

Die im Dunkeln sieht man nicht

EU-Präsidentschaft und Gesundheitspolitik - war da etwas? Bleibt doch alles beim Alten - oder? In der Sozialpolitik bleibt es auch nach dem Brüsseler Krisengipfel bei der Einstimmigkeit, die Richtlinie für mehr Qualität und Sicherheit im Umgang mit Medizinprodukten vom März ist wirklich kein Aufreger, und das 48 Seiten starke Veranstaltungsprogramm des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) für die Präsidentschaft¹ lässt auch nicht gerade Sensationelles vermuten.

„Europe is not on the screens“ schreibt der Media Tenor² – Was grundsätzlich für Europa als Medienthema gilt: es gilt besonders für die europäische Gesundheitspolitik. Die Mischung aus Langeweile, Technokratischem und Routine hat über die gesamte Präsidentschaft gehalten und dazu beigetragen, dass unbemerkt von notorisch misstrauischen Journalisten oder Koalitionspartnern die Experten des BMG und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) in den vergangenen sechs Monaten fleißig Pflöcke einschlagen konnten.

Beispiel Rückenleiden: Unstreitig kosten sie jedes Jahr Milliarden. Dagegen will die EU jetzt per Gesetz vorgehen und Deutschland klatscht Beifall: Wenn die Kommission zusätzliche Vorschriften für nötig halte, werde Deutschland dies unterstützen wird Staatssekretär Anzinger (BMAS) bei der Deutschen Presseagentur (dpa)³ zitiert. Das ist eine Blankovollmacht für Brüssel, die schwer zu vereinbaren ist mit dem Grundtenor der Antrittsrede von Angela Merkel zu Beginn der deutschen Ratspräsidentschaft vor dem Europäischen Parlament in Straßburg. Darin heißt es: "Wir können und wollen nicht alles harmonisieren, was harmonisierbar wäre⁴."

Beispiel elektronische Gesundheitskarte (EGK): Natürlich hat Ulla Schmidt recht, wenn sie feststellt, dass "die europäischen E-Health-Autobahnen nicht an den Ländergrenzen enden dürfen"⁵, und sie kann sich des Beifalls dafür aus der Industrie sicher sein, zumal sie zusammen mit fünf weiteren Ländern Geld aus Brüssel für ein Pilotprojekt organisiert hat. Dass damit das Projekt der EGK "faktisch europäisiert" wurde, wie ein Branchendienst schreibt⁶, führt auch dazu, dass das BMG über den europäischen Hebel die Macht übernommen hat. Vorfahrt für Europa ist hier das Gegenprogramm zur Position der Kanzlerin.

Beispiel Arztbesuche im Ausland: Dafür will die zuständige Ministerin EU-weite Regeln, was grundsätzlich zu begrüßen ist. Dass man bei dieser Gelegenheit auch Haftungsfragen und Fragen der Qualitätssicherung mitregeln will, verkündete die Ministerin am 19. April via dpa. Damit werden bestehende Zuständigkeiten in Deutschland faktisch ausgehebelt. Und am 31. Mai heißt es in einer Pressemitteilung ihres Ministeriums, die Ministerin sei "zufrieden", dass sich die EU-Gesundheitsminister einmütig dafür aussprechen, dass der Rechtsrahmen, der den Zugang der Patienten zu Gesundheitsdienstleistungen regelt, "umfassend" sein soll. Man darf gespannt sein, wie diese umfassende europäische Regelung mit der Kompetenzverteilung in Deutschland harmonisiert wird.

Beispiel Rauchverbote: Die lästige Diskussion mit den Bundesländern und der Flickenteppich an unterschiedlichen Regelungen in Deutschland lassen sich mithilfe Europas beenden, denn die EU-Kommission erwägt, ein Rauchverbot in Europas Gaststätten

¹ http://www.bmg.bund.de/cIn_040/nn_604252/DE/Themenschwerpunkte/Internationales/EU-Ratspraesidentschaft/eu-ratspr-node,param=.html__nnn=true

² Flagging Interest – but the Crisis Continues. Media Image of the EU in the Run-Up to the German Presidency of the European Council, in: Media Tenor Forschungsbericht Nr. 157 – I/2007, S. 16- 19

³ dpa Brüssel vom 7. Juni 2007: Rückenleiden kosten jedes Jahr Milliarden - EU erwägt Gesetz

⁴ zit. nach: Gesellschaftspolitische Kommentare Nr. 1+2/0/, S. 33

⁵ zit. nach Ärzte Zeitung vom 18. April 2007

⁶ Lehr und Visarius: Highlights vom 10. Mai 2007, S. 9f

durchzusetzen - zum Schutz der dort arbeitenden Menschen. Die Brüssels Kompetenz für das Arbeitsrecht dient als Einflugschneise, die Kompetenzen schleichend zu erweitern.

Beispiel Arzneimittel: Arzneimittel fallen grundsätzlich unter die Bestimmungen des freien Warenverkehrs. Das seit 1995 bestehende europäische Zulassungsverfahren muss zweifelsohne an die Herausforderungen der Zukunft angepasst werden und dies auf europäischer Ebene zu regeln, ist grundsätzlich richtig. Aufhorchen lässt aber die Formulierung in einem Hintergrundpapier, das das BMG anlässlich des informellen Treffens der Gesundheitsminister am 19./20 April in Aachen herausgegeben hat. Darin heißt es " : Ein Bereich, bei dem die Harmonisierung im Bereich der Arzneimittel bis jetzt allerdings ausgeschlossen ist, ist das Preis- und Vergütungssystem." Die entscheidenden Worte sind "bis jetzt". Wer den Status quo beibehalten will, in dem jeder Mitgliedstaat selbst über Verschreibungsmöglichkeiten, Zuzahlungen und Kostenerstattungen bestimmt, würde diese beiden Wörter streichen.

Natürlich findet sich in praktisch allen offiziellen Stellungnahmen zur deutschen Position wie ein Mantra der Hinweis darauf, dass die Zuständigkeit der Nationalstaaten für Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens und insbesondere für die medizinische Versorgung der Bevölkerung nicht berührt werden dürfen.

Um zu verstehen, was dieses Lippenbekenntnis in der Praxis bedeutet, ist es notwendig, kurz die Entwicklung der EU-Kompetenzen zu beleuchten:

Seit 1998 wird von der EU-Kommission eine Gemeinschaftsstrategie im Bereich öffentliche Gesundheit angestrebt mit dem erklärten Ziel, die bestehenden Kompetenzen beim Arbeitsschutz auszuweiten. Vorbereitet wurde dies durch Kampagnen zu Gesundheitsthemen wie "Europa gegen AIDS" oder "Europa gegen Krebs". Inzwischen verfügt die Kommission über einen Etat von rund 366 Millionen Euro, um ein integriertes Konzept für den Schutz und die Verbesserung der Gesundheit zu implementieren - gefordert hatte sie etwa den dreifachen Betrag. Hinzu kommen Gelder von sechs EU-Behörden, die sich mit Gesundheitsfragen beschäftigen. Allein die Arzneimittelagentur mit Sitz in London verfügt 2007 über einen Etat von 134,6 Millionen Euro. Hinzu kommen:

- Zentrum für Prävention und Kontrolle von Krankheiten (Stockholm): 26, 5 Mio. Euro. Diese sollen bis 2010 auf 50 Mio. Euro fast verdoppelt werden.
- Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Dublin): 20,2 Mio. Euro.
- Agentur für Sicherheit am Arbeitsplatz (Bilbao): 14, 7 Mio. Euro.
- Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Lissabon): 13 Mio. Euro.
- Exekutivagentur für das Gesundheitsprogramm (Luxemburg): 5,8 Mio. Euro⁷.

Schützenhilfe für die Acquire neuer Kompetenzen erhält die Kommission durch den Europäischen Gerichtshof (EuGH), der entschieden hat, dass die Kommission ihre Kompetenzen nicht überschritten hatte, als sie ein europaweites Verbot der Tabakwerbung beschlossen hatte: Schließlich war die offizielle Begründung dafür, dass sonst Wettbewerbsverzerrungen entstehen würden.

Noch unklar ist, welche Auswirkungen es haben wird, dass die im Jahr 2000 beschlossene europäische Charta der Grundrechte⁸ künftig rechtsverbindlich sein soll. Dort ist in Artikel 3 unter anderem geregelt, dass im Rahmen der Medizin zu beachten ist: "die frei Einwilligung der betroffenen Person nach Aufklärung entsprechend der gesetzlich festgelegten Modalitäten". Hier werden die Möglichkeiten, Kompetenzen nach Brüssel zu geben auch verbessert. Ob die EU die adäquate Regelungsebene ist, darf man aber bezweifeln.

⁷ Informationen zu den Agenturen: http://europa.eu/agencies/community_agencies/index_de.htm. s. dazu auch Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 22. Mai 2007

⁸ Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Cn364/1 vom 18. Dezember 2000

Wie offensiv die Europäische Union Chancen nutzt, Kompetenzen auszuweiten, zeigt ein Beispiel: Erst im Juni haben die Staats- und Regierungschefs beschlossen, dass die EU künftig(!) – ergänzend zu einzelstaatlichen Vorschriften auch Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Arzneimittel und Medizinprodukte festlegen darf. Bereits im März hatte aber die EU eine Richtlinie für mehr Qualität und Sicherheit im Umgang mit Medizinprodukten verabschiedet⁹.

Ein Blick auf die Internetseite zur deutschen Ratspräsidentschaft heizt den Hunger der EU-Kommission nach Kompetenzen im Gesundheitssektor weiter an: Im Gegensatz zu vielen anderen Politikbereichen empfinde der europäische Bürger im Politikfeld Gesundheit keine Euroskepsis, heißt es da. Es wäre aus Sicht der Kommission doch sträflich, diese Chance, die Bürger von Europa zu begeistern, nicht aktiv aufzugreifen. Da passt es doch gut, dass man eine Expertengruppe parat hat, die für eine Harmonisierung der EU-Gesundheitssysteme eintritt. Eine "Vereinigung von Ärzten, Patienten, Pflegepersonal, Forschern und Repräsentanten der Industrie" (Health First Europe, HFE¹⁰), angeführt von dem ehemaligen Gesundheitskommissar David Byrne, hat es mit ihrer Erkenntnis, dass "gleiche Rechte nur in einem einheitlichem System möglich sind" bis in die deutschen Medien geschafft¹¹.

Bei dieser Europa-Begeisterung wollen die Krankenkassen nicht zurückstehen. Zwar haben deren deutsche Spitzenverbände noch im Januar eine Potsdamer Erklärung der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben¹², in der sie die Fahne der Subsidiarität tapfer schwenken und vor einem europäischen Superstaat warnen. Das Forum der europäischen Sozialversicherung (ESIP¹³) berät aber zeitgleich darüber, für europäische (!) Patienten Informationen über zugelassene Medikamente und "benachbarte Themen" zu verbessern, und hat dazu inzwischen ein Patienteninformationspaket für das Krankheitsbild Diabetes mit der Bitte um Stellungnahme verschickt. Und weil das nur ein bescheidener Anfang für die Europäisierung des Gesundheitswesens sein kann, wird gleich auch noch ein EU-Logo "für unabhängige (Patienten)Information" ein EU-weites Verbot für Medikamentenwerbung direkt beim Verbraucher gefordert und "im Interesse von Bürgern und Patienten ... dass die Interessen der öffentlichen Gesundheit nicht mit kommerziellen Interessen vermischt oder gar ersetzt werden dürfen."¹⁴

Dass europäische Foren so etwas fordern, muss uns Deutsche nicht zwingend aufregen: Die Hunde bellen, die Karawane zieht weiter. Aber die deutsche Ratspräsidentschaft wurde dafür genutzt, diesen Brüsseler Bestrebungen nach mehr Regelungskompetenz in der Gesundheitspolitik weiter Nahrung zu geben und die Karawane in eine bestimmte Richtung zu bewegen. Und man hat Sorge getragen, dass diese Impulse nach der deutschen Präsidentschaft nicht verpuffen. So hatte man schon kurz vor Weihnachten 2006 die beiden nachfolgenden Präsidentschaften (Portugal und Slowenien) auf ein gemeinsames 18-Monats-Programm festgelegt¹⁵. Darin wird darauf abgezielt, "zu einem hohen Gesundheitsniveau für alle Bürger beizutragen". Alterung der Gesellschaft, Gesundheitsförderung, Krankheitsvorbeugung, geistige Gesundheit, Alkoholmissbrauch, Verletzungsprävention, Infektionsrisiken in der Gesundheitspflege, die Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung: alles Themen, die man aufgrund deutscher Initiative - nicht Initiative der EU-Kommission - auf europäischer Ebene behandeln will. Natürlich fehlen auch HIV und Krebs nicht.

⁹ s. Ärztezeitung vom 25. Juni 2007

¹⁰ www.healthfirsteurope.org

¹¹ Ärzte Zeitung vom 16. April 2007

¹² www.gkv.inof/gkv/fileadmin/user_upload/Positionen/Europa/Potsdamer_Erkl_rung_abgestimmte_Version_dt.pdf

¹³ www.esip.org

¹⁴ zit. nach: Eureport social Nr. 4-5/2007, S. 19f

¹⁵ Rat der Europäischen Union 17079/06, Vermerk vom 21. Dezember 2006

Wohin die Reise gehen soll, zeigt ein Satz in diesem Papier, der es verdient, wörtlich zitiert zu werden: "Zum Thema Zugang zur Gesundheitsfürsorge wird das bestehende Gefälle bei Migranten und zwischen den Geschlechtern zu erörtern sein.¹⁶" Hier soll nicht erörtert werden, ob es in Deutschland ein Gefälle zwischen den Geschlechtern beim Zugang zur Gesundheitsfürsorge gibt und wenn ja, ob die EU die richtige Ebene ist, dieses potenzielle Problem zu lösen¹⁷. Wichtig für den hier erörterten Kontext ist ein Wort: Gesundheitsfürsorge. Fürsorge kennzeichnet im deutschen Sprachgebrauch ein staatliches System, z.B. das der Kriegsopferfürsorge. Spricht man vom deutschen System, müsste es korrekt Gesundheitsversorgung heißen. Zufall? Oder haben hier die Autoren mehr von sich preisgegeben als sie wollten?

Nach der Lektüre zahlreicher Papiere zu dieser Thematik verdichtet sich der Eindruck: Das Wort staatliches Gesundheitssystem wird in diesen Papieren umschifft. Dafür ist spürbar, dass dies aber der Geist ist, den die Positionsbestimmungen atmen. Offenkundig ist auch, dass Deutschland mit einem der freiheitlichsten Gesundheitssysteme innerhalb der EU am meisten zu verlieren hat, aber Bestrebungen sogar noch befördert, auf europäischer Ebene in Richtung auf ein staatliches Gesundheitssystem zu gehen. Dies liegt nicht im deutschen Interesse.

Deutsche Gesundheitsdienstleitungen können ein Exportschlager werden. Diese Chance sollte die Bundesregierung verbessern statt die Brüsseler Reglementierungswut zu befördern.

¹⁶ bmg.bund.de/nu_1030720/DE/Themenschwerpunkte/Internationales/EU-Ratspraesidentschaft/trio-papier,templateID=raw,property=publicationFile.pdf/trio-papier.pdf

¹⁷ Die Beschäftigung mit diesem Thema auf europäischer Ebene ist längst institutionalisiert: So fand während der deutschen Ratspräsidentschaft – in der Ständigen Vertretung des Freistaates Bayern bei der EU in Brüssel – die Europäische Abschlusskonferenz ‚Action for Equity in health‘ statt, die gemeinsame Strategien gegen „gesundheitliche Ungleichheiten“ entwickeln soll. S. Presseerklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vom 8. Mai 2007