

# Die Gesundheitspolitik der Europäischen Union – ein Überblick

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

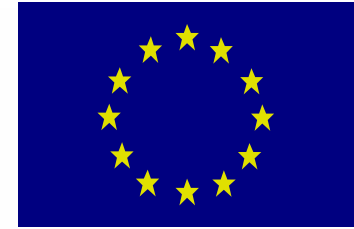
FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin  
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

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.

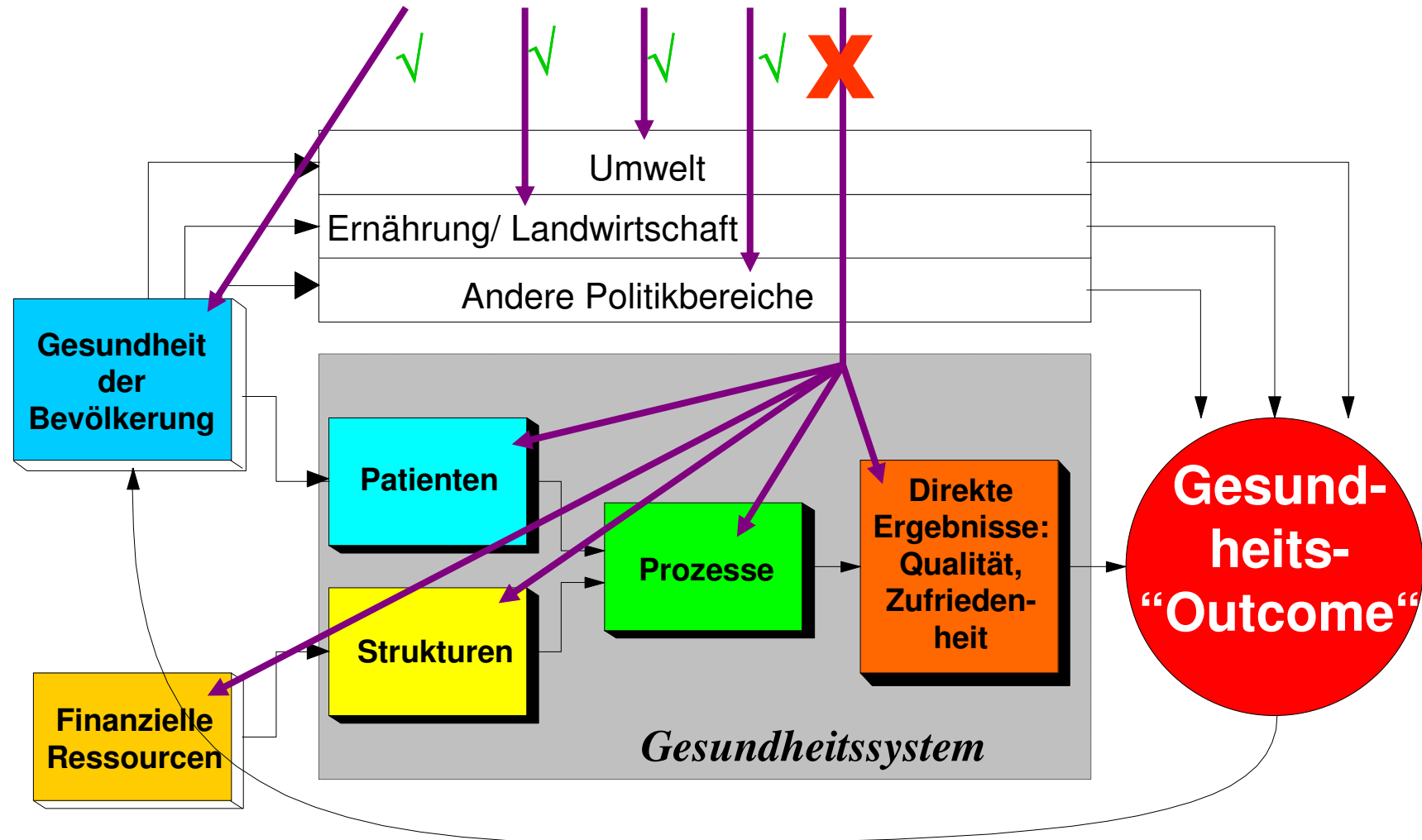
Die Tätigkeit der Gemeinschaft ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. Sie umfaßt die Bekämpfung der weitverbreiteten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



**Es gibt viele praktische Schwierigkeiten für Patienten im grenzüberschreitenden Verkehr**  
**- obwohl die EU den freien Personen-, Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehr garantiert**

Land A

Leistungskatalog A  
aufgrund  
Taxonomie A  
und  
Gebührenordnung A

Land B

Leistungskatalog B  
aufgrund  
Taxonomie B  
und  
Gebührenordnung B

Lösung: EU Verordnung 1408/71

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

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

Land A

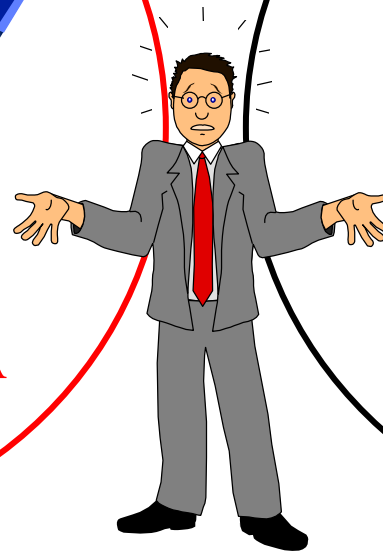


Leistungskatalog A  
aufgrund  
Taxonomie A  
und  
Gebührenordnung A



Land B

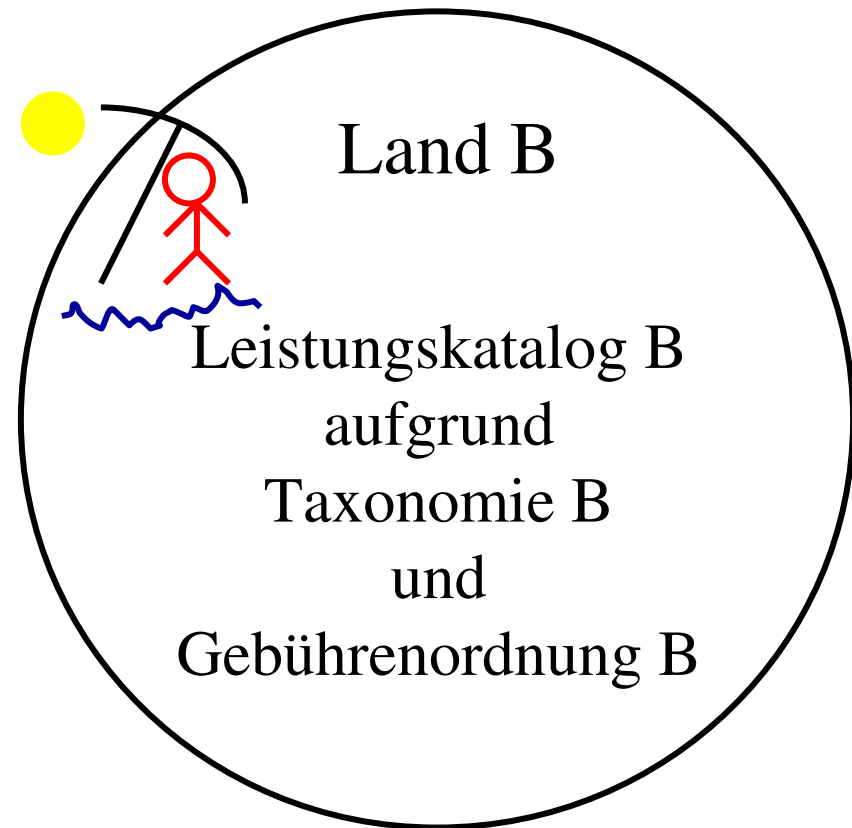
Leistungskatalog B  
aufgrund  
Taxonomie B  
und  
Gebührenordnung B



# 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

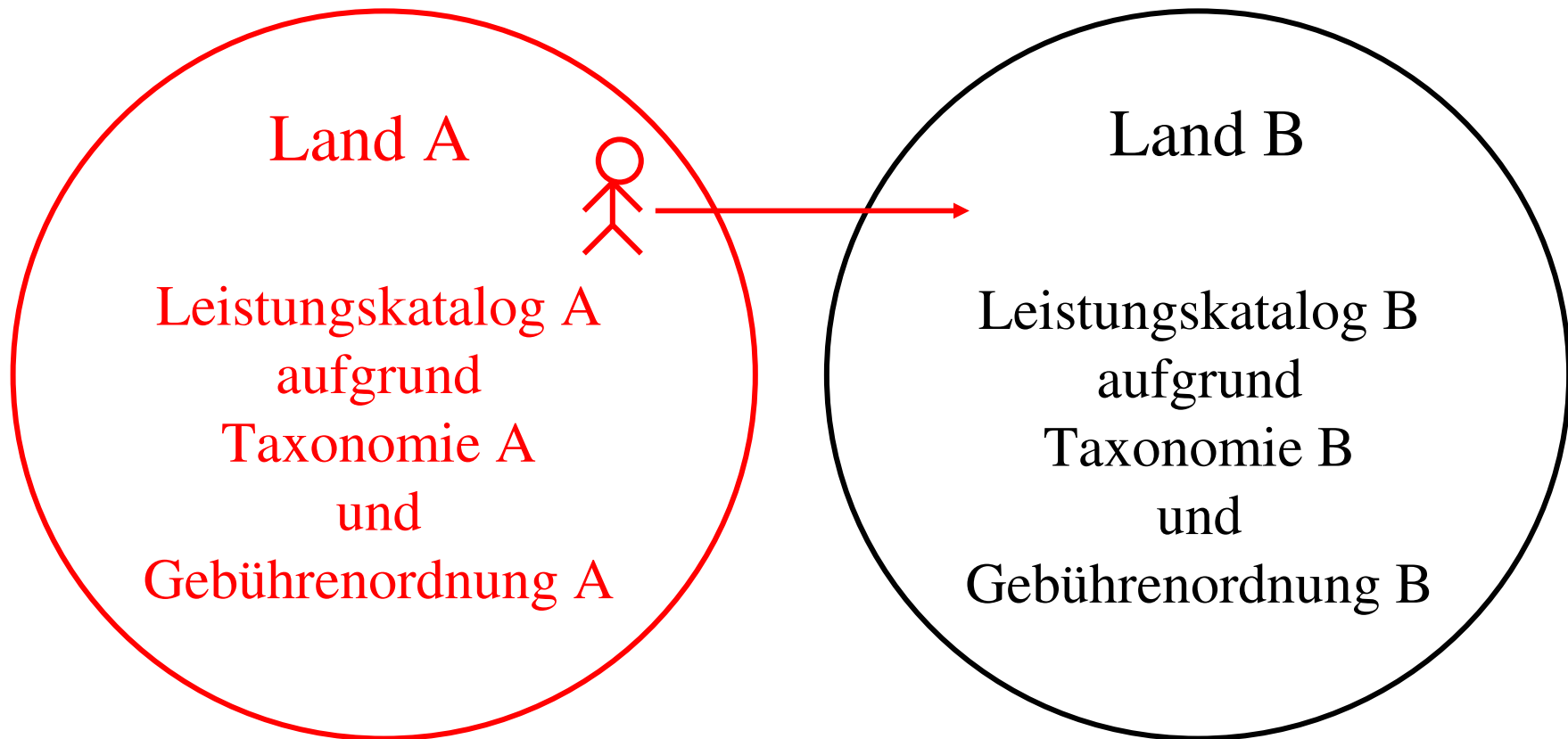
Situation 2: Person aus Land A befindet sich in Land B (als Tourist, Dienstreise ...), wenn sie erkrankt und Behandlung benötigt.



# 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.

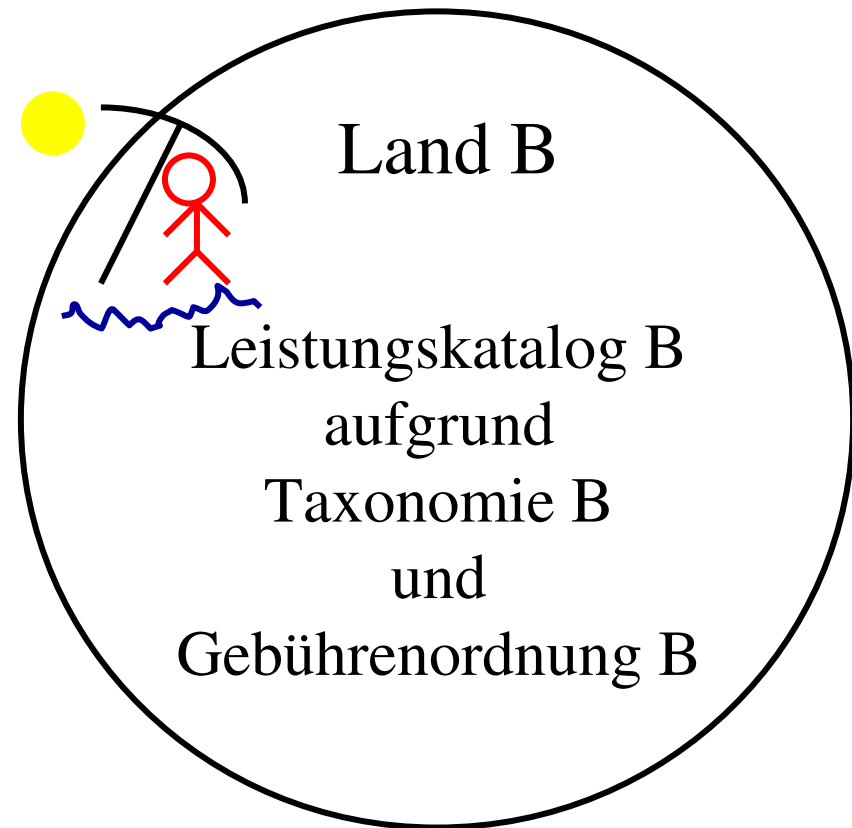


# Lösung: Schein E112

- 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).

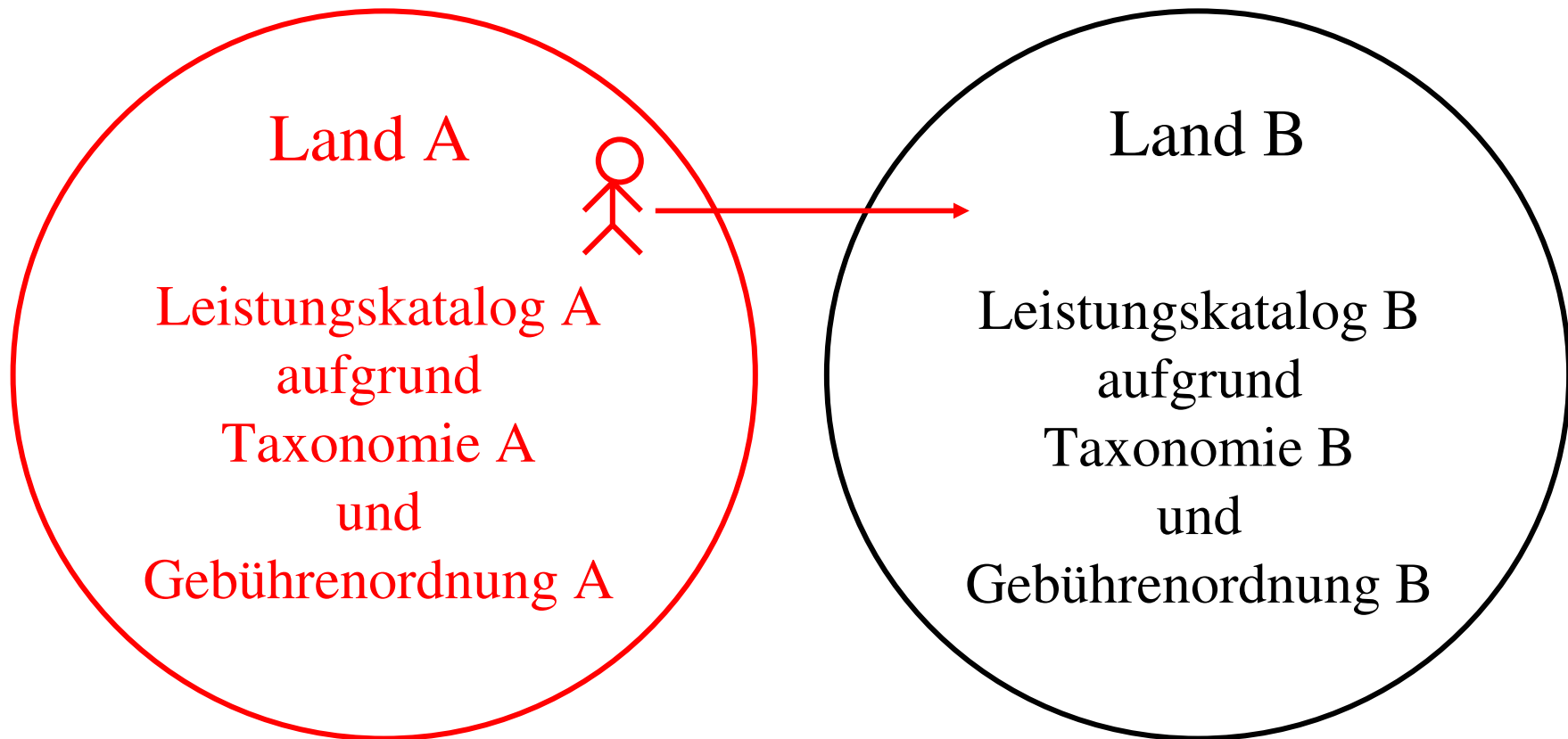


# Lösung: Erweiterung von E111

- (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:**

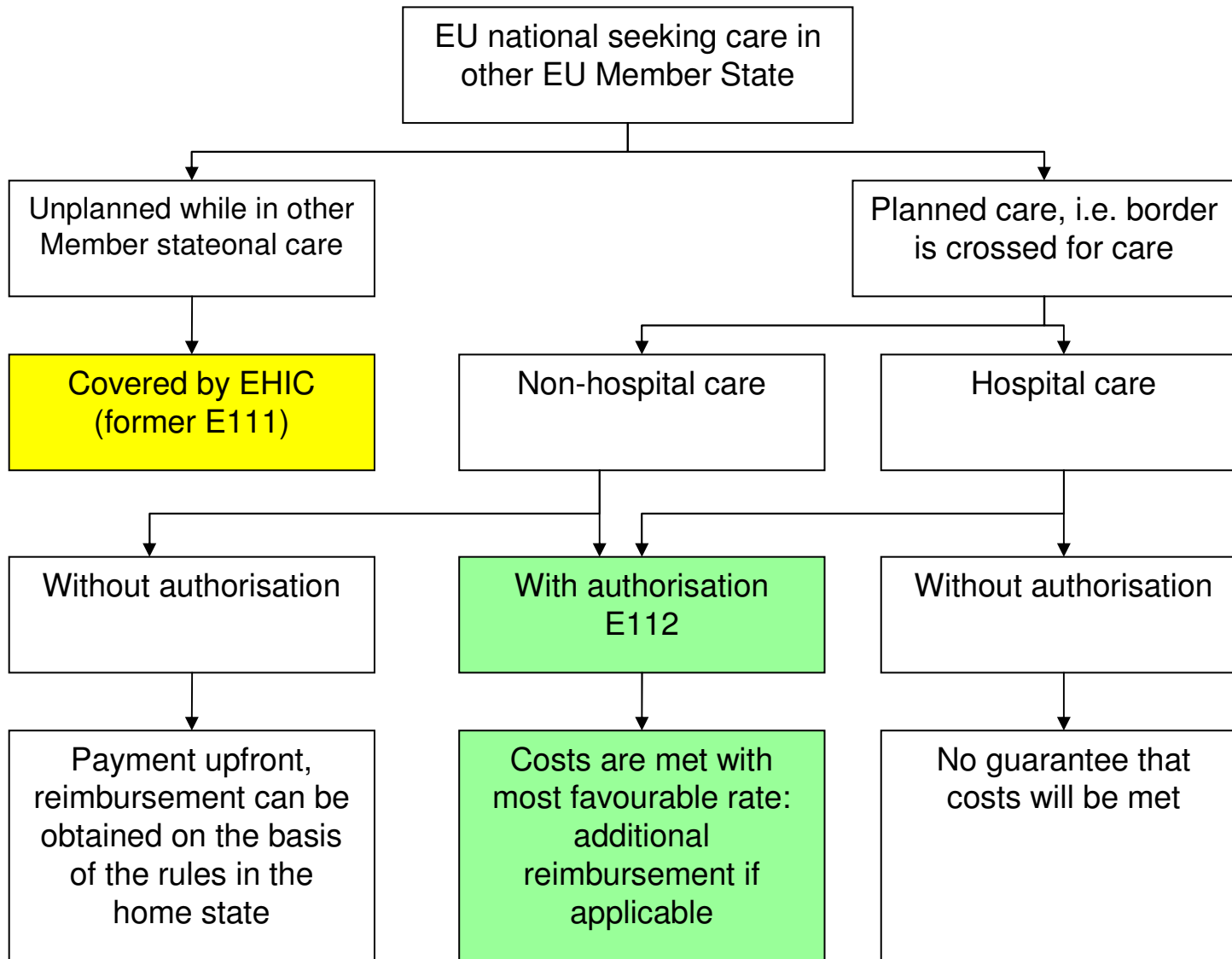
- 1998 Kohll & Decker: freier Waren- und Dienstleistungsverkehr gilt auch im Gesundheitswesen (nur ambulant?, nur bei Kostenerstattung?)
- 2001 Peerbooms & Smits-Geraets: Leistungsausschlüsse müssen evidenz-basiert sein (mittelfristig = EU-Leistungskatalog?); Präautorisierung darf bei unangemessenen 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?)

# Comparative analysis: Main differences to provision in home country

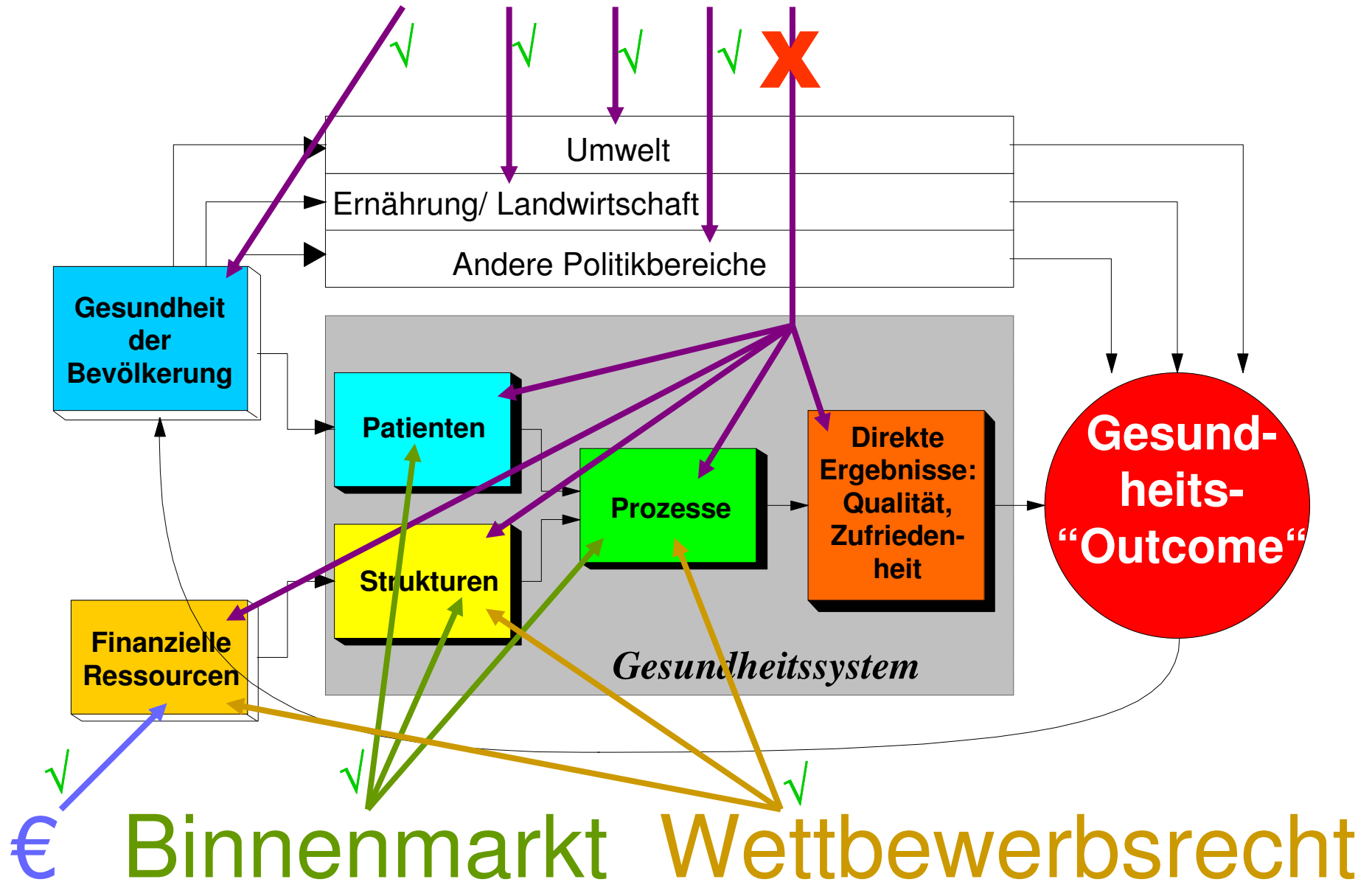
1. 1408/71, 22(1)a (E111)	2. 1408/71, 22(1)c (E112)	3. Cross- border arrangement	4. “Kohll/Decker” procedure	
			Outpatient care	Inpatient care
CoS conditions replace CoI conditions (may be better or worse for CoI patients)	Pre- authorisation = additional requirement	“Extension of CoI”: for patients and CoI-payers relatively little differences	For patients more choice but less reassurance about quality and reimbursement	

CoS = Country of service provision; CoI = Country of insurance affiliation

# Flow chart summarising the ways in which costs may be met



# EU-Gesundheitspolitik





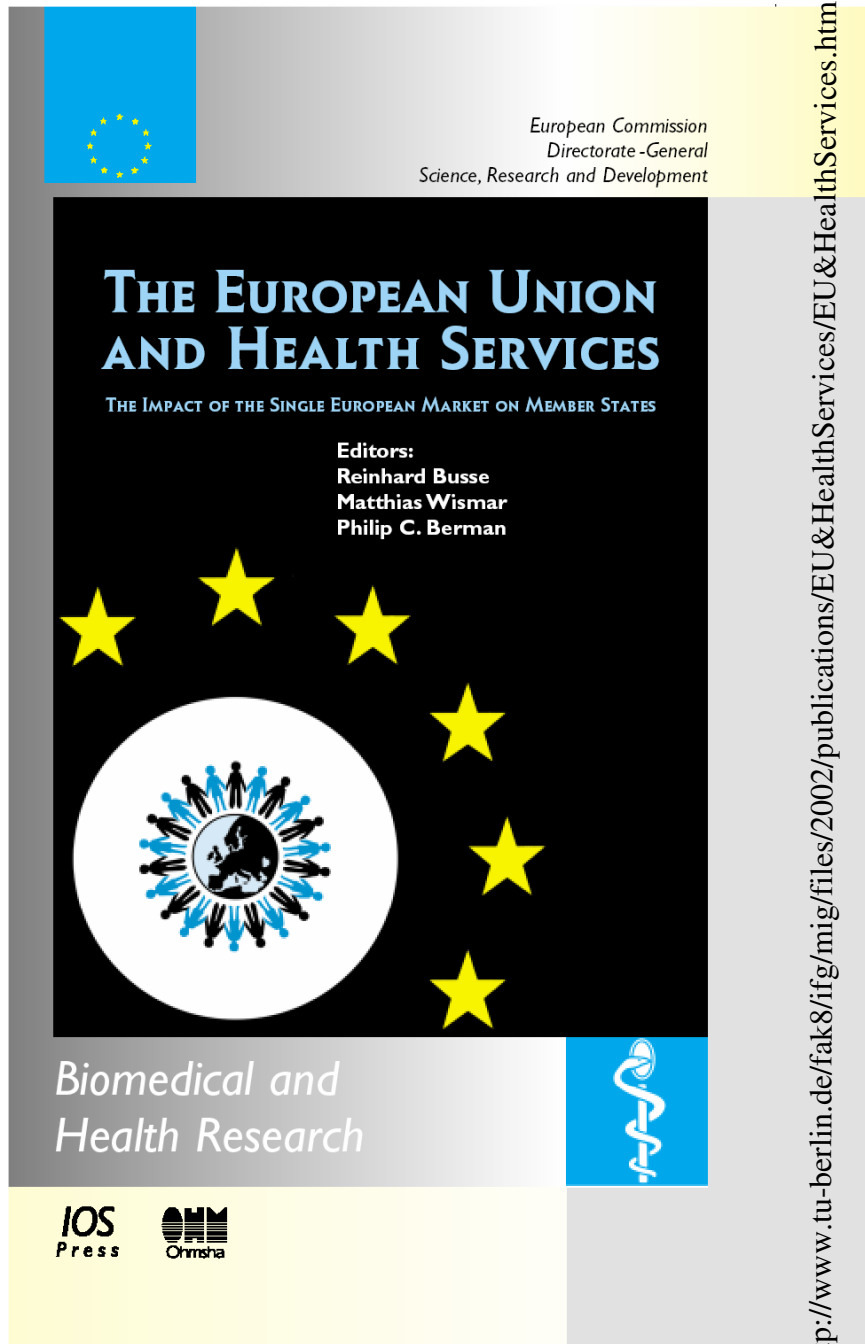
# Health (policy) in the EU Treaty

<b>Article</b>	<b>Contents</b>
3 par. 1 (p)	a contribution to the attainment of a high level of health protection
30	<i>restriction of free movement of goods in regard to health protection</i>
39 par. 3	<i>restriction of the free movement of workers in regard to public health</i>
46 par. 1	<i>restriction of right of establishment in regard to public health</i>
95 par. 3	attainment of a high level of health protection in regard to the approximation of laws
95 par. 6	<i>restriction of approximation of law in regard to public health</i>
95 par. 8	obligation to inform Commission in case of public health problems in field which has been a subject to prior harmonisation
137	health protection in the working environment
140	prevention of occupational accidents and diseases
<b>152</b>	<b>public health</b>
153	health protection as part of consumer protection
174 par. 1	health protection as part of environmental protection
186	<i>restriction of free movement of workers from associated overseas countries or territories in regard to health protection</i>

# EU-Gesundheitspolitik

## insbesondere bestimmt durch:

- GD Gesundheit und Verbraucherschutz  
-> traditionell hpts. Public Health-Programme
- GD Beschäftigung, Soziales und  
Chancengleichheit -> 1408/71, OMK ...
- GD Industrie und Unternehmen -> Pharma ...
- GD Binnenmarkt und Dienstleistungen  
-> Niederlassungsfreiheit ...
- ...



“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 (GD Besch. & Soziales), 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

(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. ...

# 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?*

- *27.5.2003* erster Vorschlag, die OMK-Bereiche Sozialschutz, Eingliederung und Gesundheit zusammen zu legen („zu straffen“)
- *2004* (bis Juni 2005) Anhörung der Mitgliedstaaten: Deutschland skeptisch, insbesondere über Indikatoren (vs. „Best practice“ im Gesundheitswesen)
- *12.7.2005* ER stimmt der OMK-Straffung zu
- *22.12.2005* Mitteilung der Kommission „Zusammenarbeiten, zusammen mehr erreichen“





*Eine für alle zugängliche, qualitativ hochwertige und nachhaltige Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege sicherstellen:*

- (j) Den Zugang aller zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege sicherstellen und dabei gewährleisten, dass Pflegebedürftigkeit nicht zu Armut und finanzieller Abhängigkeit führt. Gegen Ungleichheiten beim Zugang zu Pflege und bei den Gesundheitsergebnissen vorgehen.
- (k) Die Qualität der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege fördern und die Pflegesysteme an die sich wandelnden Erfordernisse und Präferenzen der Gesellschaft und des Einzelnen anpassen, insbesondere durch Verwirklichung von Qualitätsstandards, die der internationalen Best Practice entsprechen, und durch Stärkung der Verantwortlichkeit der Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie der Patienten und der Pflegeempfänger.
- (l) Sicherstellen, dass eine angemessene und qualitativ hochwertige Langzeitpflege erschwinglich und nachhaltig bleibt. Zu diesem Zweck eine gesunde und aktive Lebensweise, eine gute Personalausstattung des Pflegesektors und eine rationelle Ressourcennutzung fördern, vor allem durch geeignete Anreize für Nutzer und Anbieter sowie eine gute Governance und Koordination zwischen den Pflegesystemen und den Pflegeeinrichtungen.

# Neuere Aktivitäten

## GD Industrie & Unternehmen / GD Binnenmarkt und Dienstleistungen

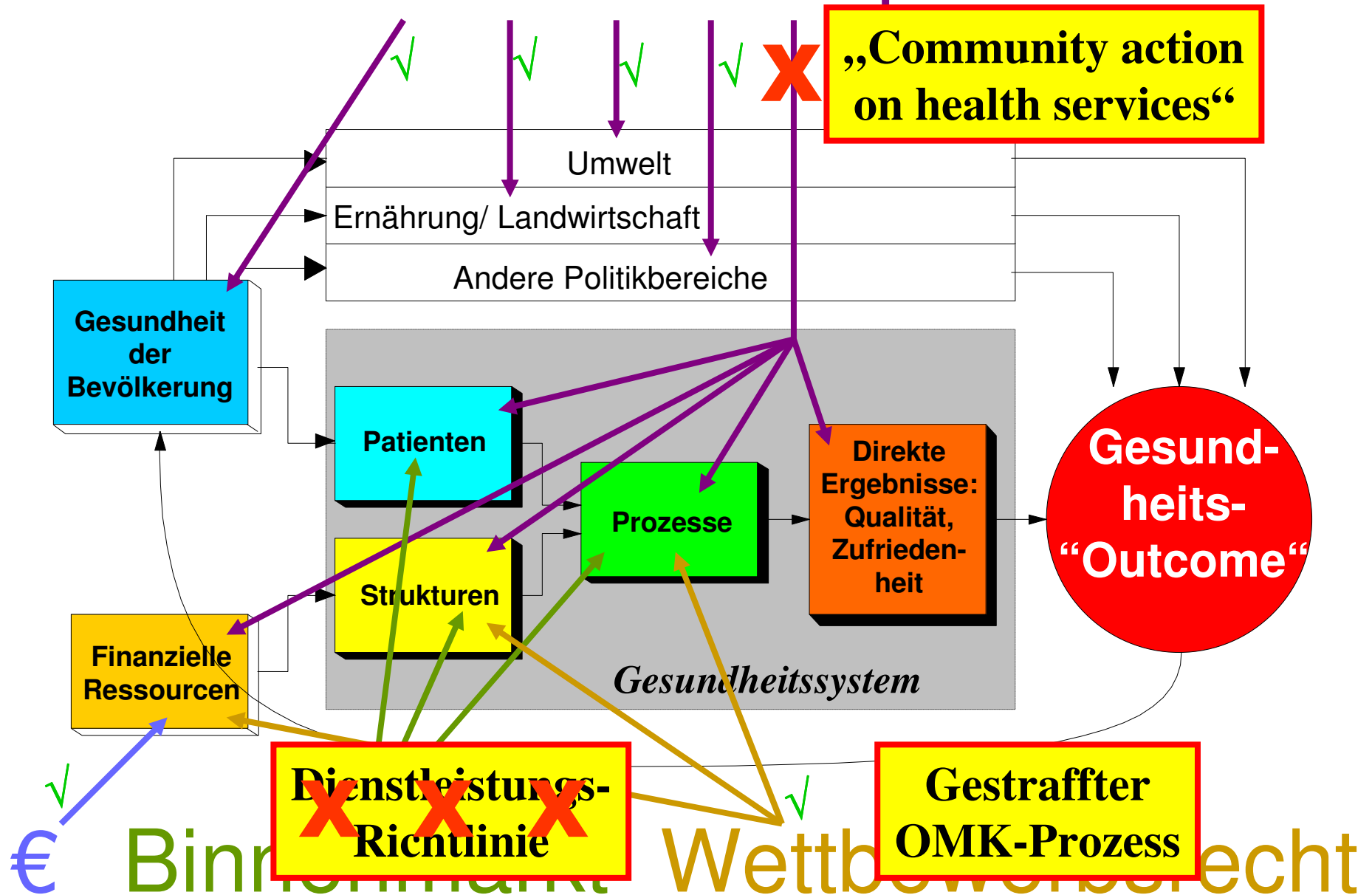
- 2001: Vorschlag zur Ausweitung der zentralen Arzneimittelzulassung (abgeschwächt 2004 umgesetzt)
- 2002: G10-Arzneimittelgruppe zu Innovationen, Patienteninformation und Pharmamarkt (u.a. Selbstzahlung für OTC -> Umsetzung in D 2003)
- 2004: Vorschlag zu einer Dienstleistungsrichtlinie einschließlich Gesundheit
- 2005: Gesundheit wird aus Dienstleistungs-RL gestrichen -> Ball bei GD SanCo

# ... was uns zur GD Gesundheit und Verbraucherschutz zurückbringt

Nach post-Kohl/Dekker Verdrängungsphase

- 2002 Hohe Rangige Reflexionsgruppe zu Patientenmobilität und Gesundheitssystemen
- 2004 Hohe Rangige Gruppe für das Gesundheitswesen und medizinische Versorgung
- 2006 Konsultationsprozess zu Gesundheitsdienstleistungen
- Ende 2007 Entwurf der Kommission;  
Inhalt: .... ?

# EU-Gesundheitspolitik





**mig@TU-Berlin.de**

# 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 bedürfnisgerechten 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

ocus 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

Titelthema Europa

## Grenzen auf für die Gesu

Europa wächst immer mehr zusammen – nur zwischen den Gesundheitssystemen haben die nationalen Grenzen noch weitgehend Bestand. Hier zu neuen, patientenfreundlichen Regelungen zu kommen, dürfte die größte Herausforderung der deutschen EU-Ratspräsidentschaft sein, meint **Von Reinhard Busse.**

Die Grenzen der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) sind durchlässiger für Arbeitnehmer, Produkte und Dienstleistungen. In vielen Bereichen besitzen Vorgaben aus dem nationalen Recht und Politik. Nicht so im Gesundheitswesen: Das ist weitgehend Sache der Einzelstaaten. Daran hätte auch der Vertrag über eine Verfassung für Europa nichts geändert, wenn er, wie geplant, am 1. November dieses Jahres in Kraft getreten wäre: Die Verhandlungspartner konnten sich nicht dazu durchringen können, den „Gesundheits-Artikel“ 152 des Europäischen Gründungsvertrages selbständiger zu ändern. Artikel 152 Absatz 5 schließt aus, dass die EU im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung regulierend in die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten eingreift.