



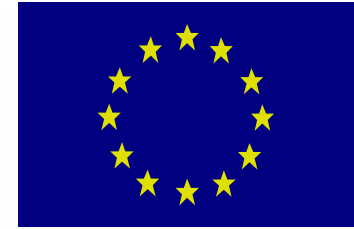
Die offene Methode der Koordinierung (OMK) im Gesundheitswesen

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH

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

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

GESUNDHEITSWESEN



Artikel 152 (ex-Artikel 129)

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

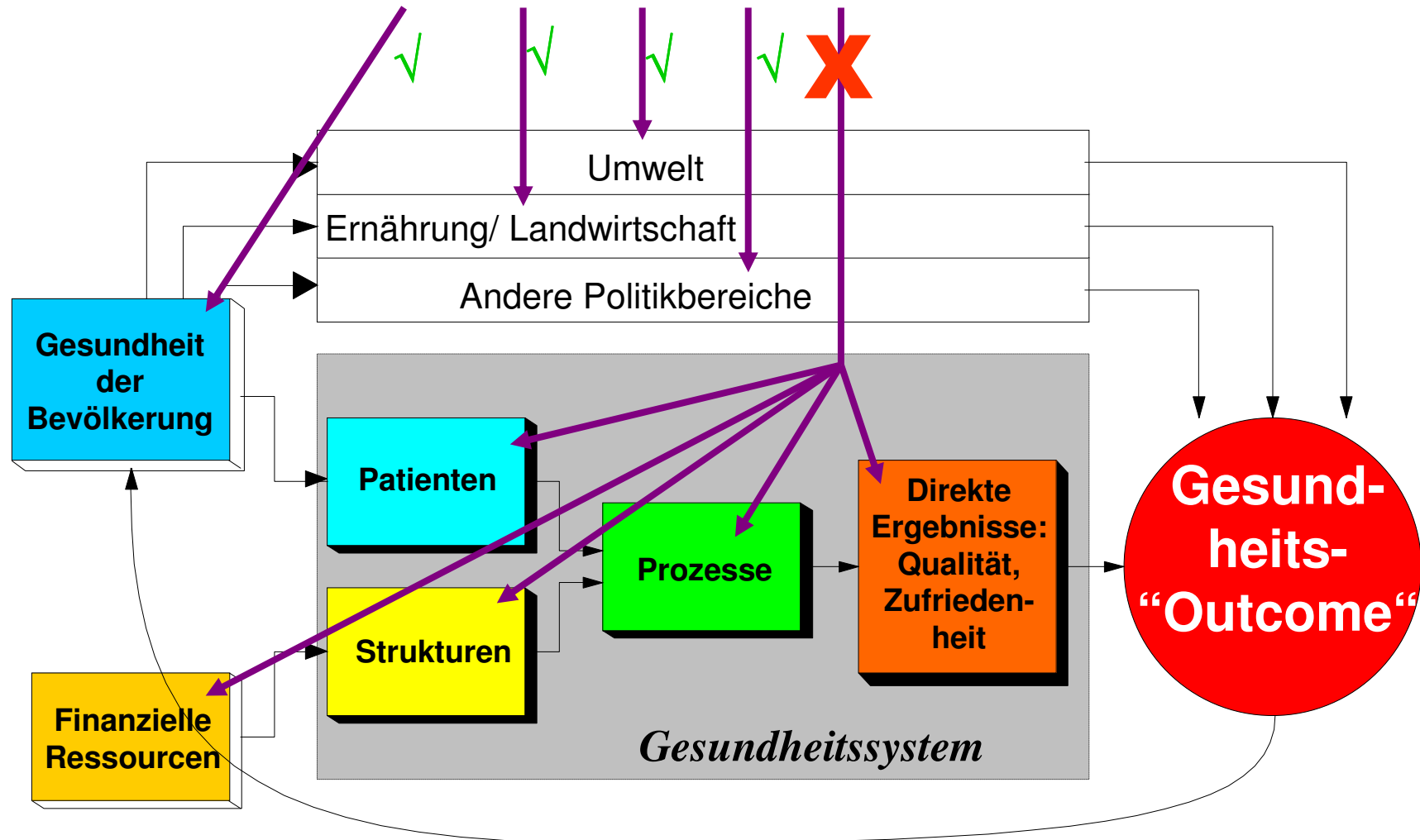
Die Tätigkeit der Gemeinschaft ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. Sie umfaßt die Bekämpfung der weitverbreiteten 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

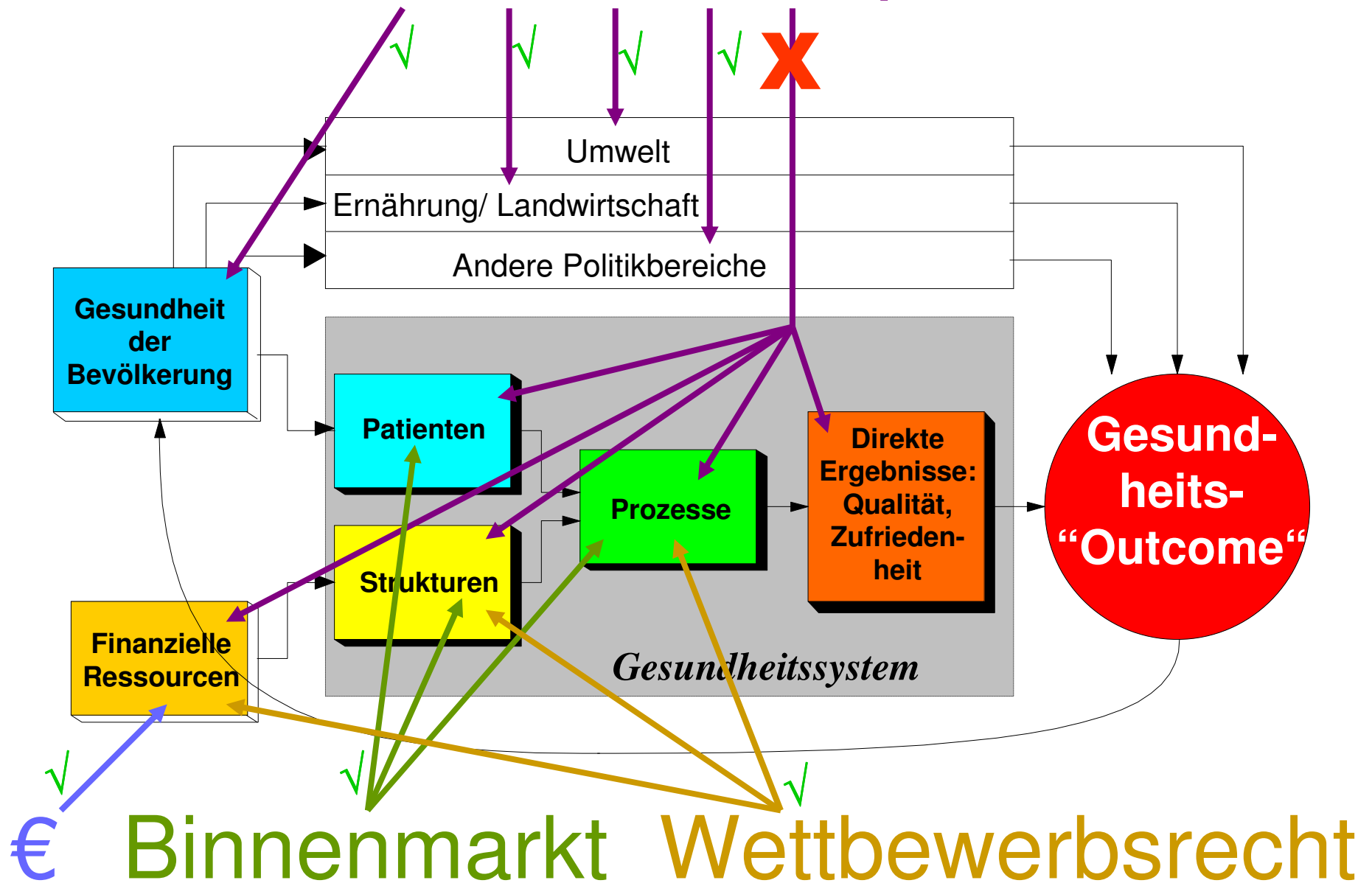


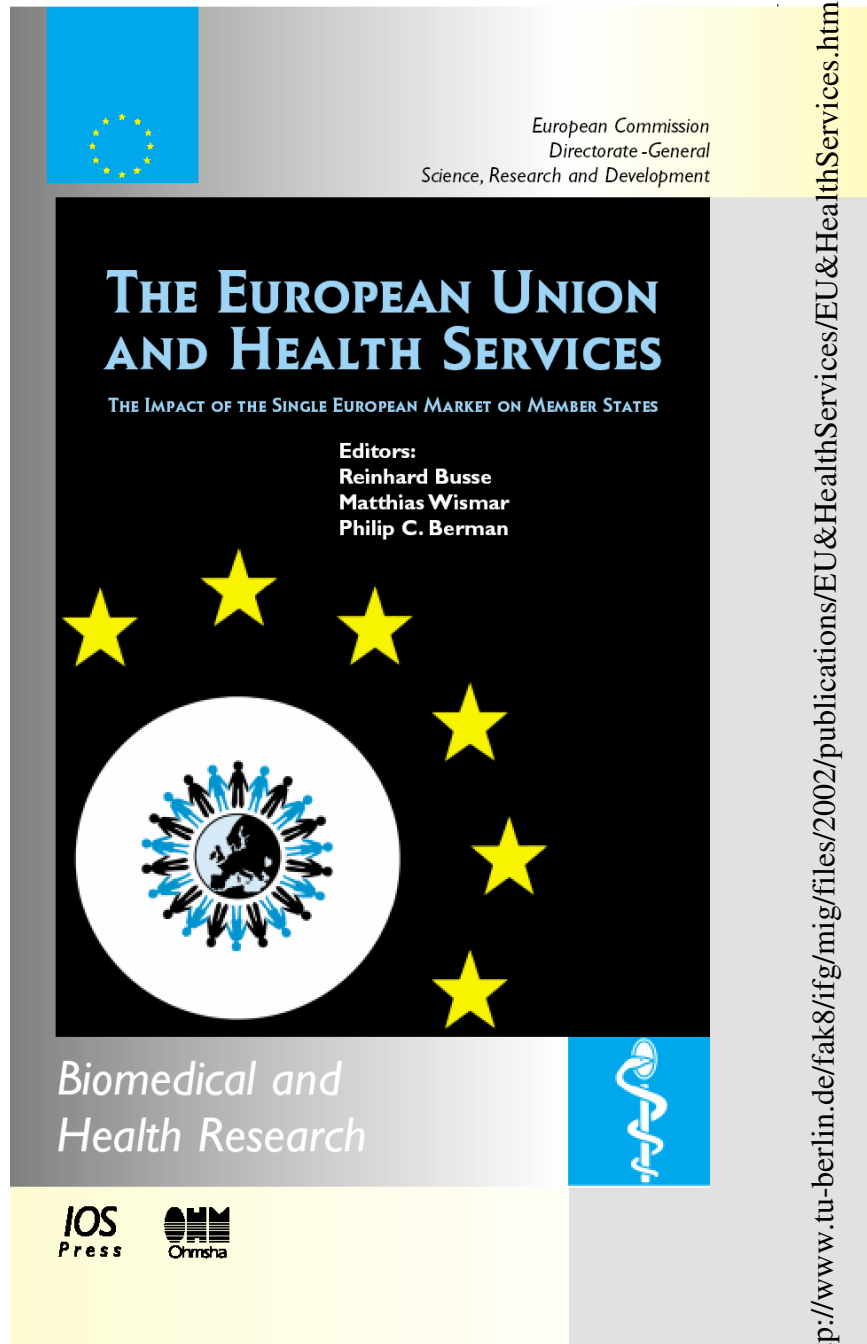


ABER:

- Artikel 152(5) bezieht sich nur auf Public Health-Maßnahmen
- EU-Eingriffe in Gesundheitssysteme erfolgen aber sehr wohl durch u.a.
 - Arbeitsrecht (Arbeitszeiten im Krankenhaus!)
 - Wettbewerbsrecht (Arzneimittel-Festbeträge!?)
 - Binnenmarktsrecht mit 4 Freiheiten für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital
- *insbesondere Interpretation durch EuGH-Urteile wie Kohl/ Decker 1998, Peerbooms/ Smits-Geraets 2001, Müller-Fauré/ Van Riet 2003*

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?**

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 Version von Nizza (gültig seit 1.2.2003)

(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. ...

- *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
- *3.1.2003 Vorschlag der Kommission zu einem Bericht „Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus“*
- *Herbst 2003: Vorschläge der Kommission für Fortsetzung und Ausdehnung auf neue Mitglieder*
- *April 2004: neue Mitteilung*



Ziele laut Kommissions- mitteilung April 2004



- Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung: Universalität, Angemessenheit, Solidarität
- Förderung der Versorgungsqualität
- Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit einer zugänglichen und hochwertigen Gesundheitsversorgung

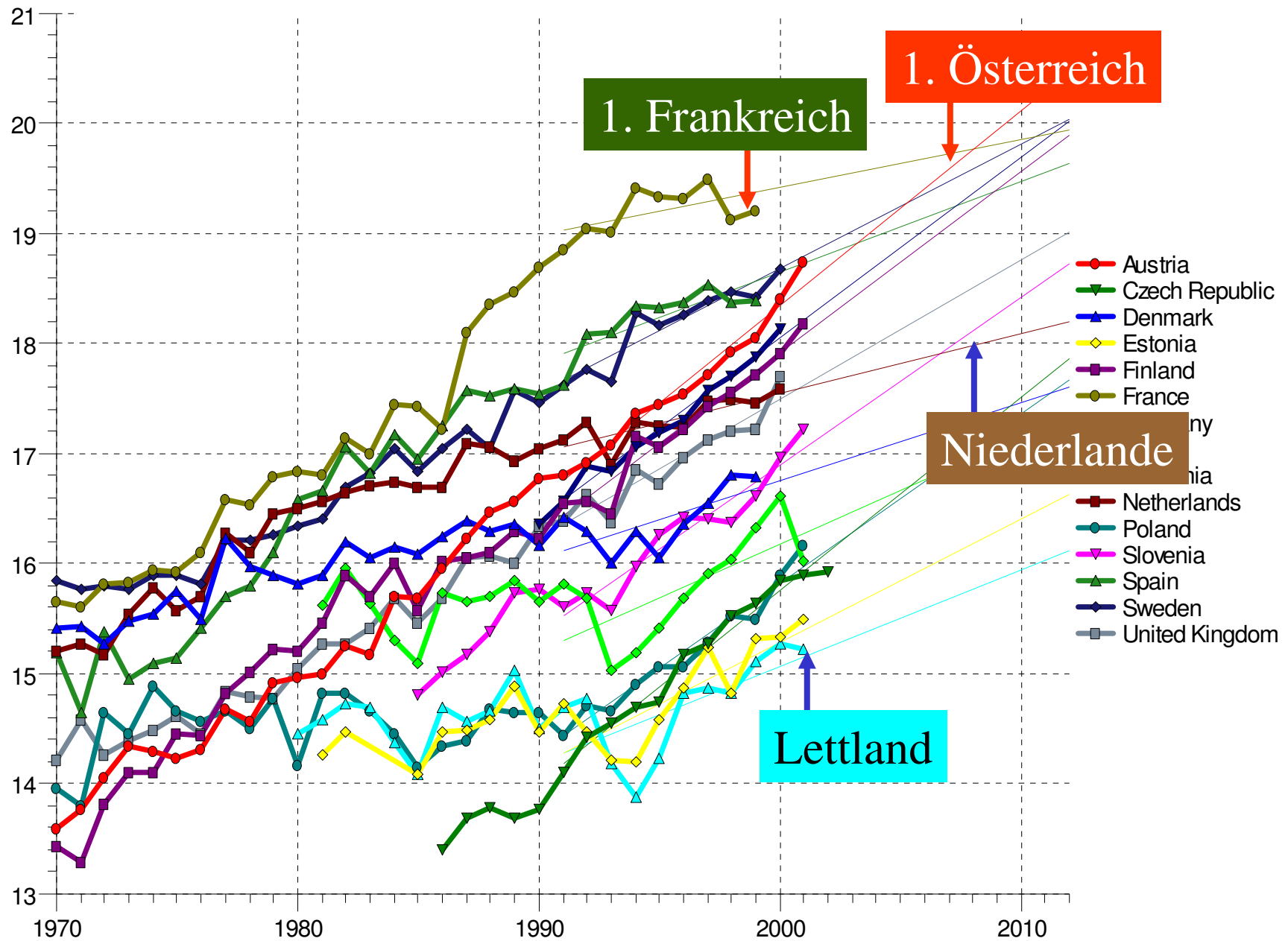
Aber: welche Indikatoren, wie die Ziele quantifizieren?

Welche Ziele wären inhaltlich relevant?

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

- Erreichung eines *hohen Gesundheitsniveaus* für die gesamte Bevölkerung

Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 (in Jahren)



- Sicherstellung *fairer und nachhaltiger Finanzierung* der Gesundheitsversorgung

	Verteilung: finanzielle Fairness (1,00 = max.)	Schwelle	
		% an Haushalten mit katastrophalen [> 40%] Gesundheitsausgaben	% an Haushalten mit katastrophalen [> 40%] Selbstzahlungen (out of pocket)
Slowakei	0,941	0,00	0,00
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
Ungarn	0,905	0,96	0,20
Tschechien	0,904	0,01	0,00
Belgien	0,903	0,23	0,09
Finnland	0,901	1,36	0,44
Spanien	0,899	0,89	0,48
Slowenien	0,890	1,88	0,06
Frankreich	0,889	0,68	0,01
Litauen	0,875	1,68	1,34
Estland	0,872	2,47	1,30
Griechenland	0,858	3,29	2,17
Portugal	0,845	4,01	2,71
Lettland	0,828	4,05	2,75

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,
 - EU-Krankenversicherungskarte (ab 2004)
- 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.



Wird das tatsächlich passieren?

- Kohl & Decker sind erst 6 Jahre her –
Entwicklung über die nächsten 6 Jahre sollte nicht unterschätzt werden
- Fakt ist: Verfassung verankert OMK direkt im Public Health-Paragraphen
- Aber: gleichzeitig wird OMK-“Streamlining“ über alle Bereiche hinweg angestrebt (= Gefahr des Verlustes an Gesundheitsspezifität)
- Grad der tatsächlichen Ergebnis-Orientierung (vs. Sich-Loben anhand von Prozessen) unklar

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

Hintergrund, mögliche Ziele und Indikatoren, Auswirkungen auf Gesundheitssysteme

von Reinhard Busse, MPH*

ABSTRACT

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

sen und Erwartung in der Bevölkerung, „Zugang zu gerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien“ sowie „Schaffung fairer und nachhaltiger Finanzierung“ in Frage. So fundierte EU-Gesundheitspolitik könnte das Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlicher EU-Regulierung und nationaler Finanzierung und Leistungserbringung lösen helfen.

Schlüsselworte: Europäische Union, Gesundheitspolitik, offene Methode der Koordinierung

EUROPÄISCHE UNION

Neue Verfassung, neue So...

Brüssels Arm reicht weit: Schon heute gibt das europäische Recht in vielen Politikbereichen vor, wo's national lang zu gehen hat. Wie groß aber ist der Einfluss der Europäischen Union auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten? Bahnt sich durch die geplante

Erreichung eines hohen Niveaus beim zu leisten. Artikel 30 stellt den freien Warenverkehr, Artikel 39 den Gesundheitsschutzvorbehalt, Artikel 39 c den Arbeitnehmer, Artikel 46 das Niederlande, Artikel 95 die Angleichung von Rechtsvorschriften fest. Es lässt sich also feststellen: Viele Grundpfeiler des Binnenmarkts mit seinen vier Grundfreiheiten – Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital – sind – dann eingeschränkt werden, wenn der Bürger gefährdet ist. Beispiel: die Exporte von Fleisch aus EU-Ländern mit bestätigten BSE-Erkrankungen in andere Mitgliedstaaten. Verkauf und Verzehr in betroffenen Länder einzuschränken, lag und liegt daher halbwegs in der Gemeinschaftskompetenz. Die BSE-Krise zeigt, dass „Gesundheit“ auf EU-Ebene als eng verflochten mit Verbraucherschutz gesehen wird. Beleg dafür: die Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz. Fest steht, dass die gesundheitlichen Belange bei der Ausgestaltung von Gemeinschaftspolitiken zu berücksichtigen sind – und nationale Gesundheitsminister können auf EU-Ebene in Politikbereichen mitbestimmen. Nur in einem Bereich ist das nicht möglich: im Gesundheitssystem (Artikel 1). Das heißt aber nicht, dass die EU keinerlei Kompetenzen hat, die Einfluss auf die Organisation dieser Systeme

Unumstritten ist etwa, dass die Defizite öffentlicher Gesundheitssysteme einschließlich der Systeme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf die Verschuldung des Staates Maastricht angerechnet werden. Das GKV-Defizit in Deutschland ist immerhin rund drei Milliarden Euro pro Jahr. In Frankreich lag es 2001 bis 2003 – war ein Grund für das Überschreiten