

TOBIAS MICHEL

## Globalisierte Geschäfte mit unserer Gesundheit

Es erscheint als paradoxer Widerspruch: Private Krankenhausketten, Altenheime, Laboratorien und Versicherungen filetieren den bislang staatlichen Gesundheitssektor. Mit dem dröhnenden Schlachtruf »Globalisierung« bedrängen sie den Staat, ihnen das Feld als Markt zu überlassen. Doch zugleich rufen sie denselben Staat an, ihnen dieses Feld zu bereiten. Angesichts der rasanten Entgrenzungen innerhalb der EU fordern sie von ihrer Regierung, die neuen Gebiete und Technologien zu erschließen, einander vor ungesunden Auswüchsen der Konkurrenz zu schützen und ausreichend Schwestern und Ärzte heranzuschaffen.

Die Bittsteller sind gerade erst dabei, die Claims abzustecken. Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer skizziert die Potenziale, angefangen von der Medizintechnik über Pharmazie, Telematik bis hin zu Fitness, Wellness und Naturheilkunde: »Das Gesundheitswesen selbst, die medizinische Versorgung, ist nur ein Teilbereich dieses umfassenderen Feldes der Gesundheitswirtschaft.«<sup>1</sup>

Der Chefvolkswirt der Deutschen Bank, Norbert Walter, rechnet die Zukunft genauer aus. Er prognostiziert, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 10,7 Prozent im Jahr 2000 auf über 15 Prozent im Jahr 2020 gepuscht werden könne. Der Gesundheitssektor wüchse, angekurbelt durch die Marktmechanismen, von 218 Milliarden Euro in 2000 auf rund 430 Milliarden Euro in 2020. Um solche zusätzlichen Summen aufzubringen, setzt Walter neben einer obligatorischen Grundsicherung vor allem auf individuell gestaltete Leistungen aus kapitalgedeckten Krankenversicherungen.<sup>2</sup> Bislang begleichen die Deutschen erst 7 Prozent ihrer Ausgaben für Gesundheit direkt aus der eigenen Tasche. Der Rest wird durch die überwiegend gesetzlichen Versicherungen beglichen und kontrolliert. Laut dem Marktforscher Arthur Andersen werden wir bereits in zehn Jahren 30 Prozent unserer Pillen, Massagen und Bluttests bar zahlen. Mit Hilfe des Euros wird Gesundheit über die Landesgrenzen handelbar.

GATS, das internationale Abkommen über den freizügigen Handel mit Dienstleistungen, hat den Argwohn der Globalisierungskritiker geweckt. Beschwichtigend haben vor zwei Jahren die Welthandelsorganisation (WTO) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in einer gemeinsamen Studie empfohlen, zumindest der Gesundheit Vorrang einzuräumen gegenüber unbeschränkten Handelsinteressen.<sup>3</sup>

Doch es gibt keinen Grund zur Entwarnung! Weitgehend unbeachtet von der öffentlichen Diskussion reißen Gesundheitsminister

Tobias Michel – Jg. 1956; Krankenpfleger, Betriebswirt VWA, freigestellter Betriebsrat im Essener Alfred Krupp Krankenhaus; Aktivist in der Gewerkschaft ver.di – rund um Arbeitszeiten im Gesundheitswesen – und in attac-Deutschland (Attac-BasisText »Sozialstaat«, Christen/Michel/Rätz, Hamburg 2003.

1 Dietrich Grönemeyer: Gesundheitswirtschaft. Die Zukunft für Deutschland, Berlin 2004.

2 Ärzte Zeitung vom 18. Juni 2004.

3 Vgl. WTO Agreements And Public Health. A joint study by the WHO and the WTO Secretariat, 6. Juli 2002.

und Lobbyisten derzeit die Grenzen in Europa nieder. Patienten und medizinisches Personal, Medikamente und Organe, Krankenkassen und Versicherungen – sie alle werden im EU-weiten Medizingeschäft um die Euro-Milliarden grenzüberschreitend gehandelt. In diesem Strudel werden die Verantwortlichen unsichtbar. Die Gesetzgeber in den einzelnen EU-Mitgliedsländern laufen bei ihren Gesundheitsreformen nur den Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) hinterher; der EuGH hält sich stur an die Richtlinien der EU-Kommission, die EU-Bürokraten setzen die Politik um, die von den EU-Gesundheitsministern bei ihren Treffen vorgegeben wurde.

### *Dienstleistung gegen Cash*

In diesem Sinne ist Gesundheitsministerin Ulla Schmidt durchaus eine internationale Komplizin: »Mit unserem Gesetzentwurf wollen wir regeln, dass alle gesetzlich Krankenversicherten innerhalb der europäischen Mitgliedstaaten alle Leistungen in der ambulanten Versorgung im Kostenerstattungsprinzip in Anspruch nehmen können. Die Leistungen werden in der Höhe ersetzt, in der sie auch im Sachleistungsprinzip erstattet würden. Ich gehe davon aus, dass wir uns bei den derzeit stattfindenden Verhandlungen darauf einigen werden, dass das, was für Europa gilt, auch in Deutschland Rechtskraft besitzen muss.«<sup>4</sup>

Selbst das 10-Euro-Eintrittsgeld zur deutschen Arztpraxis bekommt bei ihr einen internationalistischen Anstrich: »Das ist alles nur eine Gewohnheitssache und wird in fast allen Ländern um uns herum so gehandhabt, und keiner beschwert sich dort über Bürokratie.«<sup>5</sup>

Nur wir Normalsterblichen kommen bei ihren Worten auf den Gedanken, es gehe dabei um unsere Versorgung während eines Urlaubs auf Ibiza oder in Schottland. »In einem Europa ohne Grenzen wollen die Menschen auch in der Gesundheitsversorgung mehr Mobilität. Unser Ziel ist es, noch bestehende Schranken und Hürden, wo immer möglich, durchlässiger zu machen«, erklärte der baden-württembergische Sozialminister Repnik. Davon profitieren jedoch nicht in erster Linie Patientinnen und Patienten. »Für die baden-württembergischen Leistungsanbieter eröffnen sich neue Chancen, ihre hochwertigen Leistungen anderen EU-Bürgern anzubieten.«<sup>6</sup>

Seit deutsche Gesetzgeber 1998 Krankenhäusern einen finanziellen Anreiz gesetzt haben, internationale Patienten zu behandeln, gibt es zahlreiche Bemühungen, diesen Markt zu erschließen. Sie reichen von der Gründung des Kuratoriums zur Förderung deutscher Medizin im Ausland e. V. über Marketingaktionen einzelner Häuser, Verhandlungen mit internationalen Krankenkassen bis hin zur Gründung von Patientenvermittlungsbüros.

Niederländer werden bereits auf der Grundlage einer Vereinbarung mit den Krankenkassen in NRW behandelt. Im kleinen Grenzverkehr werden die Folgen der drastischen Sparpolitik im Nachbarland insbesondere bei Vorsorgeuntersuchungen ausgegült. »Es erwachsen Chancen für die Medizintechnikunternehmen, weil Patienten vielfach den Wunsch haben, im Heimatland an den gleichen Geräten weiterbehandelt zu werden«, schwärmt Dr. G. Knorr, Ministerialdirigent der bayrischen Staatsregierung. »Beispielhaft ist das

4 Das Herkunftslandprinzip bei Dienstleistungen in der EU erhält so am 30. Juni 2003 im Internet-Chat der Bundesregierung eine weitere Facette, indem es auf die Patienten selbst ausgedehnt wird. Siehe: <http://www.bundesregierung.de/Themen-A-Z/Gesundheit-und-Soziales/Nachrichten-1100.497093/artikel/Chat-mit-Bundesgesundheitsmini.htm>

5 Im von der ARD-Tageschau durchgeführten Internet-Chat »tacheles02« am 31. Oktober 2003.

6 Pressemeldung des Landes Baden-Württemberg vom 23. Oktober 2003; unter <http://www.dienstleistungs-offensive.de> wird u. a. die Branche Gesundheit und Soziales als »Wachstumsfeld: Gesundheitswirtschaft« beworben.

Konzept, Privatstationen mit gehobener Ausstattung und besonderem Service zu errichten, das einige Kliniken in Deutschland bereits erfolgreich umgesetzt haben. Diese Einrichtungen tragen dem wachsenden Bedürfnis ausländischer wie deutscher Patienten nach exklusiver Behandlung im Krankheitsfall Rechnung.«<sup>7</sup>

#### *Exklusive Behandlung für exklusive Patienten*

Die Henriettenstiftung in Niedersachsen prahlt damit, wie sie sich auf englische Patienten spezialisiert hat – mit zweisprachiger Ausschilderung, mit angepasstem Essen, mit Sprachkursen für das Personal.<sup>8</sup> Zwei Jahre später scheint dieser Prozess bereits unumkehrbar. »Wir können uns nicht mehr vorstellen, auf dieses Standbein zu verzichten«, glaubt der für ausländische Patienten in dieser diakonischen Einrichtung zuständige Projektmanager Stefan Keunecke. Zwar sind einige Blüenträume bereits verwehlt, der erhoffte Patientenstrom aus London wurde unversehens durch deren *National Health Service* nach Brüssel umgeleitet. Mit knapp 5000 Patienten aus Großbritannien fühlt man sich in der Hannoveraner Klinik unangestastet »wie ein Hamster im Laufrad«.<sup>9</sup>

Die ambulanten und stationären Wartelisten im britischen Gesundheitswesen sind unerträglich über die Millionengrenze angewachsen. Die Labour-Regierung weicht auf Anbieter im Ausland aus. Englische Privatkliniken verlangen z. B. 11 000 Euro für eine Hüftoperation mit zehntägiger »Verweildauer«, die deutsche Konkurrenz macht es in 21 Tagen für knapp 10 000 Euro, sei es im Essener Lutherkrankenhaus oder in Hannover.<sup>10</sup>

Weil es in Norwegen insbesondere an Operateuren fehlt, verkürzen die mobilen Patienten dort ihre bis zu sechsjährigen Wartezeiten und jetten für eine Augenoperation nach Deutschland. So kauft Norwegen für seine Bürger jährlich 50 000 Operationen im Ausland ein.

Damit sie international ihre Angebote bewerben können, hat das deutsche Verfassungsgericht im August 2003 den Kliniken den Weg zum Marketing im Internet geöffnet. Insbesondere nach dem 11. September 2001 interessieren sich arabische und russische Reiche, die nicht mehr so leicht in die USA einreisen können, für Privatkliniken, die sich auf Sonderwünsche verstehen: Für Minister und Blaublüter gibt es Bodyguards und Decknamen. Durchaus vieldeutig fasst dies eine für den arabischen Raum gedruckte Imagebroschüre als Kurmotto: »Hessen – Rich in Health«.<sup>11</sup> Nach Schätzungen des hessischen Wirtschaftsministeriums lassen Araber je Behandlung dabei etwa 30 000 Euro hier. Der zweite stark wachsende Sektor seien »reiche Russen«.

Mit Hausprospekten in arabischer Sprache und gezielten Werbekampagnen versuchen die Universitätskliniken in Frankfurt, Marburg oder Hamburg-Eppendorf mitzuhalten.

In Berlin übernahm Gesundheitssenatorin Dr. Heidi Knake-Werner die Schirmherrschaft für das »Network for Better Medical Care – NBMC«, zum dem sich neun Berliner Krankenhäuser zusammengefunden haben. Gemeinsam wollen sie verstärkt Patienten aus dem Ausland in ihre Betten werben.

Im Wettlauf der Bundesländer hat die NRW-Gesundheitsministerin Birgit Fischer damit zugleich ein Wahlkampfthema für die SPD

7 Dr. G. Knorr: Die deutschen Krankenhäuser im internationalen Wettbewerb, in: führen & wirtschaften 5/2003, S. 458.

8 Ärzte Zeitung vom 6. März 2002. Unter [www.henriettenstiftung.de](http://www.henriettenstiftung.de) wird neben dem »International Patient Service (IPS) of the Henriettenstiftung« auch das diakonische Selbstverständnis erläutert: »Das Krankenhaus setzt Impulse für die Zukunft und ist in vielen Bereichen initiativ tätig.«

9 Ärzte Zeitung vom 14. Juni 2004.

10 »Doch alle haben ihre Vorlieben, die von den Kliniken bedient werden sollten – dafür sind Erfahrungen mit den Herkunftsländern der Patienten unerlässlich. In Hamburg wurde etwa der Bettumhang, den Briten auch im Einzelzimmer schätzen, genannt. Dänische Patienten dagegen freuen sich zum Beispiel über eine Miniaturausgabe ihrer Nationalflagge im Zimmer. Araber ziehen stilles Wasser vor. Wer solche von den Patienten aufmerksam registrierten Kleinigkeiten vernachlässigt, darf von den Patienten keine Empfehlung erwarten.« Dirk Schnack in: Ärzte Zeitung, 14. Juni 2004.

11 Reiche und am Gesundheitsmarkt reich werdende können »Healthcare in Hessen, 2nd edition 04/2002« über <http://www.wirtschaft.hessen.de/Ministerium/Service/> Publikationen bestellen.

12 Landesregierung NRW, Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW, Version 1.0 vom 10. September 2004, S. 49.

13 Vgl. klinik@news, Der Newsletter für die Gesundheitswirtschaft, Nr. 30 vom 14. Februar 2005.

14 »führen & wirtschaften«, das Zentralorgan der Krankenhäuser in Privatbesitz, beruft sich bei solchen Einschätzungen auf Dr. Kai Illing. Siehe: f&w 4/2004.

15 Studie »Gesundheitsmarkt 2013« der HypoVereinsbank, April 2003, <http://www.hypovereinsbank.de/pub/io/rese/132272.jsp>.

16 »Selbstbestimmtes Leben in südlicher Atmosphäre und professionelle Pflege« – auf Initiative des Ev. Johanneswerks haben sich soziale Dienstleister aus ganz Deutschland zu einer AG zusammengeschlossen, um sich gegenseitig bei ihrer Arbeit auf den Märkten in Spanien, Rumänien oder den Niederlanden zu unterstützen. Siehe: [www.johanneswerk.de](http://www.johanneswerk.de).

17 Siehe hierzu z. B. Ellen Meiksins Wood: Unbegrenzter Krieg – Die neue Ideologie des Krieges aus historischer Sicht, in: Sozialistische Hefte 3, Köln, Februar 2003.

entdeckt: »Künftig wird es verstärkt darum gehen müssen, diese Infrastrukturen und Kompetenzen auch für den internationalen Gesundheitstourismus stärker zu nutzen. Dieser zählt zu den wertschöpfenden Tourismusformen.«<sup>12</sup>

Die bayrische Regierung schickte ihre Gesundheitsministerin Christa Stewens Anfang des Jahres eigens nach Dubai zur »Arab Health 2005«. Ihre triviale Werbebotschaft an die arabische Welt: »Medizinische Versorgung – Made in Bavaria.«<sup>13</sup> Knapp 20 Prozent der 1 250 Aussteller auf der zweitgrößten Medizinmesse der Welt kamen aus Deutschland.

Insgesamt werden bereits etwa 60 000 Patienten aus dem Ausland in deutschen Hospitälern behandelt, die Mehrzahl aus den EU-Nachbarländern, rund 3 000 aus den arabischen Ländern.

Nun gibt es auch hierzulande Wartelisten und Unterversorgung. Und die Patienten beginnen sich angesichts von steigenden Zuzahlungen und Eigenanteilen über die Grenzen hinaus nach Dumpingangeboten umzuschauen. Darum enthält das Paket der modernisierten Gesundheitsgesetze für die deutschen Krankenkassen erstmals die Möglichkeit, umgekehrt auch Verträge mit Leistungsanbietern im europäischen Ausland abzuschließen.

### *Gehet hin in alle Welt*

Rund 100 000 deutsche Rehapatienten reisen jährlich ins tschechische Karlsbad, Marienbad und Franzensbad. Der Markt dieser deutschen »Selbstzahler« wird bei solchen Kuren und Sanatorien derzeit auf 40 Mio. Euro geschätzt. Bei einem »mutigen Ausbau« und »entsprechender politischer Weichenstellung« sei dies auf 100 Mio. Euro steigbar; die Träume gehen EU-weit in Dimensionen von 300 Mio. Euro.<sup>14</sup>

So viel Patiententourismus mag unbefangenen Betrachtern irgendwie unsinnig und teuer und nicht »kundenorientiert« erscheinen. Die neoliberalen Ökonomen besinnen sich. Sie fassen dabei zunächst die Wohlstandsmigranten und die Gesundheitsmigranten (ab ins milde Klima) ins Auge. So zeichnet sich der »Ich-Patient« laut einer Studie der HypoVereinsbank durch die Bereitschaft aus, hohe private Gesundheitsausgaben zu tätigen.<sup>15</sup>

Mutig geht das diakonische Johanneswerk in Bielefeld voran und investiert in ein Seniorenzentrum mit 55 Appartements, einer Pflagestation und 17 Einzelzimmern – nicht in Bielefeld, sondern im spanischen Almunecar nahe Málaga; und gleich noch ein zweites Mal in Alicante. Dort leben nun Engländer, Belgier, Deutsche sowie eine kleine Gruppe von Spaniern. Die merkantilen Triebfedern dieser innereuropäischen Expansion werden dabei christlich überhöht: »Diakonie ist gefordert, ihre Erfahrungen und Kompetenzen in die gesamteuropäische Entwicklung einzubringen und Europa so mitzugestalten, dass soziale Gerechtigkeit lebbar wird.«<sup>16</sup> Eine umfassende ideologische Neuausrichtung der caritativen und diakonischen Anbieter am Gesundheitsmarkt steht noch aus. Wer um die theologischen Legitimierungen im Zuge der kolonialen Globalisierung vor 500 Jahren weiß, wird keine ernsthaften Hindernisse für die kirchliche Kommerzialisierung erwarten.<sup>17</sup>

Es geht bei solcher Entwicklungshilfe durchaus darum, von einander zu lernen. Die Zeitschrift *CareConcret* titelte am 12. September

2003 »Privatisierung: Ausländische Anbieter sondieren den Markt« und fasste eine Gesundheits-Markt-Studie von *HPS research* des Branchenanalysten und Privatisierungspropheten Hartmut Schmidt zusammen: »Innerhalb Europas ist die Privatisierung in Deutschland am weitesten vorangeschritten. Deshalb wird der deutsche Markt auch eine zentrale Rolle spielen.« Im Gespräch seien dabei Konzerne und Ketten wie die schwedische *Capio* (Kliniken), die US-amerikanische *Sunrise* (Senioren-Wohneinrichtungen) und *HCA* oder die französische *Bonitas* (ambulante Pflege) oder die englische *CARE UK*.<sup>18</sup> Die Patienten hier profitieren davon nicht. Die ausländischen Investoren brächten wenig anderes als ihr Kapital ein, um Wissen für ihre heimischen Märkte abzugreifen. Ohne einen Handschlag werden wohl die deutschen Aktionäre bei den Gewinnern sein, denn die ausländische Nachfrage pflegt zumindest die deutschen Börsenkurse gut.

18 Vgl. Gesundheitsreport, HPS Research 2003, Die Ausländer kommen, Büttelborn 7. Juli 2003.

#### *Wanderarbeiterinnen in deutscher Hand*

Im verschärften Konkurrenzkampf haben die Krankenhäuser sich zunächst von ihrer Aufgabe verabschiedet, hierzulande für die Zukunft auszubilden. Joachim Döring von der *Henriettenstiftung* in Hannover berichtet: »In Slowenien und Polen entstanden und entstehen Pflegeschulen unter deutscher Beteiligung.« Die EU-Kommission reformiert ebenso vorausschauend die gegenseitige Anerkennung beruflicher Qualifikationen im Gesundheitswesen.

Falls tatsächlich ernst gemacht wird in den Kliniken und Pflegepersonal, Ärzte und Medizinisch-Technische Assistenten nicht mehr zu Schichten mit bis zu 25 bis 34 Stunden Länge eingeteilt werden, kommt auf die Krankenhäuser eine Welle der Neueinstellungen zu. Zur »Abmilderung« dieser Folgen eines EuGH-Urteils lässt sich der Vorsitzende des Gruppenausschusses der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber, Dr. Otto Foit, in einer Presseerklärung zitieren: »Die Politik müsse die Möglichkeit schaffen, auch in Nicht-EU-Staaten Ärzte rekrutieren zu können, weil auf dem EU-Binnenmarkt nicht genügend ausgebildetes Personal zur Verfügung steht.«

Brauchen wir wirklich eine Green-Card für indische, russische und afrikanische Schwestern und Ärzte? Und wie verheerend wirkt das auf die Gesundheitsversorgung dort?

#### *Blut-Zapfstellen*

Der BSE-Skandal hat aufgezeigt, wie die globalisierten Wertschöpfungsketten die Qualität unserer Nahrung weitgehend unkontrollierbar gemacht haben. Die Regierungs-Skandale um HIV-verseuchte Blutkonserven und Blutgerinnungspräparate in Frankreich sind noch zu frisch in der Erinnerung.

»Blutprodukte sind heute für eine Hochleistungsmedizin unverzichtbar«, beschwört darum der Staatssekretär des Ministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Dr. Klaus Theo Schröder. Die EU-Richtlinie zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen ist seit dem 8. Februar 2003 in Kraft und muss bis zum 8. Februar 2005 in nationales Recht umge-

19 Pressestelle des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin, 26. September 2003.

20 Vgl. Richard G. Wilkin-son: *Kranke Gesellschaften – Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*, Wien 2001, S. 277-279.

21 Detaillierte Überlegungen der Regierung, Probeläufe des privaten Kliniksektors auf den *National Health Service* zu übertragen, alarmierten die britische Öffentlichkeit. Siehe *The Guardian* vom 9. Juli 2004.

22 Vgl. führen & wirtschaften 4/2004.

23 *Financial Times* Deutschland, 13. Januar 2005.

setzt werden. »Die Bundesregierung begrüßt das. Es ist notwendig, dass die Standards europaweit angeglichen werden, damit die Bürger der Europäischen Union überall dasselbe Qualitäts- und Sicherheitsniveau antreffen, wo auch immer sie sich einer medizinischen Behandlung unterziehen müssen«, so Schröder.<sup>19</sup>

Trotz solcher Versprechen bleiben erhebliche Zweifel. In Europa und eben auch in Deutschland werden die sozial Benachteiligten gegen Bares zur monatlichen Blutspende gelockt. Die internationale Erfahrung belegt jedoch, dass diese bezahlten Spenderinnen und Spender eben auch gesundheitlich benachteiligt sind.<sup>20</sup>

Sie nehmen selbst bei den Blutspenden Schaden. Und die »Qualität« ihres Blutes ist unterdurchschnittlich, denn sie sind oft lebensgefährlichen Viren ausgesetzt. Die soziale Kluft reißt im europäischen Maßstab noch zusätzliche Verwerfungen auf – mit dem internationalisierten Bluthandel gehen uns diese Folgen buchstäblich unter die Haut.

Konkreter und bedrohlicher wirkt bereits die Wanderung auf dem umgekehrten Weg: aus den reichen Metropolen in die Billiglohnländer. Blut, Urin und Gewebe werden in Laboren untersucht. Diese Tests können – so wird es derzeit in Großbritannien durchkalkuliert – nicht nur, wie bisher, in der Nachbarstadt oder im Nachbarland Belgien durchgeführt werden. Zumindest für das aufwändigste Drittel der Laboraufträge bietet sich auch der indische Dienstleister *SRL Ranbaxy* an.<sup>21</sup> Die Proben werden nach Bombay geflogen, die Befunde kommen per Internet zurück. Aufgrund der niedrigen Löhne in Indien – das Fachpersonal erhält dort 10 000, eine erfahrene Laborärztin knapp 40 000 Euro im Jahr – könnten trotz des Transportaufwands die Kosten für die Kliniken angeblich um bis zu 30 Prozent gesenkt werden. Noch sind im Vereinigten Königreich rund 15 000 Menschen in den Laboren beschäftigt, oft Einwanderinnen und Einwanderer aus den ehemaligen Kolonien. Die globalisierte Konkurrenz bedroht ebenso die Arbeitsplätze der Kolleginnen und Kollegen in der Radiologie, wo durch das Internet der Transport der Bilder in die Billiglohnländer noch einfacher scheint. Der Freistaat Bayern förderte in den vergangenen neun Jahren solche Telemedizin mit acht Millionen Euro.<sup>22</sup>

»Den Deutschen fehlt das Vertrauen in die Telemedizin. Deswegen sperren sie sich in ihrer traditionell bürokratischen Art dagegen«, klagt Dirk Beiersdorff vom indischen IT-Unternehmen *Wipro*, das für amerikanische Kunden die Infrastruktur in Asien bereitstellt. Doch er sagt mit professionellem Wagemut voraus, in rund drei Jahren werde auch hier zu Lande das groß angelegte Outsourcing von Gesundheitsleistungen wie Radiologie und Gewebeanalysen nach Fernost beginnen.

Auch deutsche Unternehmen wollen da aufspringen. Die Heidelberger *Curagita* in Heidelberg will mit etwa 120 Radiologen in Deutschland Teleradiologie an Nachbarländer verkaufen. Das *Klinikum Großhadern* (München) und die *Charité* (Berlin) hoffen auf eine Standleitung ins spanische Alicante. »Deutsche Touristen könnten ihre Röntgenbilder dann zur Diagnose in die Heimat senden«, schwärmt der Radiologe Matthias Matzko<sup>23</sup>

### *Globalisierung auf dem Rechtsweg*

In Brüssel unterhält nicht nur die Diakonie ein Europabüro. Auch die Bundeszahnärztekammer sorgt sich dort darum, dass die Innung bei

der Implantation der Goldkronen nicht unversehens über die internationalen Fallstricke der Geldwäsche stolpert. Gemeinsam knüpfen die Lobbyisten ihr Netz aus Paragraphen in den Richtlinien der EU-Kommissionen und ziehen es dann beizeiten zu.<sup>24</sup>

Der Europäische Gerichtshof ersetzt mit seinen Urteilen die politische Willensbildung. So pocht er auf die Grundsätze des freien Warenverkehrs nach Artikel 28 und auf die Dienstleistungsfreiheit nach Artikel 49 EG-Vertrag auch im Bereich der ambulanten und stationären Behandlung. Dies hat zur Folge, dass sich Versicherte Leistungen gegen Kostenerstattung zu Lasten öffentlich-rechtlicher Versicherungsträger selbst beschaffen können.

Für weitere Klagen steht unter anderem der Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) bereits in den Startlöchern. Er sieht seinen auf 9,36 Prozent gewachsenen Marktanteil gefährdet – und nicht erst durch eine Bürgerversicherung. Die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze im Beitragssatzsicherungsgesetz BSSichG vom 23. Dezember 2002 widerspräche den europäischen Grundfreiheiten und müsste sich am europäischen Wettbewerbs- und Kartellrecht messen lassen. Falls die Krankenversicherungs-AG, die DKV und die Allianz mit ihrer Verfassungsbeschwerde scheitern, drohen sie mit dem Gang vor den EuGH.

Die DKV, Europas führender privater Krankenversicherer, versucht gleichzeitig zur internationalen Ausdehnung eine vertikale Integration. Sie will dazu mit Facharztzentren für Privatpatienten und einer Kette von Zahnprophylaxe-Centern die neuen Gewinnmöglichkeiten und Märkte ausschöpfen – und wird dabei recht wenig Rücksicht auf Bedenken gegenüber der eigenen Kartellbildung nehmen.

Ganz ähnlich liegt der Fall der privaten *Asklepios*-Kliniken. Sie haben im November 2002 eine Beschwerde bei der EU-Kommission eingereicht gegen die Subventionspraxis bei den öffentlichen Krankenhäusern. Das Handelsblatt spekulierte: »Sollte Brüssel die Beihilfen verbieten, würde dies den Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt erheblich beschleunigen.«<sup>25</sup>

Tatsächlich brauchen wir für eine wohnortnahe Versorgung und für Krisenzeiten wie Epidemien oder Hitzeperioden Krankbetten auch da, wo sie sich nicht gegen die private Konkurrenz rechnen. Eine Konsequenz der *Asklepios*-Beschwerde könnten also bedrohliche Unterversorgungen im Sauerland oder zur Grippezeit im nächsten Februar sein.

Wahrscheinlicher ist, dass der Staat die privaten Klinikketten mit erheblichen Beihilfen gleichbehandeln muss. Es war also weniger der Gerechtigkeitssinn, der *Asklepios* nach Brüssel treibt, als der Heißhunger auf Extraprofite. Ironischer Weise kaufte sich die *Asklepios*-Kette im November 2003 in Hamburg in die sieben landesbetriebenen Krankenhäuser samt der 20 Tochterfirmen ein. Als faktischer Monopolist in einem Bundesland bestimmt *Asklepios* nun nicht nur über die Gesundheitsversorgung, sondern auch über die Preise dort. Vom vertraglichen Kaufpreis von 318 Millionen Euro werden zunächst tatsächlich nur 20 Millionen fällig. Unter anderem hat der CDU-Schill-Senat für 60 Jahre auf Pachteinnahmen für Krankenhaus-Immobilien verzichtet – eine Subvention durch die Stadt Hamburg in Höhe von 189 Millionen Euro.

24 »Wir haben uns systematisch krank geredet«, beklagt Günter Danner, Vize-Direktor der Europavertretung der deutschen Sozialversicherung in Brüssel. Die Diskussion um vermeintliche Schwächen des deutschen Gesundheitssystems schadet der europäischen Vermarktung. Danner appellierte auf einem Kongress zum internationalen Gesundheitsmarkt an die deutsche Gesundheitswirtschaft, wieder Selbstvertrauen in die eigenen Stärken zu finden und diese Stärken im Ausland besser heraus zu stellen.« Ärzte Zeitung vom 19. Mai 2004.

25 Handelsblatt vom 12. November 2002.