



Europäische Gesundheitspolitik: Grundlagen, Wirkungen und Entwicklung

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPHM

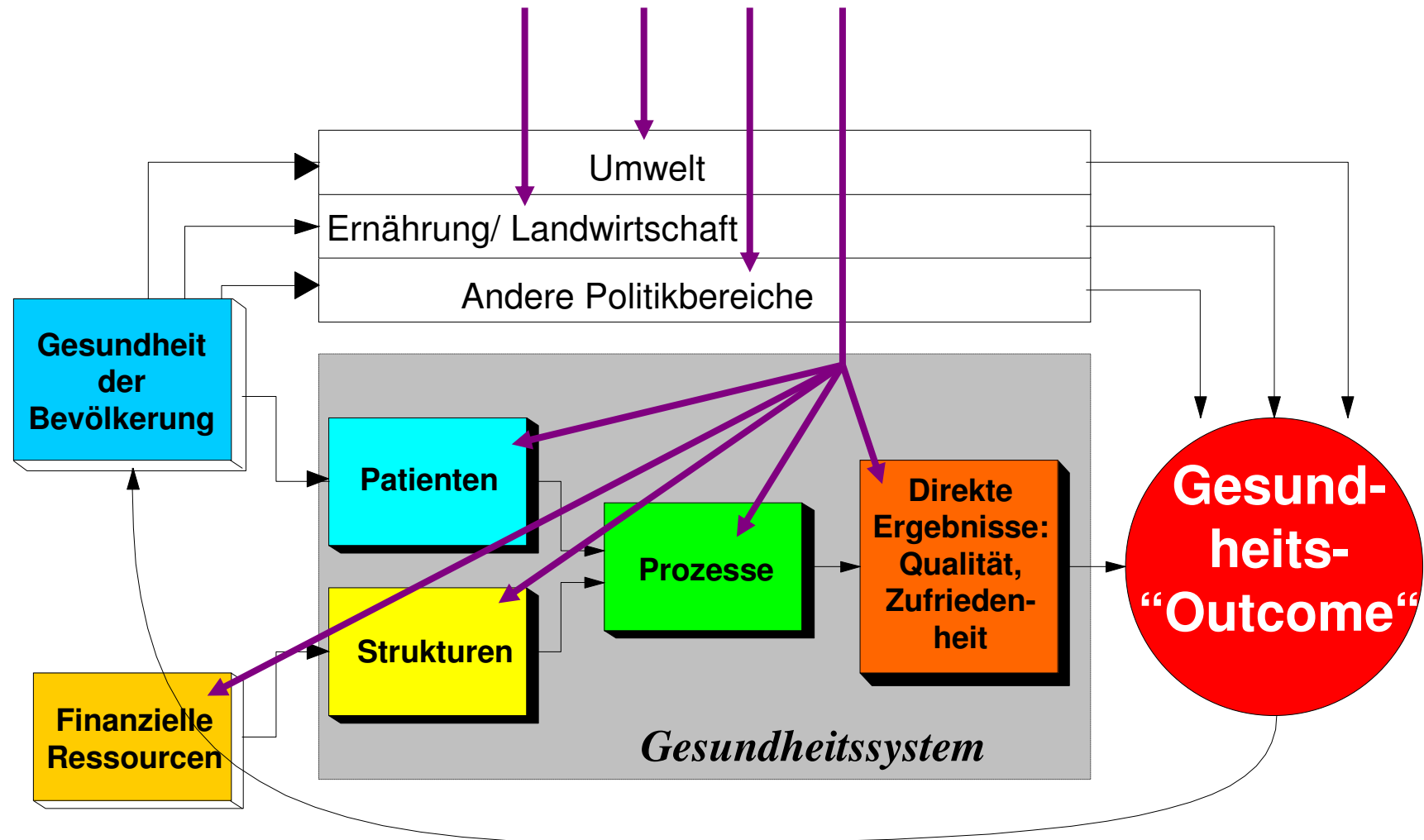
**Professor für Management im Gesundheitswesen,
Technische Universität Berlin & Charité – Universitätsmedizin**

**Associate Research Director,
European Observatory on Health Care Systems**

„Unter Gesundheitspolitik versteht man alle Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die sich auf die Gesundheitsvorsorge, die Krankenbehandlung und die Krankheitsfolgen beziehen.“

(Kleines Lexikon der Politik,
hrsg. von der Bundeszentrale für politische Bildung 2001)

Gesundheitspolitik



Verankerung gesundheits- politischer Regelungen im EGV

Artikel (Version nach Amsterdam)	Bedeutung
3 Abs. 1 (p)	Verpflichtung der Gemeinschaft in all ihren Politiken und Maßnahmen einen Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus zu leisten
30	Gesundheitsschutzvorbehalt Warenverkehr
39 Abs. 3	Gesundheitsschutzvorbehalt Freizügigkeit der Arbeitnehmer
46 Abs. 1	Gesundheitsschutzvorbehalt Niederlassungsrecht
95 Abs. 3	Gebot der Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus bei der Angleichung von Rechtsvorschriften
95 Abs. 6	Gesundheitsschutzvorbehalt bei der Angleichung von Rechtsvorschriften
95 Abs. 8	Meldeverpflichtung beim Auftreten von Gesundheitsproblemen in einem Bereich, der bereits der Harmonisierung unterworfen ist
137	Gesundheitsschutz in der Arbeitsumwelt
140	Gesundheitsschutz durch Sozialvorschriften
152	„Gesundheitswesen“ (Public Health)
153	Gesundheitsschutz im Verbraucherschutz
174 Abs. 1	Gesundheitsschutz in der Umweltpolitik
186	Gesundheitsschutzvorbehalt Freizügigkeit aus assoziierten und überseeischen Hoheitsgebieten

GESUNDHEITSWESEN



Artikel 152 (ex-Artikel 129)

(1) Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.

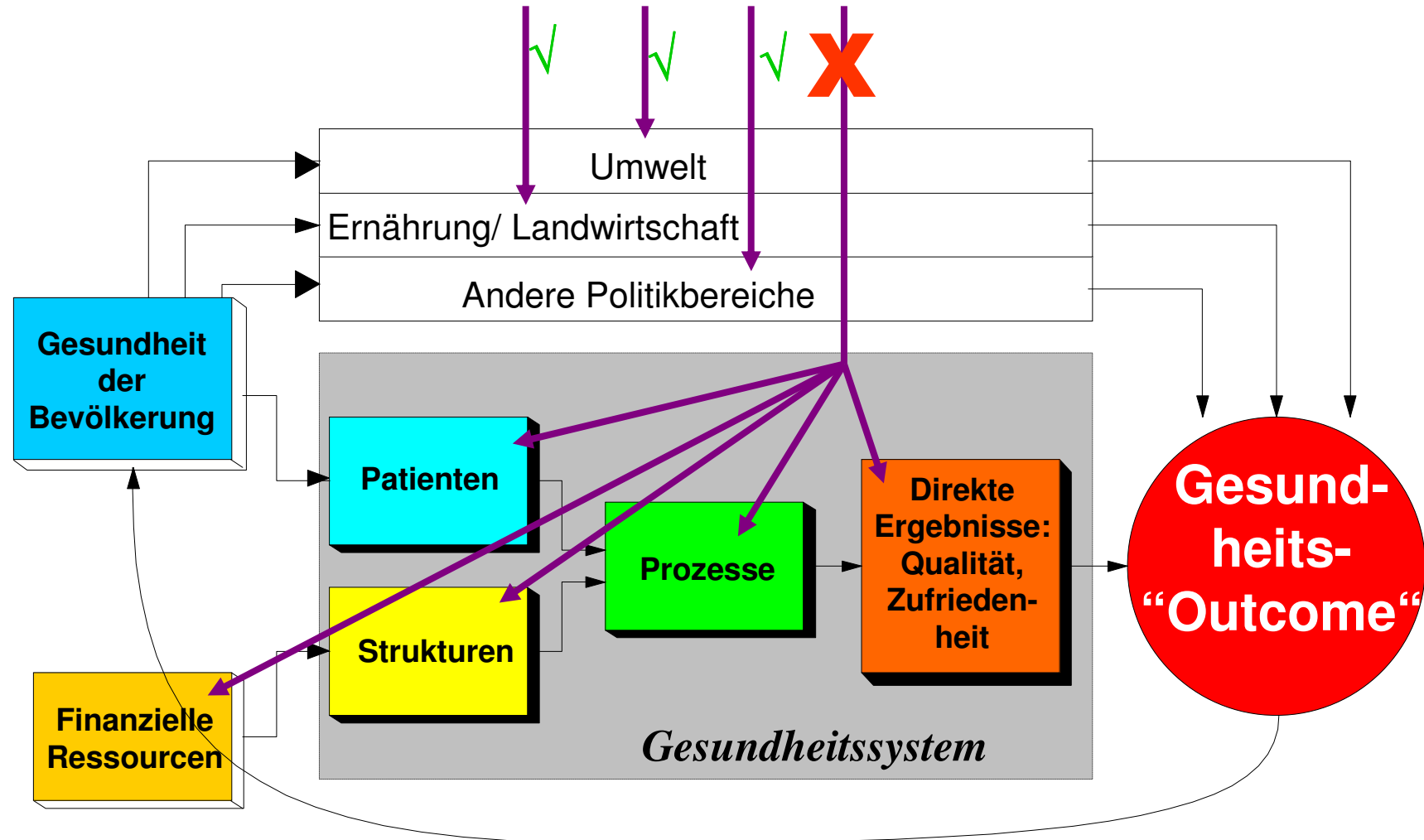
Die Tätigkeit der Gemeinschaft ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. Sie umfaßt die Bekämpfung der weitverbreiteten schweren Krankheiten; dabei werden die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert.

(2) Die Gemeinschaft fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in den in diesem Artikel genannten Bereichen und unterstützt erforderlichenfalls deren Tätigkeit.

Die Mitgliedstaaten koordinieren untereinander im Benehmen mit der Kommission ihre Politiken und Programme in den in Absatz 1 genannten Bereichen. Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind.

(5) Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt. Insbesondere lassen die Maßnahmen nach Absatz 4 Buchstabe a die einzelstaatlichen Regelungen über die Spende oder die medizinische Verwendung von Organen und Blut unberührt.

EU-Gesundheitspolitik





Erschwerend kommt hinzu:

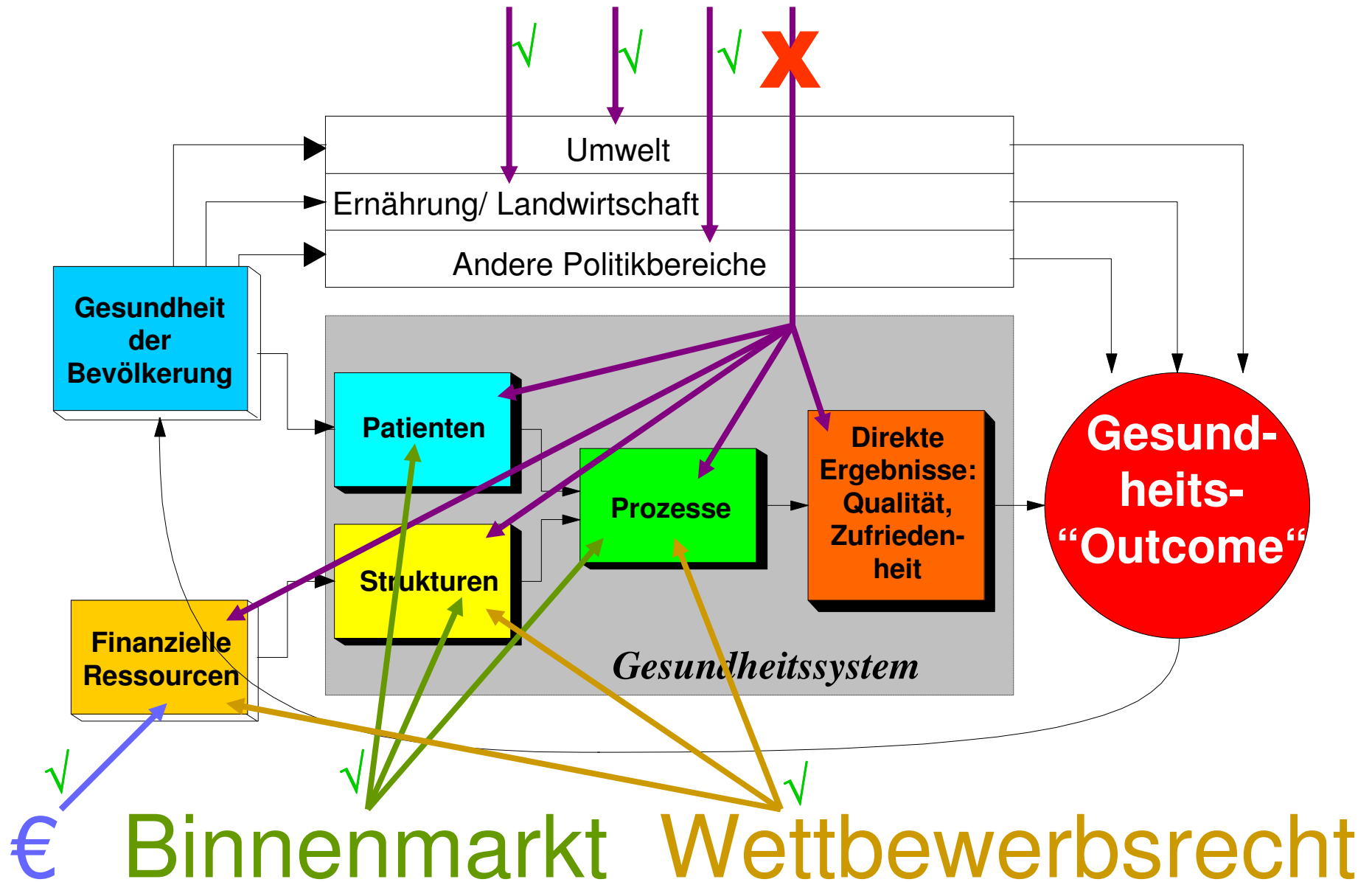
- Artikel 152(4) bezieht sich nur auf Public Health-Maßnahmen
- EU-Eingriffe in Gesundheitssysteme erfolgen aber sehr wohl durch
 - Arbeitsrecht (Arbeitszeiten im Krankenhaus!)
 - Wettbewerbsrecht (Arzneimittel-Festbeträge!?)
 - Binnenmarktsrecht mit 4 Freiheiten für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital – *insbesondere Interpretation durch EuGH-Urteile*

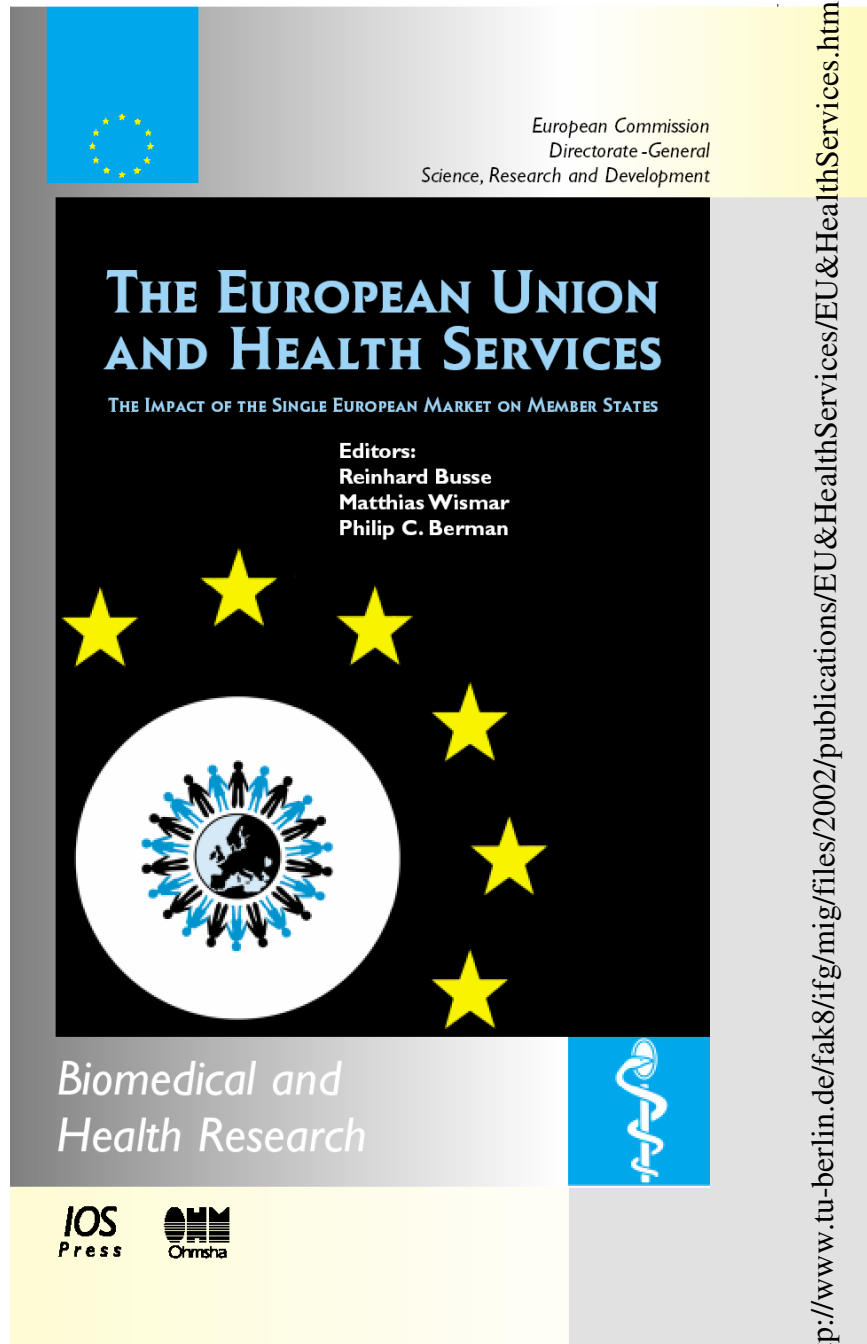
- Verordnung 1408/71: freier Personenverkehr (insb. Arbeitnehmer)

EuGH-Urteile:

- 1998 Kohll & Decker: freier Waren- und Dienstleistungsverkehr gilt auch im Gesundheitswesen (nur ambulant?, nur bei Kostenerstattung?)
- 2001 Peerbooms & Smits-Geraets: Leistungsausschlüsse müssen evidenz-basiert sein (mittelfristig = EU-Leistungskatalog); Präautorisierung darf bei unangemessenen Wartezeiten bzw. mangelnden Kapazitäten nicht verweigert werden
- 2003 Müller-Fauré & Van Riet: Erstattungsanspruch für ambulante Leistungen besteht grundsätzlich; für stationäre Leistungen kann dieser eingeschränkt bleiben, aber die Kriterien müssen klar definiert werden (*aber*: was ist ambulant? ambulantes Operieren? was ist zu planende Hochleistungsmedizin?)

EU-Gesundheitspolitik





“At European level, health services have to adapt to market rules, while at national level, health services are seen as part of a social model.

To overcome this situation and to ensure the social status of health services, we need – possibly paradoxically – to develop a European health policy.”

Wenn wir diese
Schlussfolgerung akzeptieren,
lautet die nächste Frage:

**Sollte EU-Gesundheitspolitik
auf den “regulären” Instrumenten
(Richtlinien, Verordnungen etc.)
oder einem Ergebnis-orientierten
Ansatz (“Offene Methode der
Koordinierung”) beruhen?**

Welche Ziele wären inhaltlich relevant?

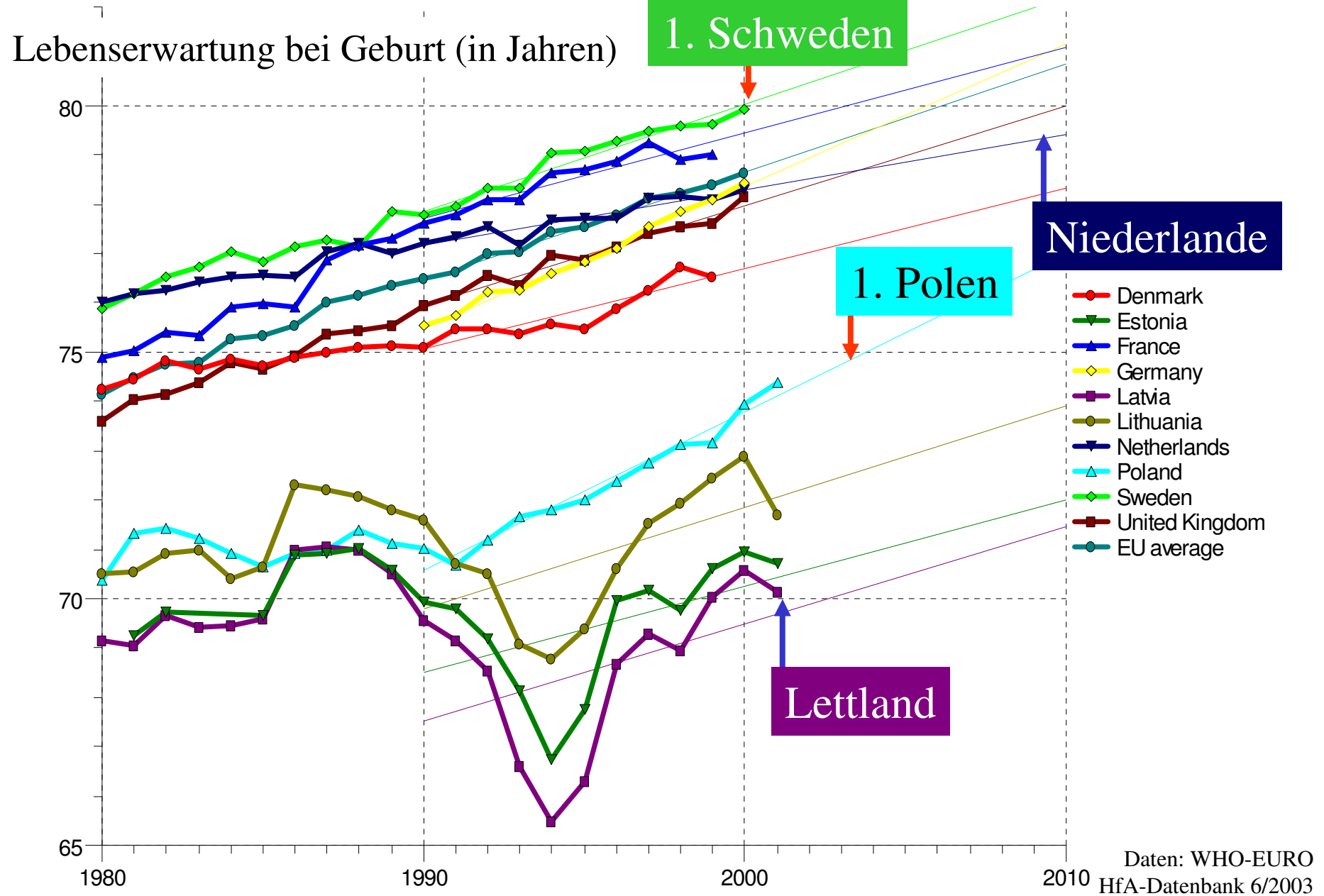
- Erreichung eines *hohen Gesundheitsniveaus* für die gesamte Bevölkerung,
- Gestaltung und Funktion der Gesundheitswesen entsprechend den *gerechtfertigten Bedürfnissen und Erwartungen* der Bevölkerungen,
- Zugang der gesamten betroffenen Bevölkerung zu *bedarfsgerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien*,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

Was ist methodisch zu beachten?

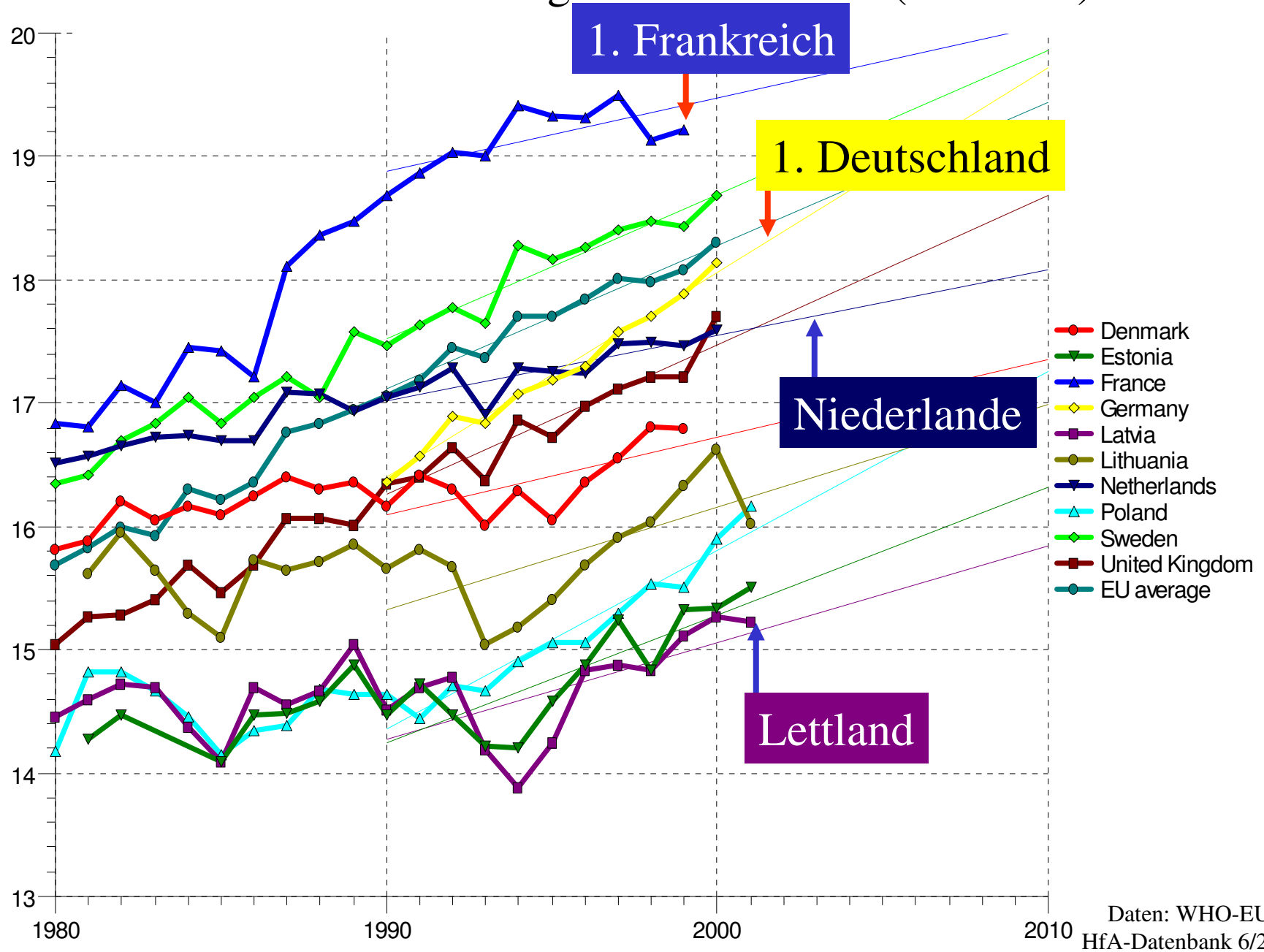
- Indikatoren müssen auf Daten beruhen, die in allen Ländern *objektiv* erhoben werden, in *guter Qualität zeitnah* vorliegen und *valide* sind.
- Daten müssen *transnational vergleichbar* sein, was nicht immer gegeben ist (z.B. Gesundheitsquote).
- *Kontext* von Daten ist wichtig, z.B.: Sind Ausgaben nur gesunken, weil Leistungen aus Katalog entfernt wurden?
- *Ergebnisse*, nicht Inputs, müssen bewertet werden!
- Verzicht auf *Index*bildungen, d.h. kein Gesamt-Ranking!

- Erreichung eines *hohen Gesundheitsniveaus* für die gesamte Bevölkerung

Quer- vs. längsschnittliche Bewertung

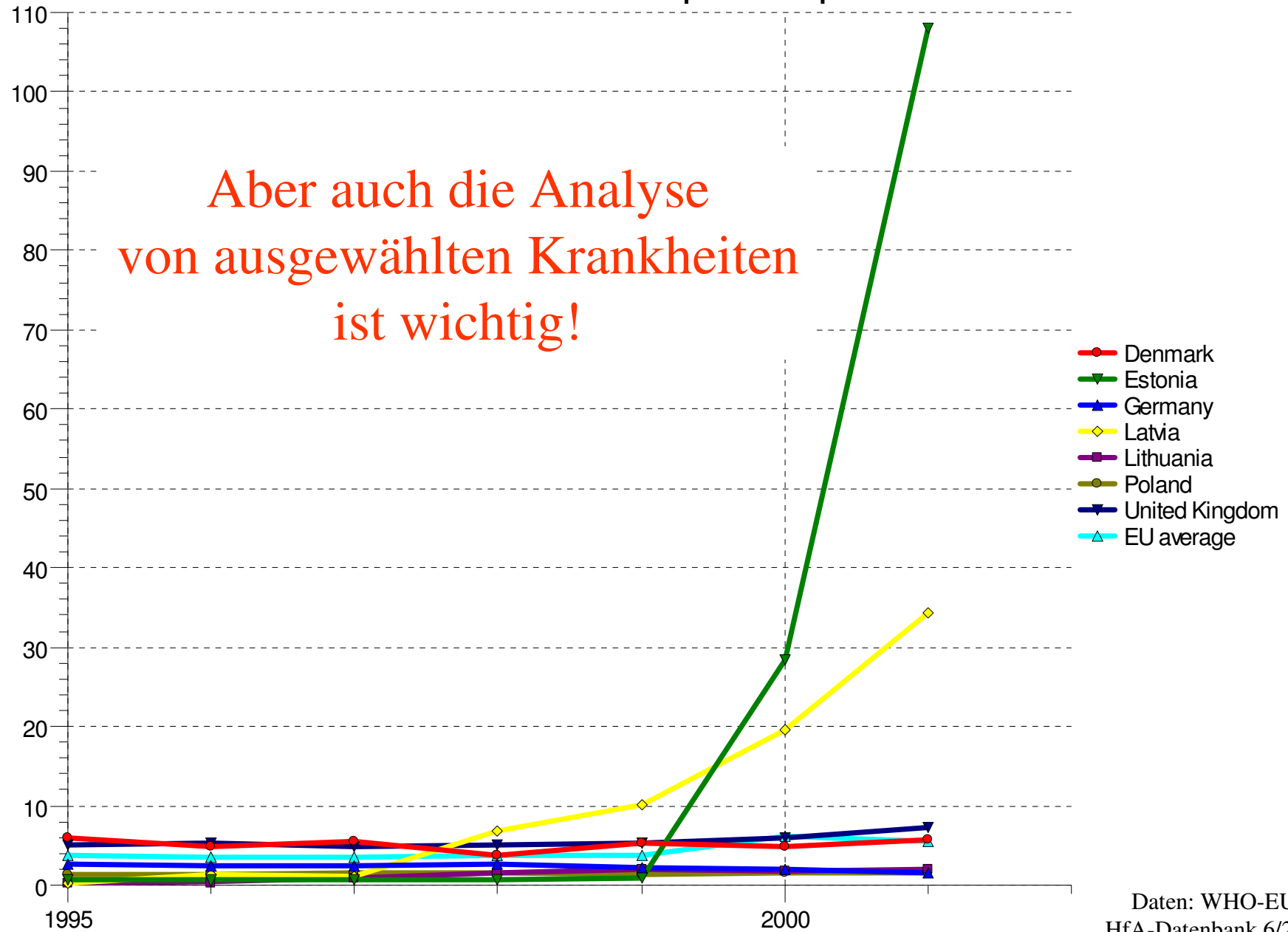


Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 (in Jahren)



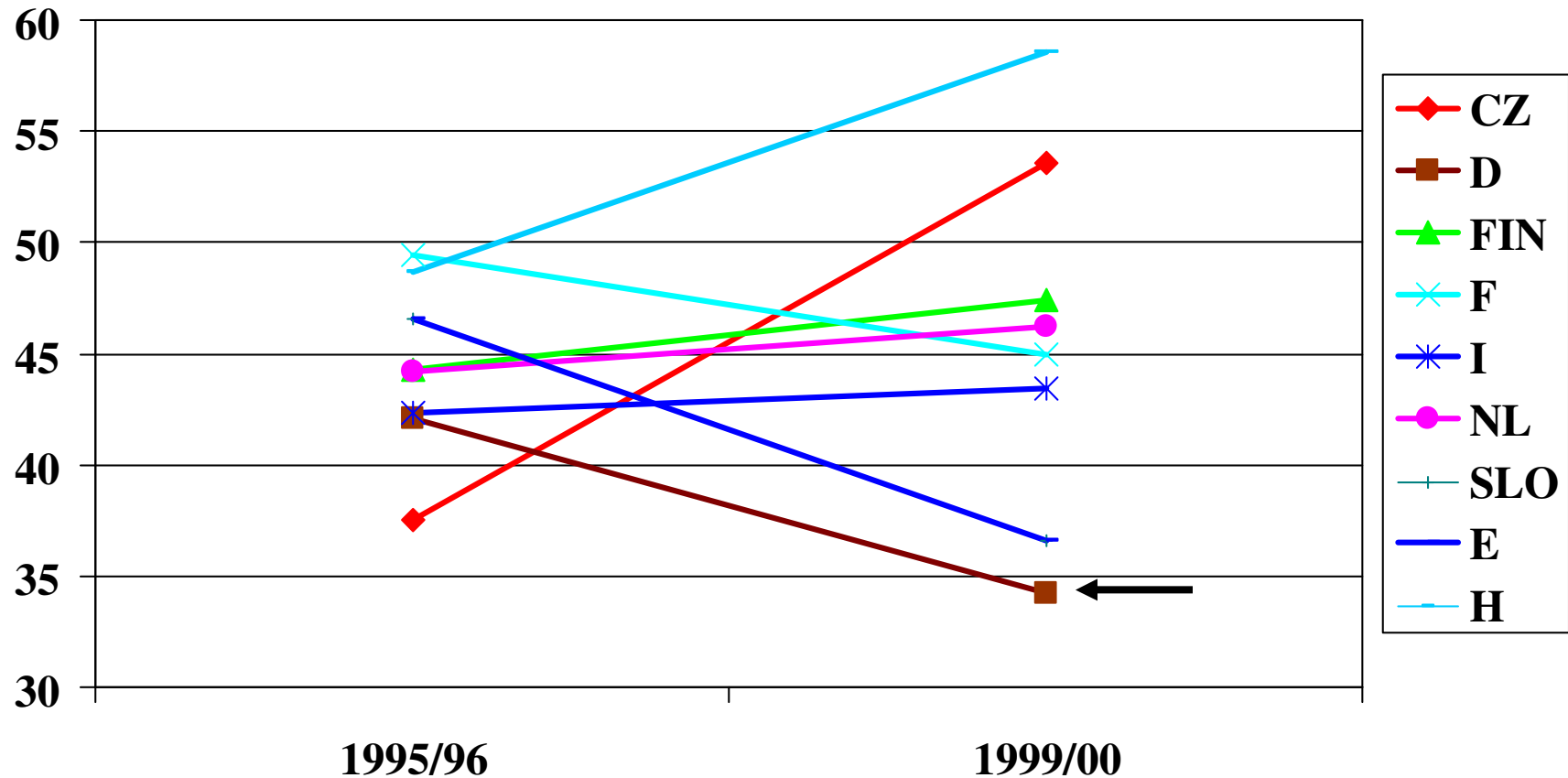
Daten: WHO-EURO
HfA-Datenbank 6/2003

050303 New HIV infections reported per 100000



- Zugang der gesamten betroffenen Bevölkerung zu *bedarfsgerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien*

Gute Blutdruckeinstellung 6 Monate nach Krankenhausaufenthalt wegen Koronarer Herzerkrankung



Daten: EUROASPIRE „Clinical reality of coronary prevention guidelines“, Lancet 2001; 357: 998

- Sicherstellung *fairer und nachhaltiger Finanzierung* der Gesundheitsversorgung

	Finanzielle Fairness der Finanzierung (1.00 = max.)	% der Haushalte mit „katastrophalen“ Gesundheitsausgaben	% der Haushalte mit „katastrophalen“ Zuzahlungen
Großbritannien	0,921	0,33	0,04
Dänemark	0,920	0,38	0,07
Schweden	0,920	0,39	0,18
Deutschland	0,913	0,54	0,03
Belgien	0,903	0,23	0,09
Finnland	0,901	1,36	0,44
Spanien	0,899	0,89	0,48
Frankreich	0,889	0,68	0,01
Schweiz //	0,875	3,03	0,57
Griechenland //	0,858	3,29	2,17
Portugal //	0,845	4,01	2,71

// hohe Zuzahlungen	Steuern	Lohnbezogen	Kopfpauschale
----------------------------	----------------	--------------------	----------------------

Daten: Murray & Evans „Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism“, WHO 2003: 525-6

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 würde *Europa für seine Bürger fassbarer* machen.



Dagegen bleibt der Verfassungsentwurf deutlich zurück!

Artikel II-35: Gesundheitsschutz

Jeder Mensch hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung der Politik und Aktionen der Union in allen Bereichen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.



Präsentation, Artikel u.v.m. verfügbar auf:
<http://mig.tu-berlin.de>

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

A U F S Ä T Z E

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

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 poli-