanzierbarkeit der Gesundheits- und Pflegesysteme stoßen werde. Nach Auffassung der Bundesarbeitskammer hängt die Größenordnung dieser Entwicklung von Rahmenbedingungen wie der wirtschaftlichen Entwicklung und der Arbeitsmarktsituation und vor allem davon ab, ob sich eine Gesellschaft ein hohes wohlfahrtstaatliches Sicherungsniveau leisten will oder nicht. Das wiederum ist Ergebnis eines politischen Prozesses und nicht zwangsläufige Folge demographischer Prozesse. Dazu kommt, dass das Ausmaß der „Überalterung“ wissenschaftlich eher umstritten ist. Die zukünftige Entwicklung wird auch wesentlich davon abhängen, in welcher Weise die Voraussetzungen für ein gesundheitsförderliches Leben geschaffen werden. Die hohe Personalintensität der Arbeit wird im Grünbuch lediglich als Auslöser für Kosten, aber nicht als Chance für den europäischen Arbeitsmarkt gesehen. Das Wachstum des Gesundheitswesens bedeutet zusätzliche Arbeitsplätze, zusätzliches Einkommen und damit weitere Finanzierungsressourcen für die Sozialsysteme und das Gesundheitswesen.

Im Grünbuch geht die Kommission aufgrund der zunehmenden demographischen Alterung der Bevölkerung, soziostruktureller Veränderungen (steigende Erwerbstätigkeit der Frau, Zunahme von Einpersonenhaushalten etc), der besseren Angebote und der neuen Technologien sowie neuartiger Gesundheitsgefahren von einer in Zukunft steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen aus. Vor diesem Hintergrund wird auf nationaler und auf europäischer Ebene (zuletzt EPC/DG ECFIN, Impact of ageing on public expenditure, Special Report/2006) verstärkt die Frage nach dem zukünftigen Finanzierungsbedarf gestellt. Auch wenn nach Ansicht der Bundesarbeitskammer nicht die Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsversorgung und Pflege im Vordergrund des

Grünbuchs stehen sollte, steht außer Streit, dass diese Systeme laufend Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft werden müssen. Das heißt auch, dass sie über Arbeitskräfte auf höchstem qualifikatorischen Niveau und über eine hohe Effizienz verfügen müssen. So wäre es eine Verschwendung öffentlicher Mittel, Pflegekräften eine teure staatliche Ausbildung zu ermöglichen, ohne zugleich auch dafür zu sorgen, dass diese nicht schon nach einer relativ kurzen Berufsverweildauer wieder ihren Beruf aufgeben und einen „Pflegerotstand“ in gesellschaftlicher Dimension hervorrufen. Es liegt auf der Hand, dass diese Entwicklung, die in den meisten Mitgliedstaaten der EU beobachtbar ist, in erster Linie mit den Arbeitsbedingungen (Arbeitsorganisation, Arbeitszeit, Arbeitszufriedenheit) vor allem im stationären Bereich der Versorgung, mit der geringen Anerkennung und der zu niedrigen Bezahlung von Gesundheits- und Pflegeberufen in Verbindung zu bringen ist. Nach Auffassung der Bundesarbeitskammer muss daher vor allem die Sicherstellung besserer Arbeitsbedingungen für die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen im Vordergrund stehen.

Chronisch Kranke und Pflegebedürftige sollen zu Hause gepflegt werden, weil eine professionelle wohnortnahe Pflege und Betreuung in Form von Kurzzeit-, Tages- und Übergangspflege wünschenswerter ist als Betreuung in Pflegeheimen. Das setzt voraus, dass das Angebot an extramuralen sozialen Diensten ausgebaut wird. Von großer Bedeutung für die künftige Pflegeorganisation und Pflegequalität ist der Abbau von Schnittstellenproblemen im Pflegebereich durch integrierte Versorgungsformen.

### **Zu den Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit**

Was die Kapazitäten im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens anbelangt, ist vor allem das im Grünbuch ausdrücklich genannte Ziel der „Bedarfsermittlung und der Folgenabschätzung für die Versorgungsplanung, Prävention ...“ hervorzuheben. In der Tat leiden die meisten nationalen Gesundheitssysteme an dem Mangel, dass der Politik und der Gesundheitsverwaltung keine umfassende (empirische) Evidenz über die Qualität der Gesundheitsversorgung (Fehlen von Über-, Unter- und Fehlversorgung) vorliegt. Solche Studien könnten einen wesentlichen Beitrag für eine rationale Gesundheitspolitik leisten und sollten von der EU in der Endfassung des Grünbuchs ausdrücklich empfohlen werden.

Gleiches gilt für die Gesundheitsförderung und Prävention. Durch die Senkung der Nachfrage nach Behandlungs- und Pflegeleistungen weist eine Aufwertung des präventiven Ansatzes in der Gesundheitspolitik sowohl einen humanitären als auch einen wirtschaftlichen Stellenwert auf. In den Mitgliedstaaten der EU werden Prävention und (betriebliche) Gesundheitsförderung zwar unterschiedlich gewichtet, sie sind aber doch in einem hohen Maße unterentwickelt (wie zB in Österreich), was einerseits mit Finanzierungsproblemen zusammen hängt, andererseits wohl auch mit der überaus problematischen Einstellung, dass sich Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung gesamt- und betriebswirtschaftlich nicht rentieren. Dem gegenüber weisen eine Reihe von internationalen Studien einen Return of Investment bei der betrieblichen Gesundheitsförderung im Verhältnis 1:3 auf. Hier könnte die EU ohne Zweifel eine stärkere Rolle als bisher

spielen, jedoch ohne in die Gestaltungsrechte der Mitgliedstaaten einzugreifen. Das Interesse der Sozialversicherung, der Versicherten und der Unternehmen an Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge ist jedenfalls zu fördern.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass in Österreich Pflege (soweit sie nicht in Spitälern erfolgt) und soziale Betreuung Landessache sind, es aber gerade dadurch zu erheblichen Versorgungsdisparitäten und zu beträchtlichen Abweichungen von den politisch vereinbarten Mindeststandards kommt. Darüber hinaus stellt sich die Frage nach dem notwendigen Pflegebedarf. Selbst wenn die derzeitige Versorgungssituation bekannt ist, folgt daraus noch nicht, dass sie mit dem behördlich ausgewiesenen Pflegebedarf ident ist. Was also in Österreich, aber mit Sicherheit auch in anderen Mitgliedstaaten der EU fehlt, sind die im Grünbuch empfohlenen Erhebungen bzw. besseren Informationen über „den tatsächlichen und potenziellen Bedarf“ der Bevölkerung an Gesundheits- und Pflegeleistungen.

Zu Recht wird im Grünbuch auch die Notwendigkeit einer besseren personellen Ausstattung arbeitsmedizinischer Dienste (vor allem Anreize zur Aufnahme einer arbeitsmedizinischen Tätigkeit) und der Aufwertung der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in den Mitgliedstaaten moniert. Die vorgeschlagene „Erhöhung des Bekanntheitsgrades“ der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz wird wohl kaum einen Ansturm von Beschäftigten auf den Gesundheitssektor auslösen. Vielmehr müsste diese Agentur von sich aus vermehrt Initiativen zur Förderung des Gesundheitsschutzes von Arbeitskräften im Gesundheitswesen starten und Bewusstseinsbildung sowohl auf Arbeitgeber- als auch auf Arbeitnehmerseite betreiben.

Dieser Perspektive folgend sind auch rechtliche Grundlagen für einen europaweiten Arbeitnehmerschutz erforderlich. Darüber hinaus sollten Sicherheitsvertrauenspersonen auf EU-Ebene eingeführt werden.

Die Bundesarbeitskammer lehnt die Privatisierung und Vermarktlichung öffentlicher Gesundheits- und Pflegeleistungen ab. Beide führen weder zu billigeren Systemen noch zu einer besseren Qualität und erst recht nicht zu besseren Arbeitsbedingungen für Beschäftigten, wie Erfahrungen in Großbritannien und Deutschland zeigen. Will die EU auch künftig ausreichend Arbeitskräfte im Pflege- und Betreuungsbereich zur Verfügung haben, um die Versorgung zu gewährleisten, darf diese Frage im Grünbuch nicht ausgeklammert werden.

Zur Finanzierung staatlicher oder parafiskalischer Gesundheitssysteme sind neue Finanzierungsquellen zu erschließen (Vermögen, Vermögenszuwächse, Wertschöpfung), die nicht an die Lohnsumme anknüpfen. Auch hier könnte die EU mit Empfehlungen und Studien aktiv werden.

### **Zur Aus-, Weiter- und Fortbildung**

Die Bundesarbeitskammer spricht sich für die gegenseitige Anerkennung von Gesundheitsberufen auf der Grundlage eines Rasterzeugnisses (Anhang zum verpflichtenden Berufsausweis) aus. Daraus soll die jeweilige Qualifikation ersichtlich sein. Den nationalen Behörden muss die Möglichkeit gegeben werden, Aufschulungsmaßnahmen zur Berufsausübung vorzusehen. Die Ausbildungsinhalte sollten für die einzelnen Gesundheitsberufe verpflichtend in allen EU Ländern festgelegt und nach erfolgreicher innerstaatlicher Prüfung in das Rasterzeugnis eingetragen werden. Dadurch werden alle Gesundheitsberufe in ihren jeweiligen Ausdifferenzierungen erfasst und registriert. Die Registrierung dient neben der Qualitätssicherung auch der Bedarfserhebung.

Es ist ein umfassender Diskurs darüber einzuleiten, welche Aufgaben den einzelnen Berufsgruppen übertragen werden sollen. Die Implementierung soll den Mitgliedstaaten überlassen bleiben. Leistungsqualität und Effizienz könnten in wesentlichen Leistungsbereichen (zB bei Volkskrankheiten) von einem eigenen Institut der EU durch Festlegung einheitlicher Behandlungskorridore verbessert werden. Es gilt Antworten auch auf folgende Fragen zu finden: Wie gestaltet sich zukünftig das Zusammenspiel der Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung? Wie kann eine integrierte Versorgung bewerkstelligt werden?

Umorientierung, Erstausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung erfordern besondere Rahmenbedingungen. Beruf und Familie müssen künftig besser abgestimmt werden. Da vor allem Frauen in diesem Beruf tätig sind und viele dazu tendieren, wieder in dieses Berufsfeld einzusteigen, sollten in den Mitgliedsstaaten die entsprechenden Voraussetzungen hierfür geschaffen werden. Alternative Arbeits- und Arbeitszeitmodelle sowie Sabbaticals und Auszeitmodelle sind zu fördern. Sprachkurse sollen Sprachbarrieren vermindern helfen.

Die vom Europäischen Gerichtshof in den RS Jäger, Simap, Pfeifer etc aufgezeigte Arbeitszeitproblematik durch regelmäßige Überschreitung der Höchstgrenzen der Arbeitszeit im Gesundheitssektor wird unseres Erachtens durch die Kommission in ihren Überlegungen zur Novellierung der Arbeitszeitrichtlinie nicht ausreichend berücksichtigt, sondern durch die Überlegung, die Bereitschaftszeit aus der Arbeitszeit auszuklammern, sogar verschärft. Günstigere Arbeitszeiten sind eine durchaus wirksame Möglichkeit, die Attraktivität des Gesundheitssektors für Arbeitskräfte zu erhöhen.

Erst nach Schaffung eines angemessenen Arbeitsumfeldes können Kampagnen für BerufsrückkehrerInnen sowie für die Einstellung von älteren ArbeitnehmerInnen erfolgreich sein. Die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen müssen so ausgestaltet sein, dass sie auch für ältere ArbeitnehmerInnen verkraftbar und generell nicht gesundheitsschädigend sind. Generell erscheint die Arbeitsorganisation zumeist zu wenig flexibel, wenn es darum geht, älteren Beschäftigten alternative Tätigkeitsfelder anzubieten, um alters- und berufsbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen auszugleichen.

Je mehr rechtliche, administrative und betriebswirtschaftliche Regeln und Verfahren sowie medizinisches, psychologisches, psychosoziales Wissen und Innovationen zu beachten sind, umso notwendiger sind kompetente und selbstverantwortliche MitarbeiterInnen. Daher sind Arbeitsstrukturen zu schaffen, die diese Potenziale auch ausschöpfen helfen. Fehlermanagement und der Ausbau von „Magnetspitälern“ sind zu fördern.

Um den Anspruch einer hohen Qualität in der Gesundheitsversorgung einlösen zu können, müssen verbindliche Personalstandards und Personalermittlungsmethoden eingeführt werden. Gerade angesichts des drohenden Engpasses bei qualifiziertem Personal müssen Mindestvorkehrungen getroffen werden, um eine Abwanderung in andere Branchen zu verhindern.

Im Grünbuch wird der Ausbau der Vorsorge-, Gesundheitsförderungs- und Präventionskapazitäten angesprochen. Dazu gehört auch ein flächendeckendes Angebot an beruflicher Rehabilitation und geriatrischer Remobilisierung. Psychische Belastungen führen speziell bei Gesundheits- und Pflegeberufen zu Burn-out.

Weibliche Beschäftigte haben im Gesundheitswesen geringere Aufstiegs- und Karriere-möglichkeiten als Männer. Angesichts der hohen Anzahl weiblicher Arbeitskräfte ist die geringe Anzahl weiblicher Führungskräfte eher bescheiden. Eine besondere Förderung weiblicher Bewerber bei der Personalbesetzung wäre daher dringend notwendig. Es sollten zudem die Gesundheitsberufe auch für männliche Beschäftigte interessanter und attraktiver werden.

#### **Zum Mobilitätsmanagement der Arbeitskräfte des Gesundheitswesens innerhalb der EU**

Zu Recht betont die Kommission, dass die Anerkennung beruflicher Qualifikationen in der Vergangenheit die Mobilität innerhalb der EU deutlich gesteigert hat. Sinnvoll erscheint der Vorschlag, eine eigene EU-Beobachtungsstelle einzurichten, die Versorgungsengpässe bei Arbeitskräften innerhalb der EU feststellen könnte. Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Beobachtungsstelle könnten auf bi- oder multilateraler Ebene Vereinbarungen zur Nutzung etwaiger Überschüsse an Ärzten und Krankenpflegepersonal in einem Land oder über den Austausch von Fachkräften geschlossen werden. Daraus könnte sich auch eine gemeinsame Investitionspolitik zur Förderung der Aus- und Fortbildung oder eine verbesserte „zirkuläre Mobilität“ ergeben. Diese Stelle könnte den Mitgliedstaaten auch neue Fortbildungsinhalte empfehlen.

Für die Planung von Lenkungsmaßnahmen ist jedenfalls eine aussagekräftige Datenlage erforderlich. Gleichwertigkeitsbescheinigungen, Erhebungen darüber, den Beruf auch in einem anderen Land ausüben zu wollen, und Länderstudien geben derzeit keine ausreichende Auskunft über das Ausmaß der tatsächlichen Berufsausübung. Folgerichtig sind eine Harmonisierung und Standardisierung der Datenlage und die Herstellung von Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit der Daten notwendig.

### **Zur globalen Migration von Arbeitskräften des Gesundheitswesens**

Abgesehen von den Arbeitsbedingungen stellt vor allem die unausgewogene globale Mobilität der Gesundheitsberufe aus den ärmeren in die reicheren Länder ein (ethisches) Problem dar. Um dem Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen wirksam zu begegnen, wird von den europäischen Ländern oft Personal aus afrikanischen Staaten rekrutiert, das später wenig Interesse zeigt, in die Heimatländer zurückzukehren. Dieser Umstand bewirkt einen massiven Mangel an qualifizierten Arbeitskräften in den Entwicklungsländern.

Die Kommission schlägt zu Recht vor, diesen Missstand mit Hilfe eines weltweiten Verhaltenskodex und globaler Mechanismen zur zirkulären Mobilität zu lösen. Darüber hinaus wäre aber eine verstärkte Integration von dauerhaft im Lande lebenden MigrantInnen wünschenswert.

Das im Grünbuch nur angedeutete „Numerus Clausus“-Problem, das in Österreich zu einer überproportionalen Steigerung vornehmlich deutscher Studierender an österreichischen medizinischen Universitäten geführt hat, ist dringend auf europäischer Ebene zu lösen. Diese europarechtlich gewährleistete und grundsätzlich positiv zu beurteilende Mobilität von Studierenden birgt im Bereich des Medizinstudiums jedoch die Gefahr, die gesundheitliche Versorgung Österreichs in der Zukunft nicht mehr sicher stellen zu können, wenn der Großteil der Studienplätze von BürgerInnen anderer EU-Staaten belegt werden, die aber im Anschluss an ihr Studium in ihr Heimatland zurückkehren wollen.

Derzeit gelten in Österreich bis zum Ende der Übergangsfristen für die neuen Mitgliedstaaten noch besondere Zugangsbestimmungen, die den Schutz der arbeits- und lohnrechtlichen Standards in höchstmöglichem Ausmaß gewährleisten sollen. Nach Auslaufen dieser Periode im Jahr 2011 wird die Erhaltung des österreichischen Lohnniveaus und der sozialen Schutzbestimmungen angesichts der uneingeschränkten Freizügigkeit eine besondere Herausforderung darstellen.

### **Zu den Auswirkungen neuer Technologien, Verbesserung der Effizienz der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen**

Telemedizin kann helfen, in schwer zugänglichen Gebieten oder bei der Hausbetreuung die medizinische oder pflegerische Versorgung sicherzustellen, sie setzt jedoch eine umfassende Qualifizierungsoffensive in den einzelnen Mitgliedsländern voraus. Die „pharmazeutische Effizienz“ ist nur dann zu verbessern, wenn es eine zentrale Arzneimittelzulassung und Preisbildung in der EU gibt.

### **Zur Bedeutung Selbständiger für das Arbeitskräftepotential**

In diesem Kapitel wird die „Förderung der Selbstständigkeit im Gesundheitswesen“ angesprochen („Prüfung der Hindernisse für unternehmerisches Handeln im Gesundheitssektor“). Die Kommission verweist auf den „Small Business Act“ für Europa und schlägt

eine Förderung der Selbständigkeit von Gesundheitsberufen vor, indem alle Hindernisse für unternehmerisches Handeln bei den einschlägigen Berufsgruppen abzubauen sind.

Die Bundesarbeitskammer spricht sich gegen den Vorschlag der Kommission aus, die Selbständigkeit in besonderem Maße zu fördern. Selbständigkeit kann weder die Planung der Leistungserbringung verbessern noch schafft sie neue Arbeitsplätze. Sie führt vielmehr dazu, dass die Bestandssicherheit von Versorgungseinrichtungen abnimmt. Aus Gründen des Patientenschutzes müssen auch Selbständige an die Einsatzzeiten der Unselbständigen gebunden werden.

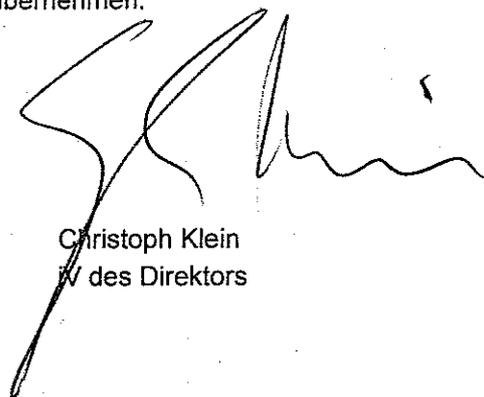
Gerade die Diskussionen um die 24-Stunden-Betreuung in Österreich hat gezeigt, dass selbständige Tätigkeit dazu führen kann, dass unqualifiziertes Personal unkontrolliert tätig wird und die daraus entstehende Konkurrenzsituation Lohndumping auslöst.

Die Bundesarbeitskammer begrüßt die im Grünbuch intendierte Förderung des Gesundheitswesens durch Mittel aus den Strukturfonds der EU. Die Mittel, die Österreich derzeit aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) zustehen, wurden für die derzeitige Förderperiode (2007bis 2013) massiv gekürzt. Das machte in der Vergangenheit vor allem auch angesichts der Herausforderungen am Arbeitsmarkt eine Fokussierung auf einige Zielgruppen (beispielsweise auf die Förderung Älterer, Frauen und Personen mit Migrationshintergrund) und auf besonders relevante Maßnahmen nötig, um durch Mittelkonzentration eine optimale Wirkung zu erzielen. Eine spezielle Berücksichtigung der Förderung des Gesundheitssektors über diese Zielgruppen hinaus war in diesem Rahmen offenbar nicht möglich.

Abschließend ersucht die Bundesarbeitskammer die Kommission der Europäischen Gemeinschaften, die Anregungen in das Grünbuch zu übernehmen.



Herbert Tumpel  
Präsident



Christoph Klein  
W des Direktors

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumers DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.