

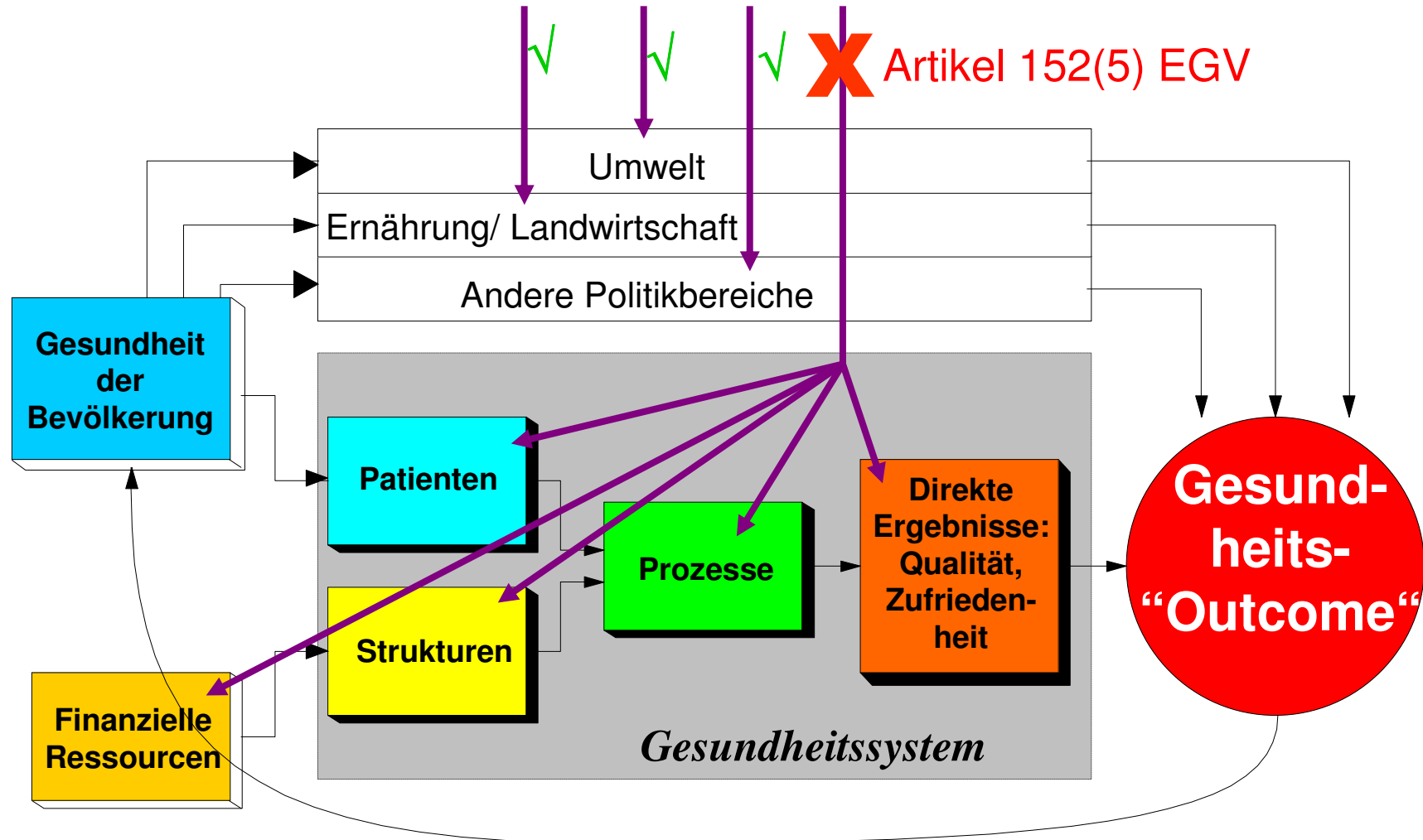


# **Gesundheit und Europa – die “medizinische” Perspektive zu Gründungsvertrag, europäischem Gerichtshof, Verfassung und offener Methode der Koordinierung**

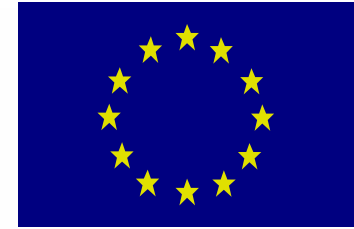
**Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH**

**Professor für Management im Gesundheitswesen,  
Technische Universität Berlin & Charité – Universitätsmedizin  
Associate Research Director,  
European Observatory on Health Systems and Policies**

# EU-Gesundheitspolitik



## 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.



# ABER:

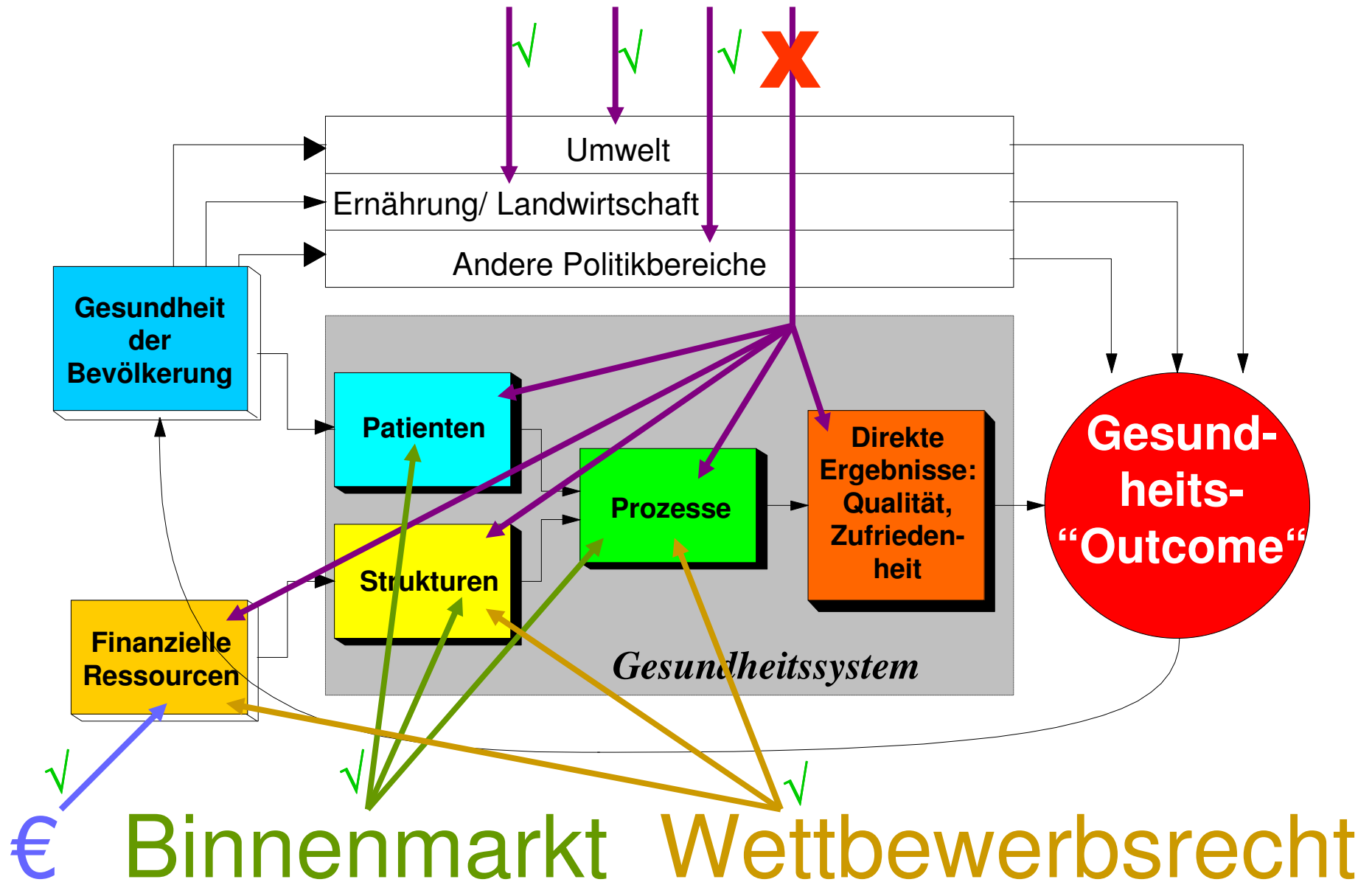
- Artikel 152(5) bezieht sich nur auf Public Health-Maßnahmen
- EU-Eingriffe in Gesundheitssysteme erfolgen aber sehr wohl durch
  - Arbeitsrecht (Arbeitszeiten im Krankenhaus!)
  - Wettbewerbsrecht (Arzneimittel-Festbeträge!?)
  - Binnenmarktsrecht mit 4 Freiheiten für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital – *insbesondere Interpretation durch EuGH-Urteile*

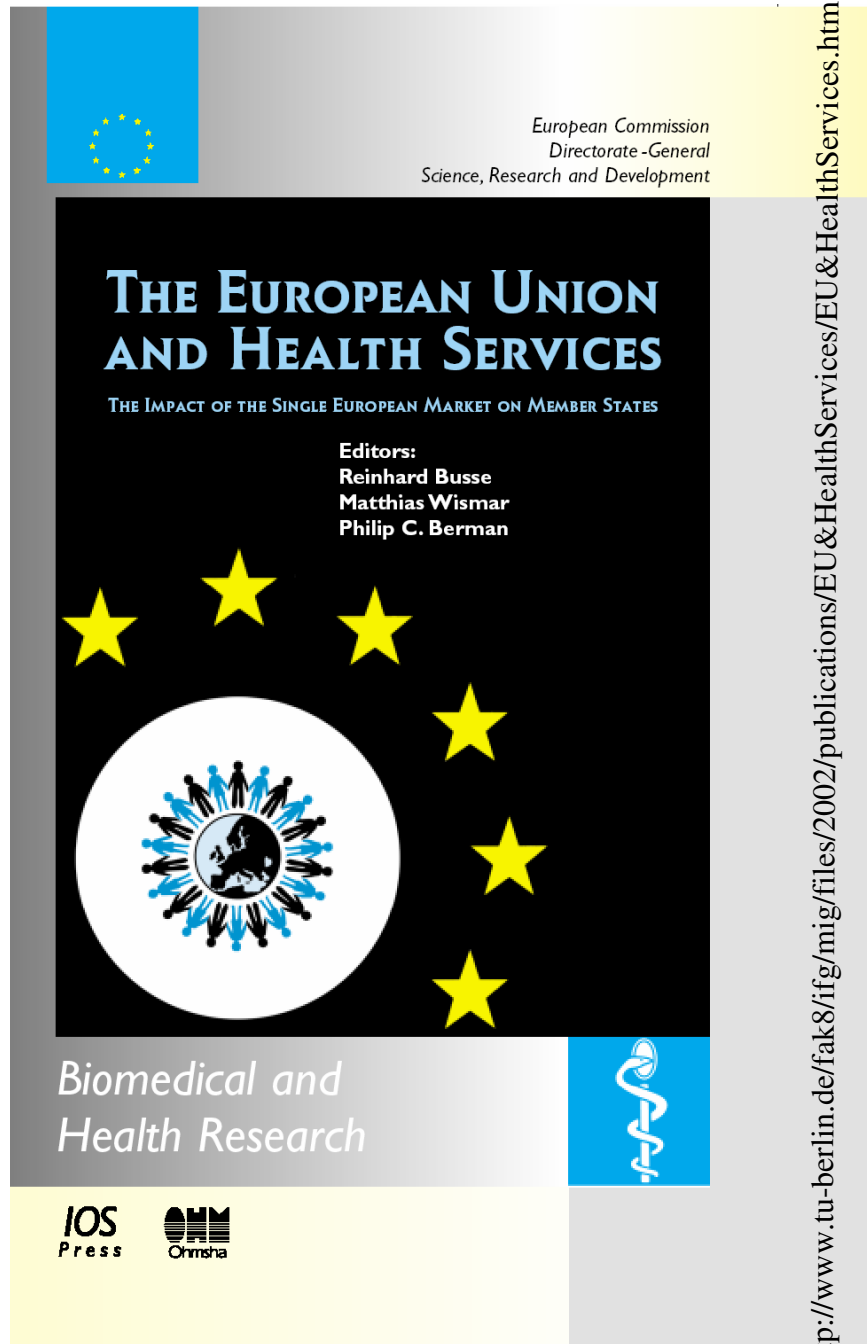
- Verordnung 1408/71: freier Personenverkehr (insb. Arbeitnehmer)

## **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:

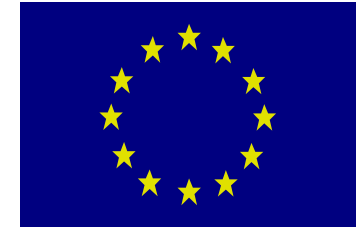
**Sollte EU-Gesundheitspolitik  
auf den “regulären” Instrumenten  
(Richtlinien, Verordnungen etc.)  
oder einem Ergebnis-orientierten  
Ansatz (“Offene Methode der  
Koordinierung”) beruhen?**



# 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

# Wie kann sie im Gesundheitswesen eingesetzt werden?



Laut Kommissionsmitteilung April 2004

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

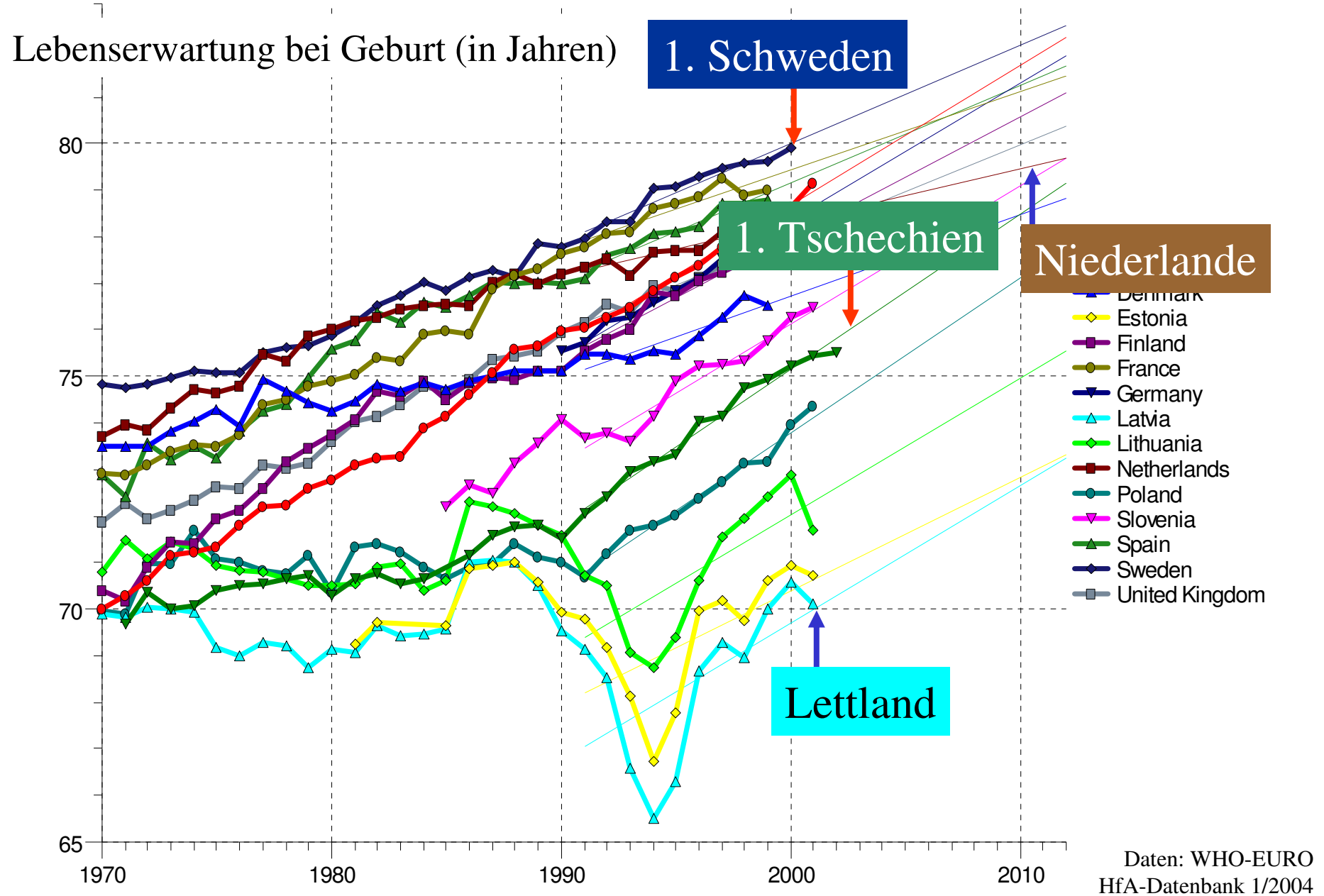
*Aber: welche Indikatoren, wie die Ziele quantifizieren?*

# Welche Ziele wären inhaltlich relevant?

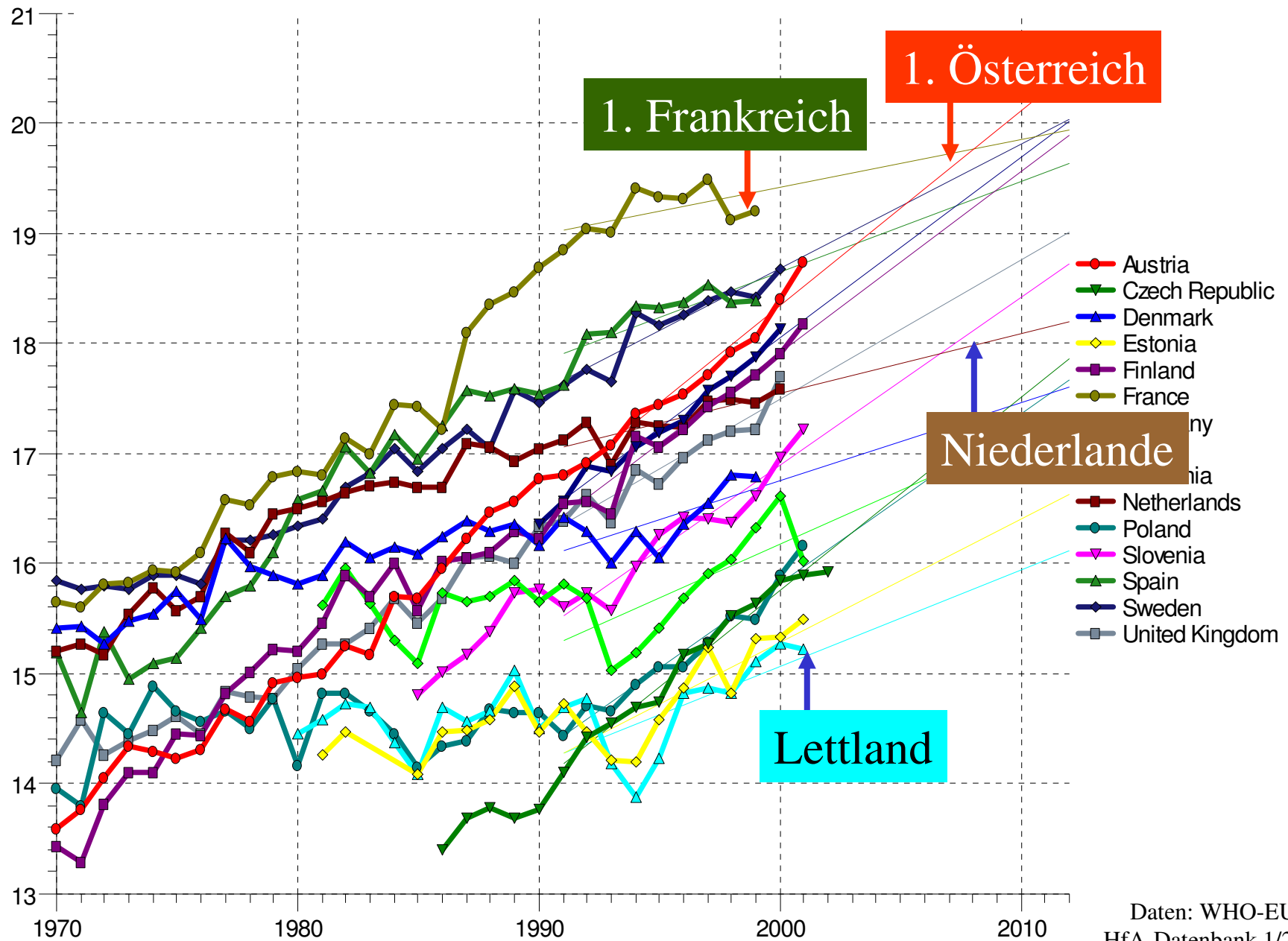
- Erreichung eines *hohen Gesundheitsniveaus* für die gesamte Bevölkerung,
- Gestaltung und Funktion der Gesundheitswesen entsprechend den *gerechtfertigten Bedürfnissen und Erwartungen* der Bevölkerungen,
- Zugang der gesamten betroffenen Bevölkerung zu *bedarfsgerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien*,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

- Erreichung eines *hohen Gesundheitsniveaus* für die gesamte Bevölkerung

# Quer- vs. längsschnittliche Bewertung

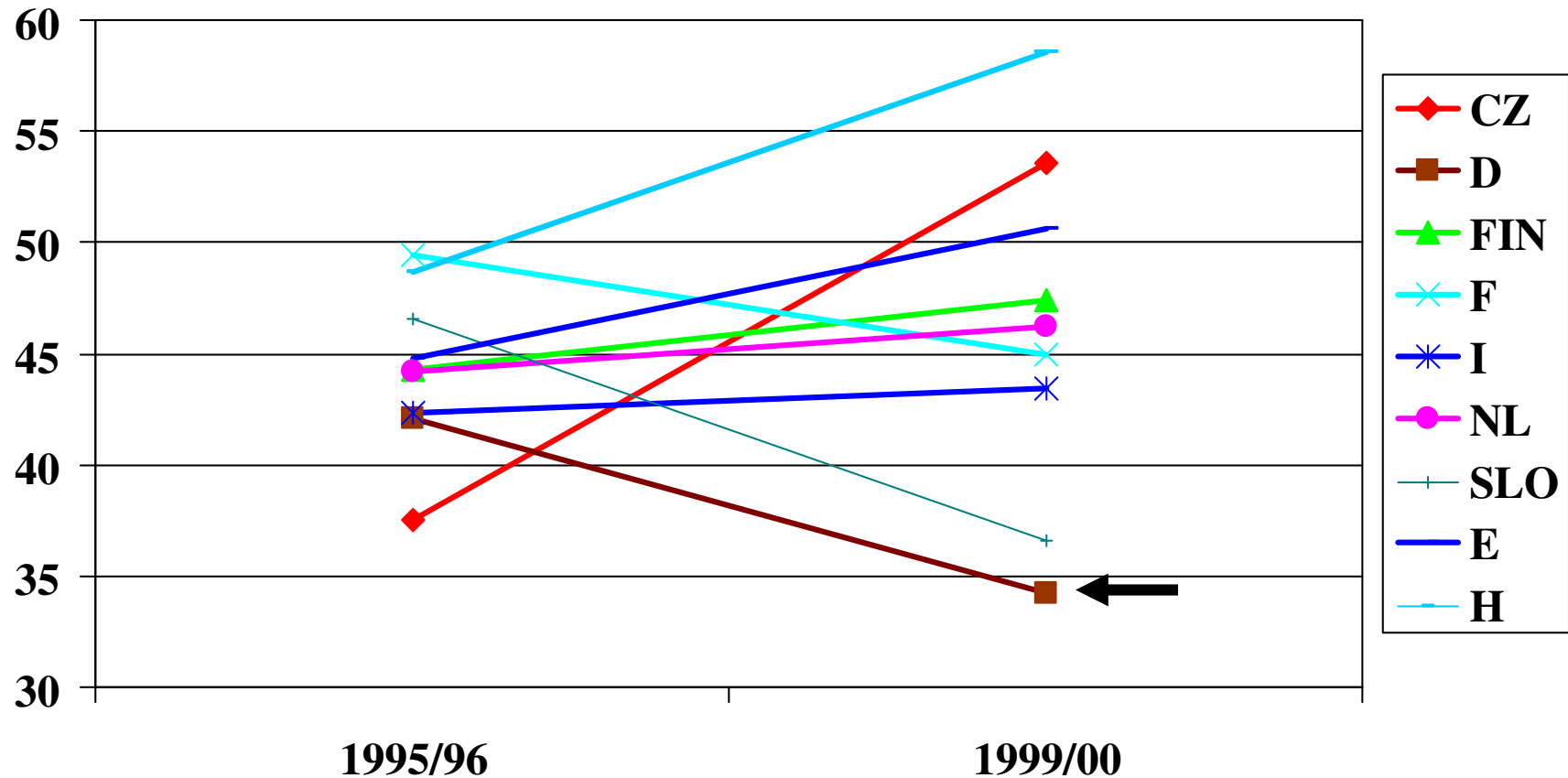


# Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 (in Jahren)



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

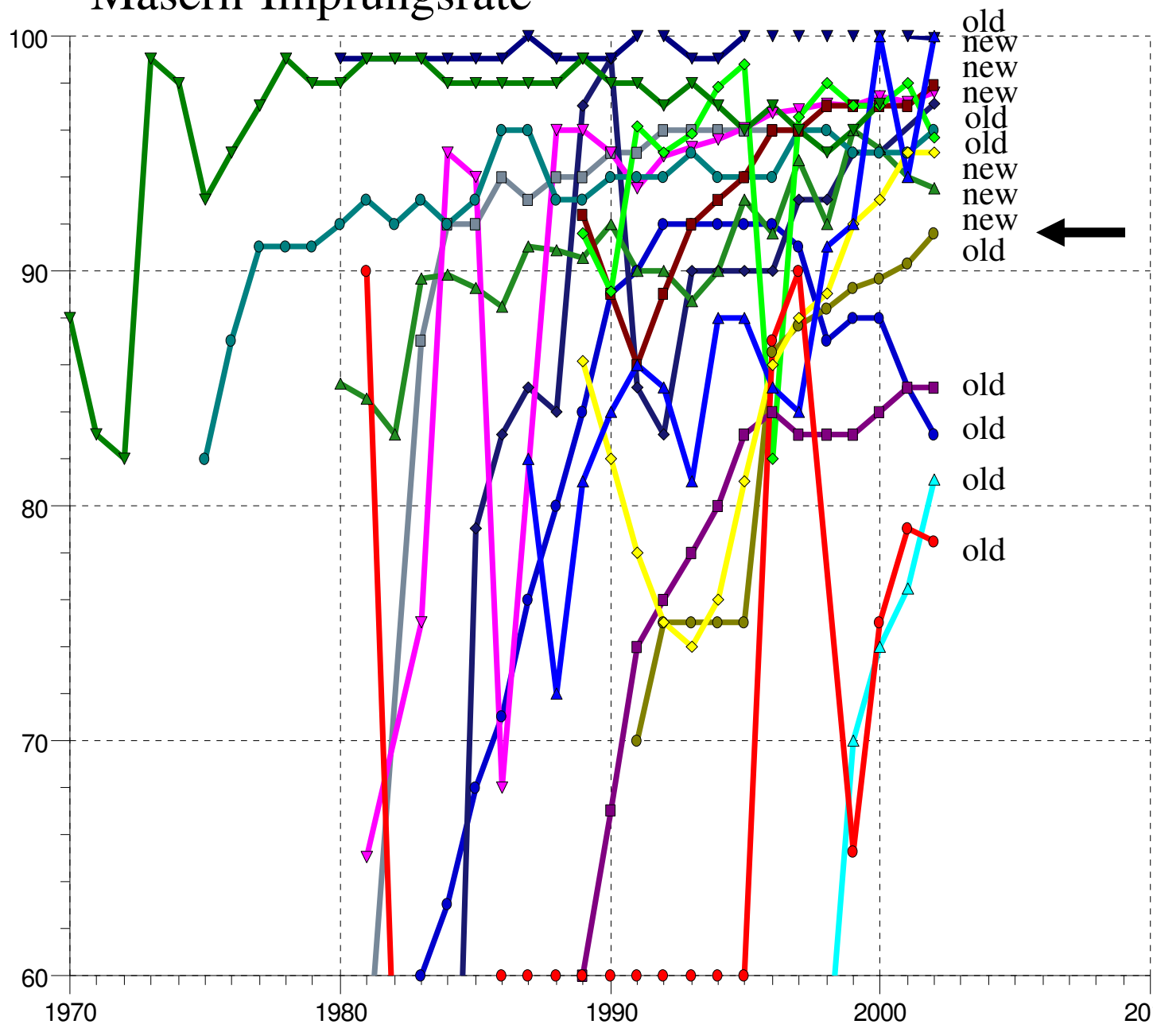
# Gute Blutdruckeinstellung 6 Monate nach Krankenhausaufenthalt wegen Koronarer Herzerkrankung



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



# Masern-Impfungsrate



- Austria
- ▼ Czech Republic
- ▲ Denmark
- ◆ Estonia
- France
- Germany
- ▼ Hungary
- ▲ Italy
- ◆ Latvia
- Lithuania
- Netherlands
- ▼ Poland
- ▲ Slovenia
- ◆ Spain
- Sweden
- United Kingdom

- Sicherstellung *fairer und nachhaltiger Finanzierung* der Gesundheitsversorgung

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

<b>// hohe Zuzahlungen</b>	<b>Steuern</b>	<b>Lohnbezogen</b>	<b>Kopfpauschale</b>
----------------------------	----------------	--------------------	----------------------

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.



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



**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 Verfassung eine andere EU-Gesundheitspolitik an? Antworten von **Reinhard Busse**

trag zur Erreichung eines hohen Niveaus beim (schutz zu leisten. Artikel 30 stellt den freien Wä ter einen Gesundheitsschutzvorbehalt, Artikel 39 c keit von Arbeitnehmern, Artikel 46 das Niederl und Artikel 95 die Angleichung von Rechtsvorsc ktrzt lässt sich also feststellen: Viele Grundpfeiler besondere der Binnenmarkt mit seinen vier Gr für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapu und müssen – dann eingeschränkt werden, wenn heit der Bttrger gefährdet ist. Beispiel: die Expor Rindfleisch aus EU-Ländern mit bestätigten BSE- dere Mitgliedstaaten. Verkauf und Verzehr inner troffenen Länder einzuschränken, lag und liegt da halb der Gemeinschaftskompetenz. Die BSE-Krise dass „Gesundheit“ auf EU-Ebene als eng verflocht Verbraucherschutz gesehen wird. Beleg dafür: die „Generaldirektion für Gesundheit und Verbrauche Fest steht, dass die gesundheitlichen Belange b meinschaftspolitiken zu berücksichtigen sind – ur nalen Gesundheitsminister können auf EU-Ebene litkbereichen mitbestimmen. Nur in einem Berei Nichts zu sagen: im Gesundheitssystem (Artikel 1! Das heisst aber nicht, dass die EU keinerlei Komp te, die Einfluss auf die Organisation dieser System

Unumstritten ist etwa, dass die Defizite öffentlic heitssysteme einschließlich der Systeme der gesetz kenversicherung (GKV) auf die Verschuldungsg Maastricht angerechnet werden. Das GKV-Defiz immerhin rund drei Milliarden Euro pro Jahr i 2001 bis 2003 – war ein Grund für das Überschrei Prozent-Verschuldungsgrenze durch Deutschland.