



AOK

Die Gesundheitskasse.

IM DIALOG

► Europa für die Versicherten gestalten

Berlin, 14. April 2005
AOK-Bundesverband

Europa für die Versicherten gestalten

Berlin, den 14. April 2005

Europa für die Versicherten gestalten

Berlin, den 14. April 2005



AOK im Dialog, Band 17

Impressum

Herausgeber:

AOK-Bundesverband
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn
www.aok-bv.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Hans Jürgen Ahrens

Produktion:

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn
www.kompart.de

■ Ein Europa, zwei Gesichter	
<i>Bericht aus Gesundheit und Gesellschaft (G+G)</i>	7
■ Einleitung	
<i>Dr. Hans Jürgen Ahrens</i>	11
■ Aktuelle Herausforderungen der EU für das Gesundheitswesen in Deutschland	
<i>Dr. Günter Danner</i>	15
■ Auswirkungen der europäischen Integrationspolitik auf das deutsche Gesundheitswesen	
<i>Prof. Dr. Eberhard Wille</i>	29
■ Europa für die Versicherten gestalten	
<i>Fritz Schösser</i>	50
■ Praxisbericht: Verträge mit ausländischen Leistungserbringern	
<i>Jürgen Heese</i>	62
■ Praxisbericht: Grenzüberschreitende Zusammenarbeit	
<i>Wilfried Jacobs</i>	69
■ Diskussion	
<i>Moderation: Cornelia Durst (G+G)</i>	76



Ein Europa, zwei Gesichter

Was bringt Europa den Versicherten? Mehr Wettbewerb und Wahlmöglichkeiten im Gesundheitswesen? Oder eher Qualitätsverluste und zunehmende Bürokratie? Darüber diskutierten Gesundheitsexperten in Berlin.

Wenn er an Europa denkt, hat Fritz Schösser ganz unterschiedliche Bilder im Kopf. Auf der einen Seite kommt ihm die „schöne asiatische Königstochter“ in den Sinn, der die alte Welt ihren Namen verdankt und die schon Göttervater Zeus beeindruckt hat. Auf der anderen Seite verbindet der Verwaltungsratsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes mit Europa aber auch „mehr und mehr Bürokratie“ – über 900 Richtlinien, so Schösser bei einer AOK-im-Dialog-Veranstaltung in Berlin, steckten derzeit im Brüsseler Entscheidungsprozess.

AOK will Chancen nutzen. Ein Europa, zwei Gesichter – das gilt aus Sicht des Versichertenvertreters gerade auch für das Gesundheitswesen. So biete ein vereintes Europa schon heute zahlreiche Chancen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu verbessern. Und die AOK nutze diese Möglichkeiten auch zu Gunsten ihrer Versicherten: Verträge mit ausländischen Leistungsanbietern, vereinfachte Honorarabrechnung über Grenzen hinweg, eine unkomplizierte Versorgung im EU-Ausland durch die neue europäische Krankenversichertenkarte, die den Auslandskrankenschein ersetzt, – die Gesundheitskasse habe bei der grenzüberschreitenden Betreuung ihrer Versicherten einen Erfahrungsvorsprung, was nicht nur die seit zehn Jahren bestehende AOK-Geschäftsstelle auf Mallorca belege.

Dienstleistungsrichtlinie birgt Risiken. Doch das Europa der Brüsseler Bürokraten birgt in den Augen von Fritz Schösser auch Risiken für die Versicherten und Patienten. Der Vorschlag der EU-Kommission für eine Dienst-

leistungsrichtlinie etwa gefährde die medizinische Qualität hierzulande und untergrabe die Gestaltungsmöglichkeiten von Politik, Kassen und Ärzteschaft. Hier müsse Brüssel dringend nachbessern und den Gesundheits- und Pflegebereich vollständig und rechtlich verbindlich vom Geltungsbereich der geplanten Richtlinie ausnehmen. Schösser: „Bloße Ankündigungen von EU-Kommissaren reichen uns hier nicht“.

Wenig Positives kann dem Vorschlag für eine Dienstleistungsrichtlinie auch Dr. Günter Danner abgewinnen. Deshalb ist der stellvertretende Leiter der Brüsseler Europavertretung der deutschen Sozialversicherung froh über den

**Die nationalen
Regierungen sind
gut beraten, Brüssel
in der Gesundheits-
politik nicht das
Feld zu überlassen.**

Kurswechsel der Bundesregierung bei der Richtlinie: „In Berlin hat man dazugelernt. Dazu darf man gratulieren.“ Generell empfiehlt der Europa-Fachmann den Verantwortlichen im deutschen Gesundheitswesen mehr Selbstbewusstsein. Die Bundesrepublik verfüge über ein Medizinsystem, „von dem Millionen Europäer in der täglichen Versorgung nur träumen können“. Nur Österreich, Belgien, Luxemburg und Frankreich seien außer Deutschland noch „frei von Wartelisten“ für fachärztliche

Versorgung aller Artikel In allen anderen EU-Staaten gebe es Versorgungsdefizite. Ganz besonders gelte dies für steuerfinanzierte Systeme: „Staatsmodelle sind Mangelmodelle“. Danner warnt deshalb davor, das vergleichsweise staatsferne, selbstverwaltete System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland auf dem Altar des europäischen Standortwettbewerbs zu opfern. Deutschland müsse seine Stärken auch in der Sozialpolitik auf europäischem Parkett offensiv deutlich machen: „Die EU-Kommission gewinnt weiter an Einfluss, wenn die nationalen Regierungen ihre Verantwortung für das komplizierte Gesundheits- und Sozialwesen auf Brüssel abschieben.“

Agieren statt Reagieren. Mehr Mut beim Agieren auf der europäischen Bühne fordert auch Professor Eberhard Wille von den deutschen Akteuren. Die flächendeckende Versorgung und der umfangreiche Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung seien nur zwei Gründe dafür, warum „deut-

sche Versicherte nach wie vor wenig Sehnsucht verspüren, sich gezielt im Ausland behandeln zu lassen“, ist sich der Vorsitzende des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sicher. Umgekehrt gebe es aber sehr wohl zahlreiche europäische Nachbarn, die sich gerne hierzulande kurieren ließen – bundesdeutsche Kliniken und Ärzte seien ohne Weiteres in der Lage, im europäischen Wettbewerb mitzuhalten. Die Rechte deutscher Heilberufler, für sich zu werben, seien daher auszuweiten und den Möglichkeiten europäischer Mitbewerber anzugleichen.

Integration ist keine Einbahnstraße. Wer diese Chancen nutzen wolle, so der Mannheimer Hochschullehrer weiter, dürfe aber nicht gleichzeitig den heimischen Gesundheitsmarkt abschotten. Die europäische Integration sei schließlich keine Einbahnstraße zu Gunsten Deutschlands. Das Subsidiaritätsprinzip greife deshalb nur bei der Finanzierung der Gesundheitssysteme und der Definition der jeweiligen Leistungskataloge – hier habe Brüssel in der Tat nichts verloren. Den Entwurf der EU-Kommission für eine Dienstleistungsrichtlinie sieht Wille vor diesem Hintergrund zwiespältig: Den Markt der Gesundheitsdienstleistungen für den europäischen Wettbewerb öffnen zu wollen, sei prinzipiell richtig. Nur erweise sich die Richtlinie als wenig verbraucherfreundlich: Durch das so genannte Herkunftslandprinzip sei für den Versicherten beispielsweise nicht ohne Weiteres ersichtlich, welches Recht bei einem ärztlichen Kunstfehler gelte – deutsches Recht oder das Recht des Landes, aus dem der Mediziner stammt.

Ähnlich wie der Gesundheits-Weise Eberhard Wille sieht Harald Kuhne aus dem Bundeskanzleramt die Dienstleistungsrichtlinie. Bei aller berechtigter Kritik an dem konkreten Entwurf bleibe der Grundgedanke richtig, den Markt der Dienstleistungen für den europäischen Wettbewerb zu organisieren. Preisvorteile nutzen zu können, ohne Qualitätsverluste in Kauf nehmen zu müssen, sei aus Sicht der Verbraucher nun einmal vorteilhaft. Alle Herausforderungen der Richtlinie zu begreifen, so Kuhne, habe im Übrigen bei „fast allen Akteuren gedauert“.

Den Kurswechsel Berlins bei der Richtlinie begrüßt Dr. Hans Jürgen Ahrens ausdrücklich. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes: „Europäische Maßnahmen mit Auswirkungen auf den Gesundheitssektor müssen die Bedürfnisse der Versicherten und Patienten berücksichtigen.“ Dies sei beim Entwurf der EU-Kommission für eine Dienstleistungsrichtlinie nicht der Fall.

Europa in der Praxis. Doch wie nutzt die Gesundheitskasse jenseits aller Diskussionen um Richtlinien ganz praktisch Europas Möglichkeiten für ihre Versicherten? Zum Beispiel durch Verträge mit ausländischen Leistungsanbietern. So hat die AOK Rheinland Vereinbarungen mit Krankenhäusern an der belgischen und niederländischen Küste getroffen: Erkrankt ein Versicherter im Urlaub an der Nordseeküste, kann er sich ohne große Formalitäten in einer der Kliniken behandeln lassen. Wilfried Jacobs, Chef der AOK Rheinland: „Wir folgen unseren Versicherten.“ Weitere Verträge mit Hospitälern in Südtirol befinden sich in der Umsetzung. Insgesamt plädiert Jacobs für einen offensiven, wettbewerbsorientierten Umgang der deutschen Krankenkassen mit dem Thema Europa: „Wir sollten als Kassen diesen Markt nicht ohne Not stoppen. Er hat in medizinischer und ökonomischer Hinsicht viele Reize.“ Auch die AOK Brandenburg geht auf ausländische Partner zu, und zwar „nicht erst seit der EU-Osterweiterung“, wie Jürgen Heese, Leiter der Unternehmenspolitik, betont. Unter anderem will die AOK zusammen mit dem polnischen Krankenversicherungsträger, dem Nationalen Gesundheitsfonds NFZ, eine zweisprachige Wissensplattform im Internet für Krankenkassen-Fachleute aufbauen – die schöne Europa ganz interaktiv.

*Nachdruck aus Gesundheit und Gesellschaft 5/2005,
Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft*

Einleitung

Dr. Hans Jürgen Ahrens

Mir fällt der angenehme Teil zu, die heutige Veranstaltung zu eröffnen. Ich werde die Zeit mit einer Begrüßung überbrücken, bis Herr Danner, den wir hier gewissermaßen als Anheizer vorgesehen haben, das Wort ergreift. Ich begrüße Sie sehr herzlich. Wir freuen uns, dass Sie bei dieser Veranstaltung im Rahmen der Reihe „AOK im Dialog“ so zahlreich erschienen sind. Wir glauben, das liegt an mehreren Faktoren: einer davon ist Europa, ein anderer natürlich der Veranstalter.

Wir beschäftigen uns heute mit einem ganz aktuellen Thema. Europa ist allgegenwärtig. Wir merken das alle. Der größte Teil der Bürgerinnen und Bürger in Europa zahlt in Euro. Billiger ist es nicht geworden, wohl aber einheitlicher. Ob es in dieser Hinsicht einen Bezug zum Gesundheitswesen gibt, werden wir sehen. Es ergeben sich nunmehr natürlich auch ganz neue Räume. Blicken wir nur einmal darauf, welche Wirtschaftsräume sich jetzt gestalten. Der Wirtschaftsraum Europa tritt jetzt gegen Asien und die USA an. Es gibt einen Stabilitätspakt, der uns zu schaffen macht, einmal mehr, einmal weniger, meistens mehr. Das heißt, dass sich für uns viele Dinge verändern, was aber zugleich bedeutet, dass wir uns darauf einstellen müssen. Die europäische Entwicklung hat natürlich auch Einfluss auf unser Gesundheits- und Pflegewesen. Für uns ergibt sich daraus das Ziel, die Chancen, die wir erkennen, für die Versicherten, für die Patienten nutzbar zu machen. Wir müssen aber auch darauf achten, dass das, was sich im Rahmen der EU tut, das Gesundheitswesen nicht gefährdet und nicht beschädigt. Das ist sehr wichtig. Aus den Vorträgen, die Sie gleich hören werden, werden Sie entnehmen können, dass sich gewisse Gefahren ergeben, die man im Auge behalten muss.

Bevor wir jetzt in die Einzelheiten einsteigen, möchte ich noch einiges sagen, um die Ausgangslage deutlich zu machen. Das Gesundheitssystem in den EU-Mitgliedstaaten ist souverän. Das ist den Mitgliedstaaten vermittelt worden und das ist und bleibt auch Bestandteil der europäischen Verfassung. Es ist sehr wichtig, dass dies so ist. Ich glaube, es gibt auch niemanden, und zwar sowohl bei uns als auch bei den anderen Partnern, der daran denkt, man könnte das Gesundheitssystem vereinheitlichen, zum Beispiel was Qualität oder Kosten angeht. Eine solche Vereinheitlichung könnte jeweils nur auf dem untersten Niveau stattfinden. Das kann nicht in unserem Interesse sein.

Zurzeit wird über die Dienstleistungsrichtlinie diskutiert. Auch heute wird das der Fall sein. Ich sage dazu inhaltlich jetzt nichts. Ich will nur so viel sagen: Wir hatten vor, Ihnen durch Frau Gebhardt, die Berichterstatterin der europäischen Sozialisten im zuständigen Ausschuss, einen Eindruck zu vermitteln, wie die Dienstleistungsrichtlinie beurteilt wird. Ebenso war vorgesehen, dass Herr Wuermeling aus der christlich-demokratischen Fraktion ein Gleiches tut. Beide können heute aber nicht anwesend sein, weil sie Sitzungstermine wahrzunehmen haben. Wir haben uns daraufhin entschlossen, aus der Not eine Tugend zu machen. Wir wollen Ihnen die Positionen, die vertreten werden und die wir ja auch kennen, hier vorstellen, damit alle wissen, wie die unterschiedlichen Wege aussehen, die eingeschlagen werden können.

Trotz aller Souveränität, die das Gesundheitswesen hat, müssen wir darauf sehen, dass das System nicht an den Grenzen eines Landes endet. Vielmehr muss auch über die Grenzen hinaus etwas getan werden. Dies werden wir Ihnen vortragen. Ich freue mich, dass Herr Schösser generell darüber sprechen wird, wie wir die neue Situation in Europa, die wir haben, nutzen wollen. Er wird also nicht nur über unsere Geschäftsstelle Mallorca sprechen, sondern weit darüber hinausgehen.

Die AOK ist seit Jahren in EU-Grenzregionen aktiv. Herr Jacobs, der Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland, wird darüber sprechen und darstellen,

wie wir das deutsch-niederländische Modell – GesundheitsCard international – mit Leben erfüllen. Bei diesem Modell sind wir ein Pionier, der beispielhaft aufgetreten ist, um zu zeigen, welchen Weg man gehen kann. Herr Heese von der AOK Brandenburg wird über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Bereich von Brandenburg und Polen referieren.

Wir beginnen mit dem Referat von Herrn Danner, der damit sozusagen der Eisbrecher sein wird. Wenn Sie sein Referat hören, wird es mit der Ruhe nach dem Mittagessen vorbei sein. Er wird Ihnen schon zeigen, wie man sich auf die europäische Entwicklung einzustellen hat, ob man es nun will oder nicht. Wir haben weiterhin Herrn Professor Wille gebeten, darüber zu referieren, welche Auswirkungen die europäische Integrationspolitik auf das deutsche Gesundheitswesen hat. Ich glaube, dass er uns als Vorsitzender des Sachverständigenrates auch einige Hinweise geben wird, wie man sich die weitere Entwicklung vorzustellen hat. Nach alter Tradition wird nach den Referaten eine Podiumsdiskussion im Kreise der Referenten stattfinden. Diese Diskussionsrunde wird um Herrn Kuhne aus dem Bundeskanzleramt erweitert. Herr Kuhne ist gewissermaßen die Stütze des Kanzlers in Sachen Gesundheits- und Sozialpolitik. Ihm haben wir zu verdanken, was der Kanzler sagt.

Trotz aller Souveränität, die das Gesundheitswesen hat, müssen wir darauf sehen, dass das System nicht an den Grenzen eines Landes endet.

Am Ende der Veranstaltung wollen wir versuchen, eine Zusammenfassung der Eindrücke, die wir gewonnen haben, vorzunehmen. Wir wollen uns vor Augen führen, welche Auswirkungen sich für das Gesundheits- und das Pflegewesen ergeben werden. Wir wollen Ihnen diesbezüglich zumindest einige Botschaften vermitteln. Es werden sich nicht nur durch die Urteile des Europäischen Gerichtshofes Auswirkungen ergeben. Vielmehr wird auch das, was von der EU-Kommission entwickelt wird, direkte Auswirkungen auf uns haben. Wir werden sehen, welche Auswirkungen die Richtlinien haben werden. Diese Auswirkungen können ein ganzes System verändern. Wir wollen erkunden, wie wir die Chancen des Binnenmarktes nutzen können. Ebenso

wollen wir erkennen, wo die Risiken liegen und wie wir sie vermeiden können. Insgesamt wollen wir versuchen, Sie mit Informationen zu versorgen und Ihnen so die Möglichkeit zu geben, uns in der Diskussion, die wir am Ende der Veranstaltung führen, auch einige Hinweise zu geben, wie man weiter mit diesem Thema umgeht.

**Der Autor****Dr. Hans Jürgen Ahrens***Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, Bonn*

Aktuelle Herausforderungen der EU für das Gesundheitswesen in Deutschland

Dr. Günter Danner

Es ist nicht immer ganz einfach, wenn man in Deutschland bei einer Europa-Veranstaltung den kritischen Part übernimmt und versucht, eine in Traditionen von bestimmt 20 Jahren gewachsene, sehr positive Betrachtung aller europäischen Entwicklungsgänge in Deutschland zumindest partiell an eigenen Erwartungen zu messen und entsprechend kritisch zu bewerten. Dies ist in anderen EU-Mitgliedstaaten völlig anders. Ich habe vor wenigen Wochen in Schweden vor einer Versammlung schwedischer Gewerkschafter und Arbeitgeber gesprochen. Dort einigte man sich sehr schnell auf das Schweden-Sein als gemeinsamen Nenner und nahm in diesem Sinne auch bewusst eine Abgrenzung gegenüber dem vor, was in Brüssel global gestaltet wird.

Wie sieht es in Brüssel im Frühjahr 2005 aus? Die Europäische Union hat auf ihrer mühsamen, aber historisch doch gewaltigen und beachtlichen Wanderschaft, an deren Beginn ein Staatenbund stand, einen jedenfalls mit der GPS-Navigation noch nicht genau bestimmaren Punkt erreicht: Es lässt sich nicht genau sagen, wie nahe sie dem Bundesstaat gekommen ist. Der Status des Bundesstaates ist zweifellos noch nicht erreicht. Die NATO ist ein klassischer Staatenbund. Die Ziele der NATO sind genau beschrieben; manchmal passen sie auf eine halbe Seite. Die Ziele der EU stopft man derzeit in den Entwurf einer Verfassung. Sie lassen sich aus mehreren dicken Bänden mit Vertragswerken ableiten, wobei mehr der Istzustand als die anzustrebende

Zukunft beschrieben wird. Die EU ist also noch kein Bundesstaat. Die Frage ist, ob sie je einer wird. Dies ist aber eine entscheidende Frage, weil sich aus der staatsrechtlichen Struktur wesentlich ergibt, welche Handlungs- und Bewirkungskompetenz nicht an vielen Orten disloziert, sondern zentral in Brüssel künftig gestaltet werden könnte.

Bei der erwähnten Wanderschaft sind erstaunliche Erfolge erzielt worden. Die EU hat einen riesigen Schritt hin zum Binnenmarkt und zur Währungsunion getan. Das Erweiterungsgeschehen war ursprünglich auch anders als im Sinne des Beitritts der Zehn, im Sinne des „big bang“ im letzten Jahr geplant. Ursprünglich sollten zunächst fünf Staaten beitreten, und zwar einer nach dem anderen, wenn diese Staaten sozial und ökonomisch auf den Beitritt nachweisbar vorbereitet sind. Nun aber sind zehn Staaten aufgenommen worden und es wird erst jetzt begonnen, die in allen gesellschaftlichen Bereichen fühlbaren mittelbaren und unmittelbaren Auswirkungen zu analysieren und zu begreifen. Das betrifft das Gesundheits- und das Sozialwesen, aber beileibe nicht nur diesen Bereich. Das betrifft genauso den Strukturfonds, die Gebietsförderung und die künftige Allokation von Brüsseler Subventionen für die neuen deutschen Länder im Wettstreit mit anderen Armutsregionen in Europa. Während darüber diskutiert wird, diskutieren wir aber kaum über den schon als sicher zu unterstellenden Beitritt von Rumänien und Bulgarien. Wir diskutieren über die Sinnfälligkeit einer zehnjährigen Verhandlungsfrist im Falle der Türkei, wobei es de facto europarechtlich gar nichts zu verhandeln gibt. Das Europarecht muss gewissermaßen in Gänze geschluckt werden. Es ist bekannt. Es liegt in allen Sprachen, die man sich vorstellen kann, vor. Es ist enorm umfangreich. Es füllt wahrscheinlich fast diesen Raum. Man kann dann sehen, ob man es einsetzen kann oder nicht. Es wird sodann über Übergangsfristen verhandelt. So ist jedenfalls die klassische Heranführungsstrategie gewesen.

Es wird auch nicht lange dauern, bis wir über den Beitritt der Ukraine sprechen. Dabei vermischen sich einige Zielvorstellungen, nämlich die von der

EU als global agierendem Machtblock wirtschaftlicher Art – mehr als welt-politischer oder militärischer Art – und die von dem in sich selber noch nicht völlig ausbalancierten sozialen Gefälle. Durch die Erweiterung ist das soziale Gefälle, das Wohlstandsgefälle in der EU in der Tat dramatisch gestiegen.

Die alte EWG der Sechs verband relativ ähnlich strukturierte Staaten zu einem sehr viel enger definierten Tun. Die EU der 25 von heute und der 25 plus von morgen verbindet sozial-ökonomisch überaus heterogene Gebilde. Hierbei ist sowohl an das Sozialrecht als auch an das Arbeitsrecht zu denken. Ebenso gilt dies insgesamt für den erlangbaren Grad an Rechtsstaatlichkeit. Dieser Aspekt wird auch die enorm bedeutungsvolle Diskussion vor dem Bundesverfassungsgericht über den Europäischen Haftbefehl bestimmen.

Die EU befindet sich auf dem soeben skizzierten Wege. Dabei wird das Gesundheits- und Sozialwesen manchmal direkt, manchmal halb direkt, manchmal indirekt und manchmal erst mit sehr großer Verzögerung erreicht. Wir müssen also, wenn wir über die Zukunft des Gesundheits- und Sozialwesens in der EU sprechen, mehrere Dinge auseinander halten. Wo ergeben sich Kollisionen mit nationalen Veränderungsnotwendigkeiten oder Veränderungswünschen? Wo gibt es Kollisionen mit „Sachzwängen“, die sich aus einem vergemeinschafteten ökonomischen Geschehen, das sich auf Brüsseler Ebene vollzieht, ergeben? Schließlich stellt sich die Frage, wie die Verantwortlichen all dies den Völkern beibringen. Die klassische Sozialpolitik war ja nicht zuletzt auch ein Instrument zur positiven Einstimmung von Wählermassen vor der Wahl. Auch Bismarck hat die Sozialgesetzgebung nicht gemacht, weil er das Herz für die deutsche Arbeiterschaft entdeckt hatte. Im Hintergrund standen vielmehr Zwecküberlegungen. Sozialreformen in anderen Mitgliedstaaten waren oft genug historischen Umständen geschuldet; man sah eine Besserstellung der breiten Schichten staatspolitisch als dringend geboten an.

Die EU der 25 von heute und der 25 plus von morgen verbindet sozial-ökonomisch überaus heterogene Gebilde. Hierbei ist sowohl an das Sozialrecht als auch an das Arbeitsrecht zu denken.

Der Gesundheitsmarkt ist kein Markt im Sinne eines unregulierten Geschehens von Angebot und Nachfrage, sondern der Gesundheitsmarkt ist wahrscheinlich sehr wohl in jedem Kulturstaat ein ordnungspolitisch schon vorgedachtes Handlungsfeld.

Vor dem Hintergrund dieser verschiedenen Kraftfelder wirkt Brüssel nun zum einen für das Interesse und aus dem Interesse der Mitgliedstaaten, zum anderen – wie jede Großadministration – aber auch im eigenen Interesse, also pro domo. Dieses Wirken pro domo kann dazu führen, dass sich in Brüssel nun ein administratives Wachstum, auch ein Zuständigkeitswachstum und Begehrlichkeiten ergeben, welche durchaus in einem Konflikt mit nationalen Interessen stehen. Sie erkennen dies, wenn es etwa um die Wahrung von Subsidiarität geht. Sie sehen es auch daran, dass, wenn wir Handel und Wandel liberalisieren, im Blick auf bestimmte Bereiche dann aber gesagt wird: So war es nicht gemeint, denn der Gesundheitsmarkt ist kein Markt im Sinne eines unregulierten Geschehens von Angebot und Nachfrage, sondern der Gesundheitsmarkt ist wahrscheinlich sehr wohl in jedem Kulturstaat ein ordnungspolitisch schon vorgedachtes Handlungsfeld. Wenn das nicht der Fall wäre, wäre es ganz einfach: Wer zahlungsfähig ist, würde sich nur noch fragen, ob man vielleicht nach der Art der amerikanischen Versteigerung verfahren könnte. Das wäre dann ein richtiger klassischer Markt. Im Falle des Gesundheitsmarktes haben wir es aber immer mit einem regulierten Markt zu tun. Selbst das für uns ziemlich schwer nachvollziehbare amerikanische Gesundheitswesen ist ein in sich latent geregelter Markt. Wer hier zuviel liberalisiert, wird das soziale Ziel verfehlen.

Es ergeben sich somit Kollisionsfelder. Wie wirkt Brüssel nun ein? Was bewirken insbesondere die Brüsseler Visionen bezüglich einer neuen sozial-ökonomischen Zukunft? Ich nenne hier das Stichwort Lissabon-Strategie. Die Lissabon-Strategie ist noch nicht alt. Sie stammt von März 2000 und war damals eine sich selbst ermunternde Kraftbekundung der Staats- und Regierungschefs: Wir machen aus Europa nachhaltig eine weltwirtschaftlich wichtige globale Macht. Dies ist Europa zweifelsohne, aber es spricht nicht una voce. Die erwähnte globale Macht soll sich in Produktivitätszielen messbar

darstellen lassen. Die EU sollte ursprünglich bis 2010 die produktivste wissensbasierte Region der Welt werden, wobei man im Jahre 2000 gar nicht wusste, wie sich die EU im Jahre 2010 eigentlich zusammensetzt. Dieser Zeitplan musste aber korrigiert werden. Die erwähnte Perspektive für 2010 ist jetzt vom Tisch. Bis zum Jahre 2010 will man nur noch 6 Millionen neue Arbeitsplätze in der EU geschaffen haben. Das ist einfach zu erreichen. Wenn Bulgarien und Rumänien aufgenommen werden, sind diese Arbeitsplätze in der Statistik enthalten.

Das bedarf also keiner großen zusätzlichen Anstrengung. Wir wollen uns über die Qualität dieser Arbeitsplätze derzeit nur sehr vorsichtig äußern. Ich glaube, dass kein Tarifpartner in Deutschland allen Ernstes erwartet oder befürchtet, dass der deutsche Arbeitsmarkt der Zukunft das arithmetische Mittel zwischen dem Arbeitsmarkt im Donaudelta und dem in Reutlingen darstellt. Ich kann mir dies jedenfalls nicht vorstellen. Es gibt hier natürlich eine Kollision von sozialem Wohlstand, Rechten von Individuen und auch Ansprüchen gegenüber Kollektiven sowie lokal real zu erwirtschaftendem Wohlstand. Der Wohlstand ist unterschiedlich und die Ansprüche sind es auch. Es war immerhin ein Porsche-Chef, der neulich gesagt hat, es sei schlicht und einfach eine Irrlehre, zu glauben, man könnte in Berlin mit lettischen Gehältern überleben. Ein lettischer Arzt mit einem durchschnittlichen Verdienst von 281 Euro wird in Berlin kaum seine Miete bezahlen können und für eine warme Suppe wird es auch nicht reichen. Das Gefälle in der EU nimmt mit jedem weiteren Beitritt zu, es sei denn, wir überzeugen die Schweiz, der EU beizutreten. Natürlich berührt dies auch das Verhältnis von Zahlern zu Empfängern.

Die Frage ist: Gibt es nicht einen Automatismus zwischen eröffneten Wirtschafts- und Investitionsfreiheiten und einen Deregulierungssog auch in der zu erwartenden Lebens- und Versorgungsqualität? Gäbe es diesen, so stünden die Zeichen in den Ländern mit hohen sozialen Standards in der Tat auf Sturm, weil es dort in Zukunft einfach nur nach unten und nicht mehr nach oben gehen kann. Die positive Variante – wir werden am Ende dieses Tages

vielleicht mehr darüber wissen, wie realistisch das eine oder das andere ist – ist natürlich die Skodaisierung. Aus der Schrottkiste aus der kommunistischen Tschechoslowakei wurde ein weltmarktfähiges Qualitätsprodukt, das man mittlerweile überall verkaufen kann. Es hat sich aber auch in Tschechien schon herumgesprochen, dass die Belegschaft die Produktion auf Dauer eben nicht auf dem Niveau von 25 bis 34 Prozent der Wolfsburger Löhne wird gewährleisten können. Dieses könnte zu einer nachhaltigen Wohlstandshebung führen, was nicht Wohlstandsidentität bedeutet. Eine Wohlstandsidentität gibt es ja auch nicht zwischen Deutschland und Frankreich. Wenn Sie die Lehrergehälter zwischen Glasgow und Hamburg vergleichen, werden Sie fest-

stellen, dass ein deutscher Lehrer deutlich besser gestellt ist als ein Brite. Wir haben es aber immerhin mit einem Gefälle zu tun, das nicht eine explosive Schräglage aufweist. Es wird die große Kunst sozial verschränkter Wirtschaftspolitik und auch Sozialpolitik sein, in der angesprochenen Hinsicht eine Aus-tarierung vorzunehmen.

Das heißt, wir werden das Problem der erwähnten Kollision angehen müssen, weil der Deregulierungsdruck aus Handel und Wandel und die Notwendigkeit, Kapital produktiven Verwendungen zuzuführen, in der EU zu einer Supranationalisierung weiter Ebenen geführt hat, die wir im Bereich des Sozialschutzes einfach nicht darstellen können. Täten wir es,

käme das kleinste gemeinsame Mittel zwischen Deutschland und Ostpolen heute oder zwischen Deutschland und Belgien auf der einen Seite und der Dobrudscha in Rumänien auf der anderen Seite morgen heraus. Dies wäre ein Niveau, das hier in Deutschland nicht vermittelbar ist. Es wäre zudem nicht mit niedrigeren Ausgaben verbunden, denn allein um in Rumänien, Polen, der Slowakei und in Ungarn das Niveau auch nur auf einen Bruchteil des deutschen Niveaus zu heben, wäre ein Transfer erforderlich, gegenüber dem sich die Landwirtschaft mit den bekannten Problemen als Waisenknabe ausnimmt. Eine solche Strategie könnten Sie politisch keinem mehr verkaufen.

Wenn Europa mit der Garantie für mindere Einkünfte für breite Bevölkerungsschichten und schlechterem Sozialschutz verknüpft wird, werden wir Antieuropäer produzieren. Es gibt ein anderes Wort für Antieuropäer: Nationalisten.

Sie können nicht sagen: Die Lasten steigen, aber die Leistungen sinken um 30 oder 40 Prozent oder gar noch mehr. – Dies würde eine gefährliche Kettenreaktion auslösen, genauso wie die Entsozialisierung Europas. Wenn Europa mit der Garantie für mindere Einkünfte für breite Bevölkerungsschichten und schlechterem Sozialschutz verknüpft wird, werden wir Antieuropäer produzieren. Es gibt ein anderes Wort für Antieuropäer: Nationalisten. Ich bin ein Euroskeptiker; deswegen bin ich aber nicht auch schon ein stumpfer Nationalist.

Europa ist ein historisches Friedenswerk. Europa hat ein Versöhnungsinstrumentarium geschaffen, von dem unsere Urväter, die in Flandern während des Gaskrieges im Dreck lagen, nur hätten träumen können. Wir dürfen dieses Europa nicht elementarer sozialer Verängstigung und Verunsicherung opfern. Wir dürfen Europa nicht der Idee opfern, wir könnten profitabler sein, verglichen mit dem, was man in China unter überaus fragwürdigen sozialen und menschenrechtlichen Bedingungen erzeugt. Wenn wir diese Vergleichsgrundlage wählen, können wir niemals billiger sein. Wir müssen in dieser Hinsicht anders denken.

Ich komme nun auf das Gesundheitswesen zu sprechen. Auch was das Gesundheitswesen angeht, muss Deutschland lernen, ohne wilhelminisch in den Gemütern unserer Nachbarn herumzustiefeln – das darf man in der Stadt Kaiser Wilhelms sagen –, dass ein bejahendes Vertrauen in die eigene Qualität angezeigt wäre. Wie sollen und können wir ausländische Patienten aus den 19 mangelversorgten Gesundheitssystemen anderer EU-Länder nach Deutschland bitten, wenn wir ihnen selber den Eindruck vermitteln, hier sei alles platt, tot und unbezahlbar und alle warteten nur noch auf weitere Reformen irgendeiner gewählten Regierung, da die Reformen in der Vergangenheit nichts bewirkt hätten? Bei den Reformen haben wir es mit einer Art von Sucht zu tun: Man nimmt eine neue Tablette in der Hoffnung, mit dieser Droge sei man endlich Mussorgsky näher und könnte endlich etwas Schönes komponieren.

Das wird aber nicht so kommen. Wir brauchen gewiss Reformen. „Reformen“ ist aber ein schlechter Begriff. Wir brauchen lebendig wachsende Sicherungsstrukturen. Diese Strukturen müssen sich mit der Gesellschaft wandeln. Sie dürfen aber nicht ihren Wert leugnen. Ich will die Situation anhand eines Beispiels verdeutlichen, das für jemanden, der wie ich – das gilt auch für Herrn Ahrens – aus dem Norden kommt, nahe liegt: Was tut man, wenn einen auf hoher See die GPS-Navigation verlassen hat und man die Astronavigation mit Sextant und Winkelmesser nicht beherrscht, weil man in Mathematik schon immer Schwierigkeiten hatte? Was macht man in einer solchen Situation, wenn man völlig die Peilung verloren hat? Man kann eine Kommission gründen, man kann auch fünf Kommissionen gründen und dabei auch noch die Heizer und die Schiffsjungen einbeziehen. Ganz töricht wäre es, wenn man aus Verlegenheit die Flutventile aufdrehen würde, nur weil irgendwas geschehen muss. Es ist nicht gut, wenn gesagt wird: Wir brauchen ein neues Sozialsystem. Wir wracken das, was wir haben, erst einmal ab und reden dann weiter. – Man zündet ein Haus auch nicht an, bevor man ein neues gekauft und bezogen hat. Es wäre im Übrigen immer noch Brandstiftung.

Wir müssen bei aller Kritik am deutschen Realzustand und bei allen Schwächen, die objektiv zu registrieren sind, den Mut haben, zu erkennen, dass das deutsche Gesundheitssystem einen Zustand gewährleistet, wie ihn sich Millionen Europäer in ihrer alltäglichen Versorgung nicht vorstellen können. Das gilt für Briten, Schweden und Dänen ebenso wie für Slowaken, Polen und Tschechen. Wir sollten deshalb aber nicht überheblich sein und gegenüber anderen die lange Nase machen. Wir sollten vielmehr erkennen, warum wir den vorgenannten Zustand erreicht haben. Er wurde erreicht, weil wir bei uns relativ höhere Freiheitsgrade haben. Mit „relativ höher“ ist nicht gemeint, dass bei uns totale Freiheit herrscht. Totale Freiheit würde gerade für ein Gesundheitswesen wahrscheinlich, ökonomisch gesehen, den Overkill bedeuten. Ich meine, dass wir mit relativ höheren Freiheitsgraden, mit Formen der Staatsferne und der Partnerschaftlichkeit trotz aller Diskussionen bis heute immerhin sehr wohl Zustände fortgeschrieben haben, die sich in den staatsgelenkten

Modellen nicht wieder finden. Letztere stellen in der EU heute die absolute Majorität dar, inklusive der staatsnahen „Bürgerversicherungen“ im Osten, was ich hier im Blick auf diejenigen anmerke, die mit dem Begriff „Bürgerversicherung“ noch Hoffnungen verbinden. Es handelt sich dabei um Einheitskassen mit umfassender Beitragsbewirkung, wobei von den Beiträgen realiter aber nur relativ wenig in die Kassen kommt. Es gibt daher eine Schattenwirtschaft. Das ist ganz simpel erklärlich. Wenn real nichts fließt, fließt eben etwas unter dem Tisch. Alle freuen sich dann, nur nicht diejenigen, die zahlen müssen – es sei denn, es fällt ihnen ganz leicht.

Die eben erwähnten Staatsmodelle werden uns auf OECD-Kongressen und bei der WHO immer als sehr preisgünstig dargestellt, weil die öffentlichen Ausgaben erfolgreich in den Privatkonsum delegiert würden. Bei diesen Modellen gibt es Wartelisten. Mangelsteuerung ist die Regelform. Es gibt in der EU keinen staatlichen Gesundheitsdienst ohne Mangelsteuerung. Wir haben es mit einer bewussten Nichtvorhaltung von Kapazitäten zu tun, die man objektiv benötigt. Die Konsequenz ist der Verweis auf die Warteliste. Die Alternative lautet: selbst zahlen. Dies ist sozial zu hinterfragen. Dies kann nicht die Lösung sein. Die Behandlung der großen Volkskrankheiten, die teuren Maßnahmen in der Medizin, der Bypass für Oma Bertha werden nicht auf Formen der Zusatzversicherung delegierbar sein. Wie wollen Sie es denn human und ethisch verantworten, Oma Bertha zu sagen: Da du immer noch so viel Schokolade isst, kannst du den zweiten Bypass nur bekommen, wenn du eine Zusatzversicherung abgeschlossen hast? Hättest du vor 50 Jahren doch eine solche Versicherung abgeschlossen! – Die Alternative, die sich für Oma Bertha dann ergibt, ist eine sehr traurige.

Wir brauchen gewiss Reformen. „Reformen“ ist aber ein schlechter Begriff. Wir brauchen lebendig wachsende Sicherungsstrukturen.

Das heißt, wir werden die so genannte teure Medizin vermutlich immer in der Grundsicherung wieder finden. Wir brauchen eine wohl strukturierte, umfassende Breitenversorgung zu sozialen Bedingungen. Das heißt aber nicht,

dass der Staat hier möglichst viel diktieren sollte. Ich wünschte mir sehr, dass sowohl die kasseninterne Selbstverwaltung als auch die Selbstverwaltung zwischen Ärzten, Verbänden und Kassen mehr Spielräume bekommt und dass nicht der Staat ersatzweise handelt. Dies würde helfen, den freiheitlichen Charakter des deutschen Gesundheitswesens noch glaubwürdiger hervorzuheben.

Ich meine, dass wir im Konflikt mit Europa einige Schwerpunkte setzen müssen. Erstens ist festzuhalten, dass wir mit unserer Struktur im Gesundheitswesen allein stehen. Die Österreicher haben ein ähnliches System wie wir und auch eine hervorragende Versorgung, sind aber in vielem untypisch. Zum einen ist die Arbeitslosigkeit in Österreich sehr viel geringer. Das hat etwas mit der günstigeren Wirtschaftsstruktur in Österreich zu tun. Das war übrigens nicht immer so in Österreich; blicken Sie einmal 25 oder 30 Jahre zurück. Die Österreicher haben des Weiteren eine ähnliche Versichertenstruktur – allerdings umfassender in der GKV als bei uns.

Die wartelistenfreien Modelle sind schnell aufge zählt. Ich nenne hier zunächst Belgien mit einem wettbewerblichen Sozialversicherungsmodell auf Kostenerstattungsbasis, allerdings zu Fixtarifen. Letzteres sage ich im Blick auf all jene bei uns in Deutschland, die sagen: Den Schritt zum Behandlungsstuhl zahlt die Kasse; bei geöffnetem Zahnwurzelkanal führe ich dann eine Ergänzungsverhandlung und dabei gewinne ich immer. – Ich unterstelle dies natürlich keinem Zahnarzt. Wenn ich Zahnarzt geworden wäre, hätte ich bei meiner Geldgier aber vielleicht so verfahren. Diesen Fall habe ich vorhin natürlich auch nicht gemeint. Gemeint ist Kostenerstattung als Finanzbewirkung zu fixen Tarifen, die der Staat oder eine Verhandlungskommission festlegen. Die Dinge müssen ja planbar bleiben. So viel zu dem belgischen Modell.

Luxemburg ist ebenfalls wartelistenfrei. Frankreich ist noch wartelistenfrei, allerdings nicht mehr lange. Deutschland und Österreich sind es, wie gesagt, auch. Ende der Durchsage! Das niederländische System hat EuGH-Verfahren mit stationären Fällen beschickt. Der Facharztzugang ist in dramatischer

Weise wartelistengesteuert. Das niederländische Modell wird uns in Deutschland immer als schlaues Modell verkauft: het poldermodeltje. Die Deutschen glauben daran: Wenn man aus Arbeitslosen Frührentner oder Frühinvaliden macht, hat man weniger Fälle in der Arbeitslosigkeitsstatistik. Het poldermodeltje wurde in Deutschland hoch gelobt. Es bekam Preise. Niemand in England käme aber auf die Idee, dem deutschen Sozialwesen einen Preis zu verleihen, weil es keine Wartelisten hat. Es gibt vielleicht Patienten auf der Warteliste, aber diese wissen darum nicht. Sie wissen auch nicht um ihre grenzüberschreitenden Versorgungsmöglichkeiten. Europa hat den Patienten ja, wenn auch eingeschränkt, grenzüberschreitende Zugangsrechte eröffnet. Dieses bedeutet langfristig das Aus für die Mangelsteuerung. Mangelsteuerung beinhaltet, dass Patienten auf die Mangelliste gezwungen werden. Wenn die Patienten aber beispielsweise nach Belgien gehen – flandrische Krankenhäuser sind heute schon voll mit Holländern und Briten –, wird es auf Dauer so nicht mehr gehen.

Welche Entwicklung wird sich ergeben? Ich denke, wir brauchen auch als Deutsche Bundesgenossen in Brüssel. Es geht nicht darum, sich gegen Brüssel zu stellen. Es geht darum, mitzugestalten und zu verhindern, dass wir in Brüssel auf Abwege geraten, aus denen wir viel später dann nicht mehr herauskommen. Europabegeisterung sollte man durch Europasteuerung ersetzen. Wir brauchen eine strategische Europa-Vision, die in geschmeidiger, freundlicher, nicht wilhelminischer Art auch deutschen Interessen bei anderen Gehör verschafft.

Nun zur Technik. Es darf keine Veranstaltung wie diese geben, ohne dass wir von der offenen Methode der Koordinierung oder dem Entwurf für die Dienstleistungsrichtlinie reden. Das sind kleine Ausflüsse des Geschehens, das ich eben zu skizzieren versuchte. Die Dienstleistungsrichtlinie, die noch im Oktober von der Bundesregierung mit dem Herkunftslandprinzip bejubelt

Ich wünsche mir sehr, dass sowohl die kasseninterne Selbstverwaltung als auch die Selbstverwaltung zwischen Ärzten, Verbänden und Kassen mehr Spielräume bekommt und dass nicht der Staat ersatzweise handelt.

wurde, steht mittlerweile eher unter kritischen Vorzeichen. Man hat dazugelernt und dazu kann man nur gratulieren. Das zeigt, dass die deutsch-französische Kooperation in Europa noch funktioniert. Kein Staatsmann hat so drastische Worte zu dieser Richtlinie verloren wie der französische Staatspräsident, der bei seiner Bewertung an die Grenzen des protokollarisch Zurechenbaren gegangen ist. Es wurden Ausdrücke wie „Sozialdumping“ gebraucht, was für dieses Amt eigentlich relativ ungewöhnlich ist. Dies sind Technikalitäten mit einem besonderen Beigeschmack, nämlich dem, dass aus dem scheinbar Freiwilligen, Belanglosen und Unverbindlichen von heute in europäischer Tradition sehr schnell etwas werden kann, was man morgen tut und von dem man nicht wieder abgehen kann.

Bei der offenen Methode der Koordinierung kann ich, nationale Schwäche einmal unterstellt, zum Beispiel Verantwortung an eine nicht mehr parlamentarisch kontrollierbare Ebene, sprich: die EU-Kommission – diese wird nicht

Wir benötigen dringend eine echte gesundheitsökonomische Diskussion, eine moral- und ethikgestützte Diskussion, und zwar frei von den Begleiteffekten der so genannten Lohnnebenkostendebatte.

parlamentarisch kontrolliert, jedenfalls nicht von den Wählern in Deutschland – delegieren, wenn ich zu Hause die Lust verloren habe, die entsprechende Verantwortung zu übernehmen. Die Ermüdung der Verantwortung für die soziale Gestaltung der Zukunft bereitet uns große Sorge. Der Grund für die Ermüdung ist, dass dieses Thema nur noch mit negativen Botschaften gespickt ist. Der Wähler kann das nicht goutieren. Es bedeutet natürlich eine Gefahr, wenn nationale Regierungen die Verantwortung auf die Brüsseler Ebene verschieben. Schließlich ist keiner je gefragt worden, ob dieser oder jener EU-Kommissar werden soll oder nicht. Auch in Zukunft wird das sicherlich nicht anders sein. Diese

Technikalitäten sind deshalb wirklich des Schweißes der Edlen wert, denn sie bedeuten mehr, als ihre oft wirren Themen und ihre schwierigen Texte vermuten lassen. Sie können auf Sicht tatsächlich das Handlungsspektrum, das uns zu Gebote steht, um Subsidiarität wahr sein zu lassen, derart einengen, das Subsidiarität gewissermaßen an die Wand fährt. Das muss allerdings nicht

geschehen. Die liberale Freizügigkeit des Binnenmarktes, auf die auch die Dienstleistungsrichtlinie abzielt, hat ja schon große wirtschaftliche Erfolge für Deutschland gebracht, allerdings nicht für alle. Eines ist klar: Was wir an Hightechprodukten und hoher Produktivität gewinnbringend in andere Räume exportieren können, bekommen wir möglicherweise mit Zins, vielleicht auch mit Zinseszins, über dessen Höhe Herr Professor Wille etwas sagen wird, für diejenigen zurück, die, da sie schlecht oder mittelmäßig qualifiziert sind, auf dem europäischen Arbeitsmarkt zu deutschen Bedingungen offenbar nicht mehr vermittlungsfähig sind. Dieses Thema muss sich auch die nationale Diskussion annehmen. Genauso benötigen wir – dies ist mein ganz persönliches Petitum – dringend eine echte gesundheitsökonomische Diskussion, eine moral- und ethikgestützte Diskussion, und zwar frei von den Begleiteffekten der so genannten Lohnnebenkostendebatte. Nur so kann Gesundheit die Diskussion darüber beherrschen, was wir denn in einer älter werdenden Gesellschaft mit medizinischer Inflation wollen, die sich aus Fortschritt, längerem Leben, verfeinerter Diagnostik und revolutionärer Therapie ergibt. Das wird nicht billiger. Die Frage ist, wie wir dieses Problem lösen. Die Lösung lässt sich nicht nur oder vielleicht gar nicht von der Seite der Lohnnebenkosten her erreichen.

Europa ist ein historisches Werk. Was macht die Politik damit? Wir müssen den Mut haben, den deutschen Sonderweg als etwas zu begreifen, was ein Qualitätsparameter für unser deutsches Wirtschaftsmodell ist. Wir brauchen Kompetenzabgrenzungen zwischen Brüssel und den Nationalstaaten für Deutschland und auch für die Bundesländer. Nur zwei EU-Staaten sind föderal: Österreich und Deutschland. Ein Europa der Regionen ist verfassungsrechtlich in höchstem Grade diskussionsbedürftig. Eine französische Region hat juristisch nichts mit einem deutschen oder einem österreichischen Bundesland gemeinsam.

Wir brauchen des Weiteren die Wahrung bestimmter sozialrechtlich bewährter Kriterien. In einigen EU-Staaten ist derzeit eine Privatisierung der Kostenträger zu beobachten. Dabei sind abenteuerliche Konstruktionen im

Spiel. Kostenträger werden privatisiert, wissend, dass diese dann auch zu ausländischen Bedingungen anbieten können; sie müssen aber ein haarfein ziseliertes inländisches Sozialschutzpaket anbieten können. Fragen wie diese, wo der Versicherte denn seinen Sozialgerichtsprozess führt und wie das slowakische Sozialrecht für einen Niederländer, der ihm demnächst möglicherweise ausgesetzt ist, aussieht, beantwortet Ihnen derzeit niemand. So etwas kann Verunsicherung schaffen. Wir sollten daraus die Erkenntnis ableiten, dass dem Neuen die Beweislast dafür auferlegt wird, besser zu sein als das Alte. Das heißt nicht, dass wir uns weigern, etwas zu erneuern. Es heißt aber, dass wir Begründungen für die Erneuerung haben müssen. Erneuerung um ihrer selbst willen kann die Lösung nicht sein.

Europa verdient unser aller aktive Mitwirkung. Diese Mitwirkung gelingt meines Erachtens am besten, wenn wir das soziale und harmoniestiftende, Friktionen vermeidende Werk der deutschen sozialen Marktwirtschaft aufrechterhalten und es nicht vorseilend zugunsten eines wie auch immer in Europa lokal anzusiedelnden Schockwachstums – oft auf niedrigem Niveau – preisgeben. Was immer auch man vorseilend preisgibt, wird man später nicht wieder bekommen. Europa steht vor großen Veränderungen. Ich weiß nicht, ob die europäische Verfassung kommen wird. Ich weiß auch nicht, ob wir bedauern sollten, wenn sie in der vorgesehenen Form nicht kommt. Europa muss mehr als eine Kette visionärer Großereignisse sein, die sich oft in erschreckender Volksferne abspielen. Europa verdient die Nähe und die Herzen der Basis. Nur so kommen wir weg vom Europa der Rechenschieber und hin zum Europa der Herzen. So sollte es sein.



Der Autor

Dr. Günter Danner
Stellvertretender Leiter der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung, Brüssel

Auswirkungen der europäischen Integrationspolitik auf das deutsche Gesundheitswesen

Prof. Dr. Eberhard Wille

1. Europäische Integration bei divergierenden Sozialsystemen

Die einzelnen Staaten der Europäischen Union (EU) weisen selbst bei ähnlichem Wohlstand beziehungsweise Sozialprodukt pro Kopf sehr unterschiedliche Sozialsysteme auf. So divergieren die nationalen sozialen Krankenversicherungssysteme zum Beispiel hinsichtlich

- der äußeren Finanzierung, das heißt des Anteils von Steuern und Beiträgen,
- der Leistungsgewährung in Form von Sachleistung oder Kostenerstattung,
- Umfang und Struktur des Leistungskataloges,
- Formen und Art der Selbstbeteiligung der Versicherten sowie
- der Existenz einer privaten Krankenversicherung, die substitutiv und nicht nur ergänzend agiert.

Was diese oder weitere Unterschiede zwischen den nationalen Gesundheitssystemen betrifft, so sehen die Verträge über die EU sowie zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EG) von Maastricht und Amsterdam kein Harmonisierungsgebot vor. Die jeweilige Ausgestaltung der nationalen Gesundheitssysteme fällt vielmehr im Sinne des Subsidiaritätsprinzips in die Kompetenz der einzelnen Länder. Nach Artikel 152 Absatz 5 des EG-Vertrages (EGV) bleibt „die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung in vollem Umfang

gewahrt“. Unbeschadet dieser nationalen Autonomie hinsichtlich der Sozial- und Gesundheitssysteme gelten die Vorschriften über den freien Waren- und Dienstleistungsverkehr nach den Artikeln 27 ff. und 49 ff. EGV im Prinzip auch für die Gesundheitsmärkte. Da diese einen umfangreichen und wachstumsintensiven Wirtschaftssektor repräsentieren, bedarf ihre Ausblendung aus dem freien Waren- und Dienstleistungsverkehr schon äußerst schwerwiegender Argumente. Die Relevanz des EGV für die nationalen Gesundheitsmärkte

wurde lange Zeit zu wenig beachtet – vielleicht auch verdrängt –, und die entsprechenden kontroversen Diskussionen entzündeten sich zuletzt an der so genannten Dienstleistungsrichtlinie (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2004; List, R.M. 2005).

Unbeschadet dieser nationalen Autonomie hinsichtlich der Sozial- und Gesundheitssysteme gelten die Vorschriften über den freien Waren- und Dienstleistungsverkehr nach den Artikeln 27 ff. und 49 ff. EGV im Prinzip auch für die Gesundheitsmärkte.

Die im Jahre 1998 ergangenen Urteile des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) in den Rechtssachen Kohll und Decker¹ verdeutlichten bereits, dass die nationalen Gesundheitssysteme, trotz der ausdrücklichen Kompetenz der Mitgliedstaaten für deren Ausgestaltung, keinen europarechtsfreien Raum darstellen. Demnach verletzt eine nationale Regelung, welche die Kostenerstattung für bestimmte im Ausland in Anspruch genommene Leistungen an eine vorherige

Genehmigung knüpft, im Grundsatz die Waren- und Dienstleistungsfreiheit. Das Diskriminierungsverbot gegenüber Angehörigen anderer Mitgliedstaaten besitzt somit auch im Bereich des Gesundheitswesens grundsätzlich Gültigkeit (vgl. Pitchas, R. 1994, S. 117; Hirsch, G. 1998, S. 124). Eine Beschränkung der Waren- und Dienstleistungsfreiheit kann durch einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses begründet werden, wozu auch eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit zählt. Diese Gefährdung liegt jedoch bei einer Begrenzung der Erstattung auf maximal die im Inland geltenden Tarife nicht vor (vgl. Urteil Decker, Nr. 40). Der EuGH widersprach in seinen Urteilen auch einer Ablehnung der Kostenerstattung aus Gründen des Gesundheitsschutzes, wie sie Artikel 56 und 66

EG-Vertrag ermöglichen. Da die Bedingungen des Zugangs zu geregelten Berufen und ihrer Ausübung zahlreichen Harmonisierungsrichtlinien unterliegen, müssen ausländische Leistungserbringer als ebenso qualifiziert gelten wie im Inland tätige.

Bis zur endgültigen Klarstellung durch den EuGH herrschte in Deutschland die Meinung vor, die Urteile in den Rechtssachen Kohll und Decker könnten sich nur auf soziale Krankenversicherungssysteme mit Kostenerstattung beziehen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bliebe wegen ihres Sachleistungsprinzips hiervon unberührt. Der EuGH kam jedoch in seinen Urteilen vom 12. Juli 2001 in der Rechtssache Geraets-Smits und Peerbooms² zu dem Ergebnis, dass auch Sachleistungen in den Geltungsbereich des freien Dienstleistungsverkehrs fallen (vgl. Urteil Geraets-Smits/Peerbooms, Nr. 55). Er stellte dann in seinem Urteil vom 13. Mai 2003 in der Rechtssache Müller-Fauré und van Riet³ unmissverständlich klar, dass auch in einem Sachleistungssystem „die Übernahme der Kosten für eine Versorgung, die in einem anderen Mitgliedstaat außerhalb eines Krankenhauses durch eine Person oder Einrichtung erfolgt“ nicht von der Erteilung einer vorherigen Genehmigung abhängig gemacht werden darf (Urteil Müller-Fauré/van Riet, Nr. 109).

Der EuGH hält allerdings eine vorherige Genehmigung im Falle stationärer Leistungen für gerechtfertigt, um die Planbarkeit und Effizienz der Krankenanstalten zu sichern (Urteil Geraets-Smits/Peerbooms, Nr. 76, 79 und 81). Die Genehmigung für eine Behandlung in einem anderen Mitgliedsland darf allerdings nur dann versagt werden, „wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung erlangt werden kann, mit der die Krankenkasse des Versicherten eine vertragliche Vereinbarung geschlossen hat“ (ebenda Nr. 103). Im Urteil Müller-Fauré/van Riet (Nr. 92) verdeutlicht der EuGH dann noch einmal, dass im Falle von Wartelisten im Inland eine Versagung der vorherigen Genehmigung keine gerechtfertigte Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs darstellt.

Das Ausmaß der zu erwartenden Inanspruchnahme von Leistungen in anderen Mitgliedstaaten determiniert zu einem großen Teil die Wirkungen, die aus einer Liberalisierung der Gesundheitsmärkte auf das deutsche Gesundheitssystem erwachsen.

Der EuGH erwies sich mit diesen Urteilen als „treibende Kraft“ einer Liberalisierung der Gesundheitsmärkte, die dem Territorialprinzip entgegensteht, das den Waren- und Dienstleistungsverkehr an die nationalen Grenzen bindet (ähnlich Henke, K.D. 2004, S. 192f.) Mit Ausnahme des Krankenhaussektors

können die Bürger der EU auch ohne vorherige Genehmigung ihrer Krankenkasse Leistungen in einem anderen Mitgliedsland in Anspruch nehmen und eine Kostenerstattung vom jeweiligen Mitgliedstaat in Höhe der dortigen Tarife einfordern (vgl. auch Schulte, B. 2004, S. 85). Den Genehmigungsvorbehalt im Falle stationärer Versorgung begründet der EuGH damit, dass eine angemessene Krankenhausversorgung eine größere Planungssicherheit erfordert als die Erbringung ambulanter Leistungen. In diesem Kontext lässt sich durchaus bezweifeln, ob die zu erwartende Inanspruchnahme stationärer Leistungen von französischen Bürgern in Deutschland beziehungsweise deutschen Bürgern in Frankreich die nationale Krankenhausplanung vor unlösbare Aufgaben stellt. Die entsprechenden Urteile stellen wohl „einen politischen Kompromiss“ dar, was auch darin zum Ausdruck kommt, dass der

EuGH das Genehmigungserfordernis an enge Voraussetzungen bindet (vgl. Heinze, M. 2003, S. 17). Einem englischen Patienten, der seit geraumer Zeit auf eine stationäre Leistung wartet, dürfen die zuständigen Stellen eine Genehmigung zur Inanspruchnahme dieser Leistung in einem anderen Mitgliedstaat nicht versagen.

Bei der Frage nach den Auswirkungen dieser Entscheidungen auf das deutsche Gesundheitssystem interessieren vor allem drei Aspekte. Zunächst hängen diese Wirkungen von dem Ausmaß der zukünftig von deutschen Bürgern beziehungsweise GKV-Versicherten im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen ab. Um dies abschätzen zu können, folgt eine Betrachtung von Einflussgrößen einer Inanspruchnahme von Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat. Aus möglichen Abwanderungen der Patienten ins europäische

Ausland sowie aus diversen nationalen Regulierungen ergeben sich Anpassungsprobleme für das deutsche Gesundheitswesen. Schließlich stellt sich die Frage, wie sich beitrags- und steuerfinanzierte Gesundheitssysteme im internationalen Wettbewerb behaupten.

2. Einflussgrößen einer Leistungsanspruchnahme im Ausland

Das Ausmaß der zu erwartenden Inanspruchnahme von Leistungen in anderen Mitgliedstaaten determiniert zu einem großen Teil die Wirkungen, die aus einer Liberalisierung der Gesundheitsmärkte auf das deutsche Gesundheitssystem erwachsen. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen hängt vor allem von verschiedenen Bedingungen ab (vgl. Wille, E. 2003, S. 370ff.):

- Preisdifferenzen der Güter und Dienste,
- Umfang des Leistungskataloges der nationalen sozialen Krankenversicherung sowie
- Umfang und Art der Selbstbeteiligung,
- Qualitätsunterschiede beziehungsweise Homogenität der Leistungen,
- Mobilität der Versicherten,
- Reputation des jeweiligen Gesundheitssystems beziehungsweise der jeweiligen Leistungsanbieter,
- Eigenheiten der medizinischen Leistungen: einmalig oder wiederkehrend; keine oder intensive Nachsorge; mit oder ohne Qualitätsgarantie; mit oder ohne Genehmigung der Inanspruchnahme im Inland sowie
- Sach- oder Geldleistung, zum Beispiel im Bereich der Pflege.

Für Patienten besteht – vom Notfällen abgesehen – ein Anreiz zur Leistungsanspruchnahme im Ausland, wenn Preis- und/oder Qualitätsdifferenzen existieren. Im Falle sehr homogener Güter, wie zum Beispiel bei Arznei- und Hilfsmitteln, spielt der Preis einer Leistung eine relevante Rolle. Diese Güter werden europaweit in vergleichbarer Qualität angeboten, wohingegen aufgrund nationaler Regulierungen zum Teil erhebliche Preisdifferenzen beste-

hen, die einen Kauf dieser Produkte in anderen EU-Mitgliedstaaten attraktiv machen. Bei inhomogenen Gütern und Diensten können dagegen Unterschiede in der Qualität für die Versicherten ein Motiv darstellen, Leistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen. Die Gefahr, dass Patienten sich hier unqualifizierte Leistungsanbieter oder Nationen aussuchen, die ein niedrigeres Leistungsniveau als in Deutschland aufweisen, erscheint gering. Ein Patient dürfte nur dann im Ausland Leistungen nachfragen, wenn er dabei eine bessere oder zumindest eine gleichwertige Qualität erwartet. Bei einer Kur zum Beispiel besitzen zahlreiche europäische Regionen klimatische Bedingungen, die deutsche Orte nicht bieten können. Doch gerade bei Leistungen, die eine längere Anwesenheit der Patienten am Behandlungsort erfordern, bietet auch die Mobilität der Versicherten eine wichtige Determinante. Hier schränken in der Regel Sprachbarrieren die Bereitschaft zum Ortswechsel ein. Zusätzlich ergeben sich neben den eigentlichen Kosten der Leistung höhere Zeit- und Wegekosten als im Inland. Bei einem längerfristigen Aufenthalt, zum Beispiel bei stationären Behandlungen oder Kuraufenthalten, ist auch mit einer geringeren Zahl von Besuchen seitens der Verwandten und Freunde zu rechnen.

Die bisherigen kursorischen Überlegungen lassen erwarten, dass die Entscheidung, Leistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen, Preis- und Qualitätsdifferenzen in bedeutendem Ausmaß voraussetzt. Diese Bedingungen liegen bei hochspezialisierten Leistungen vor, bei denen im Inland kein oder ein zu geringes Angebot existiert, so dass lange Wartezeiten entstehen. Dagegen dürfen die Versicherten kaum Leistungen im Ausland nachfragen, die wiederkehrend erfolgen oder einer intensiven Nachsorge bedürfen. Dies gilt auch für Leistungen, die im Inland eine weitreichende Qualitätsgarantie enthalten, die im Ausland fehlt. Ein Beispiel bildet hier der Zahnersatz. § 135 Absatz 4 SGB V verlangt von den Vertragszahnärzten eine mindestens zweijährige Gewährleistungsfrist, innerhalb der identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen sind. Diese Qualitätsgarantie lässt sich bei einer Inanspruchnahme von Zahnersatzleistungen im Ausland schwer umset-

zen. Die Patienten müssten bei Problemen innerhalb dieser zwei Jahre entweder nochmals ins Ausland fahren oder einen inländischen Zahnarzt aufsuchen, der an einer solchen Reparatur kein großes Interesse besitzt. Die zusätzliche Qualitätssicherung schützt Zahnärzte im Bereich des Zahnersatzes vor einer merklichen Abwanderung von Patienten ins Ausland.

Die Reputation des jeweiligen Gesundheitssystems kann ebenfalls eine Rolle spielen. Aktuelle Benchmarking-Studien deuten nicht darauf hin, dass Deutschland – wie lange Zeit angenommen – das beste Gesundheitssystem der Welt besitzt. Deutschland liegt zum Beispiel bei der Lebenserwartung unter dem Durchschnitt wirtschaftlich vergleichbarer Länder, beim Zugewinn an Lebenserwartung allerdings darüber (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002, Textziffer 26ff.). Ähnlich stellt sich die Situation bei den verlorenen Lebensjahren dar. Bei der Zufriedenheit mit dem nationalen Gesundheitswesen schneidet Deutschland etwas besser ab. Schließlich kommen auch indikationsspezifische Studien zu dem Ergebnis, dass Deutschland zumeist eine durchschnittliche Position einnimmt, das heißt Spitzenwerte lassen sich auch hier nicht finden. Dagegen bietet Deutschland auch aus internationaler Perspektive für alle Bürger ein nahezu flächendeckendes Angebot an Gesundheitsleistungen und einen hohen Versorgungsstandard. Die GKV enthält einen umfangreichen Leistungskatalog mit einer guten Erreichbarkeit und konfrontiert die Patienten kaum mit Rationierungen, wie zum Beispiel Warteschlangen bei zeitkritischen Behandlungen. Diese Aspekte sprechen gegen eine intensive Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in anderen Mitgliedstaaten. Bei Leistungen, die der Katalog der GKV abdeckt, bieten auch große Preisunterschiede in den seltensten Fällen einen Anreiz zur Auslandsnachfrage. Eine Ausnahme können Leistungen bilden, bei denen eine hohe Zuzahlung des Patienten anfällt (wie beispielsweise der Zahnersatz). Bestehen dagegen für bestimmte Leistungen feste Zuzahlungsbeträge (zum Beispiel bei

Die Gefahr, dass Patienten sich unqualifizierte Leistungsanbieter oder Nationen aussuchen, die ein niedrigeres Leistungsniveau als in Deutschland aufweisen, erscheint gering.

Arzneimitteln), und muss der Versicherte diese bei einer Inanspruchnahme im Ausland in gleicher Höhe tragen, so besitzt er keine Anreize, die Nachfrage ins Ausland zu verlagern.

Größere Nachfrageverschiebungen können sich bei Arzneimitteln im Bereich der Selbstmedikation ergeben, da diese kaum Mobilität der Nachfrager erfordert, um die bestehenden Preisvorteile zu nutzen. Zudem bieten die neuen Medien gute Möglichkeiten, sich über Preisunterschiede zu informieren und Arzneimittel ohne großen Aufwand aus dem Ausland, zum Beispiel im Wege des Versandhandels, zu beziehen. Sofern der Patient die Arzneimittel im Ausland, zum Beispiel während seines Urlaubes, kauft, kann er im Rahmen der Selbstmedikation diese Preisdifferenzen sogar voll nutzen, denn in Europa gilt in Bezug auf die Mehrwertsteuer beim Endverbrauch das so genannte Ursprungslandprinzip. Das heißt, beim Kauf eines Arzneimittels durch eine Privatperson in Portugal gilt die portugiesische Mehrwertsteuer. Weitere Einschränkungen des Leistungskatalogs lassen den Selbstmedikationsmarkt wachsen und setzen für die Patienten Anreize, sich Medikamente (oder auch andere Leistungen) im Ausland zu beschaffen. Dies könnte dazu führen, dass sich die pharmazeutische Industrie im Laufe dieser Entwicklungen gezwungen sieht, zu einer anderen Preiskalkulation überzugehen, das heißt die internationalen Preisunterschiede zu verringern.

Der Zahnersatz erscheint prima vista ebenfalls für eine Leistungsanspruchnahme in einem Mitgliedstaat geeignet, da zwischen deutschen und ausländischen Preisen in diesem Bereich teilweise erhebliche Differenzen bestehen. Bei einer Zahnersatzbehandlung in Mallorca existieren für Deutsche auch kaum Verständigungsschwierigkeiten. Es tauchen jedoch insofern praktische Probleme auf, als der Patient in der Regel eine Vor- und Nachbehandlung benötigt und zudem der Krankenkasse vor der Behandlung einen Heil- und Kostenplan zur Genehmigung vorlegen muss. Als Alternative bietet sich an, die Behandlung in Deutschland vorzunehmen, die Prothese aber in Spanien fertigen zu lassen. Auf die Herstellung entfallen in Deutschland über 40 Pro-

zent der Kosten, so dass auch hier für den Patienten ein deutliches Einsparpotential besteht. Aus rechtlichen Gründen darf ein Zahnarzt mit dieser Option jedoch nicht werben, wodurch den Patienten die nötigen Informationen fehlen, um die Preisdifferenz tatsächlich nutzen zu können. Eine relevante Nachfrageverschiebung setzt insofern auch ausreichende Kenntnis der Patienten über die rechtlichen Möglichkeiten, die Vorgehensweise sowie zu erwartende Kosten bei einer Auslandsbehandlung voraus.

Bei den rechtlichen Möglichkeiten zur Leistungsanspruchnahme im Ausland gilt es allerdings, die im Rahmen der GKV vorgeschriebenen speziellen Genehmigungen für bestimmte Leistungen zu berücksichtigen. Die Urteile des EuGH ermöglichen den Patienten, Leistungen grundsätzlich auch in anderen Mitgliedstaaten nachzufragen und die Kosten von ihrer Krankenkasse erstattet zu erhalten, ohne zuvor eine Genehmigung der Kasse einzuholen. Daneben existieren jedoch spezielle Genehmigungen, die vor bestimmten Behandlungen im Inland eingeholt werden müssen, um die Kostenübernahme der Kasse sicher zu stellen. Diese Voraussetzungen gelten auch bei einer Inanspruchnahme der Leistungen in anderen Mitgliedstaaten, denn sie diskriminieren nicht die dortigen Leistungserbringer, da sie ebenso für die inländischen gelten. Dabei handelt es sich zum einen, wie im Falle eines Kuraufenthaltes, um eine generelle Genehmigung der Krankenkasse zur Inanspruchnahme der Leistung. Zudem müssen bei bestimmten Leistungen vor der Behandlung der Verlauf und die entsprechenden Kosten bewilligt werden. So übernimmt die Krankenkasse beim Zahnersatz nur dann die Kosten der Behandlung, wenn zuvor ein Heil- und Kostenplan erstellt und genehmigt wurde.

Der Zahnersatz erscheint prima vista ebenfalls für eine Leistungsanspruchnahme in einem Mitgliedstaat geeignet, da zwischen deutschen und ausländischen Preisen in diesem Bereich teilweise erhebliche Differenzen bestehen.

Im Falle einer allgemeinen Genehmigung durch die Krankenkasse kann der Patient zwischen einer Inanspruchnahme im In- oder Ausland wählen. Er besitzt einen Anreiz, eine solche Genehmigung seiner Krankenkasse⁴ zur

Behandlung im Ausland einzuholen, wenn der dortige Leistungskatalog umfangreicher ist oder eine geringere Selbstbeteiligung existiert. In diesem Fall erhält er – anders als bei einer Inanspruchnahme ohne diese Genehmigung – nicht nur maximal die deutschen Tarife erstattet, sondern besitzt einen Anspruch auf Leistungen des ausländischen Trägers entsprechend den dortigen Regelungen. Für die Krankenkassen könnte ein Anreiz bestehen, diese Genehmigung großzügig zu erteilen, um durch spezielle Angebote eine Verbesserung ihrer Wettbewerbsposition zu erreichen oder um von Kosteneinsparungen zu profitieren.

3. Herausforderungen für das deutsche Gesundheitswesen

Die ökonomischen Wirkungen, die mit der europäischen Integration einhergehen, überlagern sich teilweise mit den Effekten, die aus der weltweiten Tendenz zur Globalisierung erwachsen. Diese Effekte erfuhren durch die Europäische Währungsunion (EWU) für die betreffenden Länder nochmals eine Intensivierung. Die EWU führt in ihrem Geltungsbereich zu einer

- Erhöhung der Markttransparenz,
- Senkung der Transaktionskosten,
- Verminderung der Planungsrisiken und
- Verschärfung des Preiswettbewerbs.

So treten Preisdifferenzen zwischen Mitgliedstaaten bei einheitlicher Währung stärker ins Bewusstsein der Konsumenten, die auch über Medien zunehmend Informationen über unterschiedliche Preis- und Qualitätsgefüge erhalten. Zudem verschärfen EU, EWU und Globalisierung den internationalen Standortwettbewerb. Diese Entwicklungen bergen für die Mitgliedstaaten wettbewerbliche Risiken, eröffnen aber andererseits auch für „europataugliche Systeme“ Chancen. Die Liberalisierung und die dadurch ausgelöste Intensivierung des Wettbewerbs stellen das deutsche Gesundheitswesen unter anderem vor folgende Herausforderungen (vgl. Wille, E. 1998, S. 352):

- Das Sachleistungsprinzip muss zumindest als Option durch eine Kostenerstattung ergänzt werden.
- Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen für Vertragsärzte in Deutschland könnten die anvisierten Wirkungen verfehlen.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen können das Volumen der veranlassten Leistungen nicht mehr in toto steuern.
- Eine Qualitätskontrolle durch deutsche Instanzen entfällt im Ausland, das heißt sie müsste europaweit erfolgen.
- Bei selektiven Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gilt das europäische Wettbewerbs- und Vergaberecht.
- Im Wettbewerb benötigen die deutschen Leistungserbringer ähnliche Instrumente wie ihre ausländischen Konkurrenten, unter anderem auf dem Gebiet der Werbung.

Die Anpassungsprobleme, die zweifellos existieren, sollten jedoch nicht überbetont werden. So erscheint die Dichotomie zwischen dem Sachleistungsprinzip und dem Kostenerstattungsprinzip in Deutschland teilweise überzeichnet. Der Grund liegt darin, dass man hier mit den beiden Prinzipien unterschiedliche Vergütungsordnungen verbindet und zwar das Sachleistungsprinzip mit dem EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) beziehungsweise BEMA (Bewertungsmaßstab Zahnärzte) und das Kostenerstattungsprinzip mit der GOÄ beziehungsweise GOZ (Gebührenordnung Ärzte/Zahnärzte). Diese Zuordnungen stellen keine systembedingten Notwendigkeiten dar, das heißt denkbar wäre auch eine Verbindung des Kostenerstattungsprinzips mit dem EBM. Wenn ein Patient im Ausland Leistungen zu Lasten seiner Krankenkasse nachfragt, gilt dann trotz des Kostenerstattungsprinzips der EBM. Die Frage, ob man das Kostenerstattungs- oder das Sachleistungsprinzip bevorzugt, bildet letztlich eine Frage der Verwaltungseffizienz und der Präferenz der Versicherten. Trotz einer Option für die Kostenerstattung im Ausland spricht jedoch viel für die Beibehaltung des Sachleistungsprinzips als überwiegendes Abrechnungsprinzip. Es besitzt grundsätzlich Vorzüge bei der Verwaltungseffizienz und erspart Versicherten unter Umständen hohe Vorauszahlungen. Das

In Bezug auf die Qualität der Leistungen stellt sich die Frage, ob eine Sicherung und Kontrolle auch bei ausländischen Leistungserbringern gewährleistet beziehungsweise möglich ist.

Solidaritätsstärkungsgesetz begründet die Aufhebung des Kostenerstattungsprinzips für Pflichtversicherte damit, dass es sich hier um ein Element der privaten Krankenversicherung handle. Diese These trifft jedoch nicht zu, wie zwei Beispiele zeigen. Erstens besitzen auch Privatversicherte Versicherungskarten, die bei einem Klinikaufenthalt ökonomisch eine Art Sachleistungsprinzip ermöglichen, auch wenn hier andere juristische Beziehungen bestehen. Sodann erfolgt die Abrechnung der gesetzlichen Krankenversicherungen in Frankreich, Luxemburg und Belgien jeweils nach dem Kostenerstattungsprinzip. Sachleistung oder Kostenerstattung bilden demnach keine konstitutiven Merkmale von gesetzlicher oder privater Krankenversicherung, sondern können durchaus auch nebeneinander existieren (siehe auch Schulte, B. 1998, S. 380f.). Auch in der privaten Krankenversicherung könnte das Sachleistungsprinzip im ambulanten Bereich Eingang finden, wenn kostspielige Leistungen anfallen, für die bestimmte Personenkreise unter den Privatversicherten (zum Beispiel Beamte) unter Umständen nicht in Vorlage treten können. Das Ausmaß der Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung bei Auslandsleistungen ließe sich darüber hinaus durch eine grenzüberschreitende, EU-weite Vertragserlaubnis reduzieren. Diese würde es den Krankenkassen gestatten, ausländische Leistungserbringer, vor allem in grenznahen oder von Deutschen gerne besuchten Gebieten, in die Kollektivverträge einzubinden (vgl. Neumann-Duesberg, R. 1998, S. 25). Diese Verträge ermöglichen dann eine grenzüberschreitende Abrechnung der Leistungen mit Hilfe des Sachleistungsprinzips (ähnlich Pfaff, M. 1998, S. 110), wie sie bereits seit mehreren Jahren in den Euregios in der deutsch-belgisch-niederländischen Grenzregion im Rahmen von Pilotprojekten stattfindet (vgl. Hofmann, B. und Kochs, U. 1998).

Bei einer Liberalisierung der Gesundheitsmärkte könnten allerdings Bedarfs- und Zulassungsbeschränkungen die damit angestrebten Effekte ver-

fehlen. Wenn man deutschen Ärzten in grenznahen Gebieten die Zulassung verweigert, um eine Überversorgung zu verhindern, können diese die Beschränkungen unterlaufen, indem sie im benachbarten Ausland Praxen eröffnen, die dann auch von deutschen GKV-Versicherten besucht werden können. Hier stellt sich jedoch die Frage, ob nicht die Auswirkungen der EU auf das Gesundheitssystem fragwürdige Regulierungen beziehungsweise ordnungspolitische Sünden der Vergangenheit aufdecken.

Eine Budgetierung von Auslandsleistungen wirft technisch keine unlösbaren Probleme auf, denn eine Krankenkasse wird auf die Dauer gewisse Erfahrungswerte gewinnen, ein wie großer Leistungsumfang im Ausland in Anspruch genommen wird und dementsprechend Rückstellungen bilden. Allerdings dürften sich daraus Auswirkungen für die inländischen Anbieter ergeben, wenn die Inanspruchnahme im Ausland bei einer sektoralen Budgetierung im Inland Anrechnung findet, was wahrscheinlich heftige Reaktionen der inländischen Anbieterorganisationen auslösen wird.

In Bezug auf die Qualität der Leistungen stellt sich die Frage, ob eine Sicherung und Kontrolle auch bei ausländischen Leistungserbringern gewährleistet beziehungsweise möglich ist. Voraussetzung für eine Qualitätskontrolle bildet die rechtliche Möglichkeit der Krankenkassen, Verträge mit ausländischen Leistungserbringern zu schließen und die Erstattung von Auslandsleistungen auf diese Leistungserbringer zu beschränken. Sollte die Waren- und Dienstleistungsfreiheit eine solche Beschränkung nicht erlauben, können inländische Stellen diese Aufgabe der Qualitätskontrolle nicht leisten. Der EuGH wies den Einwand, die Europäisierung der Gesundheitsmärkte gefährde die Versorgung aufgrund von Qualitätsunterschieden mit der Begründung zurück, dass die sekundärrechtliche Koordinierung und Harmonisierung der einzelstaatlichen Regelungen die Vergleichbarkeit der Leistungen und der Qualifikation der Leistungserbringer garantiere.⁵ Der EuGH akzeptiert insofern das Ziel der Qualitätssicherung als Grund für eine Abschottung der nationalen Gesundheitsmärkte gegen europäisches Recht nicht. Unter diesem Aspekt bietet es

sich an, die Qualitätskontrolle auf die europäische Ebene zu verlagern (vgl. Wille, E. 1998, S. 353).

Der Patient besitzt ein Interesse daran, gerade im Bereich der Gesundheit qualitativ hochwertige Leistungen zu erhalten und dürfte nicht ausschließlich aufgrund des Preises entscheiden. Ein deutscher Versicherter begibt sich kaum freiwillig ins Ausland, wenn dort der Leistungserbringer oder die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens einen schlechten Ruf genießen. Es steht insofern kaum zu befürchten, dass freiwillige Patientenwanderungen zwischen den Mitgliedstaaten zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen. Eher geraten Gesundheitssysteme unter Druck, die eine unterdurchschnittliche Qualität bieten und/oder ihre Patienten auf die von ihnen gewünschte Behandlung mit Wartelisten vertrösten. In diesem Kontext besitzt die Dienstleistungsrichtlinie allerdings den Nachteil, dass bei einem ausländischen Arzt, der in Deutschland peripher praktiziert beziehungsweise aushilft, das Rechtssystem des Ursprungslandes, das heißt seines Herkunftslandes, gilt. Bei einer Fehlbehandlung durch einen solchen Arzt müsste der betroffene Patient seine Rechte somit im Ausland geltend machen.

4. Zum Wettbewerb zwischen beitrags- und steuerfinanzierten Gesundheitssystemen

Wie bereits oben unter 3. erwähnt, verschärfen die Liberalisierungstendenzen, die vom EG-Vertrag ausgehen, den Standortwettbewerb von Ländern und Regionen um mobile Unternehmen und deren Beschäftigungspotential. Dabei weisen beitragsfinanzierte Systeme gegenüber steuerfinanzierten bei isolierter Betrachtung Nachteile im Hinblick auf die Lohnnebenkosten und damit auf die Belastung des Faktors Arbeit auf. Die beitragsfinanzierten Systeme, wie zum Beispiel die sozialen Krankenversicherungen in Deutschland und Frankreich, stehen zunächst vor dem Problem, dass aufgrund der schwachen Wachstumsraten der beitragspflichtigen Einnahmen ihre Finanzie-

rungsbasis wegbricht. Beitragssatzerhöhungen, die von den Arbeitgebern mitfinanziert werden, belasten die Arbeitskosten, während dies in steuerfinanzierten Systemen zumindest weniger zutage tritt. Die Gesellschaft trägt zwar hier auch eine Erhöhung der Gesundheitsausgaben, die mittelbar auch die Arbeitgeber belasten, was sich jedoch zumindest a priori nicht einfach zurechnen lässt (vgl. Wille, E. 2003, S. 375f.). Da die Lohnzusatzkosten in vorwiegend beitragsfinanzierten Sozialsystemen höher liegen als in überwiegend steuerfinanzierten, kann daraus ein Wettbewerbsnachteil für Arbeitnehmer und Produzenten von arbeitsintensiven Produktionen in grenznahen Gebieten resultieren, was die nationalen Sozialsysteme unter Anpassungsdruck setzen kann.

Beitragsfinanzierte Systeme weisen gegenüber steuerfinanzierten bei isolierter Betrachtung Nachteile im Hinblick auf die Lohnnebenkosten und damit auf die Belastung des Faktors Arbeit auf.

Auf der Ausgabenseite stehen die unterschiedlichen Gesundheitssysteme dagegen vor ähnlichen Problemen, die unter anderem der technische Fortschritt induziert, der in der Vergangenheit in dieser Hinsicht die wichtigste Determinante darstellte. In Zukunft dürfte der demographische Wandel in zunehmendem Maße die Finanzierungsprobleme auf der Ausgabenseite verschärfen. Die Globalisierungstendenzen und ein internationales Benchmarking beeinflussen zudem die Erwartungshaltung in Bezug auf den Leistungskatalog. Bei der Frage, welche Leistungen die GKV in Zukunft finanzieren soll, lässt sich ein Blick über die nationalen Grenzen auf Länder mit vergleichbarem Sozialprodukt pro Kopf kaum vermeiden. Tendenziell dürfte sich jedoch künftig die Schere zwischen dem medizinisch Möglichen und dem, was die GKV erstattet, vergrößern. Sofern die Patienten dann einen wachsenden Anteil der Gesundheitsleistungen selbst finanzieren, besitzen sie einen Anreiz, auf internationale Preisdifferenzen zu achten und sie bei vergleichbarer Qualität auch zu nutzen.

Trotz des Harmonisierungsverzichts und der juristischen Unabhängigkeit der Gesundheitssysteme dürften künftig faktische Konvergenzprozesse eintreten.⁶ Bei der Betrachtung dieser Entwicklung stellt sich nun die Frage, ob sich

eine zügige Konvergenz oder gar eine völlige Harmonisierung der unterschiedlichen europäischen Systeme unabhängig von dem wünschenswerten Wettbewerb auf den Gesundheitsmärkten empfiehlt. Derzeit schwanken die so genannten Gesundheitsquoten, das heißt die jeweilige Relation zwischen den Gesundheitsausgaben eines Landes und dem entsprechenden Bruttoinlandsprodukt, in der EU erheblich. So betrug im Jahre 2002 die deutsche „Gesundheitsquote“ 10,9 Prozent, während zum Beispiel Finnland, Irland, Spanien und England hier Werte von höchstens 7,7 Prozent aufweisen; Polen und die Slowakische Republik liegen sogar nur bei 6,1 Prozent beziehungsweise 5,7 Prozent (vgl. OECD 2004). Eine Harmonisierung der Gesundheitsquote auf einem niedrigen Niveau würde für Deutschland wie auch für Frankreich eine erhebliche Einschränkung der Gesundheitsversorgung bedeuten, die von der Bevölkerung wohl als eine nicht vertretbare Rationierung angesehen würde. Erschwerend tritt hinzu, dass in Deutschland ca. 10 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheitswesen tätig sind. Umgekehrt erscheint es für Länder wie Irland oder Polen ökonomisch nicht empfehlenswert, ihre Gesundheitsquote auf das deutsche Niveau anzuheben und diese Erhöhung durch Sozialversicherungsbeiträge zu finanzieren. Die entsprechenden Mehrausgaben würden die Wettbewerbschancen dieser Länder im europäischen Vergleich verschlechtern, so dass sich eine Vereinheitlichung der Gesundheitsquoten und -systeme der europäischen Länder auch aus gesamtwirtschaftlicher Sicht nicht anbietet.

Aus den Nachteilen der beitragsfinanzierten Systeme rührt auch der Vorschlag, in Deutschland – wie in Frankreich schon in einem relevanten Ausmaß der Fall – partiell zu einer Steuerfinanzierung der sozialen Krankenversicherung überzugehen. Die Bürger verlieren mit dem Übergang von beitrags- zu steuerfinanzierten Sozialversicherungssystemen ihre Versicherungsrechte beziehungsweise -ansprüche, denn das Wesen einer allgemeinen Steuer liegt darin, dass kein Steuerpflichtiger mit seiner Abgabe einen Anspruch auf irgendeine staatliche Gegenleistung erwirbt. Bei der beitragsfinanzierten Sozialleistung handelt es sich nicht, wie zum Beispiel bei der Sozialhilfe, um eine staatliche

Transferleistung, der kein Äquivalent des Empfängers gegenübersteht, sondern um eine mit spezifischen Abgaben bezahlte Versicherungsleistung. Der Übergang von der beitrags- zur steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung steht auch im Widerspruch zum Subsidiaritätsprinzip, denn er mindert die Gestaltungs- und Souveränitätsrechte der Bürger, die dann nicht mehr die Position von Versicherten, sondern nur noch diejenige von staatlichen Leistungsempfängern einnehmen.

Trotz der Tatsache, dass Deutschland wohl kaum das weltweit beste Gesundheitssystem besitzt, liegt seine Gesundheitsversorgung noch immer deutlich über dem EU-Durchschnitt. Darum sollte man dieses System nicht den europäischen Konvergenzprozessen opfern, sondern es im Wettbewerb zwischen beitrags- und steuerfinanzierten Systemen verteidigen (ähnlich Oberender, P. 2001, S. 86). Wenn das deutsche System europafest gemacht wird und zudem an Effizienz und Effektivität gewinnt, wozu es zahlreiche Möglichkeiten gibt, besitzt es gute Chancen, im europäischen Wettbewerb zu bestehen. Dem Wettbewerb fällt hier insofern eine wichtige Funktion zu, als das deutsch korporatistische Gesundheitssystem einem Tanker gleicht, dessen Richtung sich nur schwer verändern lässt. Diesem Tanker tut es gut, wenn infolge eines intensivierten internationalen Wettbewerbs in den einzelnen Gesundheitsmärkten ein kräftiger Wind bläst.



Der Autor

Prof. Dr. Eberhard Wille

Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Universität Mannheim

Fußnoten

- 1 EuGH, Urteile vom 28.04.1998 in den Rechtssachen C-120/95, Nicolas Decker gegen Caisse de maladie des employés privés und C-158/96 Raymond Kohll gegen Union des caisses de maladie.
- 2 EuGH, Urteile vom 12.07.2001 in der Rechtssache C-157/99, B.S.M. Smits, verheiratete Geraets, gegen Stichting Ziekenfonds VGZ und H.T.M. Peerbooms gegen Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen.
- 3 EuGH, Urteile vom 13.05.2003 in der Rechtssache C-385/99, V.G. Müller-Fauré gegen Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA und E.E.M. van Riet gegen Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAQ Zorgverzekeringen.
- 4 Ohne eine solche Genehmigung kann er die betreffende Leistung ebenfalls in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen, aber nur zu den Konditionen bzw. Tarifen seines Heimatlandes.
- 5 Siehe die Urteile Decker Nr. 42f., Kohll, Nr. 47f.; vgl. auch Kötter, U. 1999, S. 245.
- 6 In diese Richtung zielt auch die „offene Methode der Koordinierung“; siehe hierzu u.a. Busse, R. 2002, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. 2002 sowie Schulte, B. 2002.

Literatur

Busse, R. (2002): Anwendung der „offenen Methode der Koordinierung“ auf die europäischen Gesundheitswesen, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, 2. Jg., Heft 2, S. 7-14.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2002): Die GVG zur offenen Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen, Informationsdienst 286, Köln, Juni 2002.

Heinze, M. (2003): Rechtsprechung des EuGH. Auswirkungen auf die EU-Mitgliedstaaten – insbesondere Deutschland, in: *Gesellschaftspolitische Kommentare*, Sonder-Nr. 1/2003, S. 15-23.

Henke, K. D. (2004) Grenzüberschreitende Versicherungsleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die ökonomische Perspektive, in: Basedow, J. et al. (Hrsg.): *Lebensversicherung – betriebliche Altersversorgung, VVG-Reform. Grenzüberschreitende Versicherungsleistungen in der Krankenversicherung. Der Handel mit gebrauchten Versicherungspolice*, Baden-Baden, S. 192f.

Hirsch, G. (1998): Die Auswirkungen der Europäischen Verträge auf den freien Waren- und Dienstleistungsverkehr in der Gesundheitsversorgung, in: *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, 4. Jg. (1998), Heft 4, S. 121-126.

Hofmann, B.; Kochs, U. (1998): Freier Zugang zu Gesundheitsleistungen in Grenzgebieten - Grenzüberschreitendes Projekt in der Euregio Maas-Rhein -, in: *Die BKK*, 86. Jg. (1998), Heft 6, S. 306-308.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2004): Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt, Brüssel, den 25.02.2004

Kötter, U. (1999): Die Urteile des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften in den Rechtssachen Decker und Kohll: Der Vorhang zu und alle Fragen offen?, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, Jg. 1999, Heft 4, S. 233-252.

List, R.M. (2005): Dienstleistungsrichtlinie: Bolkensteins Erbe, in: Europa-Kontakt e.V. (Hrsg.): EU-Informationsbrief Gesundheit 2/05, S. 47-52.

Neumann-Duesberg, R. (1998): Die EuGH-Position ist angreifbar, in: Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 1998, Heft 10, S. 22-27.

Oberender, P. (2001): Das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Wettbewerb, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, Bd. 7, Heft 3, S. 79-89.

OECD (2004): OECD Health-Data 1999-2004, Version 3, Paris.

Pfaff, M. (1998): Die Chance für Versicherte und Patienten nutzen – die tragenden Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung stärken, in: Forum für Gesundheitspolitik, Bonn, Mai 1998, S. 109-111.

Pitschas, R. (1994): Die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung in Deutschland im Gegenlicht europäischer Gesundheitspolitik, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, Jg. 1994, Heft 2, S. 85-118.

Schulte, B. (1998): Europäische Gesundheitspolitik nach dem Vertrag von Amsterdam, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis, 9. Jg. (1998), Heft 3, S. 359-395.

Schulte, B. (2002): Die „Methode der offenen Koordinierung“ – Eine neue politische Strategie in der europäischen Sozialpolitik auch für den Bereich des sozialen Schutzes –, in: Zeitschrift für Sozialreform, 48. Jg., Heft 1, S. 1-28.

Schulte, B. (2004): Ausländische gesetzlich beziehungsweise staatlich krankenversicherte Patienten als Zielgruppe deutscher Krankenhäuser – juristische Perspektiven, in: Braun, G. E. (Hrsg.): Ausländische Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen, Neuwied et al., S. 69-87.

Wille, E. (1998): Mögliche Auswirkungen der Europäischen Währungsunion, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis, 9. Jg. (1998), Heft 3, S. 343-358.

Wille, E. (2003): Die gesetzliche Krankenversicherung vor dem Hintergrund von Globalisierung und europäischer Integration, in: Knödler, H. und Stierle, M.H. (Hrsg.): Globale und monetäre Ökonomie. Festschrift für Dieter Duwendag, Heidelberg, S. 367-380.





Europa für die Versicherten gestalten

Fritz Schösser

Herr Ahrens hat Überlegungen angestellt, warum Sie heute zu dieser Veranstaltung gekommen sind. Er meinte, Sie seien vielleicht wegen Europa gekommen. Herr Danner hat eben vom Europa der Herzen gesprochen. Ich habe daraufhin überlegt: Bist du bei der richtigen Veranstaltung? Ich habe mich daran erinnert, dass es die Tochter eines asiatischen Königs vor etwa 3.000 Jahren war, die Europa den Namen gegeben hat. Damals ist es dem Göttervater Zeus nicht verborgen geblieben, dass es in Asien eine liebenswürdige Schönheit gab. Er wollte diese Schönheit erobern. Man könnte an dieser Stelle die Überlegung anstellen: Wie hätten wir uns, wenn diese Europa heute leibhaftig aufgetreten wäre, verhalten? Wie hätten wir versucht, ihr Vertrauen und ihre Liebe zu gewinnen? Zeus hat sich seinerzeit in einen wunderbaren Stier, einen Albino verwandelt, um das Herz der Prinzessin aus Asien zu erobern. Die beiden haben sich zufällig an einem Meeresstrand getroffen und die Prinzessin begann auf dem Stier zu reiten. Irgendwann sagte sie, als sie auf dem Rücken des Stieres saß, leichtfertig den Satz: Es wissen wohl nur die Götter, wo du mich jetzt hinbringen wirst, mein lieber Stier. – Das ließ sich Zeus nicht zweimal sagen und hat sie über die Fluten des Meeres nach Hause getragen. Als er zu Hause angekommen war, fragte sie ihn: Wo bin ich denn jetzt? – Daraufhin antwortete er: in Kreta. Das ist mein Heimatland. Ich will für dich sorgen und dich beschützen. Ich will einen Götterwunsch erfüllen und den Erdteil, der dich nun aufgenommen hat, Europa nennen. – So kamen wir zu dem Namen Europa für unseren Erdteil.

Wenn man heute den Namen Europa nennt, denkt man nicht mehr an die Prinzessin aus asiatischem Königshaus. Wir denken eher an Stabilitätspakt, Verschuldungsgrenze und Defizitverfahren, an die europäische Verfassung, an den gemeinsamen Wirtschaftsraum und an Wirtschaftswachstum, an Subventionierung und Osterweiterung, an die Europäische Zentralbank und auch – dabei denke ich nicht nur an die Teilnehmer aus München – an die Rußverordnung. Die Möglichkeiten, die es gibt, sind sozusagen grenzenlos geworden. Dabei fing alles, wie gesagt, mit einer großen Liebe an.

Auf europäischer Ebene existieren demokratisch legitimierte Entscheidungsorgane für die Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft. Diese Organe sind, wie ich meine, mehr und mehr der Angelpunkt für politische Entscheidungen. Die europäische Gesetzgebung hat zunehmend Auswirkungen auf die Politik der einzelnen Nationalstaaten und beeinflusst das Leben der Menschen in den europäischen Mitgliedstaaten immer stärker. Richtlinien, Verordnungen, Erklärungen, aber auch mehr Bürokratie sind kennzeichnend für diese Politik. So sollen im Augenblick, wie ich mir habe erzählen lassen, annähernd 900 Richtlinien im politischen Entscheidungsprozess auf der europäischen Ebene stecken. Vereinzelt werden bereits Forderungen nach einer inneren Reform der europäischen Entscheidungsstrukturen und nach einem Abbau der Bürokratie auf europäischer Ebene laut. Diese kritischen Stimmen sollten ernst genommen werden. Wir brauchen das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in ein vereintes Europa. Ängste um die Existenz des eigenen sozialen Schutzes sollte es bei den Bürgerinnen und Bürgern nicht geben.

Ängste um die Existenz des eigenen sozialen Schutzes sollte es bei den Bürgerinnen und Bürgern nicht geben.

Die europäische Politik übt auch mittelbar und unmittelbar Einfluss auf die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland aus. Das haben wir eben in zwei Vorträgen eindrucksvoll gehört. Urteile des Europäischen Gerichtshofes, die offene Methode der Koordinierung im Bereich des Gesundheitswesens und natürlich die jüngsten Versuche, eine Europäische Dienstleistungsricht-

linie einzuführen, zeigen die wachsende Einflussnahme. Dabei dürfen wir allerdings nicht nur die Rückwirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem betrachten. Herr Professor Wille, ich sehe es ähnlich wie Sie: Man muss die Dinge im Gesamtzusammenhang sehen und darf nicht immer nur aus eigenen Nöten und Ängsten heraus argumentieren. Eines muss im Vordergrund stehen, nämlich das Interesse der Menschen. Das bezieht sich eben nicht nur auf Benchmarks oder irgendwelche statistischen Zahlen, die verglichen werden. Versicherte und Patienten sind darauf angewiesen, bei Bedarf erforderliche medizinische Leistungen im Ausland zu erhalten. Hier müssen wir ansetzen, wenn wir Europa für die Versicherten und Patienten gestalten wollen.

Um es vorwegzunehmen: Hier gibt es bereits eine Reihe wichtiger und positiver Entwicklungen. Ich nenne stellvertretend nur einige wenige. Die Grenzüberschreitung der Leistungsanspruchnahme für die Versicherten und Patienten ist über die letzten Jahre hinweg sehr stark verbessert worden. Das muss man klar und eindeutig sagen. In dieser Hinsicht gibt es eigentlich relativ wenig Probleme. Seit dem 1. Juni 2004 gibt es die europäische Krankenversicherungskarte. Damit können die Versicherten auf Reisen in den 25 Mitgliedstaaten der Europäischen Union und zusätzlich in Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz die jeweiligen gesetzlichen Gesundheitssysteme für notwendige Behandlungen genauso wie im Inland nutzen.

Hinzu kommt, dass der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt hat, Verträge mit Leistungserbringern aus dem europäischen Ausland zu schließen. Mit diesen Neuregelungen wird eine Rechtssicherheit für grenzüberschreitende Patientenmobilität geschaffen. Auffallend ist, dass sich der Informationsbedarf der Versicherten bei Inanspruchnahme ausländischer Gesundheitsleistungen gerade gegenüber den Kassen sehr stark erhöht hat. Die Unsicherheit ist nach wie vor groß. Insofern wäre noch mehr Transparenz erforderlich. Ich sage an dieser Stelle auch ganz klar, dass die Kassen die nötige Transparenz schaffen wollen.

Die Zahl der Versicherten, die ausländische Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen wollen oder die dies aus bestimmten Gründen tun müssen, weil sie sich im Ausland aufhalten, wird zunehmen. Als Beispiel für solche Leistungen nenne ich hier den Zahnersatz. Es gilt dabei immer das Kosten-Nutzen-Prinzip zu berücksichtigen. Es ist immer darauf zu achten, wie sich die Kosten-Nutzen-Aspekte darstellen. Es gilt diese Aspekte abzuwägen. Ich füge hinzu, dass immer mehr danach gefragt werden muss: Stimmt die Qualität bei niedrigen Preisen? Ist eine eventuelle Folgeversorgung gesichert? Wir stimmen auch darin überein, dass es in dieser Hinsicht Grenzen gibt. Die Versicherten wollen über Vor- und Nachteile informiert werden, wenn sie Kostenerstattung für die Inanspruchnahme von ausländischen Gesundheitsleistungen wählen, aber Preis, Qualität und Gewährleistung im Einzelnen nicht kennen.

Die AOK betritt bei diesem Mehrbedarf an Informationen kein Neuland. Ich will jetzt nicht auf Mallorca eingehen, obwohl Herr Ahrens dies angekündigt hat. Ich will an dieser Stelle nur darauf hinweisen, dass die Beratung unserer Versicherten und Patienten auf Mallorca ein deutliches Zeichen dafür ist, dass die AOK ihre Arbeit ernst nimmt und die Patienten auch außerhalb der nationalen Grenzen nicht im Stich lässt. Wenn gewissermaßen ein eigenes Bundesland weit jenseits der nationalen Grenzen entsteht, muss man in irgendeiner Form darauf reagieren. Sie werden im Übrigen von Herrn Jacobs und anderen später Beispiele aus der Praxis hören – insofern erspare ich mir hierzu längere Ausführungen –, wie wir im grenznahen Bereich mit den Nachbarländern auf dem Gebiet der Leistungserbringung zusammenarbeiten. Diesen Erfahrungsvorsprung werden wir zukünftig bei der Deckung des zusätzlichen Beratungsbedarfs auf europäischer Ebene einbringen. Für eine optimale Beratung der Versicherten benötigen wir aber noch mehr Transparenz bezüglich Art, Umfang und Qualität der medizinischen Leistungen in den anderen EU-Staaten. Aus diesem Grund unterstützen wir das Vorhaben der EU-Kommission, ein umfassendes Gesundheitsinformationssystem aufzubauen. Auch daran wird gearbeitet. Ich halte das für einen sehr positiven Schritt.

Eine unkomplizierte medizinische Versorgung im Ausland durch eine neue Krankenversicherungskarte, durch geänderte Abrechnungsmodalitäten, durch Verträge mit ausländischen Leistungserbringern und durch mehr Transparenz über Art und Umfang der medizinischen Leistungen in Europa ist unser Ziel. Mit der Aufzählung sind die Chancen gekennzeichnet, die die AOK in einem zusammenwachsenden Europa erkennt und die sie auch nutzen wird. Ich will mit diesen Vorbemerkungen deutlich machen, dass die AOK bei den europäischen Entwicklungsmöglichkeiten durchaus zwischen Spreu und Weizen zu differenzieren weiß. Wir sind eben keine notorischen Beckmesser und wir sind auch keine Blockierer. Wir wissen um die Notwendigkeit der Transparenz im Hinblick auf medizinische Leistungen in Europa und wir wissen auch, dass wir nicht in allen Punkten die Besten sind und durchaus noch etwas lernen können.

Allerdings wissen wir auch, dass sich dort, wo sich Chancen eröffnen, auch Risiken ergeben. Auf diese werden wir im Interesse unserer Versicherten, Patienten und Beitragszahler hinweisen. Besonders deutlich werden diese Risiken bei den derzeitigen Aktivitäten zur Europäischen Dienstleistungsrichtlinie. Diese will ich aus unserer Perspektive noch einmal darstellen.

Mit dieser Richtlinie will die EU-Kommission einen liberalisierten Binnenmarkt für Dienstleistungen schaffen – einen Wettbewerb ohne gemeinsame Regeln. Heiner Geißler hat einmal davon gesprochen, dass alle um das Goldene Kalb tanzten und die Gesetzestafeln weggeworfen hätten. So ähnlich ist die Situation auch auf dem Wege, auf dem man sich jetzt befindet. Allen Dienstleistern soll die Niederlassung in einem anderen EU-Mitgliedstaat unter erleichterten Bedingungen ermöglicht werden. Für die vorübergehende Tätigkeit in einem anderen EU-Staat sollen für jeden Dienstleister das Recht und die Rahmenbedingungen seines Heimatlandes gelten, also das so genannte Herkunftslandprinzip.

Grundsätzlich sind die von der EU-Kommission verbal genannten Ziele des Richtlinienvorschlages, mehr Auswahl an Dienstleistern, eine bessere Qualität

und niedrigere Preise durch Wettbewerb zu erreichen, natürlich zu begrüßen. Wer könnte dazu Nein sagen? Diese Versprechungen müssen aber auch einer Überprüfung standhalten. Ich meine, das tun sie leider nicht. Der Weg, dieses Ziel zu erreichen, ist nicht nur nicht der richtige. Ich glaube vielmehr, dass es sich zum großen Teil um den falschen und den untauglichen Weg handelt.

Wo aber liegen nun die Risiken? Das ist schnell gesagt. Sie liegen vor allem im vorgesehenen Herkunftslandprinzip. Danach könnten ein spanischer oder griechischer Pflegedienst oder Arzt vorübergehend in Deutschland ihre Dienste anbieten. Darin liegt in erster Linie das Problem. Wie wird sich dieser liberalisierte Markt organisieren, um dort zu entsprechenden Angeboten zu kommen, wo Nachfrage und – ich formuliere es auch einmal so – Geld für Nachfrage nach Gesundheitsleistungen noch vorhanden sind? Der Pflegedienst und der Arzt unterliegen in diesem Falle dann aber auch den Rechtsvorschriften des Herkunftslandes und nicht denen des Landes, in dem sie vorübergehend tätig sein wollen. Es gäbe kein einheitliches Recht mehr, sondern im Extremfall entsprechend der Zahl der Mitglieder der Europäischen Union eben 25 verschiedene Rechtssysteme, also 25-mal Recht, das demjenigen vermittelt werden muss, der eine Dienstleistung in Anspruch nimmt.

Die Risiken liegen vor allem im vorgesehenen Herkunftslandprinzip.

Die Patienten müssten vorab klären, welche Rechtsvorschriften und Qualitätsstandards mit dem jeweiligen Anbieter der Leistung verbunden wären. Zusätzlich ist zu befürchten, dass es bei den Qualitätsstandards einen Abwärtstrend geben wird. Ich sage auch hier deutlich und ohne darum herumzureden: Wettbewerb ist – das ist die größte Sorge, die wir haben – kein Selbstzweck. Wettbewerb muss im Dienst der Sache stehen. Er ist Mittel zum Zweck und nicht der Zweck selbst. Patienten müssen sich auf einheitliche Qualitäts- und Haftungsregelungen verlassen können, Krankenkassen im Übrigen auch. Es kann doch nicht sein, dass Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können, ohne dass ein entsprechender Vertrag

oder eine Zulassung vorhanden wären. Wir verstehen das Sachleistungsprinzip und das Kostenerstattungsprinzip im Übrigen auch so, dass der Patient davor zu schützen ist, dass er im Zweifel Überforderungen unterliegt, und zwar dadurch, dass er nicht weiß, was der Arzt bei ihm macht oder nicht macht, dass er nicht weiß, ob die Leistung gerechtfertigt ist oder nicht und in welche Kostensituation er damit gedrängt wird. Solange es also keine abgestimmten Qualitätsstandards auf europäischer Ebene gibt, so lange lehnen wir eine medizinische und pflegerische Versorgung nach dem Herkunftslandprinzip entschieden ab.

Welche Risiken drohen noch? Die Richtlinie sieht weiterhin vor, dass zur Erleichterung der Niederlassung von Dienstleistern auch die Verwaltungsverfahren und Genehmigungsverfahren im jeweiligen Land überprüft und gegebenenfalls vereinfacht werden, um eine Diskriminierung bei der Niederlassung auszuschließen. Das ist der nächste Punkt, der eine Rolle spielt. Konkret könnte das nämlich bedeuten, dass sich das deutsche Zulassungsverfahren für Vertragsärzte und Zahnärzte, die Bedarfsplanung für Krankenhäuser und die Regelungen zur gezielten Behandlungssteuerung einer solchen Überprüfung unterziehen müssten. Die Vorschrift, dass die Kassenzulassung eines Arztes oder Zahnarztes in Deutschland davon abhängig ist, dass es sich nicht um ein überversorgtes Gebiet handelt, könnte zukünftig unzulässig, weil diskriminierend, sein. Ich stelle hier einmal die Frage, was das für die Ordnungsform, die wir für das Gesundheitswesen bei uns gefunden haben, bedeuten würde. Die Folge wäre eine Gefährdung der finanziellen Stabilität und der Funktionsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens.

Obwohl die obersten deutschen Gerichte die Einschränkung des Grundrechtes der Berufsfreiheit im Interesse des Gemeinwohls zur Sicherung der finanziellen Stabilität des Gesundheitswesens als gerechtfertigt ansehen, wäre Deutschland gemäß dem Richtlinienvorschlag möglicherweise gezwungen, Zulassungsverfahren und Bedarfsplanung abzuschaffen. Dann wäre eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen nahezu vorprogrammiert.

Nun nehmen wir erfreut zur Kenntnis, dass mittlerweile auch Bundeskanzler Schröder Bedenken in Bezug auf die Umsetzung der Richtlinie hat und die damit verbundenen Risiken sieht. Auch der zuständige EU-Kommissar für Fragen des Binnenmarktes hat zugesagt, zumindest Nachbesserungen vorzunehmen. Ich kann heute an dieser Stelle, da die Debatte im Europäischen Parlament einen gewissen Höhepunkt erreicht hat, nur sagen: Die Worte hör ich wohl, allein mir fehlt der Glaube, dass es wirklich die ernsthafte Absicht gibt, einen Kurswechsel vorzunehmen. Bisher ist nämlich im Grunde genommen noch nichts geschehen. Es waren allenfalls mündliche Botschaften zu hören. Die Dienstleistungsrichtlinie liegt nach wie vor auf dem Tisch und über sie wird im Europäischen Parlament beraten. Ich will an dieser Stelle nicht verschweigen, dass mir seit drei oder vier Tagen der Entwurf eines Berichtes des Ausschusses für Binnenmarkt und Verbraucherschutz des Europäischen Parlaments vorliegt – dieser Bericht datiert vom 8. April dieses Jahres –, der darauf hoffen lässt, dass das Parlament vielleicht doch den einen oder anderen Punkt aufgreift, der uns Sorgen bereitet.

Der Entwurf dieses Berichtes sieht ein paar interessante Neuregelungen vor. So wird beispielsweise jetzt in Artikel 1 vorgesehen, dass die Richtlinie nicht nur die Niederlassungsfreiheit garantiert, sondern auch garantieren soll, dass diese gleichzeitig mit der Wahrung eines hohen Qualitätsniveaus der Dienstleistung gekoppelt ist. Ebenso gibt es einen Katalog von Bereichen, die nicht in die Dienstleistungsrichtlinie aufgenommen werden sollen. In dem Bericht der Berichterstatterin im Europäischen Parlament ist unter Ziffer 1 a zu lesen: Gesundheits- und soziale Dienstleistungen sowie andere Sozialdienste und wohlfahrtsstaatliche Leistungen sollen ausgenommen werden. Ferner ist nicht mehr vom Herkunftslandprinzip, sondern vom Prinzip der gegenseitigen Anerkennung die Rede. Wir werden sehen, ob diese Änderungen nur Wortspiele sind oder wirklich einen Fortschritt darstellen. Unsere Aufgabe ist es schlicht und einfach, wachsam zu bleiben. Es gilt – dies ist die einzige Botschaft, die wir heute vermitteln können – nach wie vor darauf zu achten, dass bei der Überarbeitung der EU-Dienstleistungsrichtlinie der Gesundheits- und

Pflegesektor auch wirklich als Ausnahmehereich definiert wird. Ich sage das jetzt ganz bewusst nur für den soeben genannten Bereich. Als Gewerkschafter könnte ich eine entsprechende Aussage durchaus auch auf andere Bereiche ausdehnen.

Dass die angesprochene nationale Souveränität durchaus EU-rechtsfähig ist, hat das Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 16. März 2004 bewiesen. Darin stellt der EuGH fest, dass die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände bei der Festsetzung von Arzneimittelfestbeträgen keine wirtschaftlichen Tätigkeiten ausüben und somit keine Unternehmen sind. Mit diesem Urteil ist die Rechtmäßigkeit der Festsetzung von Arzneimittelfestbeträgen endgültig zugunsten der Krankenkassen und zum Nutzen der Versicherten und Patienten bestätigt worden. Die Begründung des Urteils lässt sich meines Erachtens im Übrigen auch ohne Weiteres auf die Entscheidungen des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen übertragen.

Wie können wir nun die vorgestellten Risiken wirklich vermeiden? Lassen Sie mich unter diesem Aspekt die Position der Selbstverwaltung im AOK-System zur Dienstleistungsrichtlinie kurz zusammenfassen.

Erstens. Die Regelungen des Richtlinienvorschlages greifen tief in die nationale Souveränität der Mitgliedstaaten im Gesundheits- und Pflegebereich ein. Die vorgesehenen Eingriffe sind nicht nur unverhältnismäßig, sie würden auch sämtliche nationalen Mengen-, Kostensteuerungs- und Qualitätssicherungselemente ins Leere laufen lassen. Die finanzielle Stabilität und Funktionsfähigkeit der nationalen Gesundheitssysteme könnte ausgehebelt werden. Der Gesundheits- und Pflegesektor sollte daher aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie vollständig herausgenommen werden.

Zweitens. Das so genannte Herkunftslandprinzip wird für vorübergehende Dienstleistungserbringer in einem anderen EU-Staat so lange entschieden abgelehnt, solange nicht abgestimmte Qualitätsstandards für die medizinische

Versorgung auf EU-Ebene vorhanden sind. Das sind die beiden grundlegenden Punkte, an denen sich meines Erachtens jede Entscheidung auf europäischer Ebene messen lassen muss. Ich betone noch einmal: Das Ziel, mehr Wettbewerb durch die Vereinheitlichung der Dienstleistungsregelungen herbeizuführen, ist zu unterstützen; es ist aber nicht der alleinige Zweck.

Ich möchte Ihr Augenmerk kurz auf zwei weitere Probleme im Zusammenhang mit dem Herkunftslandprinzip lenken. Neben der EU-Dienstleistungsrichtlinie soll jetzt noch eine überarbeitete Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen auf den Weg gebracht werden. In dieser Richtlinie sollen auch für vorübergehend in einem anderen EU-Staat aufgenommene Tätigkeiten nur die berufsständischen und verwaltungsrechtlichen Disziplinarbestimmungen sowie die Berufsqualifikationen des jeweiligen Herkunftslandes gelten. Diese Neuregelung überrascht, da bereits seit Jahren die europaweite gegenseitige Anerkennung der Berufsqualifikation von Ärzten, Zahnärzten, Krankenschwestern und Pflegern so geregelt ist, dass zum Beispiel ausländische Ärzte bei Tätigkeit in einem anderen EU-Staat die gleichen Rechte und Pflichten haben wie die jeweiligen Staatsangehörigen.

Der Gesundheits- und Pflegesektor sollte daher aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie vollständig herausgenommen werden.

Ich will auf einen Gesamtüberblick nicht ganz verzichten. In diesem Zusammenhang will ich ein Thema aufgreifen, das Herr Danner angesprochen hat, nämlich die offene Methode der Koordinierung. Auch diese muss man im Kontext dieser Debatte betrachten. Ziel dieser Methode soll es sein, die freiwillige Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten im Bereich der sozialen Sicherheit zu verbessern. Dies ist ein Thema, für das, wie ich glaube, fast eine weitere Veranstaltung im Rahmen der Reihe „AOK im Dialog“ erforderlich wäre. Hier kurz nur so viel: Was den Gesundheitsbereich angeht, so sollen nach Ansicht der EU-Kommission folgende Ziele langfristig in Einklang gebracht werden: erstens die Sicherung des allgemeinen Zugangs zu medizinischen Leistungen, zweitens die Sicherung einer qualitativ hochwer-

tigen Gesundheitsversorgung und drittens die Sicherung einer langfristigen Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme. Allerdings erweist es sich als schwierig, diese Ziele mit einem Vergleichsmaßstab für die Gesundheitssysteme in Europa zu verbinden. Eine uneingeschränkte Vergleichbarkeit wird es im Übrigen vor allem im Gesundheitswesen auf längere Sicht wohl nicht geben.

Angesichts dieser Probleme hat die EU-Kommission im Mai 2003 vorgeschlagen, ab 2006 gemeinsame Ziele über alle Bereiche des Sozialschutzes hinweg – also auch für den Renten- und den Gesundheitsbereich – zu definieren und dafür eine begrenzte Zahl – ich betone: eine begrenzte Zahl – von Indikatoren festzulegen. Zu diesen Indikatoren gehört, dass der Bereich Gesundheit in Zukunft nur noch unter der Perspektive der Armutsvermeidung und sozialen Eingliederung betrachtet wird – man muss sich, wenn dort Standards entstehen sollen, fragen, auf welchem Niveau sie entstehen sollen – und dass diesem Aspekt dann die finanziellen Aufwendungen gegenübergestellt werden sollen.

Mit dieser Vereinfachung und Verringerung der Gesamtzahl der Indikatoren wird das eigentliche Ziel der offenen Methode der Koordinierung, aus den Erfahrungen anderer zu lernen, meines Erachtens nicht erreicht. Diese Vereinfachung verkürzt die Auseinandersetzungen im Gesundheitswesen auf eine reine Kostendiskussion. Es ist aber Kernaufgabe eines jeden Gesundheitswesens, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, zu fördern sowie Krankheiten vorzubeugen und sie zu bekämpfen. Es geht um die Teilhabe aller an der Entwicklung der Volksgesundheit, nicht um eine Armenversorgung. Letzteres wäre eher ein amerikanisches Prinzip als ein deutsches oder europäisches Sozialprinzip.

Der Prozess der Koordinierung setzt eine breit angelegte nationale Debatte über Ziele und Leitlinien in der Gesundheitsversorgung und der Altenpflege voraus. Eine hohe Sorgfalt bei der Indikatorenbildung und der Interpretation der Ergebnisse ist meines Erachtens unabdingbar. Dann sind die Chancen tatsächlich größer als die Risiken.

Ob es nun die offene Methode der Koordinierung, die EU-Dienstleistungsrichtlinie oder andere Aktivitäten, die den Gesundheits- und Pflegebereich betreffen, sind, immer müssen wir im Auge behalten, dass wir ein Europa für die Bürgerinnen und Bürger, für die Versicherten und Patienten zu gestalten haben, ein Europa, das die erreichten Qualitätsstandards in den jeweiligen Ländern erhält, ein Europa, das die Gesundheitssysteme nicht in ihrer finanziellen Stabilität gefährdet. Die Leistungsanspruchnahme im Ausland haben wir vereinfacht und verbessert. Das ist gut so. Hier sind wir auf einem guten Weg, der deutlich die Chancen zeigt, die in einem zusammenwachsenden Europa liegen. Ich darf Ihnen versichern: Die AOK wird diese Chancen im Interesse der Versicherten und Patienten auch nutzen. Wir wollen dabei natürlich nicht – damit komme ich auf den Anfang meiner Ausführungen zurück –, dass die europäischen Götter bestimmen, wohin die Reise in Zukunft gehen soll. Ich beziehe mich hier noch einmal ganz bewusst auf Zeus. Wir wollen mithelfen, dass Europa von den Menschen genauso geliebt, vergöttert und in die Herzen geschlossen wird, wie das Zeus mit seiner Europa getan hat.



Der Autor

Fritz Schösser

Verwaltungsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, Bonn

Praxisbericht: Verträge mit ausländischen Leistungserbringern

Jürgen Heese

Ich werde beschreiben, wie wir im Land Brandenburg gemeinsam mit dem polnischen Krankenversicherungsträger, dem Nationalen Gesundheitsfonds (kurz NFZ), die grenzüberschreitende Zusammenarbeit gestaltet haben. Mein Vortrag trägt den Titel „Nachbarn in Aktion“. Wir waren anderthalb Jahre in Aktion, um gemeinsam eine Versichertenbetreuung zu gestalten, die ab 1. Mai 2004 mit dem EU-Beitritt Polens umzusetzen war.

Das Land Brandenburg hat eine gemeinsame Grenze mit Polen von rund 250 km Länge. Es gibt viele historische Wege aus Deutschland in Richtung Polen und umgekehrt, die schon vor dem EU-Beitritt Polens wiederbelebt wurden. Polen hat rund 38,7 Millionen Einwohner und gliedert sich politisch in 16 Woiwodschaften, die mit den Ländern der Bundesrepublik Deutschland vergleichbar sind. Wir haben insbesondere mit der Woiwodschaft Lebuser Land, unserem östlichen Nachbarn, Kontakte geknüpft und eine enge Zusammenarbeit intensiviert. Frankfurt/Oder liegt auf geografischer Höhe des Lebuser Landes. In der Woiwodschaft Lebuser Land mit seinen rund 83 Gemeinden und 12 Kreisen leben ca. 1,1 Millionen Menschen.

Gemeinsam mit dem polnischen Krankenversicherungsträger haben wir – die AOK Brandenburg, die AOK Sachsen und die AOK Mecklenburg-Vorpommern – diese grenzüberschreitende Zusammenarbeit gestartet.

Gestatten Sie mir einige Sätze zum Nationalen Gesundheitsfonds. Er ist landesweit organisiert. Die Zentrale hat ihren Sitz in Warschau. Ich sagte bereits, dass sich Polen politisch in 16 Woiwodschaften gliedert. Diese politische Gliederung ist identisch mit dem Zuständigkeitsbereich der NFZ-Abteilungen, welche die Aufgabe haben, in den Woiwodschaften die ambulante und stationäre Versorgung der polnischen Bürger sicherzustellen. Es gibt also insgesamt 16 NFZ-Abteilungen. Der Nationale Gesundheitsfonds versorgt rund 37 Millionen Versicherte. Polen hat 38 Millionen Einwohner, fast 100 Prozent der polnischen Bürger sind somit im Nationalen Gesundheitsfonds versichert.

Ich darf hervorheben, dass die Zusammenarbeit mit den polnischen Kollegen überaus konstruktiv war und sehr freundschaftlich verlief. Schon bei den ersten Zusammenkünften spürte man eine Aufbruchstimmung. Sie führte dazu, dass wir sehr zielorientiert zusammengearbeitet haben. Der Wissensdurst der polnischen Kolleginnen und Kollegen, aber auch unser Wissensdurst war sehr groß. Wir haben uns im Rahmen verschiedener Erfahrungsaustausche intensiv beraten und Informationen ausgetauscht.

Herr Professor Wille hat bereits kurz die rechtlichen Möglichkeiten der Leistungsanspruchnahme durch deutsche Versicherte während eines Auslandsaufenthaltes angesprochen. Die Ausgestaltung dreier Themenfelder hat uns insbesondere beschäftigt:

1. Die Umsetzung des bekannten Auslandskrankenscheinverfahrens; dieses Verfahren, das schon seit 1971 existiert, ist in den EWG-Verordnungen beschrieben.
2. Die „Kostenerstattungsregelungen“ auf der Grundlage der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes und des § 13 Absätze 4-6 SGB V und
3. die Regelungen des GMG zu § 140e SGB V, nämlich die Verträge mit ausländischen Leistungserbringern abschließen zu können.

Es galt diese drei Fallkonstellationen zum 1. Mai 2004 umzusetzen und so auszugestalten, dass die polnischen Kollegen des Nationalen Gesundheitsfonds und die deutschen Kollegen, die brandenburgischen AOK-Mitarbeiter, diese Sachverhalte im Rahmen der grenzüberschreitenden Kundenbetreuung präsent hatten.

Im Sommer 2003 haben wir in Zielona Góra die ersten Gespräche mit Vertretern des Nationalen Gesundheitsfonds und mit dem Vorsitzenden der Deutsch-Polnischen Gesundheitsakademie e.V., Herrn Detlef Lischka, geführt. Wir haben über die Ausprägung der sozialen Sicherungssysteme in Polen und in Deutschland gesprochen. Aber auch aktuelle Probleme des Gesundheitswesens diskutiert. Diese Kontakte haben wir durch weitere Konsultationen gefestigt.

Die Resonanz war außerordentlich positiv. Wir vereinbarten, am Sitz unserer Direktion in Teltow eine Zusammenkunft der Direktoren des Nationalen Gesundheitsfonds und des Vorstandes der AOK für das Land Brandenburg zu organisieren, um im Sinne der Versichertenberatung und der Arbeitgeberbetreuung konkret zu werden. Ziel war es ja, die erwähnten Anspruchsgrundlagen zeitnah umzusetzen. Dieses Treffen fand im November 2003 statt. Zwei Handlungsfelder wurden vereinbart: Das Handlungsfeld „Versicherte“, bei dem es insbesondere um die Betreuung von Versicherten geht, hatte oberste Priorität. Der 1. Mai 2004 rückte näher. Das Handlungsfeld „Verträge“ war zum damaligen Zeitpunkt zwar noch nicht akut, aber wir vereinbarten, es bald zu besetzen. Ich werde sogleich darauf zu sprechen kommen.

Bei der Ausgestaltung des Handlungsfeldes „Versicherte“ wurde deutlich, dass die Informationsflüsse in Polen nicht immer durchgängig gewährleistet sind. Wir übernahmen die Rolle deshalb gern, diesen Informationsbedarf, insbesondere in Richtung des NFZ in Zielona Góra, zu decken. Die EWG-Verordnungen sind ein sehr umfassendes Regelwerk, das erläutert werden muss. Wir haben zum Beispiel sehr intensiv darüber gesprochen, was im kon-

kreten Fall zu tun ist, sofern ein deutscher oder polnischer Versicherter eine stationäre Behandlung im Ausland beantragt.

Da das Vordruckwesen unüberschaubar ist, wurde die Frage erörtert, welche Vordrucke für welche Versichertenkreise beziehungsweise in welchen Situationen maßgeblich sind. Auf der polnischen Seite gab es diesbezüglich große Unsicherheit.

Das Kostenerstattungsverfahren hatte in den Beratungsgesprächen mit Versicherten noch keine große Relevanz, da diese zum Beispiel zunächst keine polnische Zahnersatzbehandlung erfragten. Inzwischen ist allerdings eine andere Tendenz spürbar. Das Thema „Zahnersatz“ wird auch auf Grund der gesetzlichen Änderung in Deutschland etwas kritischer bei den Versicherten gesehen. Der Patient ist preissensibler, er hat sich orientiert und er ist mobiler geworden. Dieser Kundenkreis fragt sehr konkret nach, welche Leistungen im Nachbarland Polen unter welchen Voraussetzungen – das Preisgefälle ist nun einmal existent – in Anspruch genommen werden können. Das setzt voraus, dass unsere Mitarbeiter mit entsprechendem Know-how ausgestattet sind, so dass eine umfassende Beratung im Interesse der Versicherten erfolgen kann.

Soeben ist die Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) angesprochen worden. Auch diese Einführung der EHIC in beiden Ländern war Gegenstand der Gespräche. Auf der Rückseite der AOK-Gesundheitskarte befindet sich die Europäische Krankenversicherungskarte. Mit dieser Karte ist es möglich, dass der Patient im Akutfall im Ausland behandelt wird und dem behandelnden Arzt lediglich diese Karte vorlegen muss.

In der Vergangenheit mussten ausländische Touristen zur AOK-Geschäftsstelle kommen und den „E 111“, den so genannten Auslandskrankenschein, gegen einen Berechtigungsschein eintauschen. Erst dann konnten sie sich in ärztliche Behandlung begeben. Das Verfahren hat sich ab dem 1. Juni 2004

geändert: Im Rahmen der gewollten Patientenmobilität ist es nur sinnvoll, dass der Patient mit der Europäischen Krankenversicherungskarte den Arzt im Ausland nunmehr direkt aufsuchen kann.

Wir tauschen regelmäßig Informationen über die Veränderungen im Versicherungs- und Leistungsrecht aus. Auf der Internetseite des Nationalen Gesundheitsfonds „www.nfz.gov.pl“ können deutsche und polnische Versicherte aktuelle Informationen über den Gesundheitsschutz in den beiden Ländern in ihrer Muttersprache finden.

Die Mobilität der Versicherten nimmt spürbar zu. Heute werden andere Fragen als noch vor einem Jahr gestellt. Es gibt verstärkt Bemühungen deutscher Reiseunternehmen, deutschen Versicherten polnische Kureinrichtungen oder zahnmedizinische Behandlungen schmackhaft zu machen. Wir haben daher auch in der Beratung andere Akzente zu setzen. Da gerade im grenznahen Bereich der Wunsch nach entsprechenden Informationen geäußert wurde, wurde eine Broschüre für deutsche Versicherte über die Inanspruchnahme von Leistungen in Polen erstellt. Darin sind sehr konkrete Informationen zur Leistungsanspruchnahme in den zwei eben beschriebenen Fallkonstellationen enthalten. Diese Broschüre haben wir gemeinsam mit unseren Nachbar-AOKn erstellt. Sie ist über unser Call-Center für interessierte Versicherte erhältlich.

Dem Handlungsfeld „Verträge“ haben wir uns bisher noch nicht intensiv gewidmet. Es existieren keine Verträge mit polnischen Leistungserbringern. Wir stehen diesem Thema allerdings sehr aufgeschlossen gegenüber. Letztendlich entscheidet der Kunde, wo welche Leistungen einzukaufen sind.

Vorhin sprach ich von gemeinsamen organisierten Veranstaltungen, von Workshops, Tagungen und Arbeitstreffen. Beispielsweise haben wir am 8. November 2003 in Garbicz/Polen gemeinsam mit der Deutsch-Polnischen Gesundheitsakademie e.V. und dem NFZ eine Tagung für polnische und

deutsche Leistungserbringer ausgerichtet. Dort haben wir mit einem großen Interessentenkreis über die im Laufe der EU-Osterweiterung anstehenden Veränderungen diskutiert.

Darüber hinaus haben wir im April 2004 ein Arbeitstreffen zwischen deutschen und polnischen Kollegen organisiert. An zwei Tagen wurde die praktische Umsetzung des Leistungsaushilfeverfahrens und die dabei auftretenden Problemfälle diskutiert. Diese Form der Zusammenarbeit ist überaus positiv bewertet worden. Wir planen weitere Zusammenkünfte. Hervorzuheben ist, dass wir zwischenzeitlich nicht nur mit einer NFZ-Abteilung zusammenarbeiten. Wir haben im Februar 2004 eine Veranstaltung durchgeführt, bei der bereits 10 NFZ-Abteilungen und die NFZ-Zentrale in Warschau den gemeinsamen Erfahrungsaustausch bereicherten.

Der NFZ plant, ein Call-Center zu eröffnen. Auch dort vollzieht sich ein intensiver Veränderungsprozess. Wir haben unser Call-Center in Potsdam vorgestellt und auf diese Weise Know-how transportiert. In den Anfängen steht der Aufbau einer zweisprachigen Wissensplattform im Internet, die polnische und deutsche Mitarbeiter der beiden Krankenversicherungsträger in die Lage versetzt, Fallkonstellationen abzurufen. Dadurch wird ein Gleichklang der Informationen gewährleistet. Auch das Thema „länderübergreifende Regionalplanung“ steht auf unserer Agenda. Die Euroregionen Pomerania, Spree-Bober-Neiße und Pro Europa Viadrina sind sicherlich gute Anknüpfungspunkte, um in diesem Bereich grenzüberschreitende Modellprojekte zu initiieren.

Es gibt verstärkt Bemühungen deutscher Reiseunternehmen, deutschen Versicherten polnische Kureinrichtungen oder zahnmedizinische Behandlungen schmackhaft zu machen.

Wir beteiligen uns ebenfalls an einer Marktanalyse, die im Rahmen des Projektes EU-MED-EAST durchgeführt wird. Diese Studie, die aus EU-Mitteln mit unserer Unterstützung finanziert wird, soll uns helfen, die Bedürfnisse der Versicherten aus Deutschland, Tschechien und Polen im Bezug auf grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen besser zu erkennen.

Um der Zusammenarbeit einen offiziellen Rahmen zu geben, ist geplant eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem AOK-Bundesverband und der Zentrale des NFZ abzuschließen. Darüber soll im Juli erstmals auf Vorstandsebene diskutiert werden. Damit habe ich ein Blitzlicht auf unsere Aktivitäten geworfen.



Der Autor

Jürgen Heese

Leiter der Stabsstelle Unternehmenspolitik der AOK für das Land Brandenburg, Teltow

Praxisbericht: Grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Wilfried Jacobs

Warum reden wir im Rheinland so intensiv über Europa? Weil wir eine lange Grenze zu Holland und zu Belgien haben. Uns fiel immer auf, dass die Zusammenarbeit an der Grenze Störungen aufwies. Das betraf Versicherte, die nach Holland gingen, aber auch holländische Arbeitnehmer in Deutschland. Bei uns sind etwa 50.000 Grenzgänger versichert. Alles, was mit dem Service zu tun hat und nicht gut funktioniert oder verbessert werden muss, ist in unserem Hause Chefsache. Daher bin ich heute hier. Denn ich meine, ein Unternehmen muss sich darum kümmern, wie es seinen Versicherten geht und wie die Praxis tatsächlich aussieht. Erst dann erkennt man die wirklichen Schwierigkeiten in der Praxis.

Wir haben bei der AOK Rheinland eine 10-jährige Erfahrung im Bereich der grenzüberschreitenden Versorgung. Eingestiegen sind wir im Grenzgebiet zu Belgien und den Niederlanden mit der langen Grenze von Aachen über Mönchengladbach bis Kleve am Niederrhein. Anschließend haben wir unsere Aktivitäten auf die Urlaubsgebiete in Belgien und den Niederlanden ausgedehnt. Aktuell sind wir dabei, sie auf Österreich und Südtirol auszuweiten.

Mittlerweile finden sehr viele deutsche Arbeitnehmer aus den neuen Bundesländern in Holland eine Beschäftigung in der Tomatenernte. Dafür kommen die Polen zum Spargelstechen zu uns. Stark zugenommen hat zudem die

Zahl der Urlauber an der holländischen Grenze. Sehr viele Deutsche, vor allem Familien mit Kindern, besuchen wieder das nahe liegende Holland. Und weil sich ein Großteil unserer Versicherten gerade im Frühjahr und im Herbst in Südtirol aufhält, werden wir uns künftig auch dort engagieren.

Zum Thema „grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ möchte ich Ihnen heute vier Projekte mit direktem Praxisbezug vorstellen. Das erste Projekt geht auf das Jahr 1997 zurück. Nach dem nationalen GKV-System musste eine Krebspatientin aus dem niederrheinischen Kleve nahe der holländischen Grenze zur Spezialversorgung in die rund 60 Kilometer entfernten Städte Duisburg oder Essen fahren. Dabei war sozusagen nebenan im holländischen Nimwegen eine Strahlentherapie mit herausragender Qualität vorhanden. Wir fanden, dass diese Versorgung für unsere Versicherten nicht optimal und viel zu kompliziert war. Wir haben es geändert. Die AOK Rheinland hat den ersten Direktvertrag mit einem niederländischen Krankenhaus in Nimwegen abgeschlossen. Krebspatienten aus Deutschland, die eine strahlentherapeutische Behandlung benötigen, können in diesem Krankenhaus behandelt werden. Sie brauchen nicht mehr nach Duisburg und Essen fahren.

Die größten Probleme lagen dabei nicht darin, Regelungen mit den Holländern zu finden. Es waren die Regelungen mit den ärztlichen Landesorganisationen in Deutschland, die Probleme bereiteten. Das war nicht einfach, denn es wurde gefragt: Muss der Krebspatient aus Kleve nicht doch nach Duisburg oder Essen? Wieso sollte er nach Nimwegen gehen? Sind deutsche Ärzte schlechter? Aber wir haben uns durchgesetzt. Das Problem wurde pragmatisch gelöst. Insgesamt wurden bereits mehr als 600 Fälle in der Strahlentherapie in Nimwegen behandelt.

In einer zweiten Phase dieses Projektes werden wir das Versorgungsangebot noch in diesem Jahr erweitern, indem wir bei der Behandlung von Brustkrebspatientinnen mit dem holländischen Krankenhaus in Nimwegen und mit dem deutschen Krankenhaus in Goch kooperieren. Das Land Nordrhein-

Westfalen ist dabei, Brustzentren zu zertifizieren: Die Frauen sollen nur noch in ganz bestimmten Zentren operiert werden. Das ist eine richtige Entwicklung. Die Entwicklung der Disease-Management-Programme hat hierbei übrigens Pate gestanden. In Kürze werden wir das erste gemeinsame europäische Brustzentrum Nordrhein-Westfalen/Niederlande an der Grenze gründen. Die Patientinnen können dann von Deutschland nach Holland zur Behandlung fahren und umgekehrt. In diesem Zusammenhang wird auch die erste europäische Selbsthilfeeinrichtung gegründet, die ihren Sitz in der Geschäftsstelle Kleve der AOK Rheinland haben wird. Dann können sich deutsche und holländische Frauen rund um das Thema „Brustkrebs“ miteinander besprechen. Das Beispiel zeigt: Obwohl es keine Verordnungen gibt, die solche Möglichkeiten vorsehen, ist es trotzdem nicht ausgeschlossen, dass man nachweislich Lösungen schafft und damit eine Verbesserung der medizinischen Versorgung erreicht. Man muss es nur probieren. Und einen langen Atem haben. Bürokratie ist auch bei der Errichtung eines europäischen Gesundheitssystems ein großes Übel.

In Kürze werden wir das erste gemeinsame europäische Brustzentrum Nordrhein-Westfalen/Niederlande an der Grenze gründen.

Das zweite grenzüberschreitende Projekt nennt sich „Zorp op Maat“ – „Behandlung nach Bedarf“. Es läuft seit dem Jahr 2000. Hierbei haben wir eine generelle Öffnung für die fachärztliche, die stationäre und die Arzneimitteltherapie vorgenommen und zwar auf der Basis des zwischenstaatlichen Rechts. Ergänzende Verträge haben wir mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgeschlossen. 5.600 Behandlungsfälle wurden nach diesem Verfahren im Raum Aachen – vorwiegend bezogen auf Belgien – abgewickelt.

Was hat sich durch das Projekt „Zorp op Maat“ verbessert? Früher musste der Patient einen Antrag „E 112“ stellen. Dann erfolgte eine Einzelfallprüfung nach dem Prinzip, dass sich Belgier nur wegen bestimmter Krankheiten im Nachbarland in Deutschland behandeln lassen durften. Dies wurde sehr restriktiv ausgelegt. Ein belgischer Arzt musste die Notwendigkeit beurteilen.

Von der deutschen Krankenkasse musste sich der Patient dann einen Behandlungsausweis ausstellen lassen. Dieses Verfahren haben wir in einem ersten Schritt wie folgt geändert: Es bleibt bei dem Antrag „E 112“. Die Leistungszusage gilt jedoch ohne Vorbehalt und ist nicht eingeschränkt auf einen bestimmten Behandlungsfall, und zwar für mehrere Quartale, zum Teil auch für ein Jahr. Der Behandlungsschein kann von jeder Geschäftsstelle unserer Kooperationspartner ausgestellt werden.

Dieses Verfahren haben wir in einem weiteren Modellprojekt der AOK Rheinland und einem großen niederländischen Krankenversicherer weiter aktualisiert, indem wir die so genannte „GesundheitsCard international“ eingeführt haben. Dies ist das dritte Projekt, das ich Ihnen heute vorstellen möchte. Hierbei handelt es sich um eine Krankenversichertenkarte, die die Versicherten der holländischen Krankenkasse CZ Groep und die Versicherten der AOK Rheinland im Grenzgebiet erhalten. Mit dieser Karte können die Versicherten problemlos in Holland oder in Deutschland sofort zum Arzt oder ins Krankenhaus gehen. Es gibt eine Service-Geschäftsstelle in Vaals – die erste dieser Art –, in der deutsche und holländische Krankenkassenmitarbeiter gemeinsam arbeiten. Wenn Sie sich das bei Gelegenheit einmal anschauen möchten, werden Sie feststellen, dass das ausgesprochen gut funktioniert. Die Deutschen sprechen holländisch, und die Holländer sprechen deutsch. Es gibt also keine Sprachprobleme. Rund 22.300 dieser Karten sind im Umlauf – 3.800 für die Versicherten der AOK und 18.500 für die holländischen Versicherten. Es kommen mehr holländische Patienten nach Deutschland. Die Gründe hat Professor Wille in seinem Vortrag schon genannt: lange Wartezeiten in den Niederlanden. Es ist ein interessanter Markt für deutsche Krankenhäuser, wir Krankenkassen sollten diese Entwicklung medizinisch positiv begleiten.

Mit der „GesundheitsCard international“ kann der Versicherte – wie gesagt – sofort zu einem niedergelassenen Arzt oder ins Krankenhaus gehen. Der deutsche Arzt rechnet so ab wie bei einem deutschen Patienten.

Auf das vierte Projekt sind wir besonders stolz. Das grenzüberschreitende Serviceprojekt „Urlaub in Holland oder Belgien“. Die Patienten kamen sehr häufig aus ihrem Urlaub in Holland zurück und präsentierten bei Behandlungsfällen dicke Rechnungen, die ihnen nur zum Teil erstattet wurden. Das haben wir mit dem Projekt „GesundheitsCard 'Europa'“ komplett geändert. Basis ist hierbei das Internet. Dieses Projekt läuft seit zwei Jahren – die Techniker Krankenkasse hat sich ihm vor einem Jahr angeschlossen. Diese Partnerschaft ist auch in anderen Bereichen sehr erfolgreich.

Wie funktioniert das Projekt? Ein Versicherter, der sich in einem Urlaubsgebiet an der holländischen Küste befindet, musste früher Folgendes tun: Er brauchte einen Urlaubskrankenschein oder eine europäische Gesundheitskarte (EHIC). Die EHIC ist übrigens neu – sie funktioniert genauso gut oder genauso schlecht wie vorher der Europäische Krankenschein „E 111“, den sie jetzt ersetzt. Der Urlaubskrankenschein fand im Ausland kaum Akzeptanz. Die Ärzte in Holland nahmen den Behandlungsschein häufig nicht an; taten sie es doch, musste der Personalausweis beigebracht werden. Es gab lange Abrechnungszeiten – bis zu zweieinhalb Jahre. Ergebnis waren häufig Privatrechnungen und Kostenerstattungen sowie frustrierte Versicherte.

Heute ist das Verfahren so geregelt, dass unser Versicherter aus dem Rheinland, der zum Beispiel in Vlissingen an der holländischen Nordseeküste in Urlaub ist, im Notfall mit seiner deutschen KV-Karte in ein Kooperationskrankenhaus der AOK Rheinland und der Techniker Krankenkasse gehen kann. Dort geht er zu einer Kontaktstelle (diese ist im Wegweiser des Krankenhauses ausgewiesen), die eigens für solche Fälle zuständig ist. Er gibt sein Einverständnis zu einer Prüfung seiner persönlichen Daten und seines Versicherungsanspruches. Per Service-Hotline und Internetportal können diese Daten rund um die Uhr von der AOK Rheinland geprüft werden. Der Anspruch auf Leistungen wird sofort bestätigt. Die Versorgung wird nach dem dortigen Anspruch

Auf das vierte Projekt sind wir besonders stolz. Das grenzüberschreitende Serviceprojekt „Urlaub in Holland oder Belgien“.

auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Die Abrechnung erfolgt kurzfristig. Die Krankenhäuser sind mit dem Projekt sehr zufrieden. Sie schicken dem holländischen Versicherer, der mit uns kooperiert, die Abrechnung, und wir überweisen das Geld an den holländischen Versicherer. Die Patienten haben keine formalen Probleme mehr. Sie brauchen keinen Arzt zu suchen. Sie wissen, dass sie sich direkt zu den Krankenhäusern begeben können. Insgesamt stehen unseren Versicherten 13 Kliniken – neun in Holland und vier in Belgien – für eine schnelle Versorgung zur Verfügung

Wir planen, die grenzüberschreitende medizinische Versorgung noch weiter auszubauen. Die holländische Universität in Maastricht kooperiert sehr intensiv mit der Aachener Universität. Diese Kooperation wollen wir fördern. Es hat keinen Sinn, in Aachen aufzurüsten, wenn man 5 km entfernt in Maastricht ebenfalls aufrüstet. Man muss sich vorher absprechen. Natürlich ist das nicht einfach, aber man muss es versuchen. Des Weiteren sind wir dabei, eine Kooperation mit zahntechnischen Labors in Holland in die Wege zu leiten. Die Qualität der holländischen Zahntechnik ist gut, auch die Preise sind gut. Zudem würde es uns gefallen, wenn ein gemeinsames deutsch-holländisches

Wir planen, die grenzüberschreitende medizinische Versorgung noch weiter auszubauen.

Hörgeräte-Versorgungszentrum errichtet werden könnte. Auch dies ist eine hoch interessante Entwicklung im Interesse der Patienten.

Zum Schluss ein Wort zu unseren Nachbarn: Meine Mutter war Holländerin. Ich kenne die holländische Art, Probleme zu lösen, recht gut. Die Holländer haben uns gegenüber einen Vorteil: Wenn sie ein Problem erkennen, denken sie sofort an pragmatische Lösungen. Wir Deutsche erkennen ein Problem und fange lange an zu denken, welches Konzept (möglichst umfänglich) jetzt notwendig wird. Das ist schon ein prinzipieller Unterschied. Ein weiterer Punkt ist ebenfalls sehr wichtig: Die Holländer versuchen, bürokratische Abläufe einzudämmen. Insofern sind sie für uns als Gesprächspartner immer außerordentlich interes-

sant. Wenn man Europa will – ich denke, das wollen wir alle –, dann kann man Europa auch in kleinen Schritten im Interesse der Patienten und unserer Versicherten rasch erlebbar machen.



Der Autor

Wilfried Jacobs

Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland, Düsseldorf

Diskussion

Moderatorin Cornelia Durst: Im Rahmen einer Podiumsdiskussion haben die Referenten jetzt die Gelegenheit, miteinander zu diskutieren. Ich begrüße zunächst Herrn Kuhne aus dem Bundeskanzleramt. Er ist dort für Gesundheit und Soziales zuständig. Bitte erklären Sie uns doch zunächst einmal, was Sie in dieser Position mit Europa zu tun haben.

Harald Kuhne: Ich bin im Bundeskanzleramt als Gruppenleiter zuständig für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Bildung und Forschung. In dieser Gruppe sind die zuständigen Spiegelreferate zusammengefasst. Die Europapolitik, die die genannten Ressorts betrifft, betrifft insofern auch das Bundeskanzleramt in den Spiegelreferaten in der erwähnten Gruppe.

Moderatorin Cornelia Durst: Herr Kuhne, wie viel Europa darf es denn sein und wie viel Deutschland muss gerade im Bereich des Gesundheitswesens noch verbleiben?

Harald Kuhne: Nach den ausgefeilten Vorträgen, ist es schwer, darauf kurz zu antworten. Europa füllt gewissermaßen Säcke mit den einschlägigen Materialien. Es ist geradezu Wahnsinn, was in dieser Hinsicht produziert wird. Bei der Dienstleistungsrichtlinie erging es mir persönlich so, dass ich sie völlig unterschätzt habe. Sie wurde uns zugeleitet und lag dann mehrere Monate ungelesen bei uns; sie ist sehr umfangreich. Es dauerte eine Weile, bis man begriffen hat, was dahinter steht. Es ist vom Grundansatz her eine kleine Revolution, den Dienstleistungsverkehr wirklich frei zu gestalten und so radikal zu denken, wie es die Richtlinie beinhaltet.

(Dr. Günter Danner: Das ist eher eine Konterrevolution!)



Das ganze Ausmaß dessen, was hinter der Richtlinie steht, zu begreifen hat bei allen Akteuren eine Weile gedauert. Dabei schließe ich das Kanzleramt nicht ganz aus. Unsere Abteilung ist sehr froh, dass der Kanzler mittlerweile einen gewissen Schwenk gemacht hat und die Gefahren jetzt durchaus so sieht, wie sie die Experten aus dem sozialen Bereich auch sehen. Vorher waren seine Stellungnahmen etwas euphiler. Dies ist nunmehr einer realistischen Sichtweise gewichen.

Der Grundgedanke der Richtlinie bleibt richtig – dem haben heute hier auch alle zugestimmt –: Es gibt gute Chancen in diesem System. Die Dienstleistungsrichtlinie war allerdings in mancher Hinsicht nicht genug durchdacht. In ihr steckten enorm viel juristische Ungenauigkeiten und auch Widersprüchlichkeiten. Ich teile aber nicht den Pessimismus von Herrn Schösser, sondern bin sehr optimistisch, dass wir zu einer deutlichen Revision der Dienstleistungsrichtlinie kommen werden.

Moderatorin Cornelia Durst: Herr Schösser, Sie haben die Dienstleistungsrichtlinie unter die Lupe genommen. Sie haben vorhin schon erklärt, welche Gefahren Sie sehen. Sind

Spannende Diskussion vor historischer Kulisse:

v.l.n.r.: Wilfried Jacobs, Moderatorin Cornelia Durst, Prof. Eberhard Wille, Dr. Günter Danner, Harald Kuhne und Fritz Schösser (im Bild unten).

es tatsächlich Gefahren oder ist es so, dass man nur sehr viel Angst vor dem hat, was auf uns zukommen könnte?

Fritz Schösser: Es ist durchaus realistisch, von Gefahren zu sprechen. Wir stellen gemeinsam fest, dass die Dienstleistungsrichtlinie den Grundgedanken der Liberalisierung, des stärkeren Wettbewerbs beinhaltet, ohne die andere Seite der Medaille zu berücksichtigen, nämlich die Qualitätsstandards, die vorhanden sind. Damit wird bewusst einseitig ein bestimmter Weg beschritten. Das ist die Gefahr, die darin steckt. Herr Professor Wille hat sich heute hier eher optimistisch geäußert, ich hingegen eher pessimistisch. Vor diesem Hintergrund möchte ich ausdrücklich Folgendes sagen. Herr Professor Wille, ich weiß nicht, ob man hergehen und sagen kann, es bestehe – ich überspitze jetzt bewusst ein wenig – kein Anlass zur Sorge, solange das finanzielle Gleichgewicht im Gesundheitswesen bei uns nicht gefährdet sei. In diesem Sinne haben Sie sich geäußert. Sie haben diese Aussage mit ein paar Fragen garniert. So haben Sie beispielsweise gefragt, was denn schon passieren werde, wenn ein einzelner Arzt oder ein einzelner Patient dahin oder dorthin gehen werde. Wir sprechen durchaus über andere Gefahren, die die Dienstleistungsrichtlinie mit sich bringt. Wir reden davon, dass ein organisiertes Niederlassen im Bereich der Gesundheitsversorgung und im Bereich der Pflege stattfinden kann, dass man ganz bewusst Rosinen herauspickt und dass man auf der Basis des Herkunftslandprinzips allein schon bei der Anerkennung des Berufsstatus in der Lage ist, Leistungen in größerem Umfang zu erbringen. Das ist der erste Punkt.

Ich nenne einen zweiten Punkt. Ich würde von Ihnen gern hören, wie Sie die Auswirkungen der Dienstleistungsrichtlinie und einer Liberalisierung auf die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses beurteilen. Ebenso würde ich gern etwas zur Kostensteuerung im Arzneimittelbereich hören. Dies sind, wie ich glaube, wesentliche Fragen. Man kann sich nicht mit dem Hinweis darauf abspesen lassen, dass ich dann, wenn ich in Italien einmal Urlaub mache, von dort zehn Packungen Aspirin mitbringen kann. Dies ist schließ-

lich nicht die Versorgung, um die es geht. Wenn wir von Versorgung reden, meinen wir die Versorgung eines Menschen, der krank ist und pharmazeutische Versorgung braucht.

Moderatorin Cornelia Durst: Herr Wille, wird alles schlechter, wenn solch eine Dienstleistungsrichtlinie käme? Müssen wir tatsächlich Angst vor niedrigeren Qualitätsstandards haben?

Prof. Dr. Eberhard Wille: Ich hatte das Programm dieser Veranstaltung vorher gelesen. Darin waren zwei Referate über die Dienstleistungsrichtlinie vorgesehen. Das ist einer der Gründe, weshalb ich nicht darüber gesprochen habe, sondern in einer Passage nur auf die Rechtssicherheit eingegangen bin. Ich will zu der Gesamtproblematik einen Satz vorweg sagen. Wir Deutschen haben von der Öffnung Europas, vom freien Warenverkehr zunächst enorm profitiert, weil wir durch eine höhere Kapitalintensität eine stärker steigende Arbeitsproduktivität hatten und unsere Produkte – Autos und so weiter – verkaufen konnten. Andere Länder sind wegen niedrigerem Lohnniveau oder Preisniveau eher in der Lage, uns arbeitsintensive Waren zu verkaufen. Wir können schlechterdings nicht erwarten, dass Europa zu unseren Gunsten eine Einbahnstraße wird. Wir müssen vielmehr akzeptieren, dass lohnintensive Leistungen – etwa aus China; das hat also nicht nur etwas mit der EU zu tun – zu uns importiert werden. Das geschieht auch. Die Urteile zu Kohll/Decker beinhalten ja drei Kriterien. Das erste Kriterium, das vielleicht etwas untergegangen ist, ist der Schutz der Gesundheit. Die Idee bei Kohll/Decker war auch, der französische Anbieter – ich nenne Frankreich einmal als pars pro toto – dürfe gegenüber dem deutschen Anbieter nicht diskriminiert werden. Das heißt, alles, was wir dem deutschen Anbieter an Qualitätsrichtlinien zumuten, dürfen wir auch dem französischen Anbieter zumuten. Das aber unterläuft die Dienstleistungsrichtlinie, weil sie den Qualitätsstandard des Herkunftslandes wählt. Das war aber in den ursprünglichen Urteilen zu Kohll/Decker und Smits/Peerbooms nicht enthalten.

Ein Deutscher wird ja nur dann nach Frankreich gehen, wenn er persönlich glaubt, dass er dort eher besser behandelt wird, wobei in diesem Zusammenhang allenfalls noch der Fall zu nennen wäre, dass sich ein Deutscher während des Urlaubs oder aus sonstigen Gründen in Frankreich befindet. Insofern wurde in der Begründung des Urteils zu Kohll meiner Meinung nach zu Recht gesagt, man dürfe nicht vermuten, dass, wenn ein deutscher Patient der Auffassung sei, er werde im Zweifel in Frankreich besser behandelt, der deutsche Gesetzgeber dann hergehe und sage: Das ist nicht so. Du meinst das zwar, aber ich weiß, dass der deutsche Arzt besser ist. – Das kann nicht sein. Die Dienstleistungsrichtlinie mit dem Herkunftslandprinzip unterwandert dies. Die

Die Idee ist also nicht, dass ausländische Anbieter mit niedrigeren Qualitätsstandards sich bei uns niederlassen. Sie sollten sich nur niederlassen dürfen, wenn sie die gleichen Qualitätsstandards erfüllen.

Grundlage des Wettbewerbs ist, dass die gleichwertige Leistung eines Franzosen oder eines Holländers nicht diskriminiert werden darf. Nach der Dienstleistungsrichtlinie dürfte aber ein Ausländer bei uns Dienstleistungen mit schlechterer Qualität erbringen. Das ist natürlich nicht der Sinn der Veranstaltung. In dieser Hinsicht sind wir uns völlig einig. Es müssen die Qualitätskriterien des Bestimmungslandes gelten.

Man sollte aufgrund der Ängste im Zusammenhang mit der Dienstleistungsrichtlinie nun aber nicht plötzlich all die Integrationsbestrebungen zunichte machen, die Herr Jacobs in sehr pragmatischer Hinsicht beschrieben hat und die auch ich seit dem Fall des Krankenhauses in Nimwegen mit Interesse verfolge. Ursprünglich gab es insofern eine Einbahnstraße, als nur die Holländer nach Deutschland gekommen sind, wenn ich richtig informiert bin. Auf diese Weise konnte eine Unterversorgung im ambulanten Bereich in Holland durch eine Kooperation mit Deutschland, wo wir an der Grenze wahrscheinlich latent eine Überversorgung – zumindest in den Großstädten des Ruhrgebietes – haben, zum Wohle von beiden Nationen ausgeglichen werden. Die Idee ist also nicht, dass ausländische Anbieter mit niedrigeren Qualitätsstandards sich bei uns niederlassen. Sie sollten sich nur niederlassen dürfen, wenn sie die gleichen Qualitätsstandards erfüllen.

Ich will zum Schluss ein extremes Beispiel anführen. Nehmen wir einmal an, die AOK Baden-Württemberg schreibt ein bestimmtes Programm aus und stellt bestimmte Anforderungen an die Leistungserbringer. Wir unterstellen nun einmal, nur 10 Prozent der KV-Ärzte wären bereit, diese Qualitätsanforderungen zu erfüllen, aber es gäbe im fernen Straßburg noch einige Ärzte, die bereit wären, diese Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Meines Erachtens gibt es dann eigentlich keinen Grund dafür, nicht selektiv mit den Franzosen zu kontrahieren. Das gehört zum europäischen Wettbewerb. Die Deutschen würden schließlich nicht diskriminiert, denn die Ärzte aus Frankreich erfüllen ja Qualitätsanforderungen, die 90 Prozent der deutschen Ärzte nicht erfüllen wollen.

Moderatorin Cornelia Durst: Herr Jacobs, Sie haben, was das Stichwort Qualität angeht, schon reichlich Erfahrungen gewonnen. Wie sieht es denn tatsächlich aus: Berichten deutsche Patienten, die in Holland oder Belgien behandelt werden, dass die Behandlung dort besser oder schlechter ist? Wie sieht dies grenzüberschreitend aus?

Wilfried Jacobs: Wir brauchen überhaupt keine Angst zu haben, dass es einen wilden Tourismus von deutschen Patienten nach Holland oder Belgien geben wird. Diesen gibt es auch an anderen Ecken unseres Landes nicht. Wir sollten bei unseren Betrachtungen insofern die richtige Dimension finden. Wenn die Deutschen entweder während des Urlaubs oder gezielt zur medizinischen Versorgung nach Holland gehen, sind sie mit der medizinischen Versorgung dort einverstanden. In Holland und Belgien stellt sich nicht das Qualitätsproblem. Die Holländer und Belgier können in dieser Hinsicht durchaus mit den Deutschen konkurrieren. Es gibt allerdings auch Bereiche, in denen die Deutschen den Holländern und Belgiern deutlich überlegen sind. Das Dilemma ist die Inanspruchnahme, für die wir ebenfalls Regelungen treffen müssen. Es besteht die Gefahr, dass sich, wenn wir beispielsweise mit den Holländern Verträge schließen, für den Deutschen ein störungsfreier Verlauf ergibt, weil er über den Vertrag schnell an die Reihe kommt, was zulasten des Holländers gehen

kann, der nach den Spielregeln seines Landes möglicherweise eine lange Wartezeit in Kauf nehmen muss. Dies ist etwas problematisch. Qualitätsprobleme gibt es aber nicht.

Moderatorin Cornelia Durst: Herr Danner, was sagen Ihre Kollegen, die aus Ländern mit anderen Sozialversicherungssystemen kommen, zur Dienstleistungsrichtlinie?

Dr. Günter Danner: Die Deutschen waren die Ersten, die eine eigenständige Vertretung von sozialen Schutzeinrichtungen, von Kostenträgern eingerichtet haben. Seit zwei Jahren gibt es nun auch ein französisches Büro. Kein Sozialversicherungsträger in der EU ist so staatsfern, wie es in Deutschland der Fall ist. Die Sozialversicherungssysteme sind woanders mittelbare Staatsveranstaltungen. Herr Heese erlebt dies, wenn er Verhandlungen mit der polnischen Einheitskasse führt. Diese Kasse kann man im Sinne einer staatsabhängigen Veranstaltung verstehen. Die Vertreter dieser Einheitskasse hängen völlig vom Finanzminister und vom Geldtopf ab. Sie hängen von der jeweils amtierenden Regierung ab. Das gilt auch für das Basissystem in Frankreich. Die Franzosen haben aber, wie gesagt, mittlerweile eine eigene Vertretung geschaffen.

Die im Rahmen der Dienstleistungsrichtlinie erfolgte absurde Umkehrung wurde bereits angesprochen. Wer käme eigentlich auf die Idee, in Deutschland fahrende Fahrzeuge mit einem holländischen oder slowakischen Kennzeichen der holländischen oder slowakischen Straßenverkehrsordnung zu unterwerfen? Dies wäre an den Haaren herbeigezogen. Es würde, extrapoliert auf andere gesellschaftliche Verhältnisse, dazu führen, dass im Prinzip gewissermaßen jeder seine Rechtsordnung mit sich herumträgt. Wenn die Verbindung zwischen Rechtsordnung und Territorium aufgehoben würde, wäre dies das Ende. Wir brauchen dann keinen Nationalstaat mehr. Wenn wir dies wollen, müssen wir den europäischen Bundesstaat beschließen: Hinfort mit Kanzlern und Premierministern! Sie gehen dann alle ins Moor und stechen Torf. Das wollen wir doch nicht allen Ernstes.

Die Franzosen waren angesichts dessen peinlich berührt, ja entsetzt, aber sie mussten erst einmal bei ihren Politikern nachfragen, wie sie darüber denken, da sie eine eigenständige Aussage dazu nicht machen können. Die Franzosen haben kalte Füße bekommen. Herrn Chirac droht eine Niederlage bei der Verfassungsabstimmung, die er dem Volk nolens volens eingeräumt hat, weil Herr Blair es ihm vormacht, der in Frankreich angeblich immer das Negativbeispiel ist. Ursprünglich waren die Referenden ja nirgends gewollt. Chirac will mit diesem Referendum Ende Mai nun über die Runden kommen. Ob das gelingt, steht in den Sternen. Damit es gelingt, musste dringend die Angst vor Europa genommen werden. Seien Sie versichert, dass dies alles nicht sehr objektbezogen ist.

Ich kann Herrn Jacobs nur Recht geben: Mit der Praxis ist es schwer. Wer aus dem Volk will denn in der Praxis über die Verfassung oder auch über die Dienstleistungsrichtlinie reden? Wer hat sie denn gelesen und verstanden? Ich bin immerhin seit einiger Zeit in diesem Geschäft und habe den Text mehrfach gelesen. Der Text bereitet verbal keine Freude. Er bringt auch keine Erleuchtung, egal in welcher Sprache er verfasst ist. Am besten wäre er wahrscheinlich noch in Altgriechisch abgefasst, denn dort gibt es grammatikalische Besonderheiten zwischen Passiv und Aktiv. Auf Altgriechisch liegt der Text aber natürlich nicht vor.

Die Ausländer – allen voran die Franzosen – haben in Sachen Dienstleistungsrichtlinie zusammen mit den Deutschen an einem Strick gezogen. Die deutsche Regierung hat ihre Meinung zur Dienstleistungsrichtlinie modifiziert. Die Texte, die wir im Oktober 2004 hatten, kamen alle aus dem Wirtschaftsministerium. Es klang alles noch nach peace, love and pizza.

Das Problem stellt sich für mich wie folgt dar: Die Gesundheitsdienstleistungen sind ein wesentliches Thema bei der Dienstleistungsrichtlinie. Was wird aber eigentlich aus dem deutschen Handwerk? Was macht der deutsche Handwerksbetrieb an der polnischen Grenze, wenn ein Inhaber mit einer Ausgrün-

derung in Polen erstens seine Steuer durch gute Kontakte zum Finanzamt gestalten kann, zweitens den Umfang der Betriebsprüfung reduzieren kann und drittens in Deutschland die öffentlichen Aufträge einfahren kann, weil er der billigere Anbieter ist? Was erzähle ich einem solchen Handwerksbetrieb, der ja nun unseren Arbeitsmarkt richten soll? Die Großindustrie hat mittlerweile gelernt – das ist vielleicht unvermeidlich –: Ich erhöhe den Börsenwert, wenn ich mehr Leute hinauswerfe. Ob ich Gewinne mache oder nicht, hat dabei noch nie gestört. – Wenn also Leute eingestellt werden sollen, so hat dies im Mittelstand zu geschehen. Was erzähle ich aber dem Inhaber eines entsprechenden Handwerksbetriebes, der ja standortgebunden ist? Diese Frage beschäftigt mich neben der Gesundheitsdiskussion. Wenn wir uns mit der Supranationalisierung langsam, aber sicher die standortqualifizierte Möglichkeit zur Einstellung von Arbeitskräften zu unseren Bedingungen abschneiden, wer soll denn dann noch einen Deutschen beschäftigen? Herr Schösser, Sie haben dieses Problem auch in Bayern. Was erzählt man einem bayerischen Holzschläger, wenn der tschechische Holzschläger für ein Drittel der Lohnkosten arbeitet? Welche Botschaft haben Sie dann für den bayerischen Holzschläger? Wenn eine Verlagerung des Produktes in die Tschechei erfolgt, okay! Wenn nun aber die Bedingungen importiert werden können, hat der bayerische Holzschläger gar keine Chance mehr. Das ist ein Problem, dem wir uns stellen müssen. Dies ist ein Politikum auf allen Ebenen. Diejenigen, die am meisten betroffen wären, haben dazu bisher kein Wort verloren. Ich nenne als Beispiel den NHS (National Health Service) in Großbritannien. 1,4 Millionen Menschen warten dort auf eine Behandlung. Wenn ich polnisches Venture-Kapital administrierte, würde ich im Hydepark Flächen anmieten und dort Behandlungszelte aufstellen. Die Schlangen wären dann lang. Es wäre dann kein Platz mehr für die Fuchsjagd.

Moderatorin Cornelia Durst: Mir drängt sich die Frage auf, ob die Richtlinie von der EU-Kommission bewusst so gestaltet wurde. Nicht jeder hat sofort reagiert. Man hat erst spät gemerkt, was eigentlich passieren wird. Versucht Brüssel auf diese Weise, das Ruder immer mehr an sich zu reißen? Wie muss man sich das vorstellen?

Dr. Günter Danner: Das ist eine Frage der Interpretation. Ich sehe in Brüssel eher eine anarchische situative Wahrung von Momentanchancen neben Nebelbomben. Es wimmelt von Nebelbomben. Lesen Sie einmal all die Veröffentlichungen über das soziale Europa. Ein soziales Europa gibt es doch gar nicht. Woran wird dabei eigentlich gedacht? Denkt man dabei an das deutsche Sozialschutzsystem, an das Liberalisierungsversprechen oder an den Schwarzmarkt in der Slowakei? In den Köpfen in Brüssel gibt es aber offenbar bestimmte Vorstellungen. Auch der Begriff Subsidiarität ist ja definitionsbedürftig. Es gibt aber keine Definition. Wir verstehen unter einem sozialen Europa das, was wir uns darunter vorstellen. Wir verteidigen das auch. Die Franzosen sind ebenfalls mit dabei. Was haben die neuen Oststaaten denn aber gelernt? Sie haben gelernt: Ihr seid gut, wenn ihr die Chicago School möglichst rasch übertrefft. Ihr müsst deregulieren und privatisieren und große Prozentsätze an Wachstum vorweisen, egal auf welchem Niveau. Um die Armen kümmert sich irgendwann irgendwer. Ansonsten ist Armut ein individuelles Erfahrungsphänomen. Wie wollen Sie denn in einer Phase beinhardter Umstrukturierung von sozialen Wirklichkeiten ein abgewirtschaftetes kommunistisches Gesundheitswesen durch ein funktionierendes System, das den Kategorien der sozialen Marktwirtschaft entspricht, ersetzen, wenn zugleich die heimische Industrie – ähnlich wie in Ostdeutschland – zusammenbricht? Das war beziehungsweise ist eine Herkulesaufgabe für die Oststaaten. Ich meine sogar, wir müssen mehr tun, damit die Oststaaten von der Kryptoamerikanisierungsebene, auf der sie sich bewegen – ich erwähne in diesem Zusammenhang den Spitzensteuersatz von 19 Prozent in der Slowakei –, wegkommen. Wir müssen die Probleme anders als in der Form anpacken, dass wir dort mit Struktursubventionen helfen und die öffentlichen Haushalte entlasten. Ich stelle es mir als sehr komplexe Aufgabe vor, Wählern zu vermitteln, dass man in der Slowakei Strukturen errichten kann, deren Verluste ich hier von der Steuer absetzen kann und deren Infrastruktur in Brüssel subventioniert wird – und all dies vor dem Hintergrund, dass in Deutschland die Arbeitsplätze wegbrechen. Europa verdient in dieser Hinsicht mehr Trennschärfe.

Ich sehe in Brüssel eher eine anarchische situative Wahrung von Momentanchancen neben Nebelbomben.

Moderatorin Cornelia Durst: Herr Wille, wie kann das deutsche Gesundheitswesen Vorbild für die EU-Staaten im Osten sein?

Prof. Dr. Eberhard Wille: Ich habe schon in meinem Referat darauf hingewiesen, dass ich dem Beitragssystem tendenziell den Vorzug gegenüber dem Steuersystem gebe. Herr Danner hat dies auch angesprochen. Als Versicherter, der Beiträge zahlt, habe ich einen gewissen Rechtsanspruch. Wenn die Finanzierung aus Steuern erfolgt, können die Leistungen durch einen Federstrich des Finanzministers oder der Legislative gestrichen werden. Wir haben den Leistungskatalog zwar auch in moderater Form eingeeengt, etwa im Arzneimittelbereich – dieses stellt man fest, wenn man den heutigen Katalog einmal mit dem Katalog aus der Zeit vor 20 Jahren vergleicht –, aber der Katalog ist immer noch unvergleichlich üppiger als der Katalog in Großbritannien oder auch in Schweden, wo wir in Bezug auf Wartelisten inzwischen ähnliche Verhältnisse wie in Großbritannien haben.

Wir sollten also zunächst einmal mit unserer beitragsfinanzierten Gesundheitsversorgung werben. Wir haben eine flächendeckende Versorgung. Eine solche wird man auf unserem Niveau in den zehn Beitrittsstaaten kurzfristig mit Sicherheit nicht erreichen. Dies würde die volkswirtschaftlichen Ressourcen einfach überfordern. Ich stimme vielem von dem, was Herr Danner ausführte, zu. Wir sind den Anpassungsprozess für die zehn Beitrittsstaaten möglicherweise etwas zu flott angegangen. Vergleichbare Probleme tauchen ja zwischen Frankreich und Deutschland kaum auf. Es gab ein paar Probleme mit Griechenland und Portugal, aber auch das war nicht dramatisch. Es gibt aber Probleme, die uns jetzt berühren. Bei diesen Problemen ist im Übrigen nicht etwa an die im Fernsehen gezeigten Fleischer zu denken. Diese handeln ja mit oder ohne Dienstleistungsrichtlinie illegal. Sie haben mit der Dienstleistungsrichtlinie eigentlich nichts zu tun. Es ist offenkundig wenig sinnvoll, im Gesundheitswesen polnische Maßstäbe auf Deutschland zu übertragen. Es würde die polnische Volkswirtschaft genauso überfordern, wenn man unser Gesundheitswesen mit einem sehr großzügigen Leistungskatalog auf Polen übertragen würde.

Meiner Meinung nach hätte man die Anpassungsprozesse langfristiger gestalten müssen. Man hat handwerklich auch eines übersehen. Man hat für Arbeitnehmer eine Karenzfrist von sieben Jahren vorgesehen, dabei aber übersehen, dass zwischen einem polnischen Arbeitnehmer und einem selbstständigen polnischen Handwerker nur ein sehr geringer Unterschied besteht. Ein polnischer Arbeitnehmer darf zwar nicht bei uns arbeiten; sobald er aber einen Antrag auf Selbstständigkeit stellt, kann er gleich zu uns kommen und seine Dienstleistungen zum selben Preis anbieten. Hier liegt einfach ein handwerklicher Fehler vor. Eine solche Auswirkung hat sicherlich niemand beabsichtigt und sie liegt auch nicht in der Intention des Wettbewerbs. Diese Auswirkung wäre für uns und auch für Polen ungut. Die Rahmenbedingungen müssen natürlich zueinander passen. Ich kann Arbeitnehmer nicht unter völlig verschiedenen Rahmenbedingungen in den Wettbewerb schicken. Das würde wenig Sinn machen. Insofern müssten wir, wie ich meine, für den sozialen Bereich in der Tat das Bestimmungslandprinzip vorsehen. Wenn ein französischer Arzt oder ein polnischer Arzt – für Letzteren würde die Karenzzeit von sieben Jahren gelten – in der Lage ist, die Anforderungen voll zu erfüllen, müsste er die Chance haben, am Wettbewerb teilzunehmen. An Universitäten wird ebenso verfahren. In meiner Fakultät hat mindestens ein Drittel der Mitarbeiter nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. Diese Mitarbeiter arbeiten bei uns, weil wir sie für qualifizierter halten als manche deutschen Bewerber.

Wir sollten also zunächst einmal mit unserer beitragsfinanzierten Gesundheitsversorgung werben.

Moderatorin Cornelia Durst: Herr Schösser, können Sie sich vorstellen, auf diese Weise die Grenzen zu öffnen, das heißt, ausländische Leistungserbringer mit gleichen Qualitätsstandards in Deutschland arbeiten zu lassen, ihre Leistungen anbieten zu lassen? Würde das nicht so manches über den Haufen werfen, wobei ich etwa an Bedarfsplanung denke?

Fritz Schösser: Ich bin dankbar, dass Professor Wille noch einmal darauf eingegangen ist, dass wir mit der Dienstleistungsrichtlinie in Richtung Westen

nicht unbedingt große Probleme hätten. Die Probleme, über die wir im Zusammenhang mit der Möglichkeit, sich auf unserem Markt zu entfalten, konkurrierend zu diesem Markt zu wirken und Standards nach unten zu drücken, diskutieren, gehen eindeutig von denen aus, die vom Osten her auf unseren Markt drängen. Deshalb muss man klar und deutlich sagen, dass es eine Dienstleistungsrichtlinie, die östlichen und westlichen Interessen gerecht wird, derzeit nicht ohne Weiteres wird geben können. Wenn man überhaupt über eine Dienstleistungsrichtlinie redet, kann man insofern nur darüber reden, dass man am Ende zu dem Prinzip kommt, dass eine Niederlassung bei uns zwar möglich wird – das ist klar und auch machbar und dies wird auch nach der Verfassung möglich sein –, dass aber für jemanden, der sich hier bei uns niederlässt, die Standards des Nationalstaates gelten. Dies ist die Marschrichtung. Dagegen kann niemand etwas haben. Im Übrigen ist das bisher auch gemeinsam erklärter Grundsatz gewesen. Daran zweifelt kein Mensch.

Ich sage es noch einmal: Wir lehnen nicht jegliche Reform und jegliche Zusammenarbeit auf europäischer Ebene ab. Ganz im Gegenteil! Wir sagen aber: Das Zusammenwachsen Europas darf nicht dazu führen, dass gewisse Standards, die irgendwo nach vielen Jahren erreicht worden sind, auf dem Altar der Liberalisierung geopfert werden. Das ist der entscheidende Punkt in der Auseinandersetzung. Ich habe den Eindruck, dass es zumindest einige – auch auf der europäischen Ebene – gibt, die den soeben formulierten Grundsatz begriffen haben. Wie wir gehört haben, hat es im Kanzleramt lange gedauert, bis der Grundsatz begriffen wurde; im Europäischen Parlament hat es vielleicht noch etwas länger gedauert. Jetzt ist endlich Bewegung in die Diskussion gekommen.

Ich bin ausgesprochen dankbar dafür, dass insbesondere das AOK-System sich darum bemüht hat, in diesen Fragen voranzukommen. Wir befassen uns kontinuierlich nicht nur mit der Dienstleistungsrichtlinie, sondern auch mit all den Fragen, die europäisches Recht betreffen und die Auswirkungen auf den Bereich des Gesundheitswesens haben. Ich habe die Problematik der

Dienstleistungsrichtlinie bewusst erweitert und bin dabei auf die offene Methode der Koordinierung, die Frage der Anerkennung von Berufsqualifikationen und vieles mehr eingegangen. All das gehört mit dazu. Es geht jetzt nicht nur um die Probleme, die die Dienstleistungsrichtlinie selbst aufwirft. Vielmehr müssen wir die Prozesse, die begleitend stattfinden, in gleicher Weise im Auge behalten. Alle Prozesse orientieren sich bisher mehr oder weniger auf das Herkunftslandprinzip und nicht auf nationale Standards, die zu wahren, zu erhalten und zu sichern sind.

Moderatorin Cornelia Durst: Herr Jacobs, die Dienstleistungsrichtlinie ist die eine Seite. Sie wird uns von oben aufgezungen. Sie tun etwas, ohne dass Zwang dazu besteht. Was bringt das dem Versicherten?

Wilfried Jacobs: Es hat für ihn den Vorteil, dass er dort, wo er gerade ist – in Deutschland, in Holland oder in Belgien –, keine Behinderung auf Grund der Tatsache empfindet, dass es unterschiedliche Länder gibt. Das ist das Entscheidende.

Im Übrigen können wir von unseren Nachbarn noch sehr viel lernen. Die Deutschen sind im Gesundheitswesen nicht omnipotent. In Holland gibt es längs der Grenze keine stationäre Kur. Holländer, die 5 km jenseits der Grenze leben, kommen zu uns; sie verstehen unser gesamtes stationäres Rehabilitationssystem nicht. Aber sie haben ein perfektes ambulantes Rehabilitationssystem, von dem wir viel lernen können. Mir liegt daran, dass wir den Mut aufbringen, von anderen Ländern zu lernen, und zwar unabhängig davon, was von der Ebene der EU rechtlich auf uns zukommt. Für mich ist es sehr wichtig, dass wir über den Zaun schauen.

Vielleicht ist auch die Reaktion der Patienten wichtig. Die Karte, die ich Ihnen soeben gezeigt habe, berechtigt die Versicherten, einen holländischen Arzt aufzusuchen. Deutsche Versicherte meiner Kasse haben sich diesen Ausweis ausstellen lassen, obwohl sie nicht zu einem Arzt nach Holland gehen.

Das Gefühl, eine Karte zu haben, die jenseits der Grenze gilt, fasziniert sie. Für den Urlaub gilt das Gleiche. Versicherte beantragen die Karte für den Urlaub, obwohl sie nicht nach Holland fahren. Aber sie haben das Gefühl, dass die Karte für sie Gold wert ist, dass sich ihnen die Türen auch in Holland öffnen, wenn sie für drei Tage dorthin fahren. So muss man Europa für meine Begriffe erlebbar machen. Ich gebe zu: Das ist auf großen politischen Veranstaltungen nicht zu vermitteln. Aber es funktioniert.

Harald Kuhne: Ich will den Brüsseler Beamten ein bisschen in Schutz nehmen. Er denkt nicht darüber nach, wie er die Deutschen ärgern kann. Man will vielmehr eine Verbesserung erreichen. Dies macht sich die AOK Rheinland zu Eigen, indem sie das Preisgefälle, das qualitativ teilweise nicht zu rechtfertigen ist, ausnutzt. Die grenzüberschreitende Kooperation bei Hörgeräten und zahntechnischen Leistungen sowie die Partnerschaft mit der polnischen Krankenversicherung beruhen auf demselben Grundgedanken. Indem die Versicherten qualitativ gleiche Leistungen zu einem geringeren Preis erhalten, spart das deutsche Gesundheitswesen Geld. Dieser Grundgedanke ist der Dienstleistungsrichtlinie inhärent.

Ich freue mich darüber, dass sich die AOK dieses Themas intensiv annimmt. Denn aus der Sicht des deutschen Gesundheitssystems ist es erforderlich, die Phase der Reaktion zu überwinden und gestaltend tätig zu werden. Heute ist oft gesagt worden, man dürfe nicht nur die Risiken sehen, sondern man müsse die Chancen nutzen. Es ist sorgfältig zu prüfen, welche Chancen sich uns bieten und wie wir als Megaplayer sie nutzen können. Die deutsche Krankenkasse ist im europäischen Vergleich nicht schlecht aufgestellt, unter anderem deshalb, weil sie in Brüssel eine Dependence hat, die gegenwärtig verstärkt wird.

Die Selbstverwaltung muss selbstbewusst überlegen, wie weit die Liberalisierung in Europa vorangetrieben werden soll und ob sie für die Versicherten und die Bürger sinnvoll ist. Das Selbstverwaltungsprinzip und die mittelbare

Staatsverwaltung in Deutschland – ich denke auch an die Wohlfahrtsverbände – sind Ausdruck des Subsidiaritätsprinzips, das unseren Reichtum darstellt. Die Alternative „Staat oder Markt“ passt nicht auf deutsche Verhältnisse. Ich meine, wir haben das Subsidiaritätsprinzip zu verteidigen; möglicherweise ist es sogar ein „Exportartikel“.

Nur, das muss man den Menschen erklären. Ich weiß aus Diskussionen, dass es nicht einfach ist, das mittelbare Staatsrecht zu übersetzen, und ich hoffe, dass die durchaus finanzkräftigen Selbstverwaltungen der Renten- und der Krankenversicherung versuchen, den Gedanken eines möglichen dritten Weges auch für Gesundheitsdienstleistungen in Europa zu etablieren. Ob und in welchem Bereich Europa das annehmen kann, weiß ich noch nicht. Inwieweit es in einem Europa der Regionen möglich ist, eine territoriale und eine mittelbare Staatsverwaltung in Einklang zu bringen, darüber müssen in der Rechtswissenschaft erst einmal Bücher geschrieben werden. Ich bin dafür, selbstbewusst aufzutreten. Das findet die Unterstützung des Europäischen Gerichtshofes. Dadurch kann man diese Entwicklung produktiv begleiten.

Moderatorin Cornelia Durst: Herr Wille, müssen wir selbstbewusster werden und ein bisschen mehr Werbung für unser System machen? Müssen wir den Wettbewerb scheuen?

Prof. Dr. Eberhard Wille: Ich habe vor sechs oder sieben Jahren Vorträge in Polen und Russland gehalten – in einer Zeit, in der die Menschen negative Erfahrungen mit dem sozialistischen System gemacht haben. Die Chicago boys sind schon ein paar Jahre vorher bei ihnen gewesen. Auch das hat sie nicht ganz überzeugt. Der Tenor war: Normativ präferieren wir das deutsche Gesundheitssystem, aber wir können es uns nicht leisten. – Von der Idee her stehen die Tschechen, die Polen und die Russen unserem System schon sehr nahe. Ich habe sowohl vor politischen als auch vor akademischen Kreisen referiert. Man hat klar gesehen, dass man einen Anteil des Sozialprodukts von insgesamt fast 11 Prozent auf absehbare Zeit nicht schultern kann.

Herr Schösser hat zu Recht gesagt, dass der Wettbewerb ein Instrument sein sollte. Das ist unstrittig; er ist kein Ziel an sich. Bestimmte Leistungen sind im grenzüberschreitenden Verkehr bei gleicher Qualität billiger zu bekommen. Mein Ideal ist aber, dass dabei auch ein Qualitätswettbewerb entsteht. Beispielsweise die französischen Krankenhäuser sind technisch zwar schlechter ausgestattet als unsere, aber auf Grund einer größeren Kompetenzbündelung gelten sie in vielen Bereichen eindeutig als leistungsfähiger. Wenn hier eine Konkurrenz zu Stande käme, würde es unseren Krankenhäusern recht gut tun, um es vorsichtig zu formulieren. Viele junge Leute, die Medizin studieren und in beiden Ländern volontiert haben, sprechen sich unisono für die Vorteile der französischen Ausbildung aus. Von daher meine ich, dass unser System in Sachen Qualität von anderen lernen kann. Deswegen dürfen wir es jetzt aber nicht sofort schlechttreden.

Moderatorin Cornelia Durst: Das heißt: „best practice“, voneinander lernen und nicht alles gleichmachen.

Prof. Dr. Eberhard Wille: Auf keinen Fall. Der eine ist auf diesem Gebiet ein bisschen besser, der andere auf jenem Gebiet. Herr Danner hat zu Recht gesagt, dass die Holländer – aus mir ebenfalls unerklärlichen Gründen – den Bertelsmann-Preis gewonnen haben, auch die Schweizer. Beides kann man infrage stellen. Holland hat den Preis zu einem Zeitpunkt gewonnen, in dem dort schon eine Unterversorgung im ambulanten Bereich festzustellen war.

Aus einem Aspekt kann man lernen: aus der Verzahnung der holländischen Hausärzte mit den Kliniken. Es gibt Fälle, die in Deutschland unvorstellbar sind: Der Hausarzt besucht seinen Patienten in der Klinik und bespricht mit dem Klinikchef die Nachbehandlung. Das halte ich im internationalen Benchmark für positiv. Auf anderen Gebieten können die Holländer vielleicht ein bisschen etwas von uns lernen.

Moderatorin Cornelia Durst: Das bedeutet, man müsste alles Positive sammeln und zu einem tragfähigen System ausbauen. Das ist zwar illusorisch, aber man darf ja noch träumen.

Prof. Dr. Eberhard Wille: Das wird schrittweise kommen, aber ohne Zwang und ohne eine gewisse Konkurrenz werden Sie es nicht schaffen.

Moderatorin Cornelia Durst: Der fortgeschrittenen Zeit wegen darf ich eine Abschlussfrage stellen. Im Anschluss an die Antwort besteht die Möglichkeit, Fragen aus dem Publikum zu stellen. Die Schlussfrage ist: Herr Schösser, wie soll im Jahre 2010 das Europa der Versicherten aussehen?

Fritz Schösser: Das ist eine schöne Frage! Man kann es nur als Ideal formulieren. Wenn man, was das Gesundheitswesen anbetrifft, eine Entwicklung in Europa in Gang setzen will, geht es darum, wo der Mensch bleibt, nicht darum, wo der Wettbewerb bleibt. Der Wettbewerb ist ein gewisser Transmissionsriemen, der beachtet werden muss.

Ich war am Donnerstag in Prag und habe dort mit Gewerkschaftsvertretern geredet. Ich habe ihnen die Frage gestellt: Ihr wisst, dass die Menschen, die heute einer Erwerbsarbeit nachgehen, nichts für ihre Alterssicherung tun. Bei uns wird darüber gestritten, ob sie über die gesetzliche Rentenversicherung hinaus privat vorsorgen müssen. Was geschieht mit den älteren Menschen bei euch? – Diese Frage ist ungeklärt. Im Augenblick findet eine Art Staatsausverkauf statt. Es ist keine Vorsorge getroffen worden, dass Menschen im Alter auf der Basis heutiger Normen vom Staat versorgt werden können. Die Menschen dort leben nach einem einzigen Prinzip: dem Prinzip „Hoffnung“, dass das Wachstum in zehn Jahren so groß ist, dass die momentane „Delle“, die dazu führt, dass Menschen, die nicht mehr erwerbsfähig sind, nicht versorgt werden können, ausgeglichen werden kann. Ob das Wachstum realisierbar ist oder nicht, ist völlig unklar.

Insofern geht es darum, für unsere Standards, die in den vergangenen 60 Jahren nicht zufällig zu Stande gekommen sind, zu werben. Ich sage ausdrücklich: Wir sind auf die erreichten Standards in der Alterssicherung und im Gesundheitswesen stolz. Aus der Sicht der Bürger, die bei Krankheit optimal versorgt werden wollen, gibt es keinen Grund, von ihnen Abstand zu nehmen.

Publikumsfrage von Heiner Boegler (Mitglied des Verwaltungsrates des AOK-Bundesverbandes): Ich habe mich sehr darüber gefreut, dass Sie, Herr Danner, heute eingeladen worden sind. Ich bin der Auffassung, es war wichtig, dass Sie den Finger in die Wunde gelegt haben.

Sie sind schon lange bei der Europavertretung der Sozialen Sicherungssysteme tätig. Es ist wichtig, dem Plenum plausibel zu machen, seit wann das Thema „soziale Sicherheit“ in Europa eine Rolle spielt. Das Europa der 10 war eine Wirtschaftsunion. Darüber hinaus ist eine Finanz- und Währungsunion gegründet worden. Dann musste man sich jedoch darauf besinnen, dass es auch einen gesellschaftlichen Wert, nämlich soziale Sicherheit, gibt. Sehen Sie eine Chance, dass der Nachholbedarf in der politischen Gestaltung Europas im sozialen Bereich befriedigt werden kann?

Dr. Günter Danner: In der Tat wurde Anfang der 50er-Jahre über eine Sozialunion gesprochen. Mit den Mitgliedstaaten der alten EWG hätten sie weder eine Sozialunion noch eine Währungsunion herstellen können. De facto gab es eine Währungsunion zwischen dem belgischen Franc und der D-Mark. Die belgische Nationalbank hat der Bundesbank – vielleicht mit zehnstündiger Verzögerung – alles nachgemacht.

Es gab auch eine Sozial- und Wertegemeinschaft, die erschüttert wurde, als Großbritannien, meine Heimat, beitrug. Das britische Wirtschaftsmodell steht für ein völlig anderes Wertesystem, das ich nicht bewerten will. Derzeit ist das britische Modell ökonomisch extrem erfolgreich. Dabei sollen die Härten

nicht verschwiegen werden, die diejenigen treffen, die an seinem Erfolg nicht teilhaben können.

Nun zur Erweiterung der Gemeinschaft nach Osten um latent sozial- und strukturschwache Gebiete. Kernschwächen sind die verbreitete Schattenwirtschaft und der Mangel an Rechtsstaatlichkeit in allen Bereichen. Dies trifft niemanden mehr als den von sozialer Gerechtigkeit, sprich Rechtswahrung abhängigen Empfänger von sozialen Wohltaten. Die EU entfernt sich davon, ein glaubwürdiges Sozialmodell produzieren zu können.

Der eingeschlagene Erweiterungskurs wird fortgesetzt; denn wenn man innehält, scheitert man. Das ist so wie bei dem Kind, das zuerst ohne Stützräder Rad fährt. Hört es auf zu treten, fällt es um. Die EU kann derzeit ihren etwas irrigen Weg einer fiktiven Konkurrenz mit Amerika nicht verlassen. Wir wollten Amerika 2010 in punkto Produktivität geschlagen haben. Dieses Ziel haben wir mittlerweile auf das Jahr X verschoben. Ein Wettlauf ist eine gleichgerichtete Kraftanstrengung auf ein identisches Ziel hin. Haben wir mit den USA des George Walker Bush ein identisches sozialetisches Ziel, und – wenn ja – wie soll es in Wirklichkeit ausschauen? Amerika lässt 25 Prozent seiner Bürger ohne Sozialschutz. Das Fehlen einer Pflichtversicherung im Krankheitsfall ist Verarmungsursache Nummer eins der besitzenden Stände bis zu Jahreseinkünften von 150.000 Dollar. Das sind bei Gott nicht die Ärmsten der Armen.

Die EU entfernt sich davon, ein glaubwürdiges Sozialmodell produzieren zu können.

Wenn wir diese Phantasmagorien eines großen „global players“, möglicherweise noch angereichert um die Weltmacht der ewig Guten, aufgaben, könnten wir uns darauf besinnen, dass die EU eine sozialetische Gemeinschaft ist, die nach Homogenität ihrer Werte statt nach Wachstumsregionen trachten sollte. Denn in zehn Jahren ist die Tschechei viel zu teuer; das besorgt die Tschechen heute. Dann ist die Ukraine ein heißer Kandidat. Dort liegt das Durchschnittseinkommen heute unter 100 Euro.

Diese Dinge sind beliebig austauschbar. Es gilt nicht das schnelle prozentuale Wachstum, sondern der verbreitete sichere Wohlstand, der eine bürgerliche Gesellschaft kennzeichnet. Sonst bewegen wir uns auf einen

Wir brauchen eine Wertediskussion in Europa, keine Präambelakrobatik wie im derzeitigen Verfassungsentwurf.

Dritte-Welt-Raum mit uneingeschränkten Rendite- und Erwerbsmöglichkeiten zu – das sehen Sie an den Wachstumsraten, die Sie in China verwirklichen können –, aber das Problem ist die Lebenswirklichkeit der Menschen.

Die EU muss sich entscheiden. Sie steht am Scheideweg: Will sie ein Wohlstandsmodell sein, will sie eine sozioethisch fundierte Wohlstandsordnung verbreitern – diese ist sinnvoll; denn in der Konkurrenz aller gegen alle wäre sie ebenfalls erodiert – oder will sie einen imaginären Wettlauf mit anderen Werten eröffnen? Sie kann sich nicht an diesem Wettbewerb beteiligen und gleichzeitig den Sozialschutz erhalten. Anderenfalls würde der Sozialschutz geopfert.

Hier müssen wir mitbestimmen. Wir brauchen eine Wertediskussion in Europa, keine Präambelakrobatik wie im derzeitigen Verfassungsentwurf, bei der wir deklamatorische Elemente mit Inhalten gleichsetzen, über die wir nicht zu diskutieren wagen.

*An der Diskussion nahm neben den Referenten Dr. Günter Danner, Wilfried Jacobs, Eberhard Wille und Fritz Schösser noch Harald Kuhne vom Bundeskanzleramt teil.
Moderatorin: Cornelia Durst (G+G).*



AOK-Bundesverband
Postfach 20 03 44
53170 Bonn
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Telefon: 0228 843-299
Telefax: 0228 843-322
E-Mail: politik@bv.aok.de
www.aok-bv.de 