

# Koordinieren statt zentralisieren

*Medizinische Versorgung und Organisation der Gesundheitssysteme ist Sache der Mitgliedstaaten – Folge 1 der RhÄ-Reihe „EU-Gesundheitssysteme“*

von **Julia Bathelt**

In den kommenden Monaten wird das Rheinische Ärzteblatt die Gesundheitssysteme einzelner EU-Mitgliedstaaten in loser Folge vorstellen. In dieser Ausgabe findet sich eine Einführung in das Thema, in der die gesundheitspolitischen Kompetenzen der Europäischen Union und der Mitgliedstaaten erläutert werden. RhÄ

**E**s gibt in den Mitgliedstaaten der Gemeinschaft zwei grundlegende Formen von Gesundheitssystemen: In Großbritannien, Irland, den skandinavischen Staaten und Portugal wird das Gesundheitssystem überwiegend aus Steuermitteln finanziert. Der Großteil der medizinischen Leistungen wird hier durch staatliche Gesundheitsdienste abgedeckt. Die Ärztinnen und Ärzte stehen in der Regel in einem Vertragsverhältnis zum jeweiligen nationalen Gesundheitsdienst. In Schweden haben Ärzte überdies die Möglichkeit, privat ambulante Leistungen außerhalb des Gesundheitsdienstes anzubieten.

Daneben gibt es das Sozialversicherungsprinzip, das sich überwiegend über die Beiträge der Versicherten finanziert. Ein solches System findet man in Deutschland, Belgien und Luxemburg. In Frankreich und den Niederlanden werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben sogar fast ausschließlich aus Sozialversicherungsbeiträgen beglichen. Es gilt das Prinzip der Selbstverwaltung der Leistungsträger.

Gesundheitspolitik fiel lange Zeit nicht in den Aufgabenbereich der Europäischen Union. Erst seit die EG-Verträge von Maastricht (1993) und Amsterdam (1999) in Kraft getreten sind, besteht eine Gemeinschaftskompetenz der EU für die öffentliche Gesundheit. Für die Gestaltung der Gesundheitssysteme ist die Gemeinschaft jedoch nach wie vor nicht zuständig. So muss sich etwa EU-Gesundheitskommissar David Byrne seit geraumer Zeit auf Vorschriften zur Har-

monisierung des Binnenmarktes berufen, will er Richtlinien seiner Anti-Tabak-Kampagne verbindlich für die Mitgliedstaaten durchsetzen. Dafür ist die EU-Kommission zuständig.

Die Gesundheitspolitik zählt zu den so genannten „flankierenden“ Politikfeldern. Dies bedeutet, dass die EU nationale Politik fördert, koordiniert und sich insbesondere mit Problemen befasst, die die Staaten allein nicht lösen können. Die medizinische Versorgung und die Organisation der Gesundheitssysteme liegt jedoch ganz allein bei den Mitgliedstaaten.

## Kompetenzen der EU

Der Vertrag von Maastricht beschränkte das EU-Handeln noch auf die Information über Gesundheitsthemen, die Prävention sowie die Erforschung der Ursachen und Übertragungsmöglichkeiten von Krankheiten. Der Amsterdamer Vertrag hat die Befugnisse der EU erweitert. So sind in den Artikel 152 Kompetenzen aus dem Agrarbereich (Veterinärwesen und Pflanzenschutz) verlagert worden. Die EU wendet sich damit ab von einem rein ökonomisch orientierten Verbraucherschutz und einem gesundheitspolitisch orientierten Verbraucherschutz zu. Ziel ist es, bereits präventiv gegen gesundheitliche Gefahren vorzugehen und nicht erst – wie bei BSE – zu reagieren, wenn das Problem schon akut geworden ist. Der Vertrag von Amsterdam bekräftigt zudem die gesundheitspolitischen Verpflichtungen der EU.

Die Gemeinschaft muss ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherstellen und dieses in sämtliche Bereiche ihrer Politik integrieren.

Auch die derzeit noch laufenden Aktionsprogramme basieren rechtlich auf Artikel 152 des EG-Vertrages. Dieser besagt nämlich auch, dass die Gemeinschaft Fördermaßnahmen festlegen darf, die zum Schutz und zur Verbesserung der menschlichen Gesundheit beitragen. Die Aktionsprogramme beinhalten folgende Kernpunkte:

- Krebsbekämpfung, vor allem verursacht durch Tabakkonsum,
- Bekämpfung von AIDS und anderen übertragbaren Krankheiten,
- Bekämpfung des Drogenhandels und Aufklärungskampagnen,
- Doping und Medikamentenmissbrauch im Sport,
- Förderung der psychischen Gesundheit,
- Herausgabe eines Weißbuchs zur Lebensmittelsicherheit,
- allgemeine Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, unter anderem zur Qualität und Sicherheit von Blut und Blutbestandteilen.

## Das neue Aktionsprogramm

Im Juli 2002 haben sich das Europäische Parlament und die EU-Kommission auf ein neues gemeinschaftliches Aktionsprogramm für die Jahre 2003 bis 2008 geeinigt. Die Ziele und Umsetzungsstrategien sind im Wesentlichen gleich geblieben. Stärker als bisher wird die Verzahnung der Umwelt-, Agrar- und

Gesundheitspolitik betont. Den größten Streitpunkt stellte das Budget für das Aktionsprogramm dar. Erst mit Hilfe eines Vermittlungsausschusses verständigten sich die EU-Kommission, das Europäische Parlament und die EU-Gesundheitsminister darauf, für das Fünfjahresprogramm 312 Millionen Euro zur Verfügung zu stellen.

An den gesundheitspolitischen Kompetenzen hat sich durch das neue Aktionsprogramm nichts geändert. Insbesondere die deutschen Europaabgeordneten haben sich vehement gegen das Ansinnen der EU-Kommission gewehrt, die Gesundheitspolitik schrittweise zu „vergemeinschaften“. Hauptaufgabe der EU bleibt somit die Koordinierung.

Das neue Aktionsprogramm besteht aus drei Bausteinen. Ein Element ist das so genannte „Monitoring“. Durch einen internationalen Vergleich von Gesundheitssystemen wird der Frage nachgegangen, wie die bestehenden Probleme am besten gelöst werden können.

Der zweite Baustein ist ein administratives Räderwerk, mit dem rasch auf neu auftretende Gesundheitsgefahren reagiert werden kann. Die Gemeinschaft plant dazu ein EU-weites Netzwerk von Überwachungs-, Melde- und Frühwarn-einrichtungen.

Drittens soll die EU-Bevölkerung für eine gesunde Lebensführung sensibilisiert werden, weg von Alkohol- und Nikotinkonsum, falscher Ernährung, Bewegungsmangel, Stress und Drogenmissbrauch. Dadurch sollen bereits die Ursachen von Krankheiten bekämpft werden.

### Unterschiedliche Voraussetzungen

Es ist zumeist schwierig, in der EU Einigkeit bei gesundheitspolitischen Fragen zu erzielen. Grund hierfür sind unter anderem die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten, deren verschiedene Organisations- und Finanzierungsformen zuweilen zu unüberbrückbaren Differenzen führen.

Die Kostenentwicklung der Gesundheitssysteme in den EU-Staaten ist unterschiedlich verlaufen. In vielen Staaten sind die Ausgaben in den letzten drei Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen. Grund dafür ist vor allem die demographische Entwicklung. In Schweden und den Niederlanden hingegen sind die Ausgaben – im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt – drastisch zurückgegangen. Allerdings sind damit auch erhebliche Einschränkungen wie längere Wartezeiten verbunden.

Großen Nachholbedarf bei der Entwicklung ihrer Gesundheitssysteme haben die elf osteuropäischen EU-Beitrittskandidaten. Einige Mitgliedstaaten befürchten, dass große Lasten auf die Nachbarstaaten übertragen werden, zum Beispiel durch Migration. Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) hat deshalb die Bundesregierung im Herbst 2001 aufgefordert, bei den Beitrittsverhandlungen darauf zu achten, dass die Kassen der EU-Aspiranten zahlungsfähig sind. Grund ist eine mögliche gesundheitstouristische Verlagerung der Probleme in die Bundesrepublik. Die DVKA befürchtet, dass die Krankenkassen im EU-Ausland die Behandlung ihrer Patienten in Deutschland nicht bezahlen können und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf den Schulden sitzen bleibt.

### Der Gesundheitszustand

Die EU-Bevölkerung ist allgemein so gesund wie nie zuvor: Geringe Säuglingssterblichkeit und eine hohe Lebenserwartung. Allerdings ist innerhalb eines jeden EU-Staates ein Gefälle im Gesundheitszustand zu beobachten, das auf soziale Unterschiede zurückzuführen ist. Wie groß dieses Gefälle ist, variiert von Staat zu Staat.

Einige Gesundheitsprobleme haben sich allerdings in den letzten Jahren verschärft. So ist eine hohe Quote von Todesfällen zu verzeichnen, die mit der Lebensführung verbunden sind (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Unfälle). Überdies nimmt die Zahl von psychischen und stressbezogenen Krankheiten zu. Neue Gesundheitsrisiken – wie die Übertragung der Creutzfeld-Jakob-Krankheit durch Lebensmittel – bedrohen die allgemeine Gesundheit ebenso wie das Wiederaufflammen schwerer Infektionskrankheiten (zum Beispiel Tuberkulose). Um diesen Problemen wirksam zu begegnen, haben sich die Mitgliedstaaten – trotz aller Differenzen – auf das gemeinsame Aktionsprogramm geeinigt.

Informationen zum Thema im Internet: [www.europa.eu.int/index\\_de.htm](http://www.europa.eu.int/index_de.htm)



Die Gesundheitspolitik zählt zu den so genannten „flankierenden“ Politikfeldern. Dies bedeutet, dass die EU nationale Politik fördert, koordiniert und sich insbesondere mit Problemen befasst, die die Staaten allein nicht lösen können.

Foto: Image Bank