

Die “offene Methode der Koordinierung” in der Gesundheitspolitik – Ein neues Instrument in der Europäischen Union



Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH

**Professor für Management im Gesundheitswesen,
Institut für Gesundheitswissenschaften, Fakultät VIII,
Technische Universität Berlin**

**Assoziierter Forschungsdirektor,
European Observatory on Health Care Systems**

Gliederung

- Was ist die offene Methode der Koordinierung?
- Wo wurde sie bisher eingesetzt?
Mit welchen Ergebnissen bzw. Erfahrungen?
- Wie kann sie im Gesundheitswesen eingesetzt werden? Welche Ziele und Indikatoren sind inhaltlich und methodisch geeignet?
- Wie könnte dies die europäischen Gesundheitssysteme beeinflussen?

G+G Wissenschaft 2/2002 (April) 7-14

Anwendung der „offenen Methode der Koordinierung“ auf die europäischen Gesundheitswesen

Hintergrund, mögliche Ziele und Indikatoren, Auswirkungen auf Gesundheitssysteme

von Reinhard Busse, MPH*

ABSTRACT

Die „offene Methode der Koordinierung“ ist ein Prozess, in dem gemeinsame Ziele/ Leitlinien festgelegt und mittels Indikatoren die Zielerreichung in den Mitgliedstaaten ermittelt wird. Nach der Beschäftigungspolitik wird sie derzeit im Bereich der sozialen Ausgrenzung und in Zukunft vermutlich im Gesundheitswesen angewandt. Als mögliche Ziele kommen „Erreichung eines hohen Gesundheitsniveaus“, „Gestaltung und Funktion der Gesundheitswesen entsprechend den gerechtfertigten Bedürfnissen und Erwartungen der Bevölkerungen“, „Zugang zu bedarfsgerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien“ sowie „Sicherstellung fairer und nachhaltiger Finanzierung“ in Frage. Eine so fundierte EU-Gesundheitspolitik könnte das Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlicher EU-Regulierung und nationaler Finanzierung und Leistungserbringung lösen helfen.

Schlüsselworte: Europäische Union, Gesundheitspolitik, Ziele, offene Methode der Koordinierung

The „open method of coordination“ is a process whereby common objectives are fixed at the EU level. Progress in the Member States towards achieving these objectives is determined through indicators. Having been used in employment policies, it is currently applied in the area of social exclusion and in future probably for health care. Possible objectives are „achieving a high population health status“, „designing and functioning of health systems according to justified population health needs and expectations“, „access to needs-based and effective health technologies“ and „assuring a fair and sustainable financing“. An explicit EU health policy based on such objectives could overcome the tension between economic regulation by the EU and national financing and service delivery.

Keywords: European Union, health policy, objectives, open method of co-ordination

Was ist die offene Methode der Koordinierung?

- Mitgliedstaaten legen, unterstützt von EU-Kommission, für einen Politikbereich unionsweite Leitlinien mit Zielen und ggf. Indikatoren fest
- Art und Weise der Zielerreichung bleibt Mitgliedstaaten überlassen
- Zielerreichung wird regelmäßig überprüft und bewertet; Nichterreichen wird sichtbar und begründungspflichtig

Rechtliche Grundlage: Artikel 137 EGV in der (noch nicht ratifizierten) Version von Nizza

(1) Zur Verwirklichung der Ziele des Artikels 136 unterstützt und ergänzt die Gemeinschaft die Tätigkeit der Mitgliedstaaten auf folgenden Gebieten: ... c) *soziale Sicherheit und sozialer Schutz der Arbeitnehmer ...*

(2) Zu diesem Zweck kann der Rat *unter Ausschluss*



jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten

Maßnahmen annehmen, ... die die Verbesserung des Wissensstandes, die Entwicklung des Austausches von Informationen und bewährten Verfahren ... und die Bewertungen von Erfahrungen zum Ziel haben. ...

... steht neben den „klassischen“
Instrumenten der Gemeinschaftspolitik



Instrument	Verordnung	Richtlinie	Entscheidung	Empfehlung/ Stellungnahme	Sonstige Beschlüsse
Adressaten	alle Bürger der Europäischen Union	alle Mitgliedstaaten	alle oder einzelne Mitgliedstaaten	alle (selten auch einzelne) Mitgliedstaaten	EU- Organe und Administration
Wirkungsweise	allgemeine und unmittelbare Geltung	verbindliche Ziele, freie Wahl der Mittel	individuelle oder konkrete Einzelfallregelung	unverbindliche Äußerung mit politischer Bindung	Innenwirkung

Wo wurde sie bisher eingesetzt? Mit welchen Ergebnissen bzw. Erfahrungen?

- Vorbild: Maastricht-Kriterien für Währungsunion
- konkretes Beispiel: Beschäftigungspolitik
(unter Beteiligung des Beschäftigungsausschusses und des Ausschusses für Sozialschutz)
- Diskussionspunkt 1: maßgeblicher Einfluss der Exekutive, kaum des Europäischen Parlamentes
(Demokratiedefizit?)
- Diskussionspunkt 2: Gefahr der Überbetonung fiskalpolitischer Aspekte

- *Europäischer Rat (ER) März 2000 Lissabon:* Sozialschutzsysteme müssen reformiert werden, um (medizinische) Leistungen von hoher Qualität zu erbringen
- *ER Juni 2001 Göteborg:* EU-Kommission soll Bericht über mögliche Leitlinien für Gesundheitswesen und Altenpflege erarbeiten
- *5.12.2001 Kommissionsbericht „Die Zukunft des Gesundheitswesens ... : Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern“*
- *ER März 2002 Barcelona* heißt Ziele für gut ...



- ... und ersucht, „*die Fragen der Zugänglichkeit, der Qualität und der finanziellen Tragfähigkeit noch genauer zu prüfen*“
- *3.1.2003 Vorschlag der Kommission zu einem Bericht „Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus“*
- *ER Frühjahr 2003: Annahme?*
- *Herbst 2003: Vorschläge der Kommission für Fortsetzung und Ausdehnung auf neue Mitglieder*



Wie kann sie im Gesundheitswesen eingesetzt werden? Welche Ziele und Indikatoren sind inhaltlich und methodisch geeignet?

Laut Kommissionsbericht 12/01:



- Sicherung des allgemeinen Zugangs zu medizinischen Leistungen
- Sicherung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung
- Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme

Aber: welche Indikatoren, wie die Ziele quantifizieren?



KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 3.1.2003

KOM(2002) 774 endgültig

**MITTEILUNG DER KOMMISSION AN DEN RAT, DAS EUROPÄISCHE
PARLAMENT, DEN EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTS- UND SOZIALAUSSCHUSS
UND DEN AUSSCHUSS DER REGIONEN**

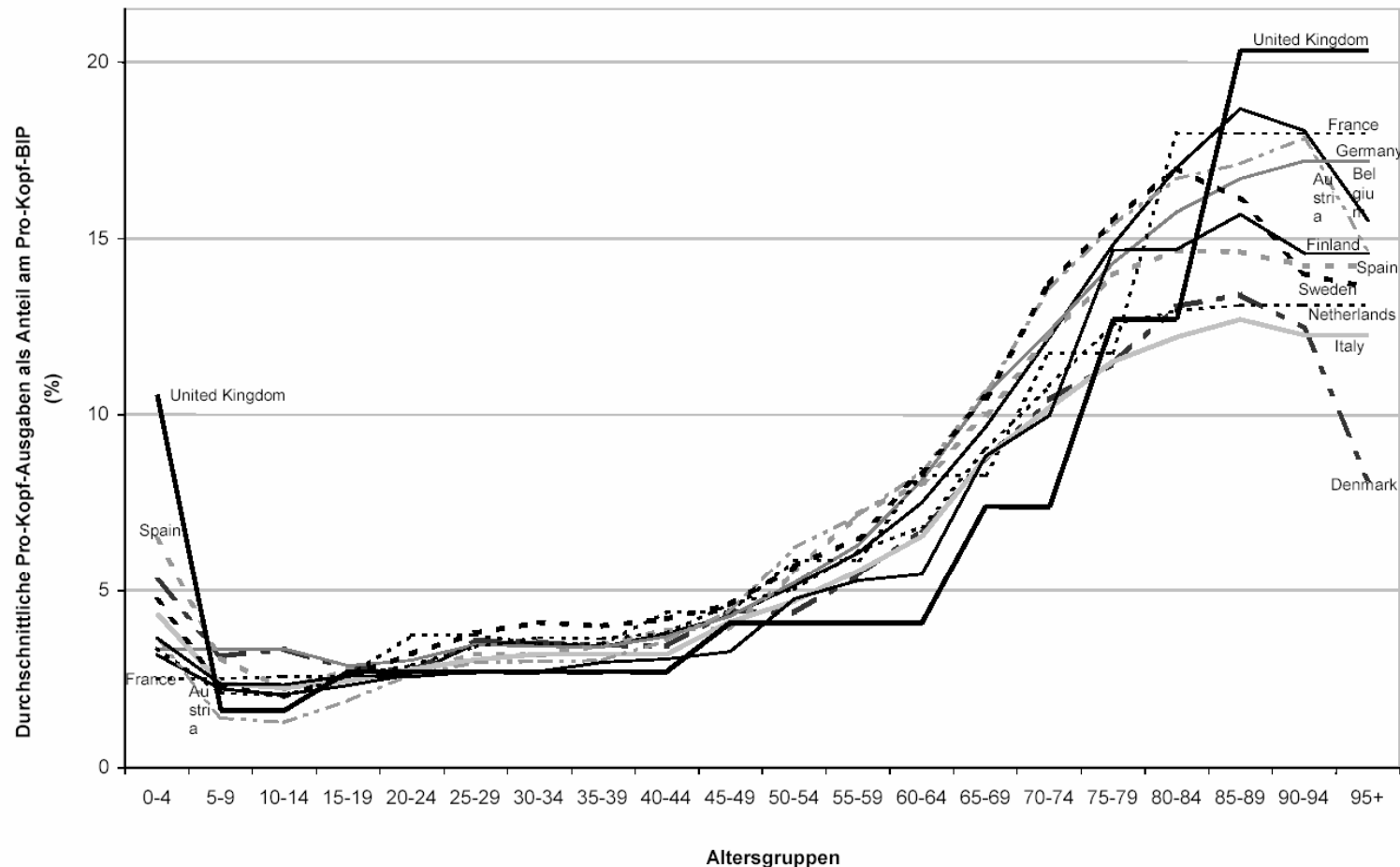
Vorschlag für einen

GEMEINSAMEN BERICHT

**Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur
Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus**

- bleibt auf eher beschreibendem Niveau,
- listet Mechanismen, Erfahrungen und derzeitige Reformvorhaben in den Mitgliedsstaaten auf,
- führt Herausforderungen an,
- ist quantitativ nur bei demographischen Daten und Kosten (Hinweis auf Indikatoren?)

Abbildung 2a: Altersprofile zu den öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsversorgung



Anmerkungen:

(1) Die altersbezogenen Profile als Anteil des Pro-Kopf-BIP sind die gleichen wie die für die Projektionen der Gesundheitskosten verwendeten. In den Mitgliedstaaten werden für die Projektionen leicht unterschiedliche Basisjahre verwendet, weshalb sich die Profile in der obigen Grafik auf unterschiedliche Jahre beziehen: 1997 für Frankreich, 1998 für Belgien, Dänemark, Spanien und das Vereinigte Königreich; 1999 für Italien; 2000 für Deutschland, Finnland, die Niederlande, Österreich und Schweden (für Portugal werden keine Profile angegeben, da eine andere Altersklassifikation verwendet wird).

(2) Die Ausgabenprofile beziehen sich hier ausschließlich auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben. Insbesondere umfassen sie weder die privaten Ausgaben noch die öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege. Siehe Definition der Ausgaben für Projektionen im Anhang 4.

(3) Ein flaches Profil am Ende der Altersverteilung ist im Allgemeinen darauf zurückzuführen, dass in den betreffenden Mitgliedstaaten für die höchste Altersklasse eine weitere Aufgliederung nicht vorliegt.

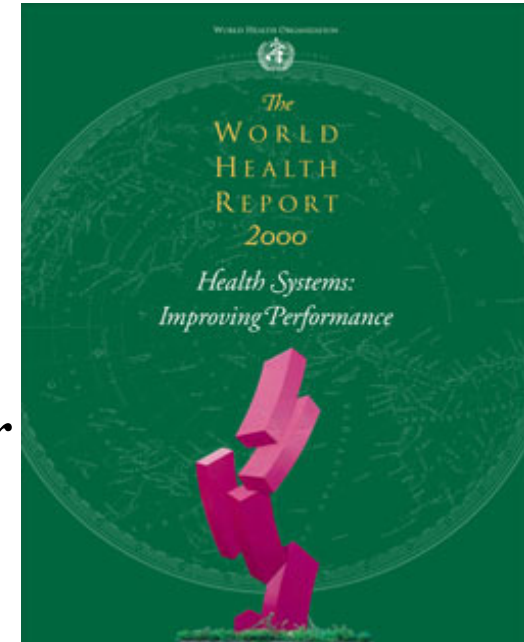
Quelle: Ausschuss für Wirtschaftspolitik (2001) „Budgetary challenges posed by ageing populations“

Ausgedrückt als Anteil am BIP. Zentrale demografische Variante,

	GESUNDHEITSVERSORGUNG UND LANGZEITPFLEGE GESAMT			GESUNDHEITSVERS.			LANGZEITPFLEGE		
	Ausgaben als Anteil am BIP, 2000	Ausgabenanstieg in Prozent des BIP von 2000 bis 2050		Ausgaben als Anteil am BIP, 2000	Ausgabenanstieg in Prozent des BIP von 2000 bis 2050		Ausgaben als Anteil am BIP, 2000	Ausgabenanstieg in Prozent des BIP von 2000 bis 2050	
		pro Kopf	pro Arbeitn.		pro Kopf	pro Arbeitn.		pro Kopf	pro Arbeitn.
B	6.1%	+2.1	+2.4	5.3%	+1.3	+1.5	0.8%	+0.8	+0.8
DK	8.0%	+2.7	+3.5	5.1%	+0.7	+1.1	3.0%	+2.1	+2.5
D (1)				5.7%	+1.4	+2.1			
EL (1)				4.8%	+1.7	+1.6			
E (1)				5.0%	+1.7	+1.5			
F	6.9%	+1.7	+2.5	6.2%	+1.2	+1.9	0.7%	+0.5	+0.6
IRL (2)	6.6%		+2.5	5.9%		+2.3	0.7%		+0.2
I	5.5%	+1.9	+2.1	4.9%	+1.5	+1.7	0.6%	+0.4	+0.4
NL	7.2%	+3.2	+3.8	4.7%	+1.0	+1.3	2.5%	+2.2	+2.5
A	5.8%	+2.8	+3.1	5.1%	+1.7	+2.0	0.7%	+1.0	+1.1
P (1)				5.4%	+0.8	+1.3			
FIN	6.2%	+2.8	+3.9	4.6%	+1.2	+1.8	1.6%	+1.7	+2.1
S	8.8%	+3.0	+3.3	6.0%	+1.0	+1.2	2.8%	+2.0	+2.1
UK	6.3%	+1.8	+2.5	4.6%	+1.0	+1.4	1.7%	+0.8	+1.0
EU (gewogenes Mittel) (3)	6.6%	+2.2	+2.7	5.3%	+1.3	+1.7	1.3%	+0.9	+1.0

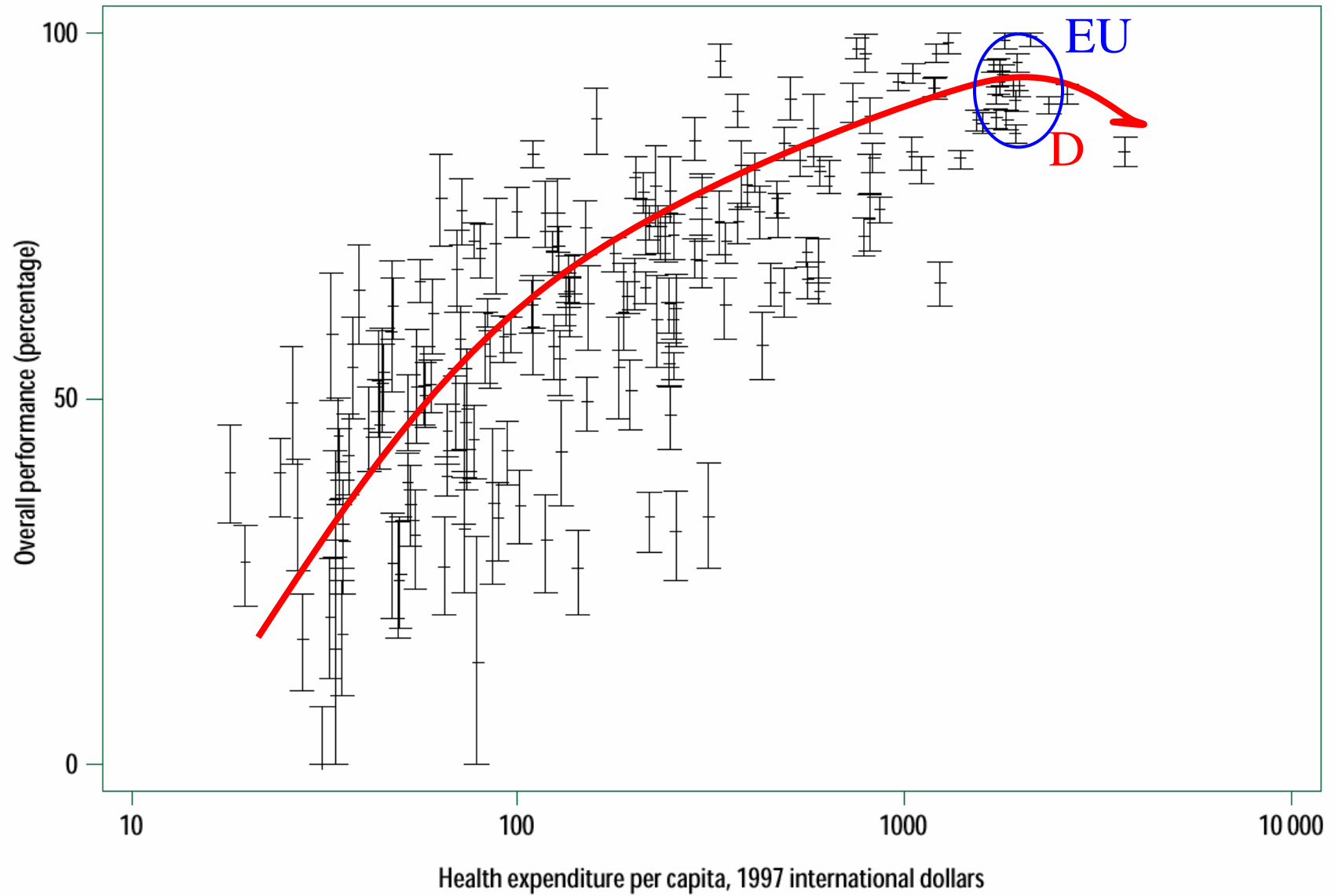
Lernen von anderen: Ziele im Weltgesundheitsbericht

- **Gesundheit der Bevölkerung** (*hoher Durchschnitt und gleiche Verteilung*),
- **Personenorientierung**, d.h. Respekt für Würde, Confidentialität und Autonomie sowie Klientenorientierung durch sofortige Betreuung, Qualität, soziale Unterstützung und Wahl des Leistungserbringers (*hoher Durchschnitt und gleiche Verteilung*),
- **“faire” Finanzierung** (d.h. proportional zum Einkommen nach Abzug von Lebensmittelkosten).



	Gesundheit		Personenorientierung („Responsiveness“)		Faire Finanzierung (25%)	Zielerreichung insgesamt	Gesundheitsausgaben/Kopf	Leistung („Performance“)	
	Ausmass (25%)	Verteilung (25%)	Ausmass (12,5%)	Verteilung (12,5%)				Ausmass Gesundh.	insgesamt
A	17	8	12-13	3-38	12-15	10	6	15	9
B	16	26	16-17	3-38	3-5	13	15	28	21
DK	28	21	4	3-38	3-5	20	8	65	34
D	22	20	5	3-38	6-7	14	3	41	25
FIN	20	27	19	3-38	8-11	22	18	44	31
F	3	12	16-17	3-38	26-29	6	4	4	1
GR	7	6	36	3-38	41	23	30	11	14
GB	14	2	26-27	3-38	8-11	9	26	24	18
IRL	27	13	25	3-38	6-7	25	25	32	19
I	6	14	22-23	3-38	45-47	11	11	3	2
L	18	22	3	3-38	2	5	5	31	16
NL	13	15	9	3-38	20-22	8	9	19	17
P	29	34	38	53-57	58-60	32	28	13	12
E	5	11	34	3-38	26-29	19	24	6	7
S	4	28	10	3-38	12-15	4	7	21	23
Mittelwert GKV	14-15	17	10	20-21	12	9	7	23	16-17
Mittelwert andere	16	17	24	24	24	20	20	24	18

Figure 2.7 Overall health system performance (all attainments) relative to health expenditure per capita, 191 Member States, 1997



Welche Ziele wären inhaltlich relevant?

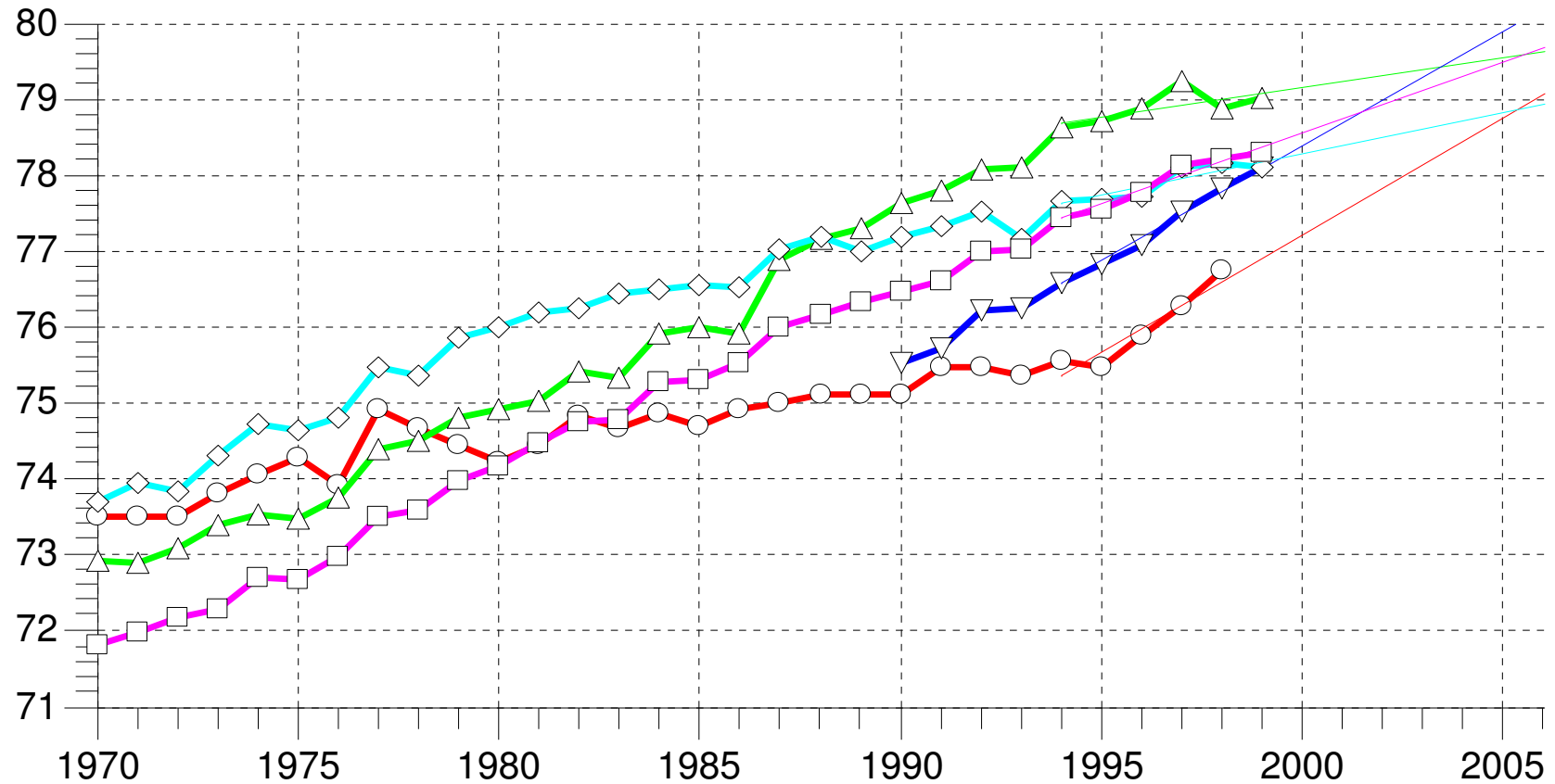
- Erreichung eines *hohen Gesundheitsniveaus* für die gesamte Bevölkerung,
- Gestaltung und Funktion der Gesundheitswesen entsprechend den *gerechtfertigten Bedürfnissen und Erwartungen* der Bevölkerungen,
- Zugang der gesamten betroffenen Bevölkerung zu *bedarfsgerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien*,
- Sicherstellung *fairer und nachhaltiger Finanzierung* der Gesundheitsversorgung.

Was ist methodisch zu beachten?

- Indikatoren müssen auf Daten beruhen, die in allen Ländern in *objektiv* erhoben werden, in *guter Qualität zeitnah* vorliegen und *valide* sind.
- Daten müssen *transnational vergleichbar* sein, was nicht immer gegeben ist (Beispiel: Gesundheitsquote)
- *Kontext* von Daten ist wichtig, z.B.: Sind Ausgaben nur gesunken, weil Leistungen aus Katalog entfernt wurden?
- Inputs dürfen nicht höher als *Ergebnisse* bewertet werden!
- Vorsicht bei *Indexbildungen*!

Quer- vs. längsschnittliche Bewertung

Lebenserwartung bei Geburt (in Jahren) 's



Wie könnte dies die europäischen Gesundheitssysteme beeinflussen? 1

Initial zwar nicht direkt, aber

- *Vergleichbarkeit* von Leistungen, ihrer Zugänglichkeit und Qualität *wird zunehmen*, und damit die durch
- Mobilität von Kurz- und Langzeit-Touristen,
- EuGH-Urteile Kohll/Decker und Peerbooms et al.,
- grenzüberschreitende Verträge/ Euregios,
- zukünftiger EU-Krankenversicherungskarte
ausgelöste *Europäisierung weiter voran treiben*.

Wie könnte dies die europäischen Gesundheitssysteme beeinflussen? 2

Dadurch mittelfristig vermutlich Entwicklung

- eines europäischen *Leistungskataloges* (jedoch nicht einheitlicher Preise),
- europaweiter Regeln für *Akkreditierung* und *Qualitätssicherung*,
- europaweiten Diagnose-/Behandlungs-*Leitlinien*.

Dies könnte *Europa für Bürger fassbarer* machen.

M.E. wäre die offene Koordinierung *negativ*, wenn die Ziele eine *direkt standardisierende Wirkung* hätten.



European Commission
Directorate -General
Science, Research and Development

50

THE EUROPEAN UNION AND HEALTH SERVICES

THE IMPACT OF THE SINGLE EUROPEAN MARKET ON MEMBER STATES

Editors:
Reinhard Busse
Matthias Wismar
Philip C. Berman



THE EUROPEAN UNION AND HEALTH SERVICES

R. Busse et al. (Eds.)

Biomedical and
Health Research



IOS
Press
OHM
Ohmsha

IOS
Press

OHM
Ohmsha