

# Großbritannien vor dem Austritt aus der EU – Brexit und seine Folgen für das Gesundheitswesen

STEFANIE ETTALT

Dr. Stefanie Ettelt ist Associate Professor in Health Policy an der London School of Hygiene and Tropical Medicine

In wenigen Monaten wird Großbritannien aus der EU austreten. Wenn keine Einigung erzielt wird, die den Status Quo erhält, wird der Brexit eine Reihe gravierender Veränderungen mit sich bringen, auch für das britische Gesundheitssystem. Drei dieser Veränderungen werden in dem Artikel vorgestellt.

## Einleitung

Rund zwei Jahre sind vergangen seit die Wahlberechtigten Großbritanniens am 23. Juni 2016 dafür gestimmt haben, die Europäische Union zu verlassen. Einiges ist seitdem klarer geworden, zum Beispiel dass ein Ausstieg aus der EU komplexer ist als gedacht und eine schier unendliche Menge politischer, administrativer und juristischer Verwerfungen mit sich bringen wird. Die meisten der grossen Themen sind immer noch nicht geklärt, unter anderem auch deshalb nicht, weil man sich uneinig darüber ist, wie das Endergebnis aussehen soll. Selbst im Kabinett der britischen Regierung stehen sich „Leave“ und „Remain“ Minister unversöhnlich gegenüber. Premierministerin Theresa May, häufig in der Hand der Hardliner, gelingt es nicht, zwischen Regierung und Parlament zu vermitteln. Gerade erst hat das britische Oberhaus, zusammengesetzt aus „ungewählten“ Lords und Ladies, das Unterhaus verpflichtet, über 40 Änderungsanträge der „Withdrawal Bill“, die EU-Recht in britisches Recht überführen soll, erneut zu diskutieren, darunter auch der Wunsch in der Zollunion bzw. dem Binnenmarkt zu verbleiben. Auch zwischen den Nationen England, Schottland, Wales und Nordirland ist man sich uneinig. Schotten und Nordiren hatten sich mehrheitlich für den Verbleib in der EU ausgesprochen.

Die drei grossen Themen – die Vermeidung einer physischen Grenze zwischen Nordirland und der Irischen Republik, die Rechte von nicht-britischen EU-Bürgern in Großbritannien und umgekehrt von Briten in der verbleibenden EU sowie die Zahlungsverpflichtungen auf beiden Seiten – sind bisher nicht geklärt. Im Fall Nordirlands schliessen sich die Interessen von EU und Irland auf der einen Seite und Großbritannien und den Unionists in Nordirland auf der anderen Seite bislang gegenseitig aus. Keine der Parteien will Grenzkontrollen wie zu Zeiten des Nordirlandkonflikts. Es liegt jedoch kein Lösungsangebot vor, um eine Grenze entweder zwischen den beiden Teilen Irlands, zwischen Nordirland und Großbritannien oder zwischen Irland und der restlichen EU zu vermeiden.

Zudem hat die Abstimmung über den Brexit die tiefe ideologische Spaltung des Landes offengelegt. Die Bruchstelle zwischen den Befürwortern eines Ausstiegs und den Fürsprechern für einen Verbleib verläuft entlang geographischer, demographischer und sozio-ökonomischer Trennlinien (BBC News, 2016). Sechzig Prozent der über 65-Jährigen haben sich für den Brexit ausgesprochen, während 75 Prozent der 18-24-Jährigen in der EU bleiben wollten (LSE, 2017). Vor allem Ältere sehnen sich danach, vermeintliche alte Gewissheiten wieder herzustellen, die sie retrospektiv mit einer Ära

nationaler Souveränität verbinden (eine Haltung, die Zyniker als den Wunsch nach „Empire 2.0“ bezeichnen). Jüngere schätzen dagegen die Möglichkeit in einem Europa ohne Grenzen reisen, leben und arbeiten zu können. Die Trennlinien verlaufen aber auch entlang sozioökonomischer Bruchstellen. So haben 66 Prozent der Wähler mit High School Abschluss als höchstem Abschluss für „Leave“ gewählt, aber nur 29 Prozent derjenigen mit Universitätsabschluss (Politico, 2016).

## Der NHS, obwohl nicht direkt durch EU-Gesetze geregelt, ist vom Brexit in verschiedenster Weise betroffen.

Zur politischen Einigung kommt es schon allein deshalb nicht, weil sich auch die beiden dominanten Parteien – die regierungsbildenden Conservatives und die Labour Party als stärkste Kraft der Opposition – aus „Remain“ und „Leave“ Befürwortern zusammensetzen. Bei den Konservativen hat es schon immer eine stark euroskeptische Gruppierung gegeben, die mit dem Brexit-Ergebnis an Einfluss gewonnen hat und auch im Kabinett zum Beispiel durch Boris Johnson und Michael Gove prominent vertreten ist. Aber auch in der Labour Party gibt es Euroskeptiker, die vor allem den wirtschaftsliberalen Aspekten der EU kritisch gegenüber stehen und zu denen auch der Labour-Chef Jeremy Corbyn zählt.

### 1. Ursachen der Entscheidung zum Brexit

Über die Ursachen des Wahlergebnisses ist viel spekuliert und geschrieben worden. Bislang gibt es vor allem zwei Erklärungsansätze, die je nach politischem Gusto alleine oder in Kombination vorgetragen werden.

Als erste Ursache wird die sozioökonomische Schiefelage gesehen, in der sich Großbritannien seit langem befindet und die sich mit dem Sparprogramm, das die Konservativen der Bevölkerung seit 2010 auferlegt haben, weiter verschärft hat. Die Zuschüsse der Regierung an Kommunalverwaltungen (local government) wurden zwischen 2009/10 und 2014/15 im Schnitt um rund 20 Prozent gekürzt, in einigen Kommunen um bis zu 46 Pro-

zent (Innes and Tetlow, 2015). Von diesen Zuschüssen finanzieren die Kommunen insbesondere Pflegeleistungen für weniger Wohlhabende und Menschen mit Behinderungen, aber auch Transport, Sicherheit, Infrastruktur und sozialen Wohnungsbau. Auch Bereiche, für die die Regierung in Whitehall direkt zuständig ist, sind stark zusammengestrichen worden. Zwischen 2010/11 und 2015/16 wurden die Budgets des Ministeriums für Justiz um 34,1 Prozent, des Ministeriums für Arbeit und Rente um 35,8 Prozent (einschliesslich Sozialhilfe) und des Innenministeriums um 24,9 Prozent gekürzt (IFS, 2015).

Dazu kommen hartnäckige strukturelle Probleme. Zum einen liegen die Einkommensunterschiede zwischen Arm und Reich weiter auseinander als in anderen westeuropäischen Ländern (Dorling, 2015; OECD, 2017). Zum anderen gibt es seit langem erhebliche regionale Unterschiede zwischen dem wohlhabenden Südosten Englands mit London als Zentrum und den ehemals industriell geprägten nördlicheren Regionen („der Norden“ beginnt von London aus gesehen bereits in Birmingham). Auch die Förderung der Grossstädte wie Manchester oder Liverpool, die nach Willen des ehemaligen Finanzministers George Osborne zum „Northern Powerhouse“ ausgebaut werden sollten, hat wenig an der Wahrnehmung geändert, dass die Menschen in Nordengland über Jahrzehnte zu kurz gekommen sind. Die Zustimmung für den Ausstieg wird damit auch als Kampfansage an den Status Quo und als Protestwahl gegen das Sparprogramm gewertet.

Dass es eher unwahrscheinlich ist, dass diese Regionen vom EU-Ausstieg profitieren, dürfte zur tragischen Ironie der Geschichte gehören. Chen und Kollegen (2018) haben kürzlich errechnet, dass die Regionen im Norden, in denen mehrheitlich für den Brexit gestimmt wurde, 10 bis 50 Prozent stärker vom Handel mit der EU abhängig sind und dementsprechend grösseren wirtschaftlichen Risiken ausgesetzt sind als Regionen, die sich für den Verbleib in der EU ausgesprochen haben.

Eine zweite Ursache wird in der Art und Weise gesehen, wie die Kampagnen für und gegen den Brexit geführt wurden. Da sind einerseits die Fehleinschätzung des damaligen Premierministers David

Cameron, dass ein Referendum über den Verbleib in der EU die Spaltung der Konservativen hätte überwinden können, und die blutleere Rhetorik der EU-Befürworter, die sich hauptsächlich auf negative Argumente verlassen und die wirtschaftlichen Folgen eines Brexit in düsteren Farben ausgemalt haben (und deshalb als „Project Fear“ verschrien wurden). Dass die Horrorszenarien bislang nicht eingetreten sind, untergräbt die Glaubwürdigkeit dieser Argumentationsstrategie auch heute noch. Auf der anderen Seite wurde vor allem die nationale Eigenständigkeit der Inselnation beschworen, die sich von den Fesseln Brüsseler Bürokraten befreien müsse. Gleichzeitig wurden jede Menge populistischer Halb- und Unwahrheiten mobilisiert, zu denen auch das auf den Bus gepinselte Versprechen gehörte, die 350 Millionen Pfund, die Großbritannien jede Woche an die EU überwies, in Zukunft in das Gesundheitssystem, also den National Health Service (NHS), zu investieren. Dieser Summe wurde bereits während des Referendums vom National Office for Statistics der Wahrheitsgehalt abgesprochen (die Summe beinhaltet weder den von Margaret Thatcher ausgehandelten Rabatt noch die Beträge, die die EU in die Gegenrichtung überweist), was den emotiven Gehalt der Aussage jedoch nicht verringert hat.

Gleichzeitig sind viele Themen, die denjenigen, die letztlich für den Brexit gestimmt haben, wichtig waren, wie die Folgen der Zuwanderung aus Osteuropa und die durch die Flüchtlingskrise in Europa befeuerten Überfremdungsängste, von den Brexit-Gegnern nicht angesprochen und keine neuen Perspektiven geboten worden. Die Möglichkeit, in Gebieten mit hoher Zuwanderung stärker zu investieren, kam dabei für die sparfixierten Konservativen nicht in Betracht. Analysen der zahlreichen Umfragen vor und nach dem Referendum zeigen, dass diese Argumentationslücke von den Brexit-Befürwortern gefüllt wurde, die es schafften, Proteste gegen das Londoner Establishment mit euroskeptischen Botschaften, Gefühlen des politischen und wirtschaftlichen Abgehängtseins und der Angst vor Überfremdung und Fremdbestimmung zu verbinden und populistisch aufzuladen (Hobolt 2016).

Welche Gründe auch immer die Entscheidung für den Brexit befeuert haben, es sieht zwischenzeitlich nicht danach aus, dass der Ausstieg noch aufgehalten

werden kann, auch wenn manche Remain-Wähler diese Option immer noch anstreben. Doch viele, die einem Verbleib in der EU im Prinzip zustimmen, sehen sich an das Mandat gebunden, das von dem Referendum abgeleitet wird, auch wenn das Ergebnis knapp war. Andere hoffen, dass ein „harter“ Brexit, also ein Ausstieg ohne eine Einigung mit der EU, vermieden werden kann, zum Beispiel durch einen Verbleib im Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Zollunion.

Auch wenn bislang nicht klar ist, wie der Brexit letztlich politisch vollzogen wird und auf welcher neuen Basis das Verhältnis zwischen Großbritannien, der EU und ihren Mitgliedsländern künftig stehen wird, sind viele Folgen der Entscheidung heute absehbar und zum Teil schon im Verzug. Der NHS, obwohl nicht direkt durch EU-Gesetze geregelt, sondern nationaler Souveränität unterstellt, ist dabei in verschiedenster Weise betroffen. Im Folgenden werden das britische Gesundheitswesen kurz vorgestellt und drei Bereiche herausgegriffen, in denen sich die Folgen des Brexit schon heute abzeichnen.

## 2. Der National Health Service – Organisation und aktuelle Situation

Gesundheitsversorgung ist in Großbritannien überwiegend steuerfinanziert und wird durch den National Health Service (NHS) umfassend erbracht. Bis auf wenige Zuzahlungen, zum Beispiel für Arzneimittel, ist die Versorgung für Patienten kostenlos. Im Vergleich zu Deutschland ist der Anteil derjenigen, die sich eine private Krankenversicherung leisten, eher gering. Schätzungsweise 5 Prozent der Bevölkerung haben eine Privatversicherung um Leistungen abzudecken, die vom NHS ausgeschlossen sind (z.B. bestimmte zahnärztliche Leistungen, Alternativmedizin, Sehhilfen), 11 Prozent um Wartezeiten zu umgehen oder eine grössere Auswahl an Fachärzten zur Verfügung zu haben (Sagan und Thomson, 2016). Die wesentliche medizinische Versorgung jedoch, vor allem komplexe klinische Leistungen, werden vom NHS erbracht.

Seit 1998 ein grosser Teil der innenpolitischen Kompetenzen dezentralisiert wurde, gibt es faktisch vier Gesundheitssysteme – in England, Wales, Schottland und Nordirland – die jeweils regional verwaltet werden und für die unterschiedliche Regeln gelten. Der NHS in

England wird vom Department of Health and Social Care in Westminster und von NHS England als nachgeordneter Behörde geleitet. Der Gesundheitsminister (Secretary of State for Health ist zurzeit Jeremy Hunt) ist dementsprechend politisch verantwortlich für die Performance des NHS. Seit der letzten grossen Gesundheitsreform im Jahr 2012 hat sich die Organisation des NHS deutlich verändert, vor allem da mit NHS England eine neue Ebene zwischen dem Department of Health als politischer Aufsicht und dem NHS geschaffen wurde (Timmins, 2012).

Die Leistungserbringer sind in NHS Foundation Trusts oder NHS Trusts weitgehend selbstständig organisiert und bieten ein breites Spektrum an Leistungen, insbesondere sekundäre und tertiäre Krankenhausversorgung, Krankentransporte, Notdienste und Mental Health Services. Hausärztliche Versorgung ist breit gefasst und wird von General Practitioners (GPs) erbracht. Jeder Patient muss sich bei einer GP Praxis einschreiben, um Zugang zu Gesundheitsleistungen zu bekommen. Wird ein Besuch beim Facharzt nötig, überweist der GP ins Krankenhaus. Eine ambulante fachärztliche Versorgung wie in Deutschland, wo jeder Arzt sein eigener Unternehmer ist, gibt es somit nicht. General Practitioners sind zwar ebenfalls privat organisiert, aber sind vom NHS unter Vertrag genommen. Clinical Commissioning Groups (CCGs), bestehend aus GPs und anderen medizinisch Tätigen (z.B. auch Pflegepersonal), stehen mit den Krankenhaus-Trusts im Vertrag und „kaufen“ Leistungen für die Patienten, die in den zugehörigen GP Praxen registriert sind (zwischen 100,000 bis 900,000 Patienten pro Gruppe). Auf diese Art soll gewährleistet werden, dass das lokale Leistungsangebot den Bedürfnissen der dort ansässigen Bevölkerung entspricht. Zurzeit gibt es 195 dieser CCGs; seit 2013 ersetzen sie die vorherigen Primary Care Trusts, die ähnliche Aufgaben wahrgenommen hatten. Die CCGs sind für rund zwei Drittel des gesamten NHS Budgets zuständig.

Nach einer langen Phase grosser Investitionen in den NHS, die zu Beginn der 2000er von der Regierung Blair angeschoben wurden, befindet sich der NHS heute wieder auf einer finanziellen Durststrecke, eine der Konsequenzen des drastischen Sparprogramms, das die Regierungen Cameron und May dem

Gesundheitswesen sowie der übrigen öffentlichen Verwaltung auferlegt haben.

Aktuellen Schätzungen zufolge werden dem NHS in England im Finanzjahr 2017/18 rund 124,7 Milliarden Pfund zur Verfügung stehen für eine Bevölkerung von 55 Millionen (King's Fund, 2017; ONS, 2017). Auch wenn das Budget in den letzten Jahren leicht gewachsen ist, liegt der Trend von 1,2 Prozent Steigerung pro Jahr deutlich unter den 4,3 Prozent, die das Office for Budget Responsibility als angemessen im Verhältnis zum steigenden Bedarf der alternierenden Bevölkerung berechnet hat. Es gibt inzwischen viele Anzeichen dafür, dass das gebremste Wachstum mit der steigenden Nachfrage nicht mehr mithält:

- 44 Prozent aller Trusts haben das Finanzjahr 2016/17 mit einem Defizit abgeschlossen; Schätzungen zufolge soll dieser Anteil in diesem Jahr auf 53 Prozent steigen, ein über sechsfacher Anstieg im Vergleich zu den 8 Prozent in 2009/10 (King's Fund, 2018).
- Der Anteil der Krankenhäuser, die das Ziel einer maximalen Wartezeit von vier Stunden in der Notaufnahme erreichen, ist zwischen 2013/14 und 2016/17 von 95,7 Prozent auf 89,1 Prozent gesunken.
- Die Zahl der Patienten, die auf einen geplanten Eingriff warten, ist von 2,5 Millionen im April 2012 auf 4,1 Millionen im August 2017 gestiegen. Gleichzeitig hat die Anzahl der durchgeführten Eingriffe im gleichen Zeitraum um 11 Prozent zugenommen (King's Fund, 2017).
- Die durchschnittliche Bettenauslastung im Krankenhaus hat mit 91,4 Prozent im ersten Quartal von 2017 ein Rekordniveau erreicht (CQC, 2017). Gleichzeitig wurde die Zahl der vorhandenen Krankenhausbetten weiter reduziert.

Es gibt viele Ansätze, weitere Effizienzreserven zu erschliessen, zum Beispiel der starke Fokus darauf, Gesundheits- und Pflegeleistungen besser zu verzahnen, um die Zahl der Krankenhauseinweisungen von Pflegebedürftigen durch Verbesserungen in der präventiven Gesundheitsversorgung zu reduzieren. Zudem wird viel Geld ausgegeben, um „New Models of Care“ zu entwickeln und zu testen.

Das Sparprogramm des NHS wird jedoch von den Kürzungen in anderen sozialen Bereichen wie zum Beispiel der Altenpflege oder auch der Sozialhilfe

deutlich in den Schatten gestellt. Die Care Quality Commission schätzt, dass die Zahl der alten Menschen, die Pflegeleistungen benötigen aber keine erhalten, 2016/17 auf 1,2 Millionen gestiegen ist, von 1 Million im Vorjahr. Gleichzeitig sind rund 90 000 Stellen im Pflegebereich nicht besetzt (CQC, 2017)

### 3. Herausforderungen durch den Brexit

Die Konsequenzen eines Ausstiegs aus der EU für Großbritannien sind vielfältig und auf lange Sicht kaum abzusehen. Sie werden wesentlich davon abhängen, welche Regelungen gefunden werden, um Massnahmen aus bisherigen Abkommen zu erhalten oder zu ersetzen. Es ist zum Beispiel gut möglich, dass britische Forschungsinstitute in Zukunft von Förderprogrammen der EU ausgeschlossen werden, obwohl sie zurzeit sehr erfolgreich von ihnen profitieren; es sei denn, es würde beschlossen, sich an solchen Programmen weiterhin zu beteiligen und finanziell zu ihnen beizutragen (wie es etwa die Schweiz macht). Dass viele der Auswirkungen, die während der Kampagne auf beiden Seiten beschworen wurden, bisher nicht eingetreten sind, sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass es Folgen geben wird, denn der Brexit hat bislang noch nicht stattgefunden. Die Möglichkeit eines „Cliff Edge“, also ein Ausstieg ohne eine Einigung mit der EU, ist nach wie vor möglich.

Einige Veränderungen haben sich jedoch schon vollzogen, auch mit Folgen für das Gesundheitswesen. Mit der Entscheidung zum Brexit hat das Vertrauen in die Stabilität der britischen Währung deutlich nachgelassen, was wiederum zum Preisanstieg für importierte Güter führte. Auf dem vormals boomenden Wohnungsmarkt ist erstmal Ruhe eingetreten, unter anderem weil die Binnennachfrage eingebrochen ist. Die Anzeichen mehren sich, dass Firmen Entscheidungen treffen, Arbeitsplätze in andere Länder der EU zu verlagern (wenn auch weniger als vorhergesagt).

Auch im Gesundheitswesen sind Veränderungen absehbar und zum Teil schon angekommen. Im Folgenden werden drei Themen besonders behandelt: erstens, die Folgen der Brexit-Entscheidung für das Angebot an Arbeitskräften im Gesundheitswesen, zweitens die Frage, wie der Zugang zu Gesundheitsleistungen für

EU-Ausländer in Großbritannien und umgekehrt für Briten in den verbleibenden Ländern der EU nach dem Brexit aussehen könnte, und drittens die Folgen und Entscheidungszwänge, die aus dem Verlust der European Medicines Agency entstehen.

#### 3.1 Arbeitsmarkt

Das Gesundheitssystem Großbritanniens ist seit langem auf Arbeitskräfte aus dem Ausland angewiesen. Schätzungen zufolge arbeiten 60 000 Menschen aus dem EU-Ausland im NHS, in der Altenpflege und Behindertenfürsorge sind es etwa 90 000 („adult social care“ beinhaltet Pflege und Fürsorge für Menschen die 18 Jahre oder älter sind). Jeder zehnte Arzt wurde ausserhalb Großbritanniens im Europäischen Wirtschaftsraum ausgebildet (also EU zuzüglich Island, Norwegen und Liechtenstein).

Zurzeit sind rund 100 000 Stellen im Gesundheitswesen nicht besetzt, weil entsprechendes Personal fehlt. Die Attraktivität von Gesundheitsberufen leidet auch unter den Folgen der Sparpolitik. So haben ein Viertel aller Pflegekräfte, die im letzten Jahr aus dem Dienst ausgeschieden sind, in einer Umfrage angegeben, dass sie die Personaldecke in der Pflege als unzureichend empfänden (NMC, 2018).

Eine Studie des King's Fund, die im Mai veröffentlicht wurde, zeigt, dass die Zahl der Ärzte in Großbritannien mit 2,8 pro 1000 Einwohner deutlich unter dem OECD Durchschnitt von 3,6 liegt. In Deutschland liegt dieser Wert bei 4,1 (King's Fund, 2018). Unter den Vergleichsländern haben nur Kanada und Polen weniger Ärzte relativ zur Einwohnerzahl. Laut dieser Studie herrscht ein ähnlicher Mangel bei den Pflegekräften, deren Anteil bei 7,9 pro 1000 Einwohner liegt, im Vergleich zu 10,4 im OECD-Schnitt und 13,3 in Deutschland (King's Fund, 2018).

Inzwischen mehren sich die Anzeichen, dass der absehbare Brexit bereits jetzt dazu führt, dass weniger Pflegekräfte aus dem EU-Ausland nach Großbritannien kommen und sich häufiger dazu entscheiden, das Land wieder zu verlassen. Die Zahl der Pflegekräfte und Hebammen aus dem EU-Ausland, die ihre Registrierung beim Council im letz-

ten Jahr gekündigt haben, ist gegenüber dem Vorjahr um 29 Prozent gestiegen (NMC, 2018). In einer Umfrage gaben fast 60 Prozent von ihnen an, Großbritannien zu verlassen, und fast die Hälfte gab den Brexit als wesentlichen Grund für ihre Entscheidung an.

Gleichzeitig ist die Zahl derjenigen, die im letzten Jahr aus dem EU-Ausland nach Großbritannien kamen, um dort als Pfleger oder Hebammen zu arbeiten von 6382 auf nur 805 eingebrochen, ein Rückgang von 87 Prozent (NMC, 2018). Im Jahr vor dem Referendum waren noch 9389 Pflegekräfte aus dem EU-Ausland neu hinzugekommen. Zwar ist die Zahl der Kräfte aus dem Nicht-EU Ausland leicht gestiegen, aber der Verlust aus der EU kann damit erstmal nicht kompensiert werden.

Es ist sicher möglich, die Folgen des Brexit zu mindern, zum Beispiel durch die gezielte Anwerbung von Gesundheitspersonal sowohl aus der EU als auch aus anderen Ländern. Ebenso ist es möglich, selbst mehr Gesundheitspersonal auszubilden. In der Tat gibt es Anstrengungen, medizinische Fachkräfte aus dem nicht-EU Ausland anzuwerben. Sie werden jedoch durch Vorgaben behindert, die eine jährliche Obergrenze für Arbeitsmigranten vorsehen. Das treibt dann interessante Blüten. Zum Beispiel wurde kürzlich bekannt, dass vom NHS eingestellten Ärzten aus Indien die Arbeits- und Einreiseerlaubnis verweigert wurde, weil die

**Im Brexit-Land verfolgen Einwanderungspolitik und Gesundheitspolitik gerade gegenläufige Interessen.**

Obergrenze bereits erreicht war (BBC, 27 April 2018). Im Brexit-Land verfolgen Einwanderungspolitik und Gesundheitspolitik gerade gegenläufige Interessen.

Auch ist nicht klar, was sich für Personal aus dem EU-Ausland ändern wird. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Arbeits- und Lebensbedingungen im Vergleich zum Status Quo nur verschlechtern können, insbesondere im Hinblick auf den Erwerb von Ansprüchen auf Sozialleistungen und Rente, in denen nicht-britische EU-Bürger britischen Arbeitnehmern bislang gleichgestellt sind.

Inwieweit sich diese Veränderungen auf die Bereitschaft ausländischer Arbeitnehmer auswirkt, in Großbritannien zu arbeiten, bleibt abzuwarten.

Gleichzeitig hat die Regierung ihren Willen bekundet, stärker auf die Ausbildung im Inland zu setzen. Aufgrund der langen Ausbildungszeiten wird diese Absicht jedoch erst in einige Jahren Früchte tragen. Die Umsetzung wird auch dadurch erschwert, dass die Regierung im Zuge ihres Sparprogramms Fördermassnahmen für die Ausbildung in Pflegeberufen gerade erst abgeschafft hat (Nursing Times, 1 August 2017). Studiengebühren für ein Pflege- oder Medizinstudium schlagen mit bis zu 9 000 Pfund pro Jahr zu Buche. Hier gäbe es Möglichkeiten zur Steuerung, wenn man sie nutzen würde.

### 3.2 Zugang zu Gesundheitsversorgung

Die Frage, wie in Zukunft der Zugang zu Gesundheitsversorgung für Briten und EU-Bürger jenseits der Grenzen ihrer Heimatländer gewährleistet werden kann, treibt sowohl Briten im EU-Ausland als auch nicht-britische EU-Bürger in Großbritannien um und sorgt regelmässig für Schlagzeilen.

Bislang hat vor allem die EU Zusage gegenüber britischen Bürgern gemacht. Diese sind jedoch abhängig von den Ergebnissen der Brexit-Verhandlungen und von der Zusage der britischen Regierung, die Rechte von in Großbritannien lebenden EU-Ausländern auch weiterhin zu garantieren. Sollte es zu einem unkontrollierten Ausstieg („Cliff Edge“) kommen, dann werden bisherige Rechte auf beiden Seiten nichtig und die jeweiligen nationalen Bestimmungen greifen.

Zwar hat die Regierung bekundet, dass sie bestehende Regelungen aufrecht erhalten möchte, allerdings möchte sie sich nicht darauf festlegen lassen, diese in Zukunft auch weiterhin garantieren zu müssen. Diese Haltung ist zwar mit der britischen Gepflogenheit konsistent, dass eine Regierung eine zukünftige (andere) Regierung nicht in ihrem Handlungsspielraum einschränken darf. Sie ist jedoch inkompatibel mit der Idee der verbürgten Rechte, die innerhalb der EU gewährleistet werden und die daher weitreichende Garantien für die Zukunft beinhalten müssen. Zurzeit leben rund 3,6 Millionen nicht-britische EU-Bürger in Großbritannien und machen dort etwa

5,5 Prozent der Bevölkerung aus (HoC, 2018). Der grösste Anteil kommt aus Polen (1 002 000), Irland (335 000), Italien (233 000) und Portugal (213 000). Rund ein Drittel aller EU-Zuwanderer lebt in London. Demgegenüber leben 900 000 Briten im EU-Ausland, davon ein Drittel in Spanien, etwa 150 000 in Frankreich und jeweils 100 000 in Irland und in Deutschland (HoC, 2018).

Der harsche Ton, in dem viele Kontroversen rund um den Brexit in Politik und Medien verhandelt werden, hat dazu geführt, dass das Vertrauen in die Regierung unter nicht-britischen EU-Bürgern eher gering ist. Skandale wie die Behandlung der „Windrush-Generation“ (benannt nach HMT Empire Windrush, einem Passagierschiff mit dem in den 1940ern Einwanderer aus dem Commonwealth nach Großbritannien kamen um beim Wiederaufbau zu helfen) haben dieses Misstrauen nur verstärkt. Das Innenministerium hat in den letzten Jahren eine unbekannte Zahl an Menschen, die seinerzeit als Kinder aus der Karibik nach Großbritannien gekommen waren, die Staatsangehörigkeit abgesprochen

### **Die grösste Herausforderung für den NHS besteht darin, wie sich nach dem Brexit Wirtschaftswachstum und Steuereinnahmen entwickeln werden.**

und zum Teil ausgewiesen oder ihnen Gesundheitsversorgung vorenthalten. Diese konnten nicht nachweisen, dass sie seinerzeit legal eingewandert waren, weil sie niemals einen Pass beantragt hatten und das bis vor kurzem auch nicht mussten (ein Einwohnermeldewesen und die Verpflichtung einen Ausweis zu besitzen, existieren nicht). Die Tatsache, dass solche Regeln rückwirkend geändert werden können, sorgt für Ängste unter den EU-Einwanderern.

Eine weitere Frage ist, was aus der European Health Insurance Card wird. Bislang konnten Reisende innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums, Leistungen der Notfallversorgung in Anspruch nehmen, sollten sie im Ausland erkranken oder einen Unfall haben.

Die Kosten für die Versorgung werden dann vom Gesundheitssystem des Landes übernommen, in dem der Reisende wohnhaft ist. Schätzungen zufolge sind zurzeit rund 27 Millionen EHIC Karten in Großbritannien in Umlauf (HoC, 2017).

Dem zugrunde liegt ein komplexes Abrechnungsverfahren, in dem die Länder sich gegenseitig die Kosten für die Gesundheitsversorgung ihre Bürger erstatten. Rund 650 Millionen Pfund überweist der NHS jährlich an andere Gesundheitssysteme. Davon entfallen 500 Millionen Pfund auf Leistungen für Rentner, die sich in Spanien, Frankreich und Italien zu Ruhe gesetzt haben. Im Gegenzug erhält der NHS rund 50 Millionen Pfund für die Versorgung von EU-Ausländern (HoC, 2017). Experten schätzen aber, dass dem NHS bislang rund 200 Millionen Pfund jährlich entgangen sind, weil die Möglichkeit der Abrechnung nicht hinreichend genutzt wurde (HoC, 2017).

Sollte es zu keiner Einigung darüber kommen, das System weiter fortzuführen, müssten britische Touristen für Reisen in die EU eine Auslandsrankenversicherung abschliessen oder ohne solchen Schutz reisen. Das gleiche wird für Reisende aus der EU in Großbritannien gelten. Besonders für ältere Menschen und solche mit Vorerkrankungen könnte eine solche Versicherung teuer werden. Nachteile hätten auch diejenigen, die dauerhaft in Großbritannien leben, aber in ihrem Heimatland Leistungen

in Anspruch nehmen für die es spezielle Regelungen gibt, wie zum Beispiel bei der Vorsorge bei Schwangerschaften und Entbindungen (McKee and McKee, 2018).

### 3.3 Arzneimittelsicherheit

Eine dritte Änderung wird sich für die Arzneimittelsicherheit ergeben, wenn Großbritannien, wie vorgesehen, nach dem Brexit seine Beteiligung an der European Medicines Agency (EMA) verliert. Ein Grossteil aller neuen Medikamente wird inzwischen von der EMA zugelassen. Diese Aufgabe müsste in Großbritannien in Zukunft wieder eine nationale Behörde übernehmen, die Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA).

Bisher ist unklar, wie das Post-Brexit Regime aussehen könnte und in wie weit Großbritannien eine weitere Beteiligung oder zumindest eine Beobachterrolle bei der EMA anstrebt. Sollten die Briten den Alleingang wagen, müssten Hersteller die Zulassung für den britischen Markt separat beantragen, zusätzlich zum Verfahren bei der EMA, was sowohl die Hersteller als auch den britischen Staat zusätzlich Zeit und Geld kosten wird.

Experten befürchten, dass innovative Medikamente wie zum Beispiel in der Krebstherapie erst später in Großbritannien zugelassen werden könnten als in der EU. Zurzeit werden viele Produkte in Großbritannien zuerst auf den Markt gebracht, unter anderem weil es für Hersteller von Vorteil ist, die Hürde des Nachweis der Kosteneffizienz, an der sich andere Länder orientieren, hinter sich zu wissen. Jetzt wird befürchtet, dass Hersteller in Zukunft erst ihre Produkte von der EMA zulassen lassen und im europäischen Markt platzieren, bevor sie eine Zulassung in Großbritannien in

Angriff nehmen. Die Sorge ist berechtigt, denn die Erfahrung zeigt, dass kleinere Märkte gegenüber grösseren im Nachteil sein können. In Kanada und der Schweiz, mit jeweils eigenen Zulassungsbehörden, werden neue Arzneimittel im Schnitt sechs Monate später zugelassen als in der EU (Fahy et al., 2017).

Auch für die EU ist die Trennung mit Kosten verbunden. So werden mit dem Umzug der EMA über 800 Stellen von London nach Amsterdam verlagert. Die EMA, die ihre Beratungsgremien und Komitees wie das Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) mit Experten aus den nationalen Behörden der Mitgliedstaaten besetzt, verliert eine Reihe an hochqualifizierten Gutachtern und Experten, die bislang überproportional dort vertreten sind. Da diese Tätigkeiten vergütet werden, verliert die MHRA wiederum ihre Einnahmen aus der Beratertätigkeit für die EMA, die sich in 2016/17 auf 14,5 Millionen Pfund belaufen haben (MRHA, 2017).

## Ausblick

Der Ausstieg der Briten aus der EU wird sich in verschiedenster Weise auf das britische Gesundheitswesen auswirken. Wie oben dargestellt, zeichnen sich die Auswirkungen auf das Angebot an Arbeitskräften bereits ab. Es ist unklar, wie der grenzüberschreitende Zugang zu Gesundheitsleistungen aussehen und wie in Zukunft der Marktzugang für neue Arzneimittel geregelt werden wird. Aufgrund des langen Sparprogramms sind die Spielräume innerhalb des Systems, Veränderungen aufzufangen, gering. Sicher ist daher, dass jede dieser Aufgaben nur bewältigt werden kann, wenn entsprechende Investitionen getätigt werden. Die grösste Herausforderung für den NHS besteht also darin, wie sich nach dem Brexit die Einnahmenseite, also Wirtschaftswachstum und damit einhergehende Steuereinnahmen, entwickeln werden. Denn „wenn die Wirtschaft niest, bekommt der NHS eine Erkältung“, brachte Simon Stevens, der Chef von NHS England, die Situation auf den Punkt. ■

## Literatur

**BBC News (2016):** [http://www.bbc.co.uk/news/politics/eu\\_referendum/results](http://www.bbc.co.uk/news/politics/eu_referendum/results).

**BBC News (2018):** Health bosses criticise visa rules for doctors. By Nick Triggle, 27 April 2018, <http://www.bbc.co.uk/news/health-43898969>.

**EMA (2017):** Annual report 2017. London, European Medicines Agency.

**Chen, W., Los, B., McCann, P., Ortega-Argilés, R., Thissen, M., van Oort, F. (2018):** The continental divide? Economic exposure to Brexit in regions and countries on both sides of The Channel. *Papers in Regional Science* 97 (1): 25-54.

**CQC (2017):** State of health care and adult social care in England 2016/17. London, Care Quality Commission.

**Dorling, D. (2015):** Income inequality in the UK: Comparisons with five large Western European countries and the USA. *Applied Geography* 61: 24-34.

**Fahy, N., Hervey, T., Greer, S., Jarman, H., Stuckler, D., Galsworthy, M., McKee, M. (2017):** How will Brexit affect health and health services in the UK. Evaluating three possible scenarios. *Lancet* 390: 2110-2118.

**HoC (2017):** Health Committee. Oral evidence: Brexit and health and social care, NH 640 (2016-17). London, House of Commons.

**HoC (2018):** Migration statistics. Briefing Paper Number SN06077. London, House of Commons Library.

**IFS (2015):** Recent cuts to public spending. [https://www.ifs.org.uk/tools\\_and\\_resources/](https://www.ifs.org.uk/tools_and_resources/)

[fiscal\\_facts/public\\_spending\\_survey/cuts\\_to\\_public\\_spending](https://www.ifs.org.uk/publications/public_spending_survey/cuts_to_public_spending)

**Innes, D. and Tetlow, G. (2015):** Central cuts, local decision-making: changes in local government spending and revenues in England, 2009-10 to 2014-15. IFS Briefing Note BN166. London, Institute for Fiscal Studies.

**King's Fund (2017):** What is happening to waiting times in the NHS? <https://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/nhs-waiting-times>

**King's Fund (2018):** Proportion of NHS trusts in financial deficit. <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/trusts-deficit>

**King's Fund (2018):** Spending on and availability of health care resources: how does the UK compare to other countries? <https://www.kingsfund.org.uk/publications/spending-and-availability-health-care-resources>

**LSE (2017):** Mind the gap. Brexit and the generational divide. London School of Economics and Political Science. <http://www.lse.ac.uk/europeanInstitute/events/Images/Mind-the-Gap--Brexit-the-Generational-Divide.pdf>

**McKee, D., McKee, M. (2018):** What might Brexit mean for British tourists travelling to the rest of Europe? *Journal of the Royal College of Physicians Edinburgh* 48, doi: 10.4997/JRCP.2018.201.

**MRHA (2017):** Annual report and accounts 2016/17. London, Medicines and Healthcare products Regulatory Agency.

**NMC (2018):** The NMC register. London, Nursing and Midwifery Council.

**Nursing Times (2017):** Student nurses and midwives stop getting bursaries from today. By Nicola Merrifield, 1 August 2017, <https://www.nursingtimes.net/news/education/student-nurses-and-midwives-stop-getting-bursaries-from-today/7020688.article>

**OECD (2017):** Understanding the socio-economic divide in Europe. <https://www.oecd.org/els/soc/cope-divide-europe-2017-background-report.pdf>

**ONS (2017):** Population estimates for UK, England and Wales, Scotland and Northern Ireland: mid-2016. Office for National Statistics website <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/bulletins/annualmidyearpopulationestimates/mid2016#population-of-england-reaches-55-million>

**Politico (2016):** How Brexit vote broke down. <https://www.politico.eu/article/graphics-how-the-uk-voted-eu-referendum-brexit-demographics-age-education-party-london-final-results/>

**Sagan, A., Thomson, S. (2016):** Voluntary health insurance in Europe. Role and regulation. Geneva, World Health Organization.

**Stevens, S. (2016):** When the economy sneezes, the NHS catches a cold. <http://www.bbc.co.uk/news/uk-politics-eu-referendum-36353065>.

**Timmins, N. (2012):** Never again? The story of the Health and Social Care Act 2012. London, King's Fund / Institute for Government.