

Europa und das deutsche Krankenhaus als Teil des nationalen Gesundheitswesens



Günter Danner, Stellvertretender Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel.

Einwirkungen der Europäischen Union (EU) auf das deutsche Gesundheitswesen zwischen Dauerreform, Wachstumshoffnungen und Subsidiaritätsgebot.

„Gesundheitsstandort Deutschland“

Als zentraler Akteur des nationalen Gesundheitswesens steht das Krankenhaus in mehrfacher Hinsicht im Zentrum der Aufmerksamkeit. Dies geht weit über den Ausgabenanteil für stationäre Krankenhauspflege als Anteil an den Gesamtausgaben des Systems hinaus und umfasst unter Einbeziehung der Finanzierungsmodi, der Einkaufs- und Vergabepraktiken sowie sämtlicher ökonomischer Bezüge dessen gesamte Aktivitäten. Bislang unbestritten ist das Krankenhaus zwar Teil des national „geregelten“ Gesundheitsmarktes, aber ebenso gut Akteur zu europarechtlich oft komplizierten Bedingungen. Neue Einflüsse reichen dabei über die Schlagwörter „Beihilferecht“, „Wettbewerb“ und „Dienstleistungserbringung“ hinaus. Sein Schicksal ist dennoch nicht von demjenigen des flankierenden Sozial- und Wertsystems zu trennen. Wächst dementsprechend der Sparzwang auf das System in toto, so sind die Krankenhäuser rasch in der ersten Linie der Betroffenen. Ergänzend treten eher nationale Parameter hinzu. Dazu zählen unter anderem die Veränderungen in der Vergütung mit dem Ziel eines den Preis beeinflussenden Wettbewerbs, die Konkurrenz der Trägerschaft – privatökonomisch, öffentlich-rechtlich oder

frei gemeinnützig – sowie der Aktivitätenkatalog. Letzteres meint vorwiegend die hochkomplexe Differenzierung zwischen Akutversorgung oder Rehabilitation. Letztere findet mangels sozialrechtlicher Entsprechung in vielen EU-Staaten keine Anknüpfungspunkte. In Zeiten einer Wertstandardisierung nach Art der „Offenen Methode der Koordinierung“ (OMK) ein nicht eben geringes Risiko. Im Zuge der europarechtlichen Entwicklungen ist die grenzüberschreitende Nachfrage, unter gewissen Prämissen regelhaft ambulant und zustimmungsbedürftig, auch stationär möglich. In ihrem Entwurf für eine neue Richtlinie zu Gesundheitsdienstleistungen sieht die Kommission das Hospital in einer zentralen Position. Gerade unter regionalpolitischen Aspekten ist das Krankenhaus zudem als essenzieller Teil der lokalen Daseinsfürsorge ein Politikum sui generis. An Konflikten fehlt es hierbei keineswegs: Der politisch als die logische Folge von EU-seitig geförderten Wachstumsbemühungen betrachtete allgemeine Sparzwang im Sozialen prägt die nationalen Reformagenden. Dabei erfährt das deutsche Gesundheitswesen oft eine pauschal negative Bewertung gerade aus den eigenen Reihen bzw. der nationalen Politik, die ihm so oft ganz und gar nicht zusteht. Statt eines „Markenzeichens“ für den ‚Gesundheitsstandort Deutschland‘ – einfach auf den Horizont eines Bundeslandes herunterzubrechen

– vermitteln wir oft Zweifel, Uneinigkeit der Akteure, selbst in einem Lager, teilweise kleinräumige Stellungskämpfe. Derweil läuft der europäische Entnationalisierungsprozess, weitgehend unbemerkt, seinen ebenfalls nicht stets geraden Weg. Statt „Subsidiarität“ soll künftig mehr „Dialog“ – eigentlich immer eine feine Sache – dafür sorgen, dass es morgen weniger Tabuzonen supranationalen Handelns gibt als heute.

Blick über die Grenzen

Ein Blick ins Detail lohnt sich für nahezu jeden, der im Gesundheitswesen Verantwortung trägt. Nur mit einer neuen Strategie und über traditionelle Lagergrenzen hinweg dürfte sich die besondere Qualität Deutschlands auch für die berechenbare Zukunft zumindest erhalten lassen. Allerdings mit einer Politik neuen Stils und anderer Qualitäten.

Im Zeitalter einer entfesselten Globalisierungsdiskussion wirken die national in großer Vielfalt angestellten Bemühungen zur Zukunftssicherung des Sozialschutzes nicht immer überzeugend. Die gesellschaftlichen Veränderungen, die auf die Zukunft des Sozialschutzes Einfluss nehmen, zeigen sich dabei, insbesondere durch ihr Abgekoppeltsein vom National-



Delegierte und Gäste lauschten interessiert dem Impulsreferat von Günter Danner.

staat, der traditionellen Ebene sozialpolitischen Handelns, von nachhaltiger Wirkung. Im Dilemma zwischen Tradition und Moderne sucht der Sozial- und Gesundheitsschutz in Gänze eine neue gesellschaftliche Legitimation und zugleich neue Antworten auf zahlreiche essenzielle ökonomische Fragen. Auf EU-Ebene gibt es derzeit kein Mandat, um konstruktions- und ablauftechnische Fragen des Sozialschutzes ohne Konsens der Mitgliedsstaaten zu regeln. Zudem wurde gerade in jüngster Zeit die „deutsche Neigung“ zu „Subsidiarität“ vom Kommissionspräsidenten kritisch bewertet. Im Prinzip ist diese schwach begründete Brüsseler Zuständigkeit durchaus vorteilhaft, da eine Strukturharmonisierung derzeit nur auf dem kleinsten gemeinsamen makroökonomischen Nenner möglich wäre. Schon früher, in der Divergenz zwischen Griechenland und Deutschland ein unmögliches Unterfangen, wird eine solche Umstrukturierung durch die laufende EU-Erweiterung vollends unrealistisch. Schon ohne die Türkei sind mit Rumänien und Bulgarien durchaus problematische sozialrechtliche Realitäten mit dabei. Andererseits besteht durch die strukturelle Unterschiedlichkeit und die höchst verschiedenen relativen Grade an Großzügigkeit der einzelnen nationalen Systeme die Gefahr eines Wettlaufes nach unten mit dem Ziel der Schaffung optimaler Standortbedingungen für Direktinvestitionen zur Behebung

der nach wie vor prekären Arbeitsmarktlage in nahezu allen EU-Staaten. Ebenfalls könnte das zahlenmäßige Übergewicht von Staatslösungen in den heutigen Mitgliedstaaten ein falsches Beispiel für nationale Politikformulierung im Gesundheitsbereich geben. Zugleich fehlt es an erkennbaren Konzepten, wie die Durchlässigkeit und Vernetzbarkeit der verschiedenen Systeme anders als in der traditionellen Art auf Grundlage unter anderem der Verordnung 1408/71 EWG (unter anderem Rechtsgrundlage des Auslandsberechtigungsscheines E 111) gelingen soll. Die ebenso beliebte wie regelhaft irreführende Vorgehensweise, sich genehme Bestandteile eines anderen nationalen Gesundheitsmodells als Beispiel zu suchen, verkennt die Problematik, die mit einer völligen Neudefinition des „Sozialen“ einhergehen dürfte. Überdies leben und wirken andere Systeme eben nicht aus Einzelphänomene sondern als vernetzte Welten in einem oft historisch bestimmten Kontext. Bestimmte Erscheinungsformen der Versorgungslandschaft sind in Deutschland so kaum andernorts anzutreffen: dazu zählt die Wahlmöglichkeit des Patienten aus dem Kreis der Vertragsärzte, der direkte Zugang zu höheren Versorgungsformen, ja die so genannte „doppelte“ Facharzteebene schlechthin. Derlei gibt es in keinem Staatsmodell. Auch das mit einiger Propaganda zu Jahresbeginn 2006 in die „Wettbewerbsfähigkeit“ der Kostenträger ent-

lassene niederländische Modell verzichtet auf entsprechende Reformschritte und bleibt dem klassischen Gesundheitspolitikmodell weitgehend treu. Durch staatliche Einmaltransferzahlungen von Wartelisten zunächst befreit, wird sich auf Sicht zeigen, wie die Finanzierung der Leistungen dauerhaft ohne Prämiensprünge gelingen kann. Einen nicht eben unbedenklichen Vorbildcharakter könnte dieser Systemtyp dadurch erlangen, dass er bei hohem Gleichheitspostulat (Fondsfinanzierung) spürbare Kopfprämien als zusätzliches Refinanzierungsinstrument offen einführt. Ähnliches ist in nuce zumindest auch im jüngsten deutschen Reformwerk angelegt, wenngleich sich die Politik davor hütet, ihren Wählerinnen und Wählern ergänzende Kopfpauschalen von rund 100 Euro monatlich anzubieten. Grundsätzliche Systemveränderungen könnten im Zuge der immer unrastiger werdenden nationalen Reformleidenschaft kurzfristiger verwirklicht werden, als man dies zunächst annehmen möchte. Erste Tendenzen für „mehr Brüssel“ durch die Hintertür sind unverkennbar. Brüssel, verstanden als Gemeinschaftsebene und vertreten vor allem durch die Kommission, greift vermehrt direkt und indirekt in das nationale gesundheits- und sozialpolitische Geschehen ein. Die in der Öffentlichkeit nicht durchgängig bekannte „Lissabon-Strategie“ mit ihren vorranglich wachstumsorientierten und sozialstaatskritischen Ansätzen fördert zumindest die nationale Neigung, die Kostendiskussion im Gesundheitswesen unter dem Blickwinkel der so genannten „Lohnnebenkosten“ zu führen. Deren nachhaltige Absenkung führe, nach herrschender Lesart, geradezu direkt zu so bislang trotz erstaunlicher Gewinnentwicklung in vielen Branchen nicht nachweisbaren Einstellungen.

Soziale Sicherung und Staatsdominanz

In den meisten EU-Staaten, so auch geradezu modellhaft in Großbritannien und Schweden, herrschen im Gesundheitswesen staatsnah betriebene Modelle mit Mangelsteuerung, das heißt künstlicher „Verbilligung“ durch Nachfrageversagen, vor. Dabei werden alle denkbaren Nachfragevarianten, die „objektive“ ebenso wie die patienten- oder anbieters ausgelöste Form, unterdrückt. Der Erhalt der Mangelsteuerung

setzt die Verfügbarkeit bestimmter Zwangsmittel voraus. Nicht von ungefähr kämpfen insbesondere solche EU-Gesundheitssysteme nachhaltig gegen jede Öffnung, die Wartelisten erhalten möchten oder müssen. Zu diesem Länderkreis zählen die klassischen Staaten mit Gesundheitsdiensten und weitgehend abhängig beschäftigten Anbieterstrukturen ebenso wie die vermutlich eher scheinliberalen Niederlande. Gelänge es den dort auf Listen wartenden Patienten, tatsächlich einmal im Zuge der Übertragung der EU-Freiheiten auf dieses Marktsegment ihre Bedürfnisse durch Auslandsnachfrage in eigener Zeitregie befriedigen zu können, so wäre eine Konfliktsituation gegeben. Dies ist im laufenden Jahr durch das Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) in der Rechtssache „Watts“ eindeutig passiert. Zwar vermag der National Health Service (NHS) noch das Wissen um die dort eröffneten individuellen Patientenansprüche auf administrative Bewertung der jeweiligen Wartesituation auf wenige Personen zu begrenzen, doch dürfte dies nicht dauerhaft gelingen. Im EU-Umfeld hat Staatsdominanz, etwa im Bereich des Gesundheitswesens, keineswegs für mehr Gerechtigkeit gesorgt. Im Gegenteil ist festzustellen, dass dort, wo die Mangelsteuerung besonders ausgeprägt ist, wie etwa in Großbritannien, mit einem Anteil von rund zwölf Prozent privat versicherten Personen, eine Tendenz zur Zweiklassen-Versorgung erkennbar wird. Dabei ist auch im Privatsachfragebereich – ein Blick in die üblichen britischen Privatpolicen und ihre teilweise strengen Kostenbegrenzungen macht das deutlich – von „Freiheit“ und Großzügigkeit nicht durchgängig die Rede.

Binnenmarkt und Wettbewerbllichkeit

Das gesellschaftliche Vorhalten eines breiten-zugänglichen Gesundheitssicherungssystems der Spitzenqualität für jedermann ist eine soziale Kulturleistung und entzieht sich in ihrer ethischen Dimension einer vollständigen Ökonomisierbarkeit. Ebenfalls verkannt wird die aus unterschiedlichen Ursachen resultierende stetige Verteuerung der Versorgung. Von Fehlallokationen einmal abgesehen, speist sich dieser Prozess primär aus einem Zusammenwirken aus wissenschaftlich-technischem Fortschritt in Diagnose und Therapie sowie dem zunehmenden Lebensalter und möglicherweise auch einem im Vergleich zu früheren Zeiten veränderten Verhältnis zum Kranksein. Der Gesundheitsmarkt ist bei allen Unvollständigkeiten immerhin der größte nationale Submarkt überhaupt. Er stellt zugleich standorttreu eine Vielzahl von hoch qualifizierten Arbeitsplätzen. Auch die in der vorwiegend von Kommastellen



Günter Danner zu Beginn der Diskussion neben Professor Dr. Günther Kerscher und ...

geprägten offiziellen Diskussion sollte die moralisch-ethische Komponente angemessen zum Tragen kommen, die eine Gesellschaft dazu bewegt, eine Teilhabe an hochwertiger Versorgung im Wege von sozialen Mechanismen sicherzustellen. Die Wege dorthin sind jedoch überaus umstritten: Meinen die einen, es genüge einmal mehr das Geschehen „dem Markt“ zu überlassen, so verweisen Kritiker dieser Einstellung darauf, dass nur durch breite Nachfragebefähigung der Gesundheitsmarkt sozial verschränkt existieren kann. Ein lediglich an individueller Kaufkraft ausgerichtetes Angebot wäre rasch mangels verstetigter Nachfrage sich nach Drittweltart selbst überlassen.

Weder flächendeckendes Selbstzahlertum, noch eine quantitativ der Breitenabsicherung auch nur in Ansätzen entsprechende PKV-Fähigkeit der zu versichernden Personenkreise sind realistisch. Der seit einigen Jahren zu beobachtende politische Reformkurs „Wachstum versus Sozialschutz“ hat bislang die erwarteten Wunder am Arbeitsmarkt nicht geleistet. In vernetzter Form dürfte er jedoch auf Sicht schon mangels politischer Gegenkräfte seinen gestalterischen Einfluss behalten. Am Ende eines solchen Prozesses läge die Vermutung nahe, dass die politisch gewünschten Ergebnisse, wenn sie schon nicht eo ipso eintreten wollen, per definitionem beschlossen werden. Dies ist in so genannten Staatsbewirkungsmodellen eine vergleichsweise einfache Übung. Der Staat hat hier alle Machtmittel als Gesetzgeber, Haushaltsherr, Dienstgeber der Leistungserbringer und Beschwerdestelle in eigener Sache in der Hand. Dem Versicherten bleibt der gar nicht so unwillkommene Ausweg in die Selbstzahlung oder fallweise noch zugängliche Angebote der

Privatassekuranz; wenn derartige Dinge nicht, wie in Schweden, aus Gründen der „politischen Gerechtigkeit“ außerhalb des Versorgungssystems verboten werden. Umso verwunderlicher muss die aktuelle deutsche Reform erscheinen, die unter dem strategischen Ziel einer – wie auch immer zu bewertenden – „Senkung der Lohnnebenkosten“ zu gesetzlich verfügbaren Beitragserhöhungen greift. Gleichfalls soll der „Wettbewerb“ unter anderem dadurch gestärkt werden, dass seinen Akteuren die Finanzautonomie weitgehend genommen wird. Steuerfinanzierung – als Gerechtigkeitslösung gepriesen – wird heute versprochen, morgen gekürzt und – im Fall der Finanzierung mitversicherter Kinder gar auf einen Zeitpunkt nach der anstehenden Wahl gestreckt. Wo bitte wären heute oder morgen solcherart „verbriefte“ Ansprüche notariell abzusichern? Bedauerlicherweise schweigt das seitenstarke Entwurfswerk auch beredt, wenn es um solche Schicksalsfragen geht, die sich beim Paradigmenwechsel am Beschäftigungsmarkt und der demografischen Entwicklung stellen. Stattdessen wird die dem politischen Tageskalkül wesentlich ausgesetzte Steuerfinanzierung des akuten Beschaffungs- und Bewirkungsgeschehens als Allheilmittel empfohlen. Einmal abgesehen davon, dass nahezu alles im Gesundheitswesen im neuen System teurer würde, droht die Gefahr, dass es für die Mehrheit der Bevölkerung auch schlechter wird. Wie schließlich die Koalitionäre die mit der Fondseinführung 2009 verbundenen Beitragsatzsprünge im Wahljahr ihrer ohnehin schon irritierten Wählerschaft vermitteln möchten, ist völlig offen. Neben Absurdem enthält das Reformwerk auch durchaus beachtliche Elemente. Systemtechnisch zeigt jedoch die Vergangenheit, dass solche Insellö-



... anschließend neben Staatsminister Dr. Otmar Bernhard.

sungen in einem nicht stimmigen Ganzen kaum etwas bewirken können. Es ist geradezu rätselhaft, dass ein solches gesetzgeberisches Ausloten gemeinsamer theoretischer Positionen sich eigentlich widersprechender Lager samt dem fragwürdigen Produkt dann auch noch zur „Chefsache“ gemacht wurde. Stattdessen hätte sich staatsmännisches Handeln profilieren können, wenn im Lichte höherer Verantwortlichkeiten ein gesetzgeberischer Hybrid gegebenenfalls hätte gestoppt werden können.

Politische Gemeinsamkeiten als ungeordnete Zufallsmengen helfen eben nicht, wenn das handlungsleitende strategische Interesse nicht mehr erkennbar ist. Vermutlich begrenzte sich die „Chefsache“ auf den anzustrebenden partei- und lagertaktischen Formelkompromiss. Nicht das „Was“, sondern das „Ob“ stand bei dieser Reform im Vordergrund.

An und für sich ist Gesundheitspolitik in nahezu allen EU-Staaten nicht eben durchweg politische „Chefsache“ und nur selten geeignet, Wahlsiege zu garantieren. Dies unterstreicht die Gefahren, die sich für das System aus einer wesentlichen oder ausschließlichen Steuerfinanzierung ergäben. Im Wettlauf mit Staatsfinanzen fordernden „übergeordneten“ Prestigeprojekten im Spektrum zwischen Militäreinsätzen am Hindukusch, im Kongo oder zusätzlichen Finanzopfern für Brüsseler Scheinharmonie wären die Prognosen eher ungünstig. Ähnliches gilt für Strukturreformen, bei uns und andernorts oft verstanden als Schatzsuche nach neuen Finanzquellen, weitgehend abgekoppelt vom sozialmedizinischen Wirkungsziel. Entsprechend vielfältig und teilweise wirkungsarm ist die durch partielle politische

Anstrengungen ausgelöste regelmäßige Suche nach reformfähigen Teilaspekten. Der unterschiedliche Wirkungshorizont zwischen einer Legislaturperiode und makroökonomischen Eingriffen in ein hochkomplexes Allokationssystem tut ein Übriges um nachhaltige politische Erfolge rar sein zu lassen. Statt heikler Definitionen des moralischen Wertes von Behandlung erfolgt dann eine Neuauflage des Modellbaus bei der Finanzbewirkung. Jeder darf Vorschläge machen, von der zwangsläufigen Verbindung zum Versorgungsziel und der letztendlichen Rationierungsverantwortung wird diskret geschwiegen. Derlei Abstrakta sind zudem „koalitionsfähig“ – jeder darf sich einbringen. Werte und die Bestimmung von Versorgungsgrenzen hingegen gelten als vermintes Feld.

Europa für die Patienten?

Soziale Sicherungssysteme werden sich zukünftig vermehrt danach fragen lassen müssen, ob der für sie getriebene Aufwand sich für den Einzelnen tatsächlich auszahlt. Kriterien wie beispielsweise „Verfügbarkeit“, „Qualität von Leistungen“ und „Innovationsvermögen“ können dabei eine Betrachtung ersetzen, die vorwiegend auf den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) fixiert ist und somit Deutschland nicht eben durchweg positiv bewertet. „Performanz“, vielleicht auch „Wahloptionen für Patienten“ im Sinne des gelegentlich viel strapazierten „patient empowerment“ werden somit neben einem theoretischen Gerechtigkeitspostulat ein wahrscheinliches Kriterium zur objektiven Bewertung solcher gesellschaftlicher Anstren-

gungen. Mit einem Mehr an Wettbewerbsfähigkeit in allen Lebensbereichen geht vermutlich ein gesellschaftlicher Wertewandel einher, der hohe Effizienz und eine klar nachweisbare vorteilsstiftende Wirkung höher bewertet, als das weitgehend abstrakt formulierte Gleichheitsideal eines staatlichen Gesundheitsdienstes, das zudem Gerechtigkeitsdefizite auslöst. In keinem EU-Mitgliedstaat, nicht einmal in Großbritannien, ist jedoch eine Komplettderegulierung bestehender Steuerungselemente und ordnungspolitischen Leitvorstellungen mit dem Ergebnis wahrscheinlich, das der kranke Mensch als „unvollständiger Marktteilnehmer“ in Eigenregie auf Suche nach ihm ökonomisch möglicher Bedürfnisbefriedigung gehen muss. Konsequenterweise wird ein wesentlicher Teil der heute in allen Gesundheitswesen anzutreffenden Ordnungs- und Steuerungselemente bestehen bleiben müssen. Die Suche nach „best practice“ Lösungen, das heißt auch nach einer stringent verbesserten Zielführung der immerhin nicht unbeträchtlichen investierten Mittel, dürfte an Bedeutung gewinnen. Im Konzert der EU-Gesundheitssysteme steht Deutschland mit seinen – trotz aller Einwirkungen und Mängel – noch immer relativ höheren Freiheitsgraden ziemlich allein. Im Lichte der sich abzeichnenden neuen EU-Politik einer „offenen Koordinierung“ nationaler Politikformulierung sind gerade in einem selbstverwalteten Modell alle Akteure gefragt, an der Formulierung geeigneter Benchmarks mitzuwirken. Die Außenwirkung unseres Gesundheitswesens wird ganz wesentlich davon bestimmt, welche Schlüsselbotschaften vermittelt werden. Selbst wenn wir das jüngste WHO-Ranking getrost niedriger bewerten können als vielleicht geschehen, sind bei uns Allokations- und Strukturmängel unübersehbar. Die auf alle Marktakteure einwirkenden strukturellen Veränderungszwänge berühren jeden Einzelnen, teilweise mit großer Vehemenz. Wenn es gelingen soll, das deutsche Gesundheitswesen im Unterschied zum EU-Schnitt staatsfern zu erhalten, sind erhebliche gemeinsame Anstrengungen der verschiedenen Beteiligten unumgänglich. Unterbleibt dies, so laufen auch wir Gefahr, aus Einigungsunvermögen der unmittelbar Betroffenen den Staat zur Problemlösung im Anordnungs- und Rechtssetzungsweg zu bewegen. Gerade das Beispiel Frankreichs zeigt, dass eine solche Entwicklung ernsthaft niemandem, weder dem Kranken noch dem Arzt oder dem Krankenhaus, wirklichen Gewinn brächte. Deutschland braucht neben Schnittmengen gemeinsamer Interessen und ergebnisorientierter Reformbereitschaft ebenfalls mehr Mut, eigene Besonderheiten geschickt und effizient in das Binnenmarktgeschehen einfließen zu lassen. Gelingt dies, so könnte unser System – die jüngsten Patientenentsendungen aus Norwegen zeigen

dies – für manche und manches im Ausland Vorbild sein. Dazu bedarf es nachhaltiger eigener Überlegungen und Anstrengungen. Statt eines oft unwilligen Musterschulertums in Brüssel – man mag es zwar nicht, möchte aber doch gelobt werden – wären kristallklare eigene Positionen dringend erforderlich. Dies gilt für die Mehrebenenstrategie der Kommission im Bereich Gesundheitspolitik/Sozialschutz/Gesundheitsmarkt ebenso wie für die Bewahrung noch vorhandener relativ höherer Freiheitsgrade des deutschen sozialen Gesundheitswesens im Vergleich zum EU Durchschnitt. Mit der jüngsten – so ungewöhnlichen – Kritik am Subsidiaritätsbegriff verbinden sich neue Brüsseler Vorstellungen über Mitgestaltungsbereiche, die eigentlich national zu regeln sind. Der nunmehr

vorliegende Entwurf einer neuen Richtlinie für Gesundheitsdienstleistungen gehört in eben diese Kategorie. Mit den Bereichen „gemeinsame Prinzipien in allen EU-Systemen“, der Definition der Anspruchsgrundlagen inländischer Patienten auf Behandlung im Ausland und dem weitgefassten Bereich der EU-Gesundheitskooperation werden alle Bereiche angesprochen, die künftig systemgestaltend bedeutsam sind. Mit der, auch bei uns als scheinbarer Schutz vor weiteren EuGH-Urteilen gern verteidigten neuen Richtlinie – käme sie denn – wäre Brüssel eigentlich an allen künftigen nationalen Systemfragen beteiligt. Wo bleibt da die Subsidiarität? Ginge es nur darum, inländischen Patienten Rechte gegen ihr eigenes nationales System zu verbiefen, so ist eine

Richtlinie kaum erforderlich. Deutschland regelt dies im Sozialgesetzbuch V (SGB V) ohne Grauzonen. Zusätzliche Verknüpfungen – etwa in bestehende Koordinierungsvorschriften – wären ebenso als weniger „politische“ Ebene denkbar, als es eine Richtlinie ist. An verschiedenen Stellen des Textes wird auch von viel weitergehenden Systemdeterminanten, etwa der finanziellen Nachhaltigkeit, gesprochen. Da zeigt sich, worum es eigentlich gehen dürfte. Übrigens dürfte der EuGH weiterhin Einzelfallentscheidungen in umfassender Auslegung der EU-Rechtsmasse vornehmen. Auch hier wäre also eher wenig gewonnen.

Es gilt das gesprochene Wort!

Zeit zum Nachdenken und Vorausschauen

Thesen von Günter Danner zur Innovationskraft, Zukunftsbeherrschung und dem Status quo in der Gesundheitsversorgung von EU-Staaten

Makroökonomische Problembeherrschung

These 1:

Die nationale Politik ist in rasant sinkendem Umfang handlungskompetent in wesentlichen sozialökonomischen Zukunftsfragen. Zugleich ist die EU als supranationale Ebene demokratisch schwach legitimiert, bürgerfern und weitgehend unkontrolliert. Es droht ein nationalpolitisches Nacheilen um weitgehend widersprüchliche Ziele zu bedienen. Die Sozialsysteme geraten in Gefahr, zwischen die Fronten zu geraten.

Gesundheitsversorgung, Teilhabegebot und Innovationskraft der EU-Systeme

These 2:

„Gesundheit“ wird an politischer und ökonomischer Bedeutung zunehmen. Der wissenschaftliche Fortschritt erschließt laufend neue Optionen in Diagnostik und Therapie. Erst das sozialrechtliche Teilhabegebot lässt jedoch nicht zur Privatzahlung befähigte Per-

sonengruppen im Wege solidarischer Finanzierungsmodelle davon profitieren. Das politische Problem besteht somit primär in dem derzeit nationalen Politikformulieren, das dies in allseits befriedigender Weise ökonomisch tragfähig sicherstellen soll.

These 3:

Innovationen in der Versorgungsorganisation in höchstmöglicher Nähe zu den davon tatsächlich Betroffenen, gewinnen erheblich an Bedeutung. Sie erfordern jedoch neben effizienter dezentraler Handlungskompetenz und Bürokratieferte oft zusätzliche Mittel am Anfang neuer Entwicklungen. Angesichts oft unzureichender Finanzausstattung, hoher Abhängigkeit der Kostenträger vom Staat und schwankender politischer Priorität des sozialen Gesundheitswesens drohen Engpässe mit negativen Folgen. Zwar ist die medizinisch-wissenschaftliche Dimension weitgehend grenzüberschreitend, die Abhängigkeit von Systemeinwirkungen, jedoch völlig unterschiedlich. Brüssel sucht nach vermittelbaren Formelkompromissen in oft basisfernen Elitezirkeln. Dies erreicht die Bürgerinnen und Bürger, wenn überhaupt nur dort, wo – wie in Euregios – ein praktischer Wert erkennbar wird.

These 4:

Die EU hat kein politisches Mandat zur Mitgestaltung von nationalen Sozialsystemen. Sie strebt aber eine indirekte Mitgestaltung auf verschiedenen Ebenen an. Dies erfolgt etwa durch die Marktverknüpfung und das Wettbewerbsrecht, die Standardisierung von Qualifikationen, die mehrschichtigen Aufforderungen zur gemeinsamen Wertdefinition nach Art der Offenen Methode der Koordinierung. Angesichts des erheblichen realen Gefälles zwischen den Mitgliedsstaaten sind Harmonisierungen nur auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner möglich, jedoch politisch nicht vermittelbar. Binnenmarktrecht und Einzelfallentscheidungen des EuGH haben zusätzliche Verknüpfungen geschaffen, auf die viele nationale Systeme nach Antworten suchen.

These 5:

In den zahlreichen Welten einer Mangelsteuerung – etwa sämtlicher steuerfinanzierter Staatssysteme in der EU – wirken die durch den EuGH erschlossenen ergänzenden Patientenrechte als Bedrohung. Aus Sicht der wartenden Patienten werden alternative Lösungen geboten, die auch die national Verantwortlichen zu Veränderungen zwingen. Es ist nur folgerichtig,

dass in einer schattenwirtschaftlichen Versorgungswelt innovative Organisationsformen der Krankenbehandlung eher ein abgehobenes Kongressthema darstellen. Tritt die EU, wie jüngst im Entwurf für eine Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie, hier als Wahrer der Bürgerinteressen auf, könnte Brüssel gegenüber subsidiären Regelungen Boden gewinnen, ohne Systemverantwortung tragen zu müssen.

Nationale politische Handlungskompetenz im makroökonomischen Großraum EU

These 6:

Auf der Suche nach strukturellen Veränderungen in komplexen Sicherungssystemen vermeiden aktuelle nationale Reformen die Beantwortung elementarer Schlüsselfragen, etwa der mittel- und langfristigen Veränderung der Refinanzierungsgrundlage des Staates überhaupt. Demografie beeinflusst Steuereinnahmen, wie Beitragslasten. Sie suchen in hektischen parteiübergreifenden Formelkompromissen die Illusion einer Problembeherrschung zu vermitteln, wo diese oft kaum mehr besteht.

These 7:

Gesundheitspolitische Zukunftsfragen, verstanden als volkswirtschaftlich standortrelevante Teilhabe breiter Bevölkerungskreise an den künftig aufwändigeren Segnungen des Gesundheitsmarktes, werden vielfach aus taktischen arbeitsmarktlichen Erwägungen betrieben. So sollen sinkende „Lohnnebenkosten“ – ein so nur bei uns geläufiger Modebegriff – zu Einstellungen führen, wo fehlendes Wachstum und Verlagerungen von Produktionsstätten das Gegenteil fördern. Je mehr der Staat hier unmittelbar regelt und betreibt, desto riskanter für die künftige Gesundheitsrealität. Gesundheitspolitik braucht ureigene Interessenwahrung, möglichst in einer, die Glaubwürdigkeit erhöhenden lagerübergreifenden Darstellung!

These 8:

Kein steuerfinanziertes EU-Gesundheitssystem funktioniert ohne strukturierte Mangelsteuerung in Gestalt geduldeter und vor dem EuGH oft gegen Abwanderung verteidigter Wartelisten. Diese Mangelsteuerung hat seit 1992 nach Haushaltsproblemen selbst den einst großzügigen schwedischen Staat vollständig ergriffen. Wie soll dies in zum Beispiel Deutschland anders sein, wo hier – im Unterschied zu den Staatsbewirkungsmodellen britisch-skandinavischer Art – noch massive Marktinteressen der Leistungsanbieter hinzutreten?

Das „Europäische Sozialmodell“ und seine reale Substanz

These 9:

Die übereilte Erweiterung der EU – von einer bedingt sozial homogenen Wirtschaftsgemeinschaft zu einer „Union“ größtmöglicher sozial-ökonomischer Gegensätze und somit Standortdifferenzen – steigert den Abwertungsdruck auf die wenigen noch „großzügigen“ Sozialsysteme. Zugleich vermittelt Brüssel die Illusion einer Vergleichbarkeit „der“ EU-Sozialsysteme. Die Erweiterung um andere Wohlstands- und Rechtswelten fördert des Weiteren eine neue Preisbildung für Waren und Dienstleistungen auf der Basis supranationaler Durchschnitte. Dies führt zwangsläufig zu einer Abwärtsentwicklung in Deutschland. Selbst auf der Grundlage einer theoretisch großzügigen „bulgarischen“ oder gar „türkischen“ Vergütung wäre bei uns kein sozialadäquates Überleben mehr möglich. Gleiches gilt für die dortigen Sozialsysteme.

These 10:

Gegenwärtige und in Planung befindliche Erweiterungen berücksichtigen ausschließlich Empfängerstaaten. Zugleich sinkt das gemittelte Einkommen der „EU-Bürgerinnen und EU-Bürger“. Deutschland droht immer mehr zum Ausnahmefall zu werden. Das epochale Friedenswerk Europa gefährdet sich durch diese soziale Schieflage selbst und fördert den ökonomischen Perspektivverlust von vielen. Dies wird „politisch“ gelegentlich mit zusätzlichen „hochrangigen“ Gremienaktivitäten zu kompensieren versucht. Man möchte angesichts wachsender Volksferne den Eindruck bewahren, dass der EU-Entwicklungsprozess noch beherrscht würde.

Nationale Dauerreform und sozialstrategische Zukunftsbeherrschung

These 11:

Die jüngste „Gesundheitsreform“ der Bundesregierung versucht teilweise durchaus diskussionswürdige Ziele mit dazu nicht oder kaum geeigneten Eingriffen zu erreichen. Dies ist weniger konstruktiver Erwägung als der Suche nach parteiübergreifenden Kompromissen geschuldet. Sie lässt wesentliche Erfahrungen des benachbarten Auslands weitgehend unberücksichtigt, bzw. blendet unliebsame Einsichten aus. Wesentliche Schicksalsfragen der Zukunft – etwa der Strukturwandel der Beschäftigungsverhältnisse oder die demografische Entwicklung nebst der durch wissenschaftlichen Fortschritt und gestiegene Lebenserwartung sichergestellten medizinischen Inflation – werden nicht oder nur völlig unzureichend berührt.

These 12:

„Mischfinanzierung“ aus Steuern, Beiträgen, Zuzahlungen und Transferleistungen erschweren solide Finanzplanung der Kostenträger und machen Innovationen zumindest nicht eben einfacher. Steuerfinanzierung ist abhängig von der tagespolitischen Interessenlage und somit in Wirklichkeit weder konstant noch zweckgebunden. Wo dazu noch die diskutierten Staatsmittel einmal gegeben, dann wieder genommen und, wie wohl versprochen, nur unzureichend in Aussicht gestellt werden, sind schwere Zweifel geboten. Derlei Varianten finden sich in durchaus vergleichbaren EU-Systemen, wo die Auswirkungen auch zu besichtigen sind. Frankreichs überschuldete „Bürgerversicherung“ in Staatsregie, die mangelgesteuerten Staatsversorgungstypen Skandinaviens oder Großbritanniens oder der Gesundheitsfonds Polens.

Ulrike Ostner, freie Medizinjournalistin, moderierte charmant und kompetent.

