

Bedingungen für die ärztliche Arbeit im Vereinten Europa



Prof. Dr. med. habil. Jörg-Dietrich Hoppe

**Vortrag anlässlich des
Deutsch-polnischen Symposiums
„Vergangenheit verstehen –
Zukunft gestalten“
15. September 2001
Krzyzowa (Kreisau)**

Die Erweiterung der Europäischen Union wird auf beiden Seiten, sowohl in den zukünftigen neuen Mitgliedsländern, als auch in den alten Mitgliedsländern der Union und so auch in Deutschland mit Enthusiasmus und Skepsis gleichermaßen gesehen. Enthusiasmus, weil der Gedanke der Freiheit und der Zusammenarbeit, der die Union trägt, nicht an den Grenzen zu Polen, Tschechien, Ungarn oder Slowenien Halt macht, sondern darauf drängt, das gemeinsame Streben mit anderen zu teilen und die Türen so offen wie möglich zu lassen. Skepsis, weil Menschen hier, wie auch in Deutschland und in anderen Ländern Angst vor Veränderungen, Fremdem und vor Verlust an Eigentum oder Identität haben.

Diese Ängste sind verständlich, aber nicht rational und der Prozess der bisherigen Erweiterung der Europäischen Union hat gezeigt, dass die düsteren Bilder, die gemalt wurden, besonders als Portugal, Spanien und Griechenland der

Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft beitraten, immer nur Trugbilder waren. Das Wachsen der Union stellte sich bisher immer als ein für alle hilfreicher und sinnvoller Prozess dar.

So ist es auch nicht verwunderlich, dass die deutschen Ärzte der Erweiterung der Europäischen Union überwiegend positiv gegenüber stehen und die Chancen und Möglichkeiten, die gesehen werden, gegenüber den befürchteten Nachteilen durchaus überwiegen.

Anfang der 50er Jahre blickte Europa auf ein ausgesprochen schmerzhaftes Jahrhundert zurück. Große Kriege und Hungersnöte hatten den Kontinent bis an den Rand seiner Existenzfähigkeit getrieben und das Leid, das die Generationen bis dahin ertragen hatten, rief nach Besinnung auf eine bessere Zukunft. Eine Zusammenarbeit zwischen den Staaten sollte für die Zukunft Hungersnöte und Krieg verhindern helfen. Die Geschichte der Europäischen Union wurde zu einem Erfolgsbeispiel der freiwilligen und friedlichen Zusammenarbeit von selbständigen Staaten, die es bis dahin auf der Welt noch nicht gegeben hat.

Die Europäische Union ist in den vier Jahrzehnten ihres Bestehens stets in erster Linie eine Wirtschaftsgemeinschaft gewesen und sie ist auch als solche gewachsen. In der Montanunion wurden 1951 zunächst die kriegswichtigen Industrien des Bergbaus und der Metallverarbeitung zusammengefasst und in ein gemeinsames System gebracht. Dazu kamen EURATOM und die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft „EWG“, die 1957 mit den „Römischen Verträgen“ gegründet wurden. Die EWG hatte vornehmlich die Koordination der landwirtschaftlichen Produktion und des Handels mit landwirtschaftlichen Gütern zur Aufgabe und es ist zumindest im Binnenverhältnis gelungen, beide Hauptziele, nämlich die Verhinderung des Krieges und der Hungersnot zu erreichen.

Über lange Zeit waren wegen der Fixierung auf Landwirtschaft und Handel, die

in ihren ethnischen Traditionen ausgeprägten Sozialsysteme völlig aus der gemeinsamen Regelsetzung ausgenommen. Doch bereits Ende der 60er/Anfang der 70er Jahre erkannte man, dass eine wirtschaftliche Zusammenarbeit ohne Berücksichtigung der sozialen Dimensionen nicht funktioniert. Da aber die „Harmonisierung“, das heißt die Vereinheitlichung der Sozialsysteme, niemals geplant oder auch nur gewollt war, hat man sich 1971 in der Verordnung 1408 auf eine „Konvergenz“ der Sozialsysteme verständigt und dies in den letzten Jahrzehnten in Rechtsetzung und Rechtsprechung immer weiter ausgebaut. Konvergenz bedeutet ein technisches Zusammenwirken der Systeme, nicht ihre Vereinheitlichung. Zwar gibt es seit den Verträgen von Maastricht und Amsterdam eine marginale Kompetenz der Europäischen Union für das öffentliche Gesundheitswesen, doch sind die Gesundheitssysteme selbst aus der Zuständigkeit der Europäischen Union immer noch ausgenommen. Nur in Randbereichen, so zum Beispiel beim Arbeitsschutz, abgeleitet aus Regelungen zur Montanunion oder aber auch beim Strahlenschutz bis hin zur Qualitätssicherung in der Radiologie, hergeleitet aus den EURATOM-Verträgen, gibt es einen Regelungsauftrag der Europäischen Union. Im Weiteren ist es aber jedem Staat selbst überlassen, wie, in welchem Ausmaß und in welcher Qualität er die gesundheitliche Versorgung der Bürger regelt.

Es ist ein Konsens zwischen den europäischen Ärzteverbänden, dass wir das Gesundheitswesen nicht als einen Teil des kommerziellen Sektors betrachten, sondern als einen Teil des Sozialwesens. Aber es ist natürlich unrealistisch zu übersehen, dass erstens das Gesundheitswesen einen Markt darstellt – in diesem Zusammenhang wird auch von einer „Gesundheitswirtschaft“ gesprochen, und zweitens einen wichtigen und wesentlichen Wirtschaftsfaktor – der jenseits des Umsatzes, der in der „Gesundheitswirtschaft“ getätigt wird – seine

Bedeutung in der sozialen Stabilisierung des kommerziellen Wirtschaftssektors hat. Da die Ausprägungen der Gesundheitswesen eine scharfe Trennung vom restlichen Wirtschaftsleben nicht erlauben, gibt es in der Europäischen Union etliche Regelungen, die mehr oder weniger direkt eine in das Gesundheitswesen steuernde Wirkung entfalten, so zum Beispiel Richtlinien über die Qualität und Werbung von Arzneimitteln, über Medizinprodukte, In-vitro Diagnostika oder implantierbare Geräte und demnächst zu Blut und Blutprodukten.

In Deutschland gehört es zur akademischen Tradition des ärztlichen Berufes, dass Ärzte mehr als andere Professionen Erfahrungen im Ausland sammeln und sammeln sollen. Und da Ärzte sowohl selbständige Dienstleister als auch abhängige Arbeitnehmer sein können, war für sie die Frage der Migration von einem Mitgliedsland in das andere stets von großer Bedeutung. Bereits 1975 wurde eine Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Diplomen und Befähigungsnachweisen von Ärzten verabschiedet. Es war die erste Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Diplomen und sie ist bis heute – mit zahlreichen Änderungen – in Kraft.

Zwar sind durch die Verordnung 1408 von 1971 über die Konvergenz der Sozialsysteme, bereits wesentliche technische Details für die Inanspruchnahme von Sozialleistungen im Ausland geregelt worden, doch dauerte es bis 1998, bis der Europäische Gerichtshof grundsätzlich auch den Patienten eine Migrationsfreiheit in ihrer Rolle als Dienstleistungserbringer förmlich zugestand. Wenn auch die Migrationsrechte der Patienten faktisch noch recht beschränkt sind, so ist doch die Tendenz zu einem zusammenwachsenden Gesundheitswesen in Europa deutlich. Dies ist eine Herausforderung und Chance gleichermaßen, der sich Ärzte, besonders als Dienstleistungserbringer, in einem vereinten Europa stellen müssen. Ärzte werden gefordert sein,

flexibel über die Grenzen unserer Gesundheitssysteme hinaus Leistungen zu erbringen und in der Kooperation mit unseren Kollegen im Ausland auch abzurufen.

Die großen Unterschiede in der ethnischen Ausprägung der Gesundheitswesen, ihre unterschiedliche Organisation und Gestaltung, die stark unterschiedlichen Leistungsumfänge und Kosten ließen es mehr als verständlich erscheinen, dass der Gedanke der Harmonisierung für die Gesundheitswesen in der Europäischen Union bisher stets abgelehnt wurde. Das Prinzip der Harmonisierung war all zu oft in der Europäischen Union das Suchen nach einem Mittelweg. Ein solcher Mittelweg würde für die Hälfte der Bevölkerung eine Absenkung des Sozialschutzniveaus bedeuten und wäre allein deshalb inakzeptabel. Nicht „Harmonisierung“, sondern „Konvergenz“ war daher das Schlagwort. Die Systeme sollten zusammen arbeiten, aber sie sollten nicht gleich gemacht werden. Dies war für die Vergangenheit logisch oder richtig, wie auch immer man den Standpunkt wählen will. In einem Europa ohne Grenzen macht es jedoch keinen Sinn mehr, die Gesundheitswesen aus der gemeinsamen Diskussion und Entwicklung weiterhin auszuklammern.

Im letzten Jahr hat die Kommission der Europäischen Gemeinschaft eine neue Strategie für die öffentliche Gesundheit in Europa vorgelegt. Ein wesentliches Ziel dieser neuen Strategie ist der Vergleich der Gesundheitssysteme. Ein Vergleich wird natürlich zu einem gegenseitigen Betrachten, zu einer Konkurrenz der Systeme und zum Ruf nach Änderungen in dem einen oder anderen System führen. Spätestens in diesem Vergleich treffen die unterschiedlichen Gesundheitssysteme Europas konkurrierend aufeinander und werden sich in ihrer Leistungsfähigkeit, Gerechtigkeit und Qualität aneinander messen lassen müssen. Und jedes System wird seine Schwierigkeiten und Defizite erklären und hoffentlich auch abbauen müssen. In der Union lassen sich derzeit zwei

Grundtypen von Gesundheitswesen unterscheiden:

Zum Einen sind da die staatlichen Gesundheitssysteme, die nach dem britischen Sozialreformer Beveridge benannt werden. Sie zeichnen sich im Wesentlichen dadurch aus, dass Leistungen durch staatliche Stellen oder durch vom Staat unter Vertrag genommene Ärzte und Gesundheitseinrichtungen erbracht werden. Die Leistungen werden durch Steuern finanziert und bieten den Menschen in den betreffenden Ländern in der Regel einen kollektiven aber keinen individuellen Anspruch auf Gesundheitsleistungen (Zuteilungssystem). Solche Systeme finden sich zum Beispiel in Großbritannien, Irland, Skandinavien und in Abwandlungen auch in den mediterranen Ländern. Dem gegenüber stehen Sozialversicherungssysteme, die nach dem deutschen Reichskanzler Bismarck benannt sind. In diesen Systemen werden Leistungen aufgrund von Verträgen zwischen den Sozialversicherungen und den Leistungserbringern erbracht und abgerechnet. Diese Systeme zeichnen sich also durch ein hohes Maß der Selbstorganisation, anstelle der Regierungssteuerung in den staatlichen Gesundheitssystemen, aus. Dabei ist es auch konsequent, dass die Finanzmittel zu einem großen Teil durch Beiträge zu Sozialversicherungen, anstelle von Steuern aufgebracht werden. Die Zahlung eines individuellen Versicherungsbeitrages führt logischerweise auch dazu, dass die Versicherten einen individuellen und einklagbaren Anspruch gegen das Gesundheitswesen haben und nicht einen kollektiven.

Beginnend mit den Reformen im englischen National Health Service, NHS, unter der Premierministerin Thatcher, ist der Gedanke des Wettbewerbs in die europäischen Gesundheitswesen eingedrungen. Zumindest in Deutschland wird er immer noch politisch befördert, weil angenommen wird, dass Wettbewerb quasi automatisch leistungssteigernd und kostendämpfend sei. Da wir es mit einem Wett-

bewerb um Geld zu tun haben, geht dieser mit einer Kommerzialisierung des Gesundheitswesens einher. Und natürlich gelten dort wo das Gesundheitswesen zum Geschäft gemacht wird, auch die Abgrenzungen der sozialen Sicherungssysteme gegenüber der Europäischen Union nicht mehr. Mit der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens findet also auch, und immer automatisch eine Globalisierung statt, die bedeutet, dass ein Wettbewerb über die Grenzen des eigenen Landes hinaus stattfinden muss. Allein aus diesem Grund lassen sich die Gesundheitswesen zukünftig nicht mehr in ihrer Betrachtung auf die Nationalstaaten beschränken.

Krankenversicherungen, auch solche, die eigentlich Sozialversicherungen sind, die als marktbeherrschende Unternehmen agieren, werden in einem europäischen Markt auch gezwungen sein, Leistungen europaweit auszuschreiben. Diese Kommerzialisierung medizinischer Leistungen, die in Deutschland schon in ihren negativen Auswirkungen durch einen Wettbewerb der verschiedenen Krankenkassen zu beobachten ist, wird sich natürlich auf einer europäischen, wenn nicht sogar globalen Ebene auf die Leistungserbringer übertragen.

Krankenkassen dürfen oder wollen in einigen Ländern, wie zum Beispiel in Deutschland in Zukunft mit Ärzten und Gruppen von Ärzten individuelle und selektive Verträge abschließen. Das wird bedeuten, dass der Preiswettbewerb von den Krankenkassen auf die einzelnen Ärzte übertragen wird. Das wird aber auch bedeuten, dass der soziale Charakter der Krankenversicherungen weiter an Bedeutung verliert. So wie Krankenkassen in einem Wettbewerb um Geld gezwungen sind, Risiken zu selektieren, dass heißt schwerkranke Patienten möglichst abzuschieben und junge gesunde Menschen als Versicherte anzuziehen, so werden auch Ärzte dieser Scheinrationalität der Selektionen folgen müssen. Für sie gilt das Gleiche wie für die Kran-

kenkassen: Man wird versuchen, teure Patienten möglichst gering versorgt zu lassen oder sich ihrer ganz zu entledigen und stattdessen wird man die Behandlung auf Patienten konzentrieren, die weniger krank sind, aber durch scheinbar hohe Bedürfnisse auffallen. Dies ist nicht die Frage, ob Manager von Krankenkassen und Krankenhäuser und Ärzte gute oder schlechte Menschen sind, sondern dies sind die Gesetze des freien Marktes. Eine solche Form des Wettbewerbs wird natürlich korrigiert werden können, so wie wir dies in den letzten 15 Jahren auch bei den Diagnosis Related Groups in Amerika oder Australien gesehen haben. Am Ende wird aber die Verwaltung eines solchen Systems teurer sein, als die Behandlung der Patienten selber. Knappe Ressourcen werden vermindert und Ungerechtigkeiten werden immer wieder neue Wege finden. In einem solchen System, wie es momentan vielen Politikern – auch in den Reihen der deutschen Sozialdemokraten – vorschwebt, wird soziale Gerechtigkeit ein reines Lippenbekenntnis sein.

Eine besondere Gefahr liegt in der Tatsache, dass ein solches System selbst eskaliert: Gesetzliche Krankenversicherungen, also Sozialversicherungen, die wie Unternehmen agieren und in einem Wettbewerb operieren, müssen entsprechend den Grundgedanken des gemeinsamen Marktes dereguliert werden. Das heißt, sie müssen dann wie andere Versicherungen am Markt operieren und am Markt bestehen. Es zeigt sich, dass der Gedanke, die soziale Sicherung und damit die Entscheidung, die Gesetzliche Krankenversicherung aus dem Markt heraus zu nehmen, sowie dies Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts gemacht worden ist, völlig korrekt war. Die Fiktion, dass ein freier Markt ein sozial gerechter Markt sein könnte, lässt sich durch nichts belegen. Im Gegenteil: Es gibt genügend Beispiele dafür, dass gerade das Gegenteil zutrifft. Die Nationalstaaten in Europa müssen sich also der Frage stellen, ob sie ihre Gesundheitswesen weiterhin als Teil



Dr. med. Otmar Kloiber

ihrer Sozialwesen verstehen wollen. Und wenn sie diese Frage mit „Ja“ beantworten, werden sie die Systeme mit sozialen Kompetenzen und einer klaren Abgrenzung zum freien Markt versehen müssen. Natürlich werden Wirtschaftlichkeit, Qualität, die Äquivalenz von Leistung und Bezahlung und die grenzüberschreitende Zusammenarbeit wichtige Prinzipien sein, doch die Gestaltung der sozialen Dimension braucht im vereinten Europa einen eigenen Stellenwert gleichwertig zum und unabhängig vom Binnenmarkt in Europa.

Die Ausprägungen der einzelnen nationalen Gesundheitssysteme wird allerdings nur dann eine Chance haben, wenn sich dokumentieren lässt, dass die Menschen in Europa, unabhängig vom Ort ihrer Geburt und ihres Wohnortes zukünftig gleiche oder ähnliche Chancen haben, ärztliche Prävention, Behandlung und Rehabilitation zu erhalten. Die Entscheidung, ob die ärztliche Arbeit in Zukunft rein kommerziell und am Profit ausgerichtet wird oder ob Ärzte in einem freien Beruf Partner der Patienten bleiben werden, liegt nicht in der Hand der Selbstverwaltung. Dies ist eine Entscheidung, die unsere Parlamente zu treffen haben, nur ist es bedauerndswert, dass die Parlamente dies bisher offenbar noch nicht erkannt haben.

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. med. habil. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer
Dr. med. Otmar Kloiber
Dezernat der Bundesärztekammer
Herbert Lewin-Straße 1 - 5, 50931 Köln