

# Ist eine europäische Gesundheitspolitik nötig?

*Erstmals fand in Düsseldorf der „European Health Care Congress“ statt und präsentierte bestehende und zukünftige Kooperationsformen über Staatsgrenzen hinweg*

von Jürgen Brenn

Zypern, Lettland, Estland, Großbritannien, Tschechien, Slowakei, Polen, Ungarn, Slowenien, Montenegro, Belgien, Niederlande, Griechenland, Italien, Österreich: Rund 130 Vertreter aus über 15 europäischen Staaten versammelten sich im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf, um über Aspekte und Facetten der Gesundheitssysteme unter europäischen Gesichtspunkten zu diskutieren. Der dreitägige „European Health Care Congress“ beschäftigte sich zum Beispiel mit grenzüberschreitenden Gesundheitsprojekten, der zukünftigen Rolle der Europäischen Union in der Gesundheitsvorsorge, dem Wirtschaftsfaktor Gesundheitswesen sowie der Erleichterung der Gesundheitsversorgung der Patienten im europäischen Ausland.

Eingeladen hatten das Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen, das European Public Health Center und das Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG) in Zusammenarbeit mit der internationalen Medizin-Fachmesse Medica.

## Gesundheitsschutz in der EU-Verfassung verankert

Der Präsident der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, zeigte sich erfreut darüber, dass die Ärztekammer als Gastgeberin dazu beitragen könne, Düsseldorf als Standort für Medizin und Gesundheit zu fördern. „Mit dem Kongress wollen wir eine kommunikative Plattform schaffen für

Diskussionen über Entwicklungen und Strategien im Gesundheitswesen“, sagte Peer Steinbrück, Ministerpräsident des Landes Nordrhein-Westfalen. Er wies auf die Verpflichtung der EU-Staaten hin, sich um einen „hohen Gesundheitsschutz“ zu kümmern, wie es in der EU-Verfassung gefordert werde.

Gleichzeitig erfordere die „Mobilität der EU-Bürger eine enge Koordination der nationalen Gesundheitssysteme“, so Steinbrück. Es gebe Fragen der Gesundheitsvorsorge, die sich nicht mehr national lösen lassen, stellte auch Birgit Fischer fest, die Ministerin für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW. Sie bezeichnete die EuGH-Urteile (z. B. Kohll/Decker, 1998) als „heilsam“. Die EU-Richter hatten festgestellt, dass Leistungen der Gesundheitssysteme auch als Dienstleistung zu verstehen seien und damit nicht an Ländergrenzen enden dürften. Fischer forderte dazu auf, Europa auch in Fragen der Gesundheit „proaktiv“ zu gestalten und dies

nicht den Gerichten zu überlassen. Sie betonte, bei allen Anpassungsbemühungen sei es wichtig, „die Bürgerinnen und Bürger einzubeziehen“.

## Europäische Gesundheitspolitik?

„In Brüssel und Straßburg wird viel Gesundheitspolitik gemacht“, versicherte das Mitglied des Europäischen Parlaments Dr. Peter Liese. Der Arzt räumte mit der Ansicht auf, dass Europa keine Kompetenz in Gesundheitsfragen besitze. Das CDU-Mitglied verwies auf das europäische Arzneimittelrecht, das bereits seit Jahren auf der supranationalen Ebene diskutiert und entschieden werde. Auch die Arbeitszeitrichtlinie habe großen Einfluss auf das deutsche Gesundheitswesen. Liese geht davon aus, dass der aktuelle Vorschlag der Europäischen Kommission zur Änderung der bestehenden Arbeitszeitrichtlinie nicht umgesetzt wird. Nach dem Willen der Kommission soll eine „inaktive Bereitschaftszeit“ ohne zeitliche Obergrenze eingeführt werden. „Ich bin sicher, dass die Mehrheit des Europäischen Parlaments den Kommissionsvorschlag so nicht akzeptieren wird“, meinte Liese. Er warnte davor, dass sich irgendwann keine Ärzte mehr finden werden, die unter den derzeit herrschenden Bedingungen arbeiten wollen.

Auch Professor Dr. Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin stellte fest, dass Europa über das Arbeitsrecht, das Wettbewerbsrecht oder über den Binnenmarkt auf die nationalen Gesund-



*Eröffneten gemeinsam den 1. „European Health Care Congress“ in Düsseldorf (v.l.n.r.): Peer Steinbrück, NRW-Ministerpräsident, Birgit Fischer, NRW-Landesgesundheitsministerin, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer.* Fotos: Archiv

heitswesen Einfluss nehme. Die EU besitze zwar keine direkte Kompetenz in der Gesundheitspolitik. Aber andere Politikbereiche wie zum Beispiel Umwelt, Ernährung oder Landwirtschaft berühren Bereiche der nationalen Gesundheitssysteme, so Busse. Zum Beispiel beeinflusse die EU über das Wettbewerbsrecht und den Binnenmarkt die Strukturen und die Prozesse innerhalb des Systems und das Verhalten der Patienten. „Wir haben eine schiefe Gesundheitskompetenz“, so der Professor für Management im Gesundheitswesen, denn die EU betreibe indirekt auch Gesundheitspolitik.

## Offene Methode der Koordinierung

Die EU wird auch nach der neuen Verfassung keine direkte Kompetenz bei den nationalen Gesundheitssystemen besitzen. Busse machte auf den Unterschied aufmerksam, den die Verfassung zwischen „Gesundheit der Bevölkerung“ und der „Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung“ bezüglich der Kompetenzaufteilung macht (Artikel 152). Die nationale Verantwortung für das Gesundheitswesen bleibe im vollen Umfang gewahrt. Die EU will laut Verfassung die Politik der Mitgliedsstaaten unterstützen und die Zusammenarbeit zwischen ihnen fördern.

Busse plädierte dafür, dass sich EU-Organe verstärkt mit gesundheitspolitischen Themen befassen und so eine aktive Rolle einnehmen bei der Koordinierung der nationalen Systeme. Diese Rolle sollte nicht über die „regulären“ Instrumente wie Richtlinien und Verordnungen erfolgen. Sondern die EU solle über die „Offene Methode der Koordinierung“ (OMK) auf die Gestaltungsprozesse der Einzelstaaten einwirken. Das bedeutet konkret, dass europaweit Leitlinien mit Zielen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung festgelegt werden. Dabei bleibt es den einzelnen Staaten überlassen, wie die Ziele er-

*Professor Dr. Reinhard Busse von der TU Berlin: „Die Offene Methode der Koordination ist in der EU-Verfassung für den Bereich der Öffentlichen Gesundheit verankert“. Foto: bre*



reicht werden. Allerdings werde regelmäßig nachgeprüft und bewertet, wie nah die Einzelstaaten den Zielen gekommen sind, erklärte Busse. Die Ziele sind erst im April 2004 durch eine Kommissionsmitteilung neu formuliert worden. Darin wird zum Beispiel ein Zugang zur Gesundheitsversorgung gefordert, der universell, angemessen und solidarisch ist. Daneben haben die EU-Staaten als Leitziele festgeschrieben, die Versorgungsqualität zu fördern und die langfristige Finanzierbarkeit einer zugänglichen und hochwertigen Gesundheitsversorgung zu sichern.

## Vergleichbarkeit herstellen

Laut Busse müssen nun Indikatoren entwickelt werden, die die verschiedenen Gesundheitssysteme in Bezug auf die Leitziele miteinander vergleichbar machen. Als Beispiel nannte er den Vergleich der „Lebenserwartung der Menschen ab dem 65 Jahren“ als Indikator dafür, ob in einem bestimmten Land ein hohes Gesundheitsniveau der Gesamtbevölkerung erreicht wurde.

Der Wissenschaftler erhofft sich von den Indikatoren eine höhere Transparenz und Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Systeme innerhalb Europas. Wenn Unterschiede sichtbar werden, könnte darüber auch die Qualität der Gesundheitsleistungen in ganz Europa steigen, meinte Busse. Er formulierte vorsichtig, dass sich „mittelfristig vermutlich“ ein europäischer Leistungskatalog, europaweite Regeln für die Akkreditierung und Qualitätssicherung sowie europäische Diagnose- und Behandlungs-Leitlinien entwickeln könnten. Ob mit der

OMK tatsächlich die Mitgliedsstaaten in dieser Art und Weise bewegt und bis zu einem gewissen Grad harmonisiert werden können, sieht auch Busse skeptisch. Er betont, dass unklar sei, wieweit die OMK als Instrument für eine einheitliche europäische Gesundheitspolitik dienen könne.

## Euregios - europäischer Versorgungsalldag

Beispiele, wie europäische Gesundheitspolitik auf regionaler Ebene gestaltet werden kann, demonstrieren die vier Euregios an den gemeinsamen Grenzen Nordrhein-Westfalens mit den Niederlanden und Belgien. Insgesamt leben in den Euregios (Gronau/Enschede; Rhein-Waal; Rhein-Maas-Nord; Maas-Rhein) knapp 12 Millionen Menschen, in denen 26 Projekte zur Gesundheitsversorgung mit nordrheinischer Beteiligung etabliert sind, berichtete Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und 2. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. In den Euregios können die Bürgerinnen und Bürger grenzüberschreitend fachärztliche Basisversorgung in Anspruch nehmen, ohne große bürokratische Hürden überwinden zu müssen, erklärte Hansen: „Grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen gehören in den Euregios seit Jahren zum Alltag“.

Dazu habe auch die „GesundheitsCard international“ beigetragen, die in den Euregios eine einfache Inanspruchnahme der Regelversorgung im ambulanten und stationären Bereich sowie bei der Arzneimittellieferung gewährleiste, sagte Wilfried Jacobs, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland. Praktikable Lösungen konnten nach seinen Worten allerdings nicht zuletzt gefunden werden „wegen einer großzügigen Auslegung mancher Vorschriften der europäischen Ebene“.

*Zahlreiche Referate des Kongresses sind im Internet abrufbar unter [www.ehcc.de](http://www.ehcc.de).*