

# Die Europäische Erweiterung aus ärztlicher und berufspolitischer Sicht

Meißen  
13. September 2003

## Verteilungsgerechtigkeit als Kernfrage im Miteinander der europäischen Gesundheitssysteme

Vielleicht wird es noch Ende dieses Jahres bei der Tagung des Rates der Europäischen Union in Rom eine erste gemeinsame europäische Verfassung geben, die friedlich 25 europäische Staaten zu einer Gemeinschaft mit einem gemeinsamen Wertekanon macht.

Eine gemeinsame Verfassung wird mehr sein als nur ein neues Vertragswerk. Sie wird die Kerngedanken der bürgerlichen Staatsordnungen, die seit der französischen Revolution „Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit“ lauten, über die Grenzen der Mitgliedsländer stellen.

Und auch wenn wir kulturell und in unseren Wertvorstellungen nahe beisammen liegen, so werden doch die erheblichen ökonomischen Unterschiede die Gleichheit der Bürger in der Union in Frage stellen. Jedoch was wäre ein Union wert, wenn wir nicht das Prinzip der Brüderlichkeit oder moderner: der Solidarität beachten wollen? Aber gerade wegen der erheblichen Unterschiede zwischen den Mitgliedsnationen wird das Prinzip der Solidarität zwischen den Menschen und den Nationen eine große Herausforderung darstellen. Eine Herausforderung gleichermaßen an die, die geben sollen – weil sie teilen werden müssen –, wie an die, die erhalten (bekommen, empfangen) wollen, weil sie maßvoll sein müssen und weil der Wert von Leistung nicht untermindert werden darf.

Selbst wenn es in Rom noch nicht zu einem gemeinsamen Verfassungsentwurf des Rates



Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe

kommen sollte, so wird alleine die Gewährung der so genannten „Grundfreiheiten“ für Bewegung sorgen. Denn ungeachtet einer zu schaffenden europäischen Verfassung hat die Gewährung der bisherigen vertraglichen Grundfreiheiten, der Freiheit des Kapital-, Waren- und Dienstleistungsverkehrs, sowie des freien Verkehrs der Personen zwischen den Mitgliedsstaaten dazu geführt, dass auch die Ausgestaltung der Gesundheitswesen durch die enge Verflechtung in der Europäischen Gemeinschaft massiv beeinflusst wird.

Bereits vor dreißig Jahren war in der damaligen Gemeinschaft von sechs Mitgliedsländern (Belgien, Deutschland, Luxemburg, Frankreich, Italien und die Niederlande) die Notwendigkeit erkannt worden, dass nach der zunehmenden Öffnung der Grenzen nicht nur Dienstleister und Arbeitnehmer in andere Länder gingen, sondern „Menschen“. Sie nahmen ihre sozialen Probleme und Bedürfnisse über die Grenzen mit.



Dr. Otmar Kloiber

Damals wie heute waren und sind die nationalen Mitgliedsländer nicht bereit, ihre Sozialsysteme zu harmonisieren, d.h. zur vereinheitlichen. Auch der vorliegende Verfassungsentwurf des Konvents sieht keine Kompetenz der Europäischen Union für die Gesundheitssysteme der Mitgliedsländer vor. 1971 verständigte man sich daher auf eine „Zusammenarbeit“ der Sozialsysteme. Und damit dies funktionierte, schuf man die so genannte „Konvergenz“ der Sozialsysteme: Mit der Verordnung 1408 von 1971 wurde eine rudimentäre Zusammenarbeit der Sozialsysteme bei Wanderarbeitnehmern, aber auch die Versorgung von Urlaubern aus den Mitgliedsstaaten, zum Beispiel bei Notfällen oder bei geplanten elektiven Eingriffen, geregelt.

Gerade in den letzten Jahren hat sich allerdings der Gedanke durchgesetzt, dass Bürger ihre Freiheiten auch im Gesundheitswesen wahrnehmen wollen: Mit den Urteilen in den Fällen „Kohll“ und „Decker“ stellte der Euro-

päische Gerichtshof 1997 grundsätzlich klar, dass ärztliche Dienstleistungen oder Heil- und Hilfsmittel, für die es eine Kostenerstattung im Rahmen der Sozialversicherung gibt, auch in einem anderen EU-Land eingekauft werden können.

Gleichwohl hat der Europäische Gerichtshof in späteren Urteilen zur stationären Versorgung dem eigenmächtigen Einkaufen von Krankenhausleistungen einen Riegel vorgeschoben. Er hat damit die Notwendigkeit einer staatlichen Planung für die Versorgung mit einer Krankenhausinfrastruktur bejaht und gleichzeitig die Grenzen des gemeinsamen oder besser des freien Marktes aufgezeigt.

Dabei hat es sich der Europäische Gerichtshof keineswegs leicht gemacht. Auch in diesem gegen die Bürger strengen Urteil erkennt der Europäische Gerichtshof das Recht auf eine Krankenhausbehandlung im Ausland an, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind – besonders, wenn die Behandlung daheim nicht erbracht werden kann.

Die Urteile in den Fällen Kohll und Decker erregten zuerst eine heftige Ablehnung bei den meisten Regierungen und auch bei den meisten Verbänden. Auch wir haben diese Urteile kritisiert, weil wir damals wie heute der Meinung waren und sind, dass das Europäische Recht durch eine ordentliche Legislative und nicht durch den Gerichtshof gemacht werden soll. Inhaltlich haben wir uns mit dem Urteil inzwischen aber mehr als abgefunden – wir halten es schlicht und einfach für richtig.

Eines der Prinzipien, für das wir immer eingetreten sind, ist die freie Arztwahl. Wenn wir als Ärzte für uns in Anspruch nehmen, grenzüberschreitend tätig sein zu dürfen, und, wenn wir uns in anderen Ländern niederlassen wollen, dann kann doch auch die freie Arztwahl nicht an der Grenze zu Holland, Polen oder Dänemark aufhören.

Es wird zur Alltäglichkeit werden, Dienstleistungen und Warenverkehr mehr und mehr im Ausland in Anspruch nehmen zu wollen, und nichts wird das verhindern.

Aber ganz so rosa ist das Bild nicht:

Das Gesundheitswesen – und das soll hier nicht bestritten sein – ist ein Markt. Aber es ist kein gewöhnlicher Markt und das herrschende Prinzip kann nicht die so genannte „Freie Marktwirtschaft“ sein. Sehen wir einmal von Randerscheinungen wie der ästhetischen Chirurgie oder von Luxusleistungen im

Krankenhaus ab, dann haben weder Patienten noch Ärzte die nötige Freiheit, in diesem Markt als Käufer oder Verkäufer autonom zu handeln.

Die einen sind als Patienten nicht selten in Not oder Bedrängnis und müssen auf die korrekte und damit nicht Profit orientierte, gleichwohl professionelle Haltung des Arztes vertrauen. Die anderen sind als Ärzte dazu verpflichtet, ihre eigenen Interessen und vor allem ein Gewinnstreben hinten anzustellen. Mir ist wohl bewusst, dass letzteres ein Ideal ist, welches bei weitem nicht immer erreicht wird. Aber es ist immer noch das Modell, zu dem wir uns verpflichtet fühlen und nach dem wir streben sollten.

Beide, Patienten und Ärzte, sind aber zunehmend von Versicherungen abhängig, die teils gewollt, teils durch Verschulden der Politik ihren Charakter als Sozialversicherungen verloren haben. An den Veränderungen der Sozialversicherungen wird die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens besonders deutlich: In einen Wettbewerb gegeneinander gestellt, agieren sie nicht mehr als Sozialversicherungen, sondern wie Profit orientierte Versicherungen. Sie buhlen um gute Risiken, das heißt sie werben mit viel Geld um junge und gesunde Versicherte. Sie versuchen schlechte Risiken loszuwerden – kranke Menschen stören die Bilanzen. Und natürlich wollen sie nicht mehr mit der verfassten Ärzteschaft kollektive Verträge abschließen.

Und an dieser Stelle kommt von Seiten der Versicherungen immer mehr das Argument in die Debatte, dass man gerne auch im Ausland Leistungen einkaufen möchte. Hin und wieder bekommt man sogar den Eindruck, die Krankenkassen wünschten sich, die Kommission möge die Krankenkassen zur internationalen Ausschreibung von Leistungen zwingen. Nun werden Sie, meine Damen und Herren, vielleicht denken, es handele sich lediglich um ein nationales Problem. Dennoch möchte ich Ihnen kurz zeigen, dass die Anwendung des europäischen Wettbewerbsrechts auf den Sozialbereich – und hier auf die Krankenversicherung – erhebliche Auswirkungen haben wird:

Lassen Sie mich dies am Beispiel der Endoprothetik darstellen:

Vor kurzem hat Herr Missfelder, ein junger Politiker aus der Christdemokratischen Union, das Unerhörte ausgesprochen: Alten Menschen sollten die gesundheitlichen Leistungen begrenzt werden. Genannt wurde das Beispiel

der Endoprothesen, die ab einem festzusetzenden Alter nicht mehr eingesetzt werden sollten. Und während so gut wie alle Gesundheitspolitiker – egal von welcher Partei – versprochen, dass ihnen niemals eine solche Rationierung von Gesundheitsleistungen in den Sinn käme, führt der von denselben Gesundheitspolitikern geforderte Wettbewerb im Gesundheitswesen genau zu diesen Rationierungen:

Wenn Sie zum Beispiel Hüftgelenksendoprothesen in einem Krankenhaus oder in den Krankenhäusern einer Region für alle Patienten vorhalten wollen, egal ob sie elektiv oder als Notfälle in eine Klinik kommen, so sind die Vorhaltekosten wesentlich höher, als wenn nur elektive Eingriffe durchgeführt werden. Elektive Eingriffe sind planbar, sie können auf wenige Zentren in einer großen Fläche konzentriert werden, sie sind vergleichsweise risikoarm und leichter standardisierbar. All das macht elektive Operationen vergleichsweise billig. Elektive Eingriffe können obendrein noch auf relativ junge Patienten – zum Beispiel solche, die noch im Erwerbsleben stehen – beschränkt werden, was die Endoprothetik noch einmal deutlich billiger macht.

Bis jetzt werden in Deutschland alle Patienten mit Endoprothesen versorgt, die sie aus medizinischen Gründen brauchen. Das Alter alleine ist dabei genauso wenig eine Frage wie der Erwerbsstatus des Patienten.

Das ist bei weitem nicht in allen EU-Ländern der Fall. Und natürlich sind Endoprothesen dort billiger, wo man die Endoprothetik zum Beispiel alten Menschen vorenthält und sie nur elektiv einsetzt. In solchen Ländern können die meisten Endoprothesen elektiv verabreicht werden.

Wenn dann allerdings die Krankenkassen ein Kontingent von elektiven Operationen im Ausland einkaufen möchten, werden die Notfalloperationen, zum Beispiel die, die sie bei alten Patienten mit Schenkelhalsbrüchen durchführen müssen, sehr teuer werden. Die Vorhaltung solcher Operationen wäre nicht mehr möglich und ein Rationierungsdruck würde entstehen. Rationierung kann man mit Hilfe der internationalen Zusammenarbeit vortrefflich verstecken.

Es ist, meine Damen und Herren, das Versagen der Politik, unseren Sozialstaat vernünftig zu führen und zukunftsfähig zu gestalten. Dies ist kein Fehler der Europäischen Union! Im Gegenteil: In der zunehmenden Migrationsfreiheit der Patienten liegt auch eine Antwort auf

Rationierungsversuche von Regierungen oder Versicherungen.

Für die Patienten sind es nämlich gerade die unterschiedliche Ausgestaltung und der unterschiedliche Leistungsumfang von Gesundheitswesen, die sie zur Migration bewegen: Konkret ist es in vielen Fällen das Nichtangebot oder die Verweigerung von Leistungen durch die Träger der Krankenversicherung in EU-Mitgliedsländern, die bei den Patienten den Wunsch oder die Notwendigkeit entstehen lassen, eine Leistung im Ausland nachzusuchen.

Auch wenn der Europäische Gerichtshof für die stationäre Behandlung den Zustimmungsvorbehalt durch die Krankenversicherung oder das nationale Gesundheitswesen bestätigt hat, so ist doch gleichzeitig die Frage der Zugangsgerechtigkeit aufgeworfen worden. Und es ist auch klar geworden, dass nationale Grenzen nicht mehr als Hilfsinstrumente der

Rationierung und der Ungerechtigkeit missbraucht werden können.

Die Migration wird mithin zu einer Frage der Zugangs- oder, umgekehrt betrachtet, der Verteilungsgerechtigkeit von gesundheitlichen Leistungen innerhalb der Europäischen Union. Die Frage der Verteilungsgerechtigkeit und hier insbesondere der Zugang zu medizinischer Versorgung und damit auch die Frage nach dem Niveau der medizinischen Versorgung sind aus der europäischen Politik nicht mehr wegzudenken. Und ob uns dies gefällt oder nicht, aus dieser Problematik heraus wird ein Harmonisierungsdruck entstehen.

Vor dem Hintergrund der Ressourcenbegrenzung entsteht damit ein Spannungsbogen, für den wir in den nächsten Jahren gemeinsame Antworten finden müssen. Und es wäre zu wünschen und zu hoffen, dass die Konsequenzen nicht mit einer Leistungsverschlechterung und

nicht unter Aufgabe der sozialen Gerechtigkeit geschehen.

Der europäische Zusammenschluss aber hat zu keinem Zeitpunkt unsere Sozialsysteme, unsere Gesundheitswesen, unseren Wohlstand oder unsere Freiheit gefährdet – das, meine Damen und Herren, haben wir stets selbst getan. Es wäre Zeit, dies einzusehen.

Der Vortrag wurde von dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, und Herrn Dr. med. Otmar Kloiber, Stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, am 13. September 2003 auf dem 2. Deutsch-polnischen Symposium in Meißen gehalten.

Korrespondenzadresse:  
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe  
Präsident der Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Straße 1, 50931 Köln  
joerg-dietrich.hoppe@baek.de