

EU: Die offene Methode der Koordinierung, Freizügigkeit für Arbeitnehmer und Patienten und die Rolle des Leistungskataloges

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH

FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

European Observatory on Health Systems and Policies



GESUNDHEITSWESEN



Artikel 152 (ex-Artikel 129)

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

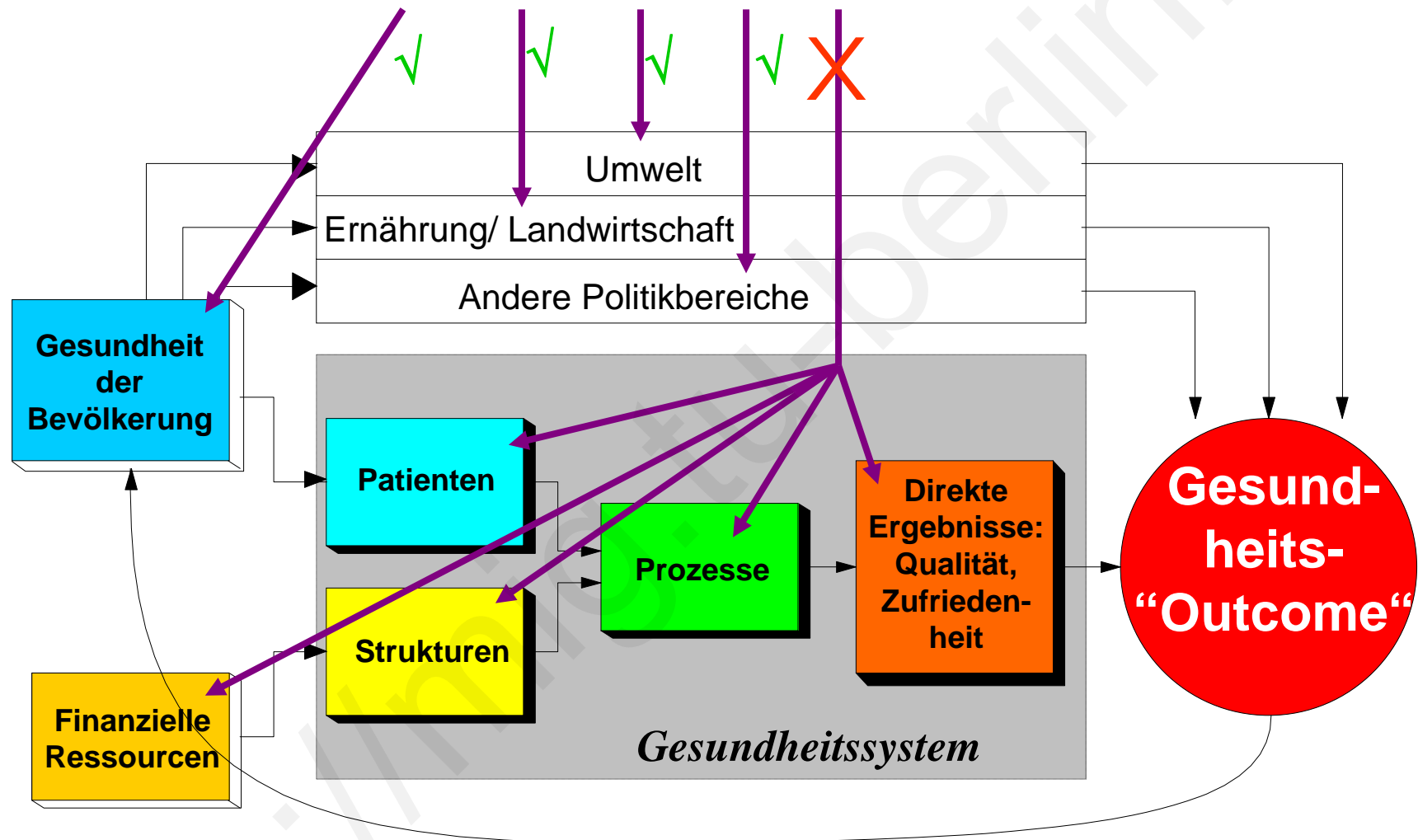
Die Tätigkeit der Gemeinschaft ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. Sie umfaßt die Bekämpfung der weitverbreiteten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

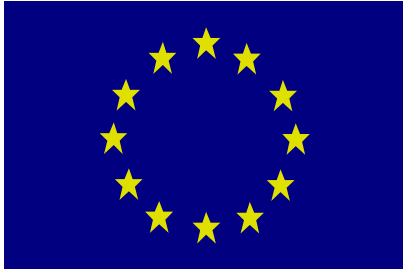
EU-Gesundheitspolitik





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
 - Binnenmarktsrecht mit 4 Freiheiten für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital



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 = direkter Einfluss innerhalb des Landes)
 - Wettbewerbsrecht
 - Binnenmarktsrecht mit 4 Freiheiten für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital
= direkter Einfluss nur auf grenzüberschreitende Personen- und Dienstleistungsströme

Das Kernproblem bei Grenzüberschreitung – egal ob von Gesundheitspersonal, Patienten, Waren

- Gilt das Recht des Herkunftslandes?
- Gilt das Recht des Landes, in dem gearbeitet wird bzw. die Leistung erbracht wird?
- Soll/ muss es ein einheitliches EU-Recht geben?

Das Kernproblem bei Grenzüberschreitung – egal ob von Gesundheitspersonal, Patienten, Waren

Konkret:

- Welche Anforderungen an die Qualifikation gelten für eine polnische Krankenschwester, die in Deutschland arbeiten will?
- Welches Recht wird angewandt, wenn ein GKV-Versicherter einen Arzt in Slubice kontaktiert?
- Und wenn dieser einen Hausbesuch in Frankfurt/ Oder macht?

Die EU kennt keine einheitliche Regelung

- Sog. sektorale Richtlinien für Ärzte (einschl. 52 Facharztdisziplinen), Pflegekräfte, Zahnärzte, Hebammen ... regeln gegenseitige Anerkennung auf Grundlage von Minimalstandards (z.B. Medizinstudium mind. 5 J. und 5500 Stunden)
- *Aber: Instrument ist relativ starr, da Veränderungen im Curriculum und neue Sub-Spezialisierungen in Richtlinie eingearbeitet werden müssen*
- Sog. allgemeine Richtlinien (für alle anderen Berufe) sehen die Möglichkeit der Anerkennungsperiode, den Erwerb von Zusatzausbildungen oder eine Prüfung vor

Die EU kennt keine einheitliche Regelung

Die EU-Kommission hat eine neue einheitliche Richtlinie vorgeschlagen, die einerseits die automatische Anerkennung verringert (z.B. nur noch für 17 Facharztgruppen), andererseits die temporäre Niederlassung (< 16 Wochen) in einem anderen EU-Staat unter den Regeln des Herkunftslandes vorsieht (*vgl. auch sog. Dienstleistungsrichtlinie*)

Lösung: EU Verordnung 1408/71

- die aber zunehmend als ungenügend betrachtet wird, wie die Fälle vor dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) zeigen

**PATIENT: Welche Leistungen sind verfügbar?
Bei welchen Leistungserbringern?
Welche Hürden (Überweisung, Rezept...)?
Wieviel Kostenerstattung/ Selbstbeteiligung?**

Land A

Leistungskatalog A

Land B

**KOSTENTRÄGER: Um welche Leistungen handelt es sich eigentlich? (Was verbirgt sich hinter der franz. Ziffer XYZ?)
Ist der in Rechnung gestellte Betrag korrekt? Ist er berechtigt?**

Situation 1: Person möchte (mit seiner Familie)
in Land A leben und in Land B arbeiten.

Land A

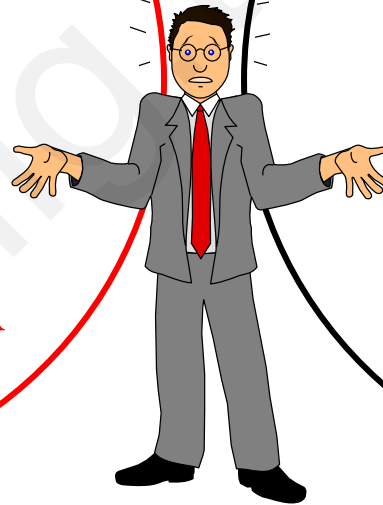


Leistungskatalog A
aufgrund
Taxonomie A
und
Gebührenordnung A



Land B

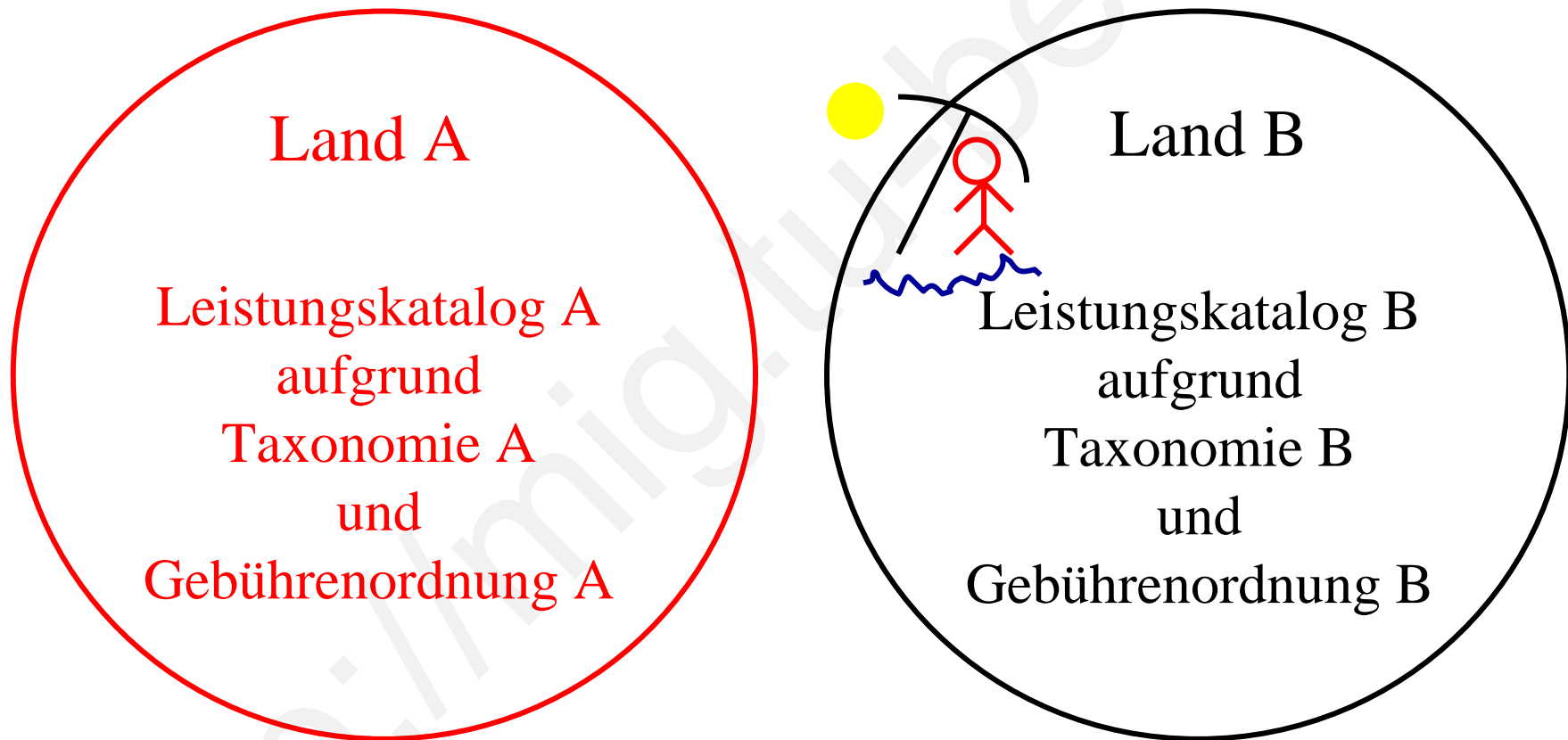
Leistungskatalog B
aufgrund
Taxonomie B
und
Gebührenordnung B



Lösung: Schein E106

- Versicherung im Land des Arbeitsverhältnisses (Land B)
- Ermöglicht Grenzarbeitnehmern und ihren Angehörigen, Gesundheitsversorgung nach ihrer Wahl in beiden Ländern zu den dortigen Konditionen in Anspruch zu nehmen
- Patient präsentiert E106 dem Leistungserbringer im Land A (und die Versicherungskarte im Land B)
- Sozialversicherungsträger in B vergütet die Leistungserbringer in A anhand der dort geltenden Gebührenordnung

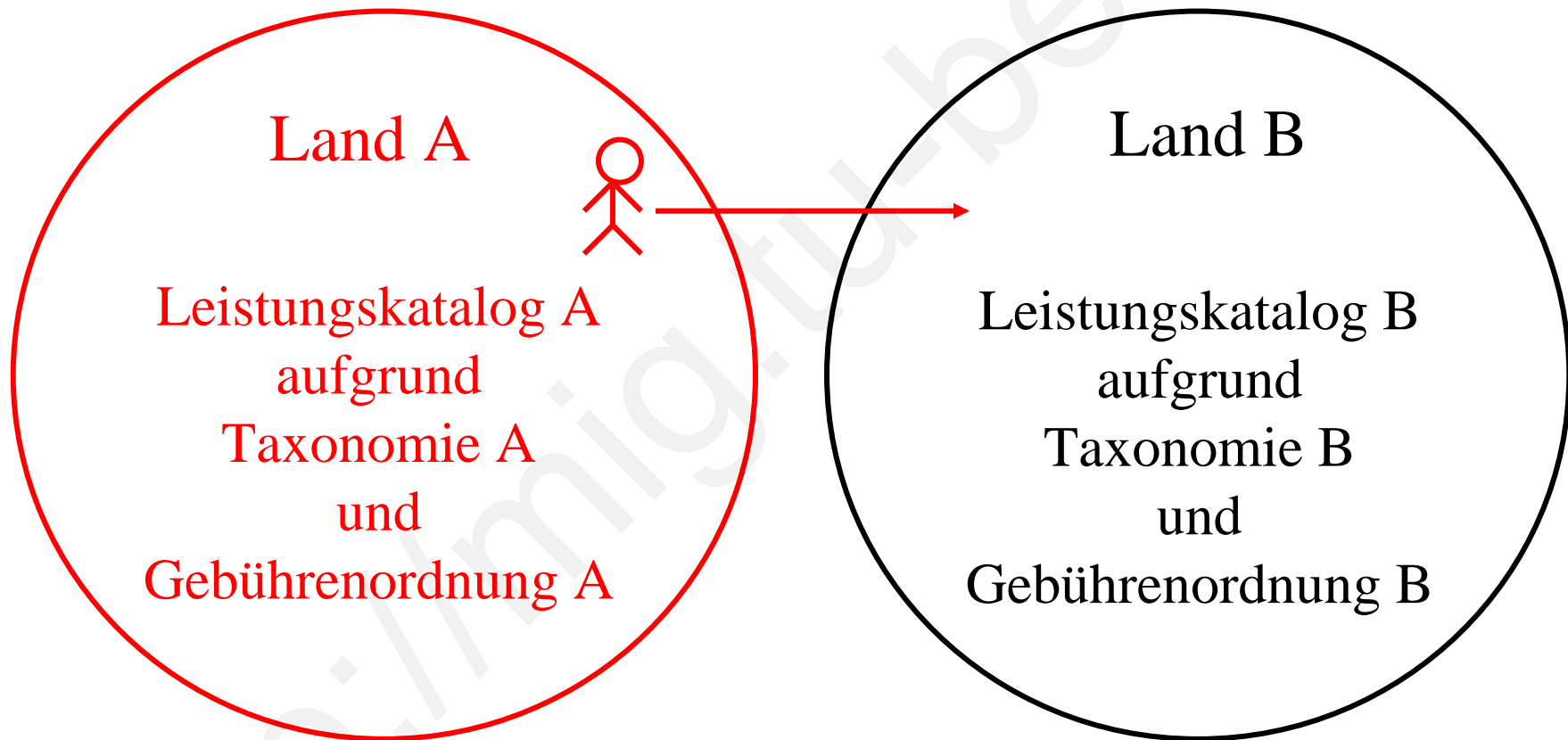
Situation 2: Person aus Land A befindet sich in Land B (als Tourist, Dienstreise ...), wenn sie erkrankt und Behandlung benötigt.



Lösung: Schein E111

- Patient nimmt E111 von seinem Sozialversicherer im Land A und gibt ihm dem Leistungserbringer im Land B
- E111 berechtigt zu Leistungen im Land B, die dort im Leistungskatalog sind und die unmittelbar notwendig sind (zu Zuzahlungen etc. wie im Land B)
- Sozialversicherer in A vergütet das Land B (via die nationalen Verbindungsbüros) – sofern man nicht gegenseitig darauf verzichtet („waiver agreement“)
- CAVE: Land B muss sicher stellen, dass das Geld auch die Leistungserbringer erreicht

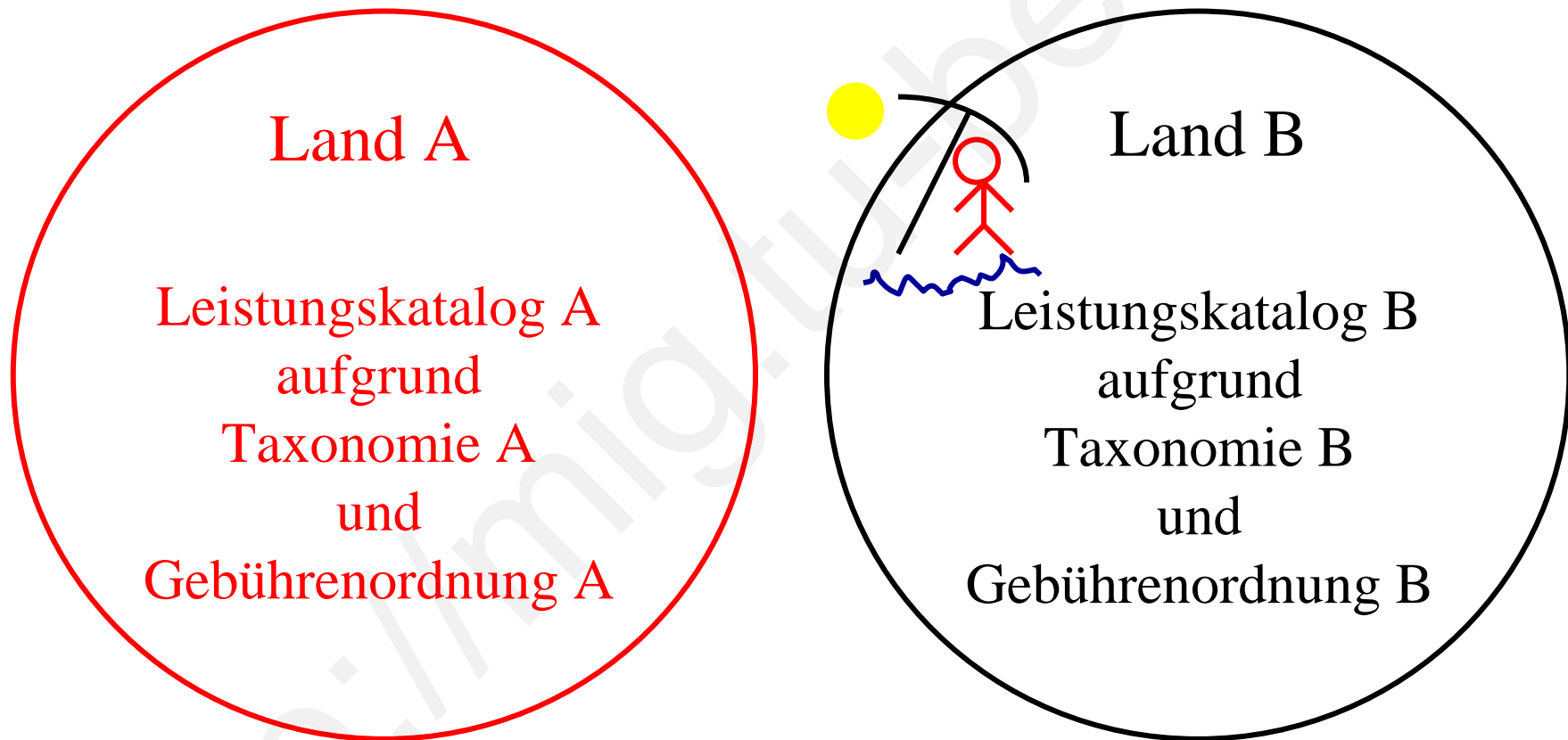
Situation 3: Patient aus Land A muss sich in's Land B zur Behandlung begeben, die in Land A nicht erhältlich ist.



Lösung: Schein E112

- Patient beantragt bei seinem Sozialversicherungsträger im Land A, sich in's Land B zur Behandlung zu begeben
- E112 berechtigt den Patienten zu spezifischen Leistungen im Land B (zu Konditionen wie in Land A)
- Sozialversicherer in A vergütet den Leistungserbringer im Land B aufgrund der dortigen Gebührenordnung

Neue Situation 1: (Berentete) Person aus Land A möchte temporär in Land B leben (und dort auch Gesundheitsversorgung erhalten).

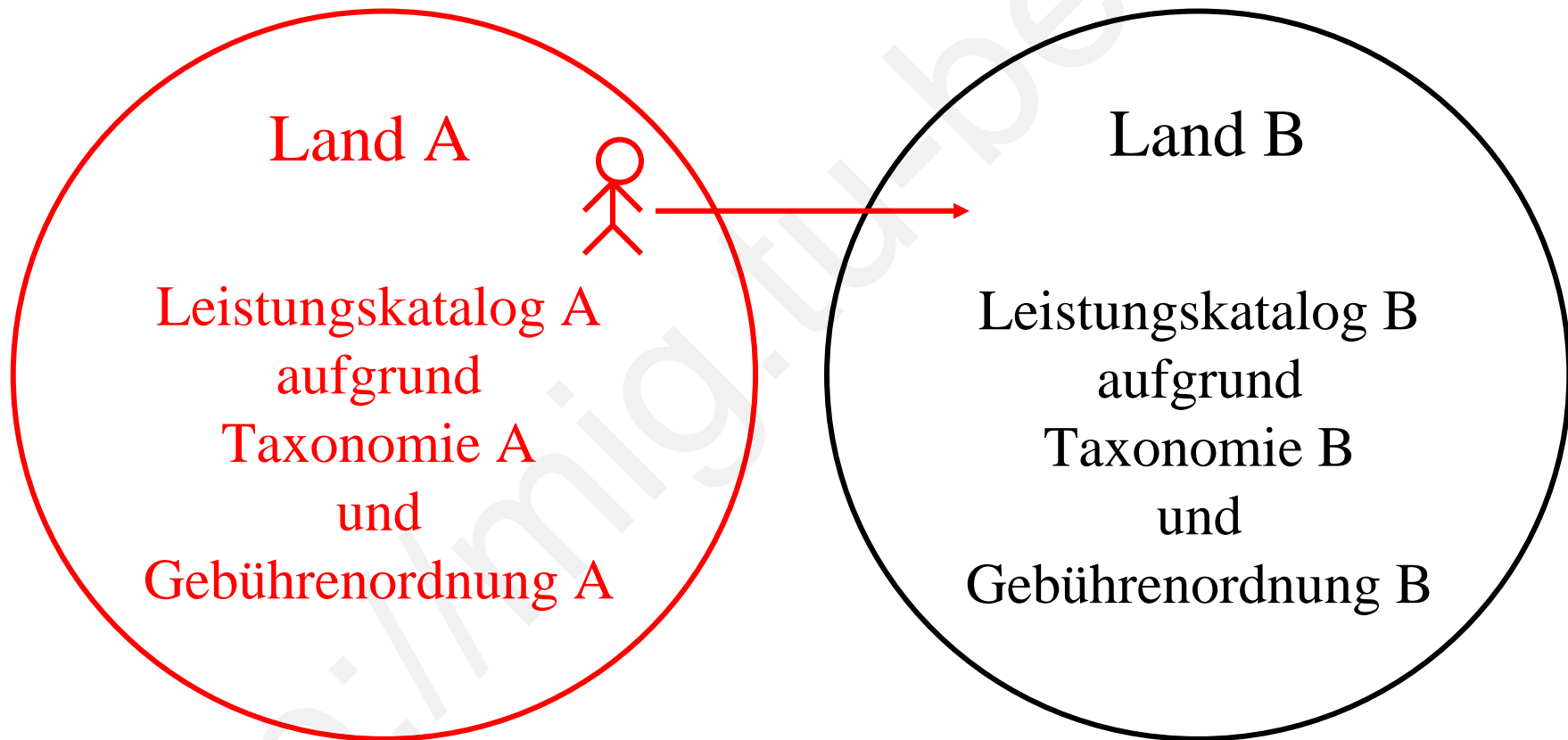


Lösung: Erweiterung von E111

- (Berentete) Person erhält alle medizinisch notwendigen Leistungen, die sich im Leistungskatalog von B befinden (und nicht nur die unmittelbar notwendigen; unter Verordnung 883/2004 auf alle Personen ausgeweitet)
- Sozialversicherer in A vergütet das Land B (via die nationalen Verbindungsbüros) – sofern man nicht gegenseitig darauf verzichtet („waiver agreement“)
- CAVE: Land B kann u.U. großzügiger als Land A sein (z.B. keine Zuzahlungen für Ältere in Spanien)

Europäische Gesundheitskarte ersetzt E111

Neue Situation 2: Patient aus Land A *möchte* sich in's Land B zur Behandlung begeben – z.B. um Wartelisten zu umgehen, weil die Qualität höher eingeschätzt wird ...



In Verordnung 1408/71 nicht enthalten!

Zwei wesentliche Entwicklungen:

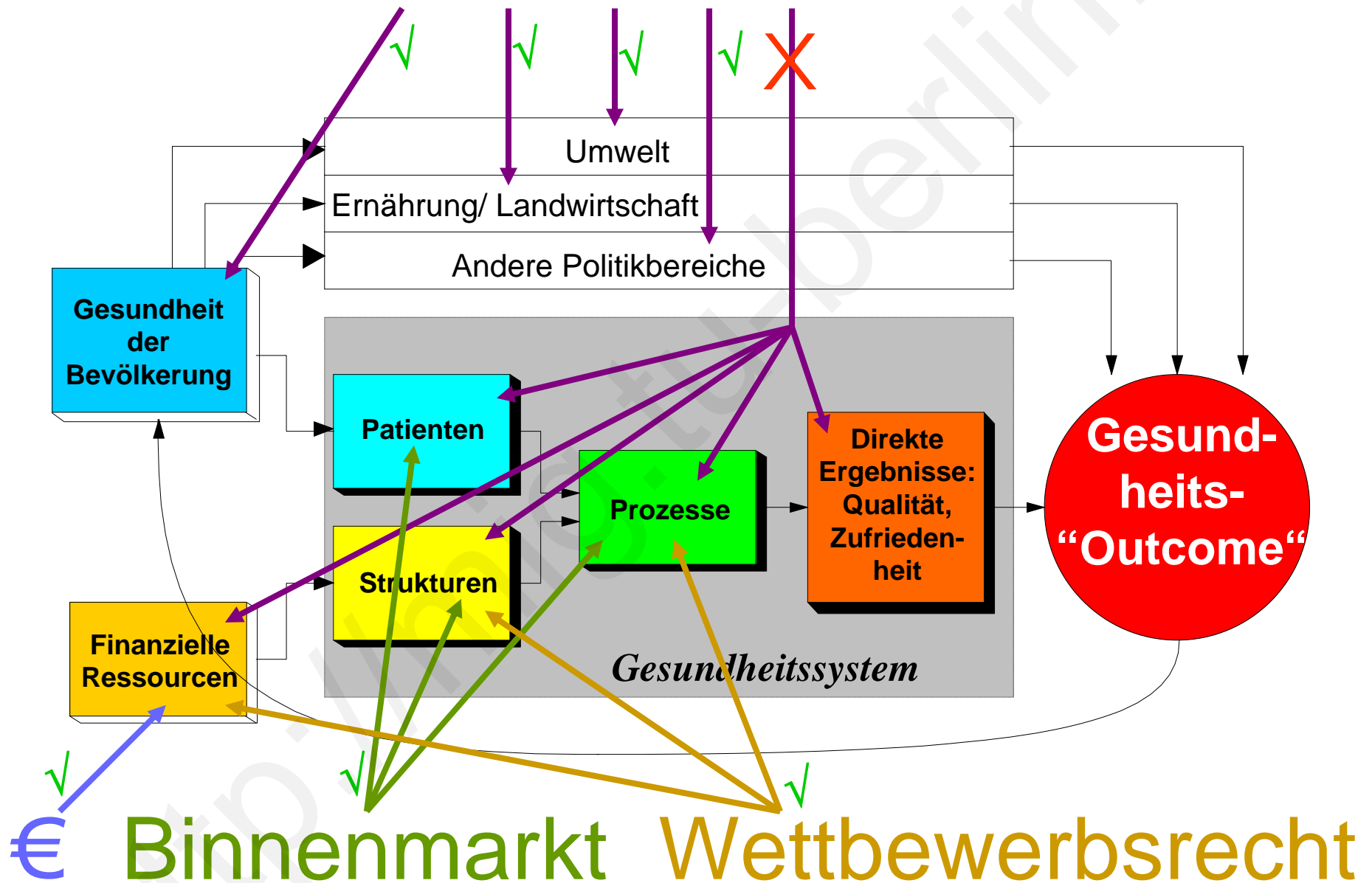
1. Erweiterung des Netzwerkes von kontrahierten Leistungserbringer über Grenzen hinweg, insbesondere in EuRegios – Patienten werden dort so behandelt, als wenn sie sich in ihrem Heimatland befinden.
2. Patienten-getriebene Flexibilität – angefangen mit Kohll und Decker, die sich von Luxemburg nach Belgien bzw. Deutschland begeben haben und anschließend von ihrer Krankenkasse die Rückvergütung verweigert bekamen – aber vom EuGH Recht bekamen (auf Vergütung zu Luxemburger Preisen).

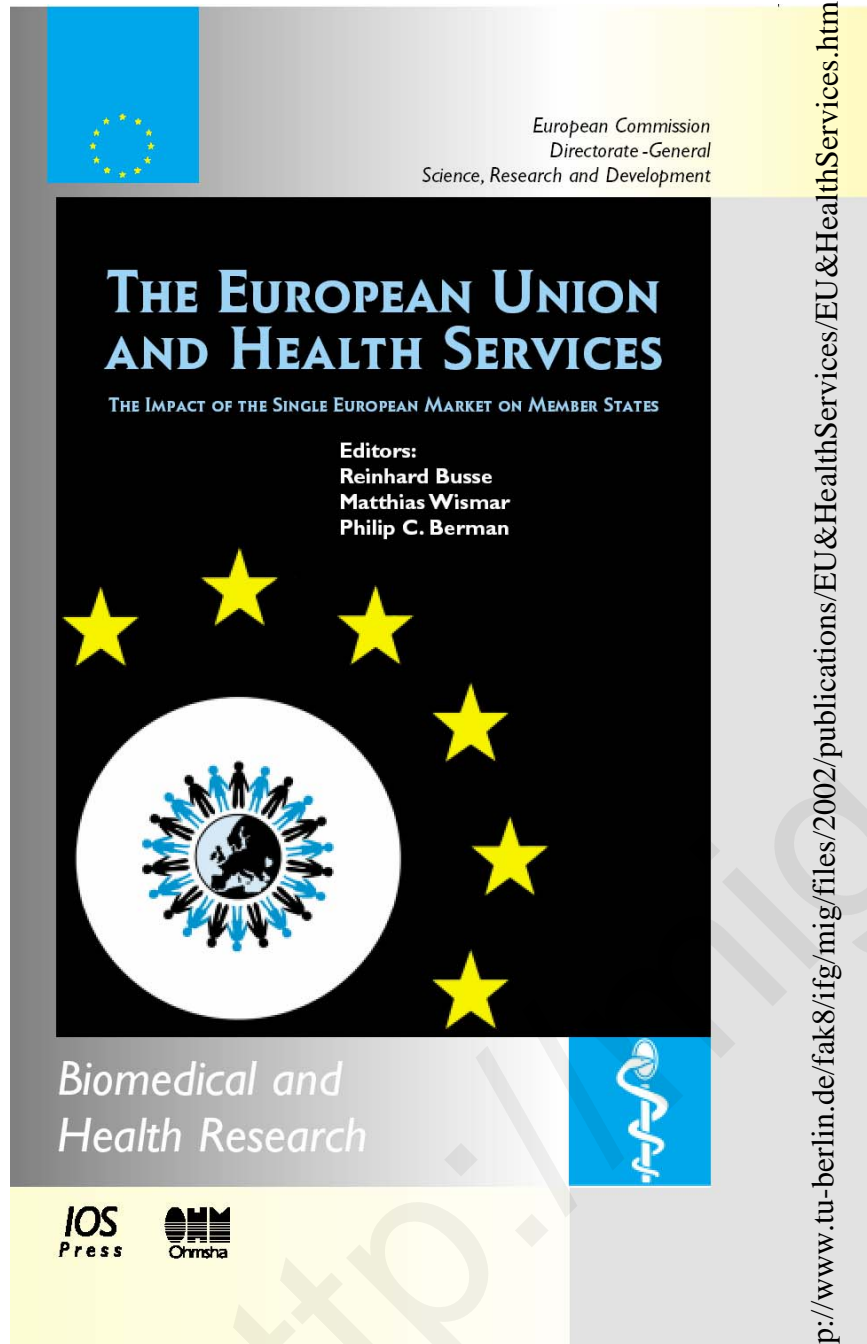
- Verordnung 1408/71: freier Personenverkehr (insb. Arbeitnehmer)

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

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.

Ziele	Unterziele	Indikatoren
Kontext	<ul style="list-style-type: none"> a) Verbesserung der Gesundheit, b) Verringerung von Abhängigkeit c) Lebensqualität 	<p>Gesundheitszustand, Krankheit und Sterblichkeit, Pflegebedürftigkeit</p> <p>Gesunde Lebenserwartung</p> <p>Trends</p>
Zugang	<ul style="list-style-type: none"> a) Versicherungsschutz b) Leistungszugang im Bedarfsfall c) Begrenzung der Belastung 	<p>Versicherungsdeckung, Finanzielle Lasten, Aktueller und effektiver Zugang</p>
Qualität	<ul style="list-style-type: none"> a) Sicherung der Struktur-, Prozess- Outcomequalität b) Patientenrechte 	<p>Strukturqualität, Process und Outcomequalität, Prävention, Patientenrechte</p>
Nachhaltigkeit	<ul style="list-style-type: none"> a) Finanzielle Stabilität der Versorgung und Wirtschaftlichkeit, b) der öffentlichen Versicherungssysteme c) Langfristige Stabilität 	<p>Ausgabenquote und Pro-Kopf Ausgaben, Ausgabenstruktur, Öffentliche Ausgaben, Trends</p>

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-Paragrafen
- 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*

mig@TU-Berlin.de



ABSTRACT

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

sen und Erwartungen der Bevölkerungen, „Zugang zu gerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien“ sowie „Herstellung 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

Unumstritten ist etwa, dass die Defizite öffentlicher Gesundheitssysteme einschließlich der Systeme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf die Verschuldungsgesamtheit Maastricht angerechnet werden. Das GKV-Defizit immerhin rund drei Milliarden Euro pro Jahr im Vergleich mit 2001 bis 2003 – was ein Grund für das Überschnei-