

ABSTRACT

Günter Danner, MA; PhD, Brüssel¹

Europa wirkt bereits heute in vielfacher Hinsicht auf formalrechtlich „subsidiäre“ nationale Gesundheitssysteme ein. Zwar dienen Subsidiarität und Territorialität nach wie vor zur Absicherung des sozialrechtlichen Handlungsraumes, doch sind neue Faktoren hinzugetreten. Auch ohne greifbares „EU-Sozialmodell“ gestaltet „Brüssel heute eine Vielzahl von Bereichen direkt oder indirekt mit. Dabei ist die nationale Verantwortlichkeit für den tatsächlichen Effizienzgrad einer Versorgungswelt ausschlaggebend. In Anbetracht der eklatanten Leistungs- und Großzügigkeitsunterschiede zwischen den heutigen EU-Mitgliedstaaten bewahrt ein territorialer Ansatz vor ökonomisch problematischem Empfängertourismus und ordnen zugleich die durch national stark unterschiedliche Beitragslasten refinanzierten Leistungen einem eindeutig bestimmten Empfängerkreis zu. Grenzüberschreitende Verknüpfungen halten sich daher traditionell im ordnungspolitischen Rahmen u.a. der Verordnung über die zwischenstaatliche Sachleistungsaushilfe et. alt., dargelegt u.a. in der VO(EG) 1408/71. Im Zuge der Entwicklung des Binnenmarktes zur Wirtschafts- und Währungsunion sind neue und teilweise deutlich marktnähere Anknüpfungen entstanden. Die EU schuf neben dem Binnenmarkt auch unmittelbare Patientenrechte, etwa ein solches auf Zugang zu grenzüberschreitender Versorgung zulasten heimischer Kostenträger unter bestimmten Voraussetzungen. Diese Rechte entstanden nach 1998 als Folge der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EUGH) in einer Vielzahl von Einzelfallentscheidungen. Diese Einzelfälle betrafen regelhaft nicht den Deutschen Rechtsraum dergestalt, dass es nach deutschem Recht sozial versicherte Beschwerdeführer gewesen wären. Vielmehr erhielt die serielle Rechtsentwicklung am EUGH ihre Nahrung nicht zuletzt aus den unübersehbaren Mangelzuständen in vielen anderen EU-Gesundheitsmodellen. Mit Hunderttausenden von Personen auf Wartelisten, auch für schwerwiegende und zeitabhängige Eingriffe, stellen diese Systeme in ihrem Territorium teilweise nur noch mühsam eine zumutbare Versorgung sicher. Der EUGH fällt prima vista keine Sozialrechturteile. Schon gar nicht ging es ihm um eine Erweiterung der jeweils lokal angebotenen und tatsächlich verfügbaren Leistungen. Er bewertete medizinische Aktivitäten als „Dienstleistung“ und Hilfsmittel als „Ware“. Somit unterliegen beide den Grundsätzen der binnenmarktlichen Rechtsregelung. Im stets kritischen, weil mit zahlreichen Planungsebenen vorzuhaltenden Krankenhauswesen hielt sich der EUGH von Anfang an stark zurück. Es ging ihm besonders darum, eine national in diesem Bereich unentbehrliche Planbarkeit aufrechtzuerhalten. Seitens der Mitgliedstaaten, insbesondere der durch Mangelsteuerung in ihren Gesundheitssystemen betroffenen, reagierte man abwartend- unschlüssig auf die ungewollten und politisch leicht beschädigenden Eröffnungen neuer Optionen für Wartelistenpatienten. Kaum ein davon berührtes Land stellte auch nur Informationsbroschüren über EU-Patientenrechte zur Verfügung. Stattdessen erschwerte man im Wege kleinteiliger Bürokratie teilweise ernsthaft kranken und lange wartenden Patienten den Weg ins EU-Ausland. Deutschland, von Wartelisten und wachsendem Mangel damals noch kaum betroffen, hatte keine Not

¹ Der Verfasser ist Stv. Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung und Pers. Referent des Vorstandes der Techniker Krankenkasse. Der Beitrag gibt seine persönliche Meinung wieder.

Hintergrundtext Danner Europarechtlicher Einfluß auf nationale Sozialsysteme im Gesundheitsschutz

damit, die EU Regelungen zeitgerecht in das eigene Rechtssystem einzubauen. Dies blieb jedoch die Ausnahme.

Systemstruktur und Betroffenheit

Die 27 mitgliedstaatlichen sozialen Gesundheitssysteme unterschieden sich erheblich in vielen Details. Grob vereinfacht, kann man zwischen steuerfinanzierten Staatsbewerkungsmodellen, Bürgerversicherungen, wettbewerblichen Sozialversicherungsmodellen und Staatsfonds mit schattenwirtschaftlicher Ergänzungskomponente unterscheiden. Die Staatsdienste finden sich etwa in Großbritannien (NHS) oder den skandinavischen Volksheimen ebenso, wie in Spanien oder Italien. Völlig unterschiedlich sind hierbei die Rolle des privatfinanzierten Ersatz- oder Ergänzungskonsums. In Schweden gibt es derlei etwa gar nicht, in Finnland hingegen existiert eine binäre Systemstruktur aus kommunaler Staatsversorgung oder Privatsystem. Sämtlichen steuerfinanzierten Modellen sind Mangelsteuerung und Wartelisten innewohnend. In keinem Fall hat die angeblich mit höheren Gerechtigkeitsgraden aufwartende Steuerfinanzierung diese auch nur annähernd in die Realität umsetzen können. Selbst erhebliche zusätzliche Geldmittel – etwa die zusätzlichen Milliarden der Blair-Regierung in Großbritannien für den HNS – haben zwar Arztgehälter drastisch erhöht, jedoch am latent unterfinanzierten Versorgungszustand des Systems nur wenig geändert. Einmalgaben aus dem Staatshaushalt ersetzen naturgemäß auch keine Seriosität und „Nachhaltigkeit“ in der Systemfinanzierung. Vielmehr geht es dem Staat oft lediglich um zusätzliche Kontrollmöglichkeiten, nicht so sehr um nachgewiesene ökonomische Zweckdienlichkeit zum Wohle des Systems und seiner geschützten Personen. Die Systemvielfalt der EU hat zwischenzeitlich eine Reihe von Veränderungen erfahren. So gibt es mittlerweile die ersten Sozialschutzmodelle in staatlicher Rechtsformulierung, allerdings erbracht durch wettbewerbliche Unternehmen in privatrechtlicher Struktur. Dies ist das Resultat der niederländischen Strukturreform vom Januar 2006. Solche Veränderungen berühren oft rasch den Rahmen des EU-Rechts. Dies gilt etwa bei der Unterwerfung der Kostenträger unter das EU-Wettbewerbsrecht als Folge der Zubilligung der Unternehmenseigenschaft. Niederländische Krankenversicherer sind solche Unternehmen, deutsche GKV-Träger nach Feststellung des EUGH hingegen nicht. Die an diese Begriffe und Eigenschaften geknüpften vermuteten Rechtsfolgen werden gelegentlich überschätzt. Immerhin können die niederländischen Kassen, wiewohl Privatunternehmen, auf der Grundlage staatlicher Rahmengesetzgebung eine Vielzahl von Marktbeschränkungen – bis hin zur Positivliste im Pharmabereich, Preis- und Mengensteuerung und selektive Vertragsgestaltung und Budgets bislang aufrechterhalten. Der sich entwickelnde EU-Gesundheitsmarkt betrifft nahezu ausschließlich den durch einen sozialrechtlich definierten Kostenträger zu finanzierenden Konsum. Private Einkäufe, auch im Gesundheitswesen, waren und sind zu jeder Zeit möglich. Allerdings sind sie, ebenso wie die im EU Rahmen außerhalb Deutschland unbekannt substituierte private Krankenversicherung, quantitativ nicht bedeutend. Lediglich im Zusatzversicherungsbereich oder in der Absicherung von Kurzfristrisiken nach Art der Ferien-Auslandskrankenversicherung spielt risikoäquivalente Privatassekuranz dort eine Rolle. Grenzüberschreitungen in der strukturellen Trennung zwischen „Privatversicherung“ und „Sozialversicherung“ sind ein nicht eben uninteressantes Beobachtungsgebiet. In den beschriebenen Entwicklungen in

Hintergrundtext Danner Europarechtlicher Einfluß auf nationale Sozialsysteme im Gesundheitsschutz

den Niederlanden finden sie sich ebenso, wie in der Slowakei und infolge der neuen Reformgesetzgebung künftig wohl vermehrt auch bei uns in Deutschland. Nicht unerwähnt bleiben kann in diesem Zusammenhang der jenseit des Tarifgeltungsbereiches nahezu völlig fehlende europaweite Koordinationsansatz für private Zusatzversicherungen. Weder unterliegen sie der VO(EG)1408/71 noch sind ihre rechtlichen Inhalte in andere Rechtswelten übertragbar oder mit diesen verknüpft.

EU-Systemeinwirkung

Direkte Einwirkungen Brüssels auf das soziale Gesundheitssystem Deutschlands ergeben sich mittel- oder unmittelbar durch Mitteilungen, Richtlinien oder gar Verordnungen. Der jüngst vorgelegte Kommissionsentwurf zur Ausübung der patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (KOM(2008)414/3) will Brüssel „klare Informationen“ an die EU-Bürgerinnen und Bürger geben, Qualität und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung verbessern und zur Hebung der Kontinuität der Versorgung zwischen den verschiedenen behandelten Angehörigen der Gesundheitsberufe und -einrichtungen beitragen. Dem Begriff der „Subsidiarität“ wird ein Kapitel gewidmet, es beginnt jedoch mit der Feststellung, dass „Fragen, die eine größere Rechtsklarheit und Sicherheit erfordern, nicht von den einzelnen Mitgliedstaaten geklärt werden können“.² Nationale Beschaffungs- und Zuweisungsmechanismen als organisatorischer Teil des Versorgungsprozesses finden kaum Niederschlag im Text. Im Zentrum steht die Frage der inhaltlichen Bestimmung der so genannten „Vorabgenehmigungsverpflichtung“ bei Wahl einer stationären Behandlung im Ausland. Dies entspricht möglicherweise dem Geist einer möglichst hohen Wahlmöglichkeit für den Patienten, kollidiert jedoch mit systemtechnisch üblichen regionalen Zuweisungen. Solche existieren nicht nur in den davon geprägten Modellen staatlicher Gesundheitsdienste in kommunal organisierter/vorgehaltener Leistungsbewirkung, wie sie etwa in Skandinavien oder Großbritannien üblich ist. Sie stünde auch einem vertragsgestützten Leistungseinkauf kruch deutsche Kostenträger im Wege. Hier geht es gerade nicht um Beschaffung „irgendwo“ sondern auf der Basis künftig eher noch weiter entwickelter und genauer bestimmter Verträge. Gerade der „intelligente, vertragsgestützte Einkauf von Leistungen“ ermöglicht es einem System mit erkannten finanziellen Problemen vielleicht auch künftig noch die Teilhabe breiterer Personengruppen an einem stark inflationär bestimmten Markt sicherzustellen. Es ist unwahrscheinlich, dass mehr Gesundheitsdienstleistungen unter den Bedingungen des Fortschritts und der Demografie morgen preiswerter werden als sie es heute sind. Sinken noch die Einnahmen, so sind Einkaufssteuerung und explizite Rationierung in sozialem Qualität wohl unumgänglich. Widrigenfalls drohen weitere implizite Rationierungen, nahezu ausschließlich zum Nachteil des Kranken. Dies muss Brüssel nicht zwingend berücksichtigen. Es wäre jedoch wünschenswert, wenn der systemtragenden Rolle des Mitgliedstaates etwas mehr Aufmerksamkeit hätte zugewendet werden können. Dies gilt ganz besonders für notorische Sonderwege, wie dasjenige des deutschen Modells in föderaler politischer Struktur. Denkt man etwa über die von Brüssel so geforderten „einheitlichen Anlaufstellen“ zur Auskunftserteilung über deutsche Krankenhausangebote nach, so offenbart sich, wie wenig man auf unsere Sonderstrukturen eingegangen ist. Wie könnten selbst solche Stellen auf Länderebene

² KOM (2008)414/3 S.11

Hintergrundtext Danner Europarechtlicher Einfluß auf nationale Sozialsysteme im Gesundheitsschutz

zum Spitalwesen und zur Einzelfallversorgung dazu entschlossener Ausländer wesentliche Informationen geben, wenn zugleich Krankenhäuser und Standorte in einem Wettbewerb stehen?

Nach wie vor wird im Entwurfstext von „unabweisbaren Gründen“ gesprochen, die geeignet sind, ein restriktiveres Vorabgenehmigungsverfahren praktizieren zu wollen. Die Voraussetzungen dazu fasst die Kommission jedoch recht eng. Die finanzielle Überforderung des Systems ist quasi an einem Einzelfall nachzuweisen. Der Schluss liegt nahe, dass dies gegebenenfalls nur sehr schwierig nachzuweisen wäre. Der Richtlinienentwurf ist ein weiterer wesentlicher Schritt in einen höheren Vermarktungsgrad des Sozialsystems. Dadurch werden dessen Verankerungen im territorialen Bereich der heimischen sozialrechtlichen Wirklichkeit eingeschränkt. Weiters eröffnen sich nicht uninteressante EU-Marktdimensionen, die - rebus sic stantibus – dereinst geradezu nach weiteren Europäisierungen in Finanzierung, Rationierung, Beschaffung und Verfügbarmachung rufen dürften.

Das Krankenhaus im EU Umfeld

Auch wenn enthusiastische Vorstellungen von einer Nachfragerwelle ausländischer Wartelistenpatienten schon vor Jahren der Ernüchterung gewichen sein dürften, ist der EU Gesundheitsmarkt aus Nachfragersicht von Bedeutung. Mit der Eröffnung mehr oder minder scharf konturierter Kriterien für eine Leistungsanspruchnahme jenseits der Staatsgrenzen, wurde Neuland beschritten. Bis heute – dies ist ein wesentlicher Grund für die seit längerem diskutierte EU Richtlinie – können verschiedene Mitgliedstaaten mit der europarechtlichen Dimension nicht korrekt umgehen. Nicht zuletzt dieser Umstand bestärkt „Brüssel“ darin, Patientenrechte im Wege der Richtlinie zu stärken. Ohne Zweifel wäre es ebenso möglich, Durch Weiterentwicklung der nationalen sozialrechtlichen Bestimmungen und durch bi- und ggf. multilaterale Zusammenarbeit zwischen den unmittelbaren Akteuren, also Zahlern und Anbietern von Leistungen, könnte Grenzüberschreitendes vermutlich einfacher umgesetzt werden. Allerdings wäre der große Brüsseleffekt weniger ausgeprägt. Es empfiehlt sich, aus Krankenhaussicht streng zwischen ausländischen Selbstzahlerpatienten, solchen der zwischenstaatlichen Sachleistungsaushilfe³ sowie der „neuen“ Kategorie der „EuGH-Patienten“ zu unterscheiden. Die Welt der Selbstzahler ist vermutlich Marketing und internationale Eigendarstellung. Der Wettbewerb um die wenigen wird weltweit von vielen bestritten. Die dritte Kategorie verdient besondere Aufmerksamkeit. Zwar ist sie noch sehr unscharf entwickelt, jedoch, spätestens mit einer Richtlinie aus Brüssel, wird sie sich formen. Hier gilt es, nicht darauf zu setzen, dass der ausländische Wartelistenpatient zunächst die inneren Hürden seines Systems rechtlich bricht. Vermutlich ist der das Gesicht wahrende Vertragsweg mehr als eine Überlegung wert. Deutschlands Strukturvielfalt ist einerseits reizvoll, andererseits naturgemäß für Ausländer recht undurchschaubar. Die Vorschläge der Richtlinie, immerhin bis zur Ersten parlamentarischen Lesung im Europaparlament gelangt, nicht eben hilfreich oder auch nur praktikabel. Wohl abgewogene gemeinsame Marketinganstrengungen und vorausschauende EU Beobachtung gehören heute zum Systemalltag im Krankenhaus. Die Tendenz zur Industrialisierung der Versorgung

³ Dies sind die Notfälle der VO 1408/71

Hintergrundtext Danner Europarechtlicher Einfluß auf nationale Sozialsysteme im Gesundheitsschutz

verdient Beachtung. Ein Grund für Deutschlands „Anderssein“ liegt immerhin in seiner strukturellen Vielfalt.

Aspekte der Pharma-Industrie

Äußerlich wirkt die Industrie, zumindest vertreten durch ihre Großakteure glänzend in Brüssel aufgestellt. Verschiedene Abgeordnete vertreten in einschlägigen Industriefragen deren Standpunkte, unabhängig von der eigenen partei- bzw. Lagerzugehörigkeit. Allerdings birgt der äußere Auftritt so manche Risikomomente. Nach wie vor stagnieren „Industrieinteressen“ hinsichtlich ihrer Umsetzung in EU Gesetzgebung. Der „Nebenkriegsschauplatz“ des „Informierten Patienten“ - eine Form eingeschränkter Direkt-„information“ zu verordnungspflichtigen Erzeugnissen unter Inkaufnahme eines nicht eben unerheblichen Streuverlustes, hat bislang nicht politisch verfangen. Gelegentlich sind diese Auftritte wenig lobbyistisch professionell. Das eher negativ einzuordnende Branchenimage zeigt die „Industrie“ als „Vorteilsnehmer“ im Gesundheitswesen, dessen wertschöpfende Einbindung in den sozial-ökonomischen Versorgungsprozess offenbar nicht gelingen will. In der Vergangenheit hat die Industrie durch Übertragung politischer Kommunikationsstile etwa aus den USA auf das „sozialfinanzierte“ Europa vermeidbare Fehler gemacht. Unter Vernachlässigung politischer Arbeit und des teilweise anstrengenden, jedoch erforderlichen Nachweises einer vorhandenen Interessenschnittmenge mit Zahlern, geriet firmen- und branchenspezifische politische Arbeit zur Nebensache. Innovationen im Pharmabereich bedingen die Vermarktungsfähigkeit des neuen Produktes im Massenbereich der sozialfinanzierten Patienten. Nur wenige Unternehmen haben bislang Plattformen geschaffen, an denen Projekte in der Entwicklung auf ihre potentielle systemintegrative Marktzugangsfähigkeit vorab untersucht werden. Die noch in der Anfangsphase verharrenden deutschen Pharmadirektverträge sind aus ausländischer Systemsicht geradezu revolutionär. Die Industrie wäre gut beraten, wenn sie diesen neuen Weg eines positiven Interessenabgleichs mit den Zahlerkollektiven intelligent begleitete. Als negativ erwiesen haben sich - tatsächliche oder konstruierte - Patientenkollektive mit Protestverhalten, möglichst zu sichtbar hohen übernommenen Reisekosten in Brüssel oder Strassburg. Die Regierungen der Zukunft stehen vor einem Befriedungsdilemma: die Gesundheitskosten werden schneller steigen, als Arbeitsentgelte oder Steueraufkommen. Jede Innovation müsste daher eo ipso den Wunsch haben, ihre systemtechnische Nachhaltigkeit, d.h. Integrationsfähigkeit ohne Sprengkraft - durch geeignete Überlegungen nachzuweisen. Von erheblicher wettbewerblicher Bedeutung dürfte das Schicksal mittelständischer Pharmafirmen sein. In Zeiten gigantischer Konzentrationsprozesse im Gesundheitswesen, die Kassenwelt geht da derzeit voran, der medizinische Versorgungsbetrieb dürfte langsam folgen, droht eine schleichende Wettbewerbsreduktion durch Überkonzentration auf mittlere Sicht. Hier sollte rechtzeitig gegengesteuert werden, bzw. die Politik wäre für dieses Anliegen zu interessieren. Industrie, Leistungsanbieter und Zahlerkollektive und Patienten - soweit diese una voce sprechen können - sollten im Interesse des Erhaltes relativ höherer Freiheitsgrade im System bei uns, sachlicher kooperieren und die gemeinsamen Interessen über den alltäglichen Zieldifferenzen nicht vernachlässigen. Angesichts der politischen Reallage und der wachsenden Konturlosigkeit der Volksparteien, droht sonst eine

Hintergrundtext Danner Europarechtlicher Einfluß auf nationale Sozialsysteme im Gesundheitsschutz

„Ersatzvornahme“ durch den Staat im Wege kurzfristiger (Schein)-Lösungen. Im Zeichen der allgemeinen Krise taugt „Big Pharma“ zudem als quasi Schuldiger vom Dienst; selbst wenn weder die Sparbemühungen sonderliche Ernsthaftigkeit erkennen lassen, noch eine ökonomische Notlage der Industrie diese argumentativ entkräften könnten. Auch die aktuelle Bundesregierung hat sich ironischerweise im Netz aus Zwängen und weitgehend unrealistischen Systemveränderungen verhedert. Was bleibt ist primär Aktionismus mit der Hoffnung auf etwas Kostendämpfung.

Fazit

Der europäische Vergemeinschaftungsprozess ist makroökonomisch fundiert und bedient eine Vielzahl von wirtschaftlichen und politischen Interessen der Ebene mit höchster Priorität. Er wird dem vergleichsweise kleinteilig verfasste nationale Rechtsgebäude der Sozialsysteme im Gesundheitswesen vermutlich übergeordnet. Aus der Sicht vieler ausländischer Wartelistenpatienten ist eine absolute Verteidigung sie nicht zufriedensstellender heimischer Versorgungsstrukturen kaum überzeugend. Dies trifft zwar (noch) nicht auf Deutschland zu, jedoch auf die überwiegende Mehrheit der EU-Bürgerinnen und –Bürger. Die nationalen Regierungen haben ihren einst absoluten Subsidiaritätsanspruch schrittweise „geöffnet“. Instrumente dazu sind beispielsweise die „Offene Methode der Koordinierung“ (OMK) ein Vernetzungswerk von nationalen Politikfeldern das wiewohl wenig definiert, so doch hinreichend offen formuliert ist, um künftig mehr zu leisten. Immerhin sollte es in der gescheiterten EU-„Verfassung“ sogar als Instrument festgeschrieben werden. Gesundheitssysteme geraten auch aus anderer Richtung unter europäischen Druck: Wachstums- und Wettbewerbsziele – europäisch formuliert – führten landauf landab unionsweit zu „Agenden“ und „Reformpolitiken“, denen Sozialsysteme in erster Linie ausgesetzt waren und sind. Dazu mag es stichhaltige Gründe geben; festzustellen ist hier lediglich, dass gegenwärtig die EU den Stein des Anstoßes zu national wirkenden Reformgesetzen gibt. Den nationalen Regierungen verbleibt nur das Verantworte eben dieser Maßnahmen vor ihren Wählerinnen und Wählern. Die EU kann die nationalstaatliche Ebene nicht ersetzen. Viel zu gering ist ihr wirken demokratisch kontrollierbar. Viel zu volksfern sind ihre Entscheidungswege. Sie ist jedoch unsere wirtschaftliche Zukunft, selbst wenn dies im sozialen Bereich zunächst widersprüchlich erscheinen mag. Der Weg in eine wettbewerbsorientierte und wachstumsfokussierte Zukunft ist kaum umkehrbar. Der gelegentlich vor Wahlen dazu national vernehmbare Aufruf verschweigt die wirtschaftlichen und juristischen Realitäten im Interesse der angeregten Emotion geneigter Zuhörer. Es geht daher weniger um ein „Entweder-Oder“ zwischen dem Nationalstaat und der Superstaatlichen Ebene als um ein „Sowohl- Als- Auch“. Entscheidend für die Problembeherrschung ist ein möglichst hoher Informationsgrad der tatsächlich Betroffenen Akteure ebenso, wie fortgesetzter Druck auf die Politik, bestmöglich durch realistische EU-Strategiebeiträge der vorpolitischen Ebene. Just dort, mit der EU-Strategie, hapert es bei den meisten nationalen Regierungen. Man will gefallen, sich, Brüssel oder den Wählern. Man möchte Konflikte vermeiden und, dies gilt besonders für Deutsche, auch bei einigem Bauchgrimmen gern als vorbildlicher EU-Einiger dastehen. Solches gilt in Deutschland als außenpolitische Kompetenz. Natürlich enthält der Vergemeinschaftungsprozess auch Chancen, besonders, wenn man die Risiken strategische korrekt eingeschätzt hat.

Hintergrundtext Danner Europarechtlicher Einfluß auf nationale Sozialsysteme im Gesundheitsschutz

Deutschlands Angebotsstrukturen am Gesundheitsmarkt könnten EU-weit dienstbar gemacht werden. Allerdings nur, wenn das eigene System nicht zuvor der permanenten Reform in Kompromissgestalt unterschiedlicher politischer Lager zum Opfer fällt. Der sich bei uns, nicht zuletzt als Folge des Wettbewerbs-Stärkungsgesetzes (WSG)“ abzeichnende Strukturwandel löst bei französischen Fachleuten gelegentlich sprachlose Bewunderung über so viel Erneuerungswillen aus. Hierzulande wird vorwiegend der Fond, ein problematisches Teilgebiet, diskutiert. Zusammen mit dem wachsenden Europäisierungsgrad von Dienstleistungen steht ein dramatischer Strukturwandel in der Erbringerorganisation in Deutschland ins Haus. Man mag manches an diesen Entwicklungen nicht ohne Sorge betrachten, aufzuhalten sind sie kaum. Es gilt, aus dem tatsächlich zwingend erforderlichen Veränderungspotential und den zu erleidenden Sekundäreffekten das Beste zu machen. Unsere Versorgungswelt dürfte sich zunehmend von einer individuell-mittelständischen Natur hin zu einer Industrie bewegen. Kapitalstarke Anbieter mit einem breiten, sektorübergreifenden Angebot werden durch hinzutretende ausländische Einrichtungen ergänzt. Gegenwärtig ist davon vielleicht noch nicht viel zu merken. Erste Tendenzen sind jedoch erkennbar. Wie schnell dies geht, und welche Opfer es von heutigen Akteuren verlangt, hängt wesentlich davon ab, wie flexibel und geschmeidig hier reagiert werden kann. „Nein“-Sagen“ allein reicht keineswegs aus. Entsprechende Veränderungen gibt es wohl auch im Nachfragebereich. Hier allerdings zeigt sich schon rasch die Grenze des ethisch Vertretbaren und zugleich die Demarkationslinie zwischen dem Gesundheitswesen und x-beliebigen Märkten. Steht der Mensch dabei noch „im Mittelpunkt“ - so er dies jemals tat – so sollte die Politik bemüht sein, die zwischenmenschlich-humanitäre Komponente in der Versorgung kranker, ja schwer kranker Personen nicht vollends betriebswirtschaftlichen Überlegungen a priori zu opfern. Man hat im grenzüberschreitenden Nachfragebereich eine rechtzeitige Positionierung der bilateralen Vorgehensweisen versäumt und ringt nun mit der EU-Richtlinie als Entwurf. Wenn es um Patientenschicksale geht sollte man nicht warten, bis sich Brüssel dieser „notgedrungen“ zuwenden muss. Ein Blick auf den nunmehr gültigen Titel des Richtlinienentwurfs untermauert diesen Ansatz ebenso, wie das Anwachsen rechtsextremer politischer Kräfte in vielen EU-Mitgliedstaaten, auch als Folge verlorener sozialökonomischer Perspektiven. Die Freizügigkeiten Europas haben traditionelles Kästchendenken erheblich abgebaut. Sie haben dazu bereiten Personen enorme zusätzliche Möglichkeiten der Selbstverwirklichung erschlossen, die es zu nutzen gilt. EU-Basiswissen, verstanden als Info zum Brüsseler Geschehen und zur berufs- und standespolitischen Situation in anderen Mitgliedstaaten, darf deshalb in keiner Ausbildungsordnung mehr fehlen.