

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 sozialen Ausgrenzung und in Zukunft vermutlich im Gesundheitswesen angewandt. Als mögliche Ziele kommen „Erreichung eines hohen Gesundheitsniveaus“, „Gestaltung und Funktion der Gesundheitswesen entsprechend den gerechtfertigten Bedürfnissen und Erwartungen der Bevölkerungen“, „Zugang zu bedarfsgerechten 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

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 policies, it is currently applied in the area of social exclusion and in future probably for health care. Possible objectives are „achieving a high population health status“, „designing and functioning of health systems according to justified population health needs 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

1. Einleitung

Nach wie vor gehen viele Akteure im Gesundheitswesen von der Fiktion aus, dass die „Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in der alleinigen Zuständigkeit der EU-Mitgliedstaaten“ liegen (*Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2002, 1*). Sie berufen sich dabei auf Artikel 152 Absatz 5 EG-Vertrag, wonach bei der „Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung ... die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Um-

fang gewahrt“ wird. Dabei wird übersehen, dass diese Einschränkung sich nur auf die in Artikel 152 explizit genannten Maßnahmen bezieht, also andere Bestimmungen im EG-Vertrag durchaus die Organisation der Gesundheitswesen beeinflussen können, was durch die Bestimmungen zum europäischen Binnenmarkt mit seinen vier Grundfreiheiten für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital (*Busse et al. 2002*) sowie zum Wettbewerbs- bzw. Kartellrecht (*Knispel 2001; Eichenhofer 2001; Giesen 2001*) in nicht unbeträchtlichem Ausmaß auch der Fall ist.

Vor diesem Hintergrund verdient die mögliche Nutzung der sogenannten „offenen Methode der Koordinierung“, eines relativ

* Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH
Leiter des Madrider Zentrums
European Observatory on Health Care Systems

Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, TU Berlin c/o
BZPH, PEL 11–4, Ernst-Reuter-Platz 7, 10587 Berlin · Tel.: (030)
31 42 19 70 · Fax: (030) 31 42 15 78 · E-Mail: bzph@tu-berlin.de

neuen Instrumentes der EU-Politik, besondere Beachtung. Dieser Beitrag soll zunächst klären, wie sich die offene Methode der Koordinierung in den Kanon der EU-Kompetenzen und Instrumente einreihet und wie sie funktioniert. Den Schwerpunkt des Artikels bildet dann die Abhandlung der Frage, wie sie im Gesundheitswesen eingesetzt werden könnte und welche Ziele und Indikatoren inhaltlich und methodisch geeignet sind. Den Abschluss bildet eine Diskussion zu Schwächen und Stärken.

■ 2. EU-Kompetenzen, Instrumente und die „offene Methode der Koordinierung“

Die breitere Öffentlichkeit hörte – wenn überhaupt – den Begriff der „offenen Methode der Koordinierung“ erstmals anlässlich des

gesetzesähnlichsten Rechtsetzungsinstrumenten, geregelt (siehe Tabelle 1). Verstößt ein Mitgliedstaat gegen solches Gemeinschaftsrecht (indem z.B. eine Verordnung nicht oder nicht vollständig in nationales Recht umgesetzt wird), kann es zu einer Klage wegen Vertragsverletzung vor dem Europäischen Gerichtshof kommen. Dieser kann die Zahlung eines Pauschalbetrags oder Zwangsgelds verhängen.

Die Währungspolitik, darauf sei an dieser Stelle anlässlich der aktuellen Thematik eines „Blauen Briefes“ an Deutschland hingewiesen, ist überwiegend durch den EG-Vertrag geregelt, der in Artikel 104, Absatz 1 festlegt: „Die Mitgliedstaaten vermeiden übermäßige öffentliche Defizite“. In Absatz 2 sind die Überwachung der Haushaltslage und die Höhe des öffentlichen Schuldenstandes sowie die dabei zu Grunde zu legenden Kriterien festgelegt. Es folgt das *Procedere* für den „Blauen Brief“, der in den Absätzen 6

TABELLE 1

„Klassische“ Instrumente der Gemeinschaftspolitik

Instrument	Verordnung	Richtlinie	Entscheidung	Empfehlung/ Stellungnahme	sonstige Beschlüsse
Adressaten	alle Bürger der Europäischen Union	alle Mitgliedstaaten	alle oder einzelne Mitgliedstaaten	alle (selten auch einzelne) Mitgliedstaaten	EU-Organe und Administration
Wirkungsweise	allgemeine und unmittelbare Geltung	verbindliche Ziele, freie Wahl der Mittel	individuelle oder konkrete Regelungen des Einzelfalls	unverbindliche Äußerung mit politischer Bindung	Innenwirkung

Quelle: Busse

Gipfeltreffens des Europäischen Rates im März 2000 in Lissabon, als die Staats- und Regierungschefs sich auf ein neues strategisches Ziel für die EU einigten, nämlich „die Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum in der Welt zu machen – einem Wirtschaftsraum, der fähig ist, ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einem größeren Zusammenhalt zu erzielen“. Dieser eine Satz der Gipfelerklärung kennzeichnet dabei gut die Ausweitung der EU-Kompetenzen von der klassischen Wirtschaftsgemeinschaft über die sozialrechtlich relevante, aber eng mit der wirtschaftlichen Entwicklung verbundenen Komponente des Arbeitsmarktes bis hin zu weiteren sozialen Fragen. Diese drei Komponenten stehen, vereinfacht gesprochen, auch für die Veränderung der jeweils genutzten Instrumente.

Wirtschafts- und Währungspolitik

Dieser erste Komplex ist, neben dem Gründungsvertrag selbst, hauptsächlich durch Richtlinien und Verordnungen, den beiden

und 7 definiert ist: „Der Rat entscheidet mit qualifizierter Mehrheit auf Empfehlung der Kommission ..., ob ein übermäßiges Defizit besteht. Wird ... ein [solches] festgestellt, so richtet der Rat an den betroffenen Mitgliedstaat Empfehlungen mit dem Ziel, dieser Lage innerhalb einer bestimmten Frist abzuwenden.“ Im Unterschied zu o.g. Vertragsverletzungen entscheidet hier also der Rat – spricht die Mitgliedstaaten.

Beschäftigungspolitik

Beschäftigungspolitik ist ebenfalls explizit als Titel VIII des EG-Vertrages verankert, nutzt aber vom Rat festzulegende „Leitlinien“ (und nicht im Vertrag festgelegte oder per Verordnung erlassene Kriterien), welche „die Mitgliedstaaten in ihrer Beschäftigungspolitik berücksichtigen. ... Jeder Mitgliedstaat übermittelt dem Rat und der Kommission jährlich einen Bericht über die wichtigsten Maßnahmen, die er ... getroffen hat. Anhand der ... Berichte ... unterzieht der Rat die Durchführung der Beschäftigungspolitik ... jährlich einer Prüfung. Der Rat kann dabei auf Empfehlung der

Kommission mit qualifizierter Mehrheit Empfehlungen an die Mitgliedstaaten richten, wenn er dies aufgrund der Ergebnisse ... für angebracht hält“ (Art. 128 EGV). Nach Artikel 129 kann der Rat Anreizmaßnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit beschließen, „die darauf abzielen, den Austausch von Informationen und bewährten Verfahren zu entwickeln, vergleichende Analysen und Gutachten bereitzustellen sowie innovative Ansätze zu fördern und Erfahrungen zu bewerten, und zwar insbesondere durch den Rückgriff auf Pilotvorhaben“. In diesem Bereich entscheidet der Rat also ebenfalls, allerdings nur über „Empfehlungen“.

Sozialpolitik

Die in Titel XI (Sozialpolitik) geregelten Kompetenzen waren – bzw. sind laut dem noch gültigen EG-Vertrag in der Version von Amsterdam – ebenfalls auf den Arbeitsmarkt bzw. den Schutz von Arbeitnehmern begrenzt, also Gegenstände, die in Deutschland unter das Arbeitsrecht fallen. Mit dem Ratsbeschluss von Lissabon, dem Sozialbereich verstärkte Aufmerksamkeit zu widmen, wurde zugleich beschlossen, die im Bereich der Beschäftigungspolitik definierte und eingeführte „offene Methode der Koordinierung“ (und nicht etwa Verordnungen oder Richtlinien) zu nutzen. „Lissabon“ hatte zwei direkte Auswirkungen: Zum einen wurde beschlossen, die offene Methode der Koordinierung auf den Bereich der sozialen Ausgrenzung und später die Alterssicherung anzuwenden. Zum anderen wurde beschlossen, die EU-Kompetenzen im Sozialbereich zu erweitern, was im Ende 2000 beschlossenen, noch nicht ratifizierten Vertrag von Nizza passierte.

Aktionsprogramm „Soziale Ausgrenzung“ und Mitteilung „Alterssicherung“

Zu „Maßnahmen zur Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung“ legte die Kommission bereits im Juni 2000 einen Vorschlag für ein Aktionsprogramm vor. Das Programm unterstützt die Festlegung gemeinsam zu vereinbarenden Ziele und Indikatoren auf EU-Ebene. Diese seien in den einzelnen Mitgliedstaaten durch quantitative und qualitative Indikatoren und Benchmarks zu ergänzen und würden in nationalen Aktionsplänen zur Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung ihren Niederschlag finden. Im Oktober 2000 wurde politisches Einvernehmen über die angemessenen Ziele erzielt, deren Schwerpunkte auf vier Elementen liegen: 1. Förderung der Teilnahme am Erwerbsleben und des Zugangs aller zu Ressourcen, Rechten, Gütern und Dienstleistungen, 2. Vermeidung der Risiken der Ausgrenzung, 3. Maßnahmen zugunsten der sozial am stärksten gefährdeten Personen und 4. Mobilisierung aller Akteure.

Zur Entwicklung der Altersversorgungssysteme legte die Kommission am 11. Oktober 2000 eine Mitteilung über „Die Entwicklung des Sozialschutzes in Langzeitperspektive: zukunftssichere Renten“ vor, in der die demographischen Herausforderungen der Rentensysteme, die Elemente einer Strategie zur Bewältigung dieser Herausforderungen sowie die Grundprinzipien und Ziele mög-

licher Reformen dargelegt werden. Betont wurde, dass isolierte Reformmaßnahmen für die Zukunftssicherung der Rentensysteme nicht ausreichen, sondern im Sinne einer Gesamtstrategie ein nachhaltiges Wirtschafts- und Beschäftigungswachstum unverzichtbar sei. Im Übrigen obliege es den Mitgliedstaaten zu entscheiden, welches Rentensystem sie wünschten und welchen „Policy-Mix“ sie anstrebten (GVG 2001, 14-17).

Sozialschutz und soziale Sicherheit im Vertrag von Nizza

Artikel 136 EGV verankert Ziele der Förderung der Beschäftigung, der Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, eines angemessenen sozialen Schutzes, des sozialen Dialogs und der Bekämpfung von Ausgrenzungen. Um diese Ziele zu erreichen, wurden die Kompetenzen der EU durch die im Dezember 2000 vom Europäischen Rat in Nizza vereinbarten Änderungen des Artikels 137 EGV präzisiert und erweitert. So heißt es:

„(1) Zur Verwirklichung der Ziele ... unterstützt und ergänzt die Gemeinschaft die Tätigkeit der Mitgliedstaaten auf folgenden Gebieten: ..., c) soziale Sicherheit und sozialer Schutz der Arbeitnehmer, ... j) Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung, k) Modernisierung der Systeme des sozialen Schutzes, unbeschadet des Buchstabens c).

(2) Zu diesem Zweck kann der Rat ... unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten Maßnahmen annehmen, die dazu bestimmt sind, die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten durch Initiativen zu fördern, die die Verbesserung des Wissensstandes, die Entwicklung des Austausches von Informationen und bewährten Verfahren, die Förderung innovativer Ansätze und die Bewertung von Erfahrungen zum Ziel haben. ... Der Rat beschließt gemäß dem Verfahren des Artikels 251 nach Anhörung des Wirtschafts- und Sozialausschusses und des Ausschusses der Regionen, außer in den in Absatz 1 Buchstaben c, [...] genannten Bereichen, in denen er einstimmig auf Vorschlag der Kommission nach Anhörung des Europäischen Parlaments und der genannten Ausschüsse beschließt.“

Das bedeutet, dass der Rat Maßnahmen zur Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung und zur Modernisierung des sozialen Schutzes mit qualifizierter Mehrheit annehmen kann, soweit es sich nicht um soziale Sicherheit (hierzu zählen die klassischen Bereiche der Sozialversicherung) und den sozialen Schutz der Arbeitnehmer handelt.

■ 3. Wie funktioniert die „offene Methode der Koordinierung“?

Nach den Beschlüssen des Europäischen Rates von Lissabon umfasst die praktische Umsetzung der Methode der „offenen Koordinierung“ die folgenden Schritte:

- Festlegung von Politikzielen und Leitlinien für die EU mit einem jeweils genauen Zeitplan für die Verwirklichung der kurz-, mittel- und langfristigen Ziele;
- gegebenenfalls Festlegung quantitativer und qualitativer Indikatoren und Benchmarks, die auf die in den einzelnen Mitgliedsstaaten und Bereichen bestehenden Bedürfnisse zugeschnitten sind, als Mittel für den Vergleich der bewährten Praktiken;
- Umsetzung dieser europäischen Leitlinien in die nationale und regionale Politik durch Entwicklung konkreter Ziele und den Erlass entsprechender Maßnahmen unter Berücksichtigung der nationalen und regionalen Unterschiede;
- regelmäßige Überwachung, Bewertung und gegenseitige Evaluierung des Fortschritts der nationalen Reformbemühungen mit Hilfe von „Peer-Group-Reviews“.

Beschäftigungs- und sozialpolitische Leitlinien und Indikatoren werden von der Europäischen Kommission formuliert und dem Rat für Arbeit und Sozialfragen zur Beschlussfassung zugeleitet. Auf dem Weg dorthin durchlaufen die Kommissionsvorschläge zwei parallele Beratungsverfahren. Im Beschäftigungsausschuss (Art. 130 EGV) bzw. im Ausschuss für Sozialschutz (Art. 144 EGV) werden die Kommissionsvorschläge und die Standpunkte der nationalen Regierungen inhaltlich auf der Ebene der Staatssekretäre und (Unter-)Abteilungsleiter aus den Fachressorts beraten. Parallel durchlaufen die Kommissionsvorschläge das formelle reguläre Ratsverfahren, das heißt, sie werden über die Gruppe Sozialfragen des Rates an die Gruppe der Ständigen Vertreter (Leiter der nationalen Delegationen in Brüssel) zur Stellungnahme weitergeleitet und von dort dem Ministerrat zur Beschlussfassung vorgelegt. An den Beratungen der Ausschüsse sind Vertreter der nationalen Arbeits- bzw. Sozialministerien beteiligt. Sie entscheiden darüber, ob und inwieweit andere Akteure in die nationalen Abstimmungsprozesse eingebunden werden. In Deutschland informiert das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung die Bundesländer und die Sozialpartner regelmäßig über die Leitlinienvorschläge der Kommission (GVG 2001, 13).

■ 4. Mögliche Ziele für die offene Koordinierung im Gesundheitswesen

Der Europäische Rat von Göteborg erteilte der EU-Kommission im Juni 2001 den Auftrag, für das Treffen im März 2002 in Barcelona einen Bericht über Leitlinien im Bereich des Gesundheitswesens und der Altenpflege zu erstellen. Mit ihrer Mitteilung „Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern“ vom 5. Dezember 2001 kam die EU-Kommission dieser Aufforderung nach. Darin stellte sie fest, dass die EU-Gesundheitssysteme vor der Heraus-

forderung stehen, drei Ziele bzw. Zieldimensionen langfristig miteinander in Einklang zu bringen:

- Sicherung des allgemeinen Zugangs zu medizinischen Leistungen,
- Sicherung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung und
- Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme.

Ein Anfang ist also getan. Auch wenn quantifizierbare Ziele nicht unmittelbar zu erwarten sind, zeigt die schnelle Entwicklung in anderen Politikfeldern doch, dass es angezeigt ist, sich mit der Problematik rechtzeitig auseinander zu setzen. Im Folgenden soll daher diskutiert werden, welche Ziele auf europäischer Ebene sinnvoll sein könnten. Dafür bietet es sich zunächst an, die für das deutsche System im SGB V definierten Ziele zu reflektieren.

Danach hat die Krankenversicherung die Aufgabe, „Gesundheit ... zu erhalten, wiederherzustellen oder ... zu bessern“ (§ 1), wozu eine „bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung“ zu gewährleisten ist (§ 70). Diese muss gleichermaßen Solidarität („Solidargemeinschaft“) und Mitverantwortlichkeit der Versicherten (§ 1) berücksichtigen. Ergänzt werden diese Ziele vom Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12), wonach die Leistungen (und damit implizit auch das Gesamtsystem) „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen und „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen (§ 12 und ähnlich § 70, der außerdem die „fachlich gebotene Qualität“ und „humane Krankenbehandlung“ fordert).

Als weiterer Bezugspunkt soll hier der Weltgesundheitsbericht (WHR) 2000 dienen, da er den bisher einzigen Versuch darstellt, alle Gesundheitssysteme der Welt anhand einheitlicher Indikatoren zu bewerten. Dieser ging von folgenden drei Hauptzielen aus (*Weltgesundheitsorganisation 2000; Busse 2001*)¹:

- Das Gesundheitssystem soll die Gesundheit der Bevölkerung verbessern. Dieses erste Ziel hat laut WHO zwei Komponenten. Zum einen ist dies die Höhe – also das durchschnittliche Ausmaß – der Gesundheit in der Bevölkerung, und zum anderen die Verteilung der Gesundheit in der Bevölkerung. Wenn wir im Durchschnitt alle 75 Jahre alt werden, aber Sozialhilfeempfänger mit 60 Jahren und Professoren mit 90 sterben, ist dies ungleich – und damit schlechter – als die Situation, in der alle Schichten mit 75 sterben.
- Das zweite Ziel heißt im Englischen „Responsiveness“, am besten kann man es vielleicht mit „Personenorientierung“ übersetzen. Darunter werden Dinge verstanden wie: „die Autonomie und Würde des Patienten zu respektieren“ und „Zugang, Qualität und Wahl zu garantieren“. Wiederum wird das Ausmaß im Durchschnitt und die Verteilung betrachtet. Wenn wir

im Schnitt einen Tag Wartezeit für eine Behandlung haben, aber eine Minderheit (z.B. Immigranten) von einem Prozent hundert Tage warten und die anderen 99 Prozent keinen Tag, ist das eben eine ungleiche Verteilung – und damit schlechter zu beurteilen, als wenn alle einen Tag warten müssten.

- Das dritte Ziel, die faire Finanzierung, bedeutet, dass die Bürger nach Finanzkraft und nicht nach Bedarf oder Inanspruchnahme zur Finanzierung der gesundheitlichen Leistungen herangezogen werden. Das heißt, die Finanzkraft sollte nicht zum Zeitpunkt des Bezahlers, sondern sie sollte prospektiv und unabhängig von der späteren Inanspruchnahme maßgebend sein. Der Weltgesundheitsbericht definiert übrigens eine Finanzierung proportional nach Abdeckung der notwendigen Ausgaben für Lebensmittel als „fair“; andere mögen eine eher progressive Finanzierung als „fair“ betrachten.)

Vergleicht man die beiden Zielkataloge, ergeben sich klare Übereinstimmungen, aber auch Unterschiede – z.B. die stärkere Betonung der Gleichheit im WHR einerseits (wobei allerdings „soziale Gerechtigkeit“ an prominenter Stelle in § 1 SGB I auftaucht) und die stärkere Betonung von Wirtschaftlichkeit im Sinne von Mittelbeschränkung im SGB V andererseits (während der WHR lediglich auf Leistung, d.h. Zielerreichung pro Inputeinheit Wert legt). Die Gleichheitskomponente entspricht auch Zielorientierungen, wie sie u.a. bei der offenen Koordinierung zur sozialen Ausgrenzung betont wurde. Die Betonung der Beschränktheit finanzieller Mittel – und ihres Flusses auch in Zukunft (Nachhaltigkeit) – passt ebenfalls gut in den Rahmen von bisherigen EU-Zielen.

Wie könnten nun Ziele für das Gesundheitswesen unter Berücksichtigung des SGB V, der mit dem WHR gemachten Erfahrungen und der erforderlichen EU-Kompatibilität aussehen? Um die Diskussion darüber in Deutschland voran zu treiben, wird im Folgenden ein Bündel von 4 Zielen vorgeschlagen und zwei weitere Möglichkeiten (A und B) werden diskutiert.

Ziel 1: Erreichung eines hohen Gesundheitsniveaus für die gesamte Bevölkerung

Dieses Ziel kann direkt aus den Zielen des § 1 SGB V abgeleitet werden und entspricht auch dem mit 50 Prozent gewichteten Hauptziel des WHR. Es sollte auch auf EU-Ebene über alle organisations- bzw. finanzbezogenen Ziele gestellt werden. Die Betonung auf „gesamte“ – also den möglichst geringen Unterschieden zwischen Geschlechtern, der Gruppe mit den höchsten Einkommen im Vergleich zu denen mit den niedrigsten oder Immigranten/restliche Bevölkerung – greift den Gleichheitsgedanken analog WHR und anderen EU-Politikfeldern auf. In die Operationalisierung eines „hohen Gesundheitsniveaus“ sollte prinzipiell sowohl die Lebenserwartung als auch die selbst eingeschätzte (in Surveys

erhobene) gesundheitsbezogene Lebensqualität bzw. Einschränkungen durch Krankheit und Behinderungen eingehen. Dazu bietet sich das im WHR genutzte Konstrukt der „disability-adjusted/health life expectancy“ [DALE/HLE] an, wobei jedoch die Datengrundlage dafür noch deutlich zu verbessern ist.

Als erster (Zwischen-)Schritt auf dem Weg zu diesem Ziel könnte ein eher prozessorientiertes Ziel wie „Sicherstellung des Zugangs der Gesamtbevölkerung zur Gesundheitsversorgung“ stehen, wie dies auch die Spitzenverbände vorgeschlagen haben. Dies stünde im Einklang mit der Charta der Grundrechte der Europäischen Union, die jeder Person das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung sowie auf die Leistungen der sozialen Sicherheit im Krankheits- und Pflegefall verleiht. Ferner hat der Rat in seiner Empfehlung vom 27. Juli 1992 über die „Annäherung der Ziele und der Politiken im Bereich des sozialen Schutzes“ (Konvergenzempfehlung) u.a. den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu einem grundlegenden Ziel der sozialen Sicherungssysteme erklärt.

Ziel 2: Gestaltung und Funktion der Gesundheitswesen entsprechend den gerechtfertigten Bedürfnissen und Erwartungen der Bevölkerungen

In seiner Konvergenzempfehlung vom 27. Juli 1992 hat der Rat erklärt, dass ein Ziel sein soll, ein hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem beizubehalten und weiterzuentwickeln, „das der Entwicklung der Bedürfnisse der Bevölkerung, insbesondere der Bedürfnisse aufgrund der Abhängigkeit alter Menschen, der Entwicklung von Krankheiten und Heilverfahren sowie der erforderlichen Intensivierung der Vorsorge angepasst ist.“ Dies Ziel könnte entsprechend der im WHR 2000 genutzten Kategorie „Responsiveness“ ausgestaltet werden, indem die dort genutzten Indikatoren Respekt für Würde, Confidentialität und Autonomie sowie Klientenorientierung durch sofortige Betreuung, Qualität, soziale Unterstützung und Wahl des Leistungserbringers genutzt werden, wobei die Gewichtung allerdings neu überdacht werden müsste. Dieses Ziel(bündel) entspräche auch den Vorstellungen des Europäischen Parlamentes, welches im November 2000 meinte, dass die EU trotz des Subsidiaritätsprinzips für echte, verbindliche Konvergenzkriterien einschließlich gemeinsamer quantifizierbarer Ziele für alle Mitgliedstaaten sorgen könne. Betont wurde der Wert ausreichender Qualität der Pflege und annehmbarer Wartezeiten in öffentlichen Gesundheitswesen.

Auch bei diesem Indikator/diesen Indikatoren sollte die Gleichheitskomponente berücksichtigt werden, d.h. neben der durchschnittlichen Erreichung der einzelnen Ziele sollte auch die Verringerung von Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen angestrebt werden. (Ganz nebenbei bemerkt hätte eine solche – staat-

liche – Verpflichtung auf gleiche Qualität etc. den Vorteil, dass einer Abspeckung der GKV in Richtung „Basisversorgung“ bzw. „zweiter Wahl“ enge Grenzen gesetzt werden.) Wichtig bei der Nutzung von Bevölkerungsbefragungen ist es, zu prüfen, ob unterschiedliche Völker systematisch unterschiedlich antworten. So sind die Dänen z.B. nicht nur mit ihrem Gesundheitssystem zufriedener als andere EU-Völker, sondern mit ihrem Leben insgesamt.

Ziel 3: Zugang der gesamten betroffenen Bevölkerung zu bedarfsgerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien

Einer der Hauptkritikpunkte am WHR war/ist die Tatsache, dass weder aus einem guten noch aus einem schlechten Ranking direkte Schlussfolgerungen abgeleitet werden können, was in dem jeweiligen Gesundheitssystem gut bzw. schlecht gemacht wird. Um diese Kritik zu entkräften, sollte daher der eher indirekte Parameter des Gesundheitsniveaus sowie derjenige der subjektiven Erwartungen um einen möglichst objektiven, systemnahen Indikator ergänzt werden. Dazu bietet es sich an, den Zugang zu ausgewählten Gesundheitstechnologien mit nachgewiesener Effektivität zu nutzen. „Gesundheitstechnologien“ können dabei präventiven, kurativen oder rehabilitativen Charakter haben und sich auf Arzneimittel, bildgebende Verfahren und andere Technologien beziehen. Beispiele wären etwa Impfungen gegen Masern im Kindesalter (wo Deutschland relativ schlecht abschneidet), Einstellung von Bluthochdruck², Chemotherapie bei bestimmten Krebserkrankungen, Nachsorge von Herzinfarktpatienten etc. Der Indikator könnte z.B. aus zehn ausgesuchten Subindikatoren bestehen; im Sinne der „gesamten“ Bevölkerung ist wiederum der Durchschnitt als auch die Verteilung des Zugangs über die verschiedenen Bevölkerungsgruppen im Auge zu behalten.

Ziel 4: Sicherstellung fairer und nachhaltiger Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Die Verbindung von „fairer“ und „nachhaltiger“ Finanzierung ist ein notwendiges, aber auch politisch und methodisch herausforderndes Ziel, was bei einem Beharren verschiedener Lager auf ihren Interpretationen fast auf die Quadratur des Kreises hinausläuft. So ist klar, dass „private“ Finanzierung (zumeist mit Äquivalenzprinzip) unfairer ist (und im Extremfall gegen die Ziele 1 bis 3 verstößt), das in solidarischen, „fairen“ Systemen (NHS und GKV) genutzte Umlageverfahren aber angesichts demographischer Veränderungen ggf. nicht hinreichend nachhaltig. Für die Gesundheitsversorgung wäre es auf europäischer Ebene wichtig, sich auf beide Ziele zu verpflichten, d.h. auf keinen Fall nur auf die „Nachhaltigkeit“³ und beide Ziele zum Maßstab zu nehmen. Natürlich hat derzeit noch niemand die Ideallösung, wie ein optimales Finanzierungsverfahren aussieht, das stark auf beiden Komponenten ist. Französische Reformen zur Ersetzung des Arbeitnehmerbeitrags

durch eine auf alle Einkunftsarten erhobene Gesundheitssteuer sowie spezielle Abgaben auf Pharmawerbung etc. bieten jedoch Ansatzpunkte. Eine weitere Möglichkeit wäre die Bildung kollektiver – und nicht individueller – Reserven.

Mögliches Ziel A: Hohe Effizienz

Hohe Effizienz wäre, analog zum Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V sowie der Hauptstoßrichtung des WHR 2000 („Improving Performance“), eine mögliche weitere Orientierung. Sie zu verfolgen birgt jedoch einige Probleme, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Zurückhaltung nahelegen:

1. Bei der Wahl des Nenners (Ergebnisparameters) kann entweder nur auf jeweils einen Parameter zurückgegriffen werden – dies führt entweder zu mehreren Effizienzangaben oder zwingt zur Auswahl eines Hauptzieles, was alle anderen nachrangig werden lässt – oder es muss ein (Ergebnis-)Index gebildet werden. Letzteres wiederum ist einer der Hauptkritikpunkte am WHR, da zum einen die zu Grunde gelegte Gewichtung umstritten ist und zudem ein Index beinahe zwangsläufig zu einem Ranking führt.

2. Die Methodik der im WHR genutzten Methoden (stochastic frontier analysis) ist – wie ihre Alternativen – methodisch umstritten. Auch die Einbeziehung und Gewichtung anderer Faktoren, die neben dem betrachteten unabhängigen Faktor (d.h. Gesundheitssystem) auf das Outcome einwirken, ist methodisch äußerst problematisch. So wurde im WHR neben dem Gesundheitssystem lediglich das formale Bildungsniveau der Bevölkerung mit berücksichtigt – in dem Sinne, dass in Ländern mit niedrigerem Niveau auch ein niedrigeres Basisniveau an Gesundheit angenommen wurde, was dazu führt, dass potentiell mehr gesundheitlicher Effekt dem Gesundheitssystem „gutgeschrieben“ werden kann; dies dürfte erklären, warum Frankreich sehr gut und Schweden, bei besserer Zielerreichung, vergleichsweise schlecht bei der Effizienz abgeschnitten hat.

Wenn man den engeren Bereich des Gesundheitssystems zugunsten einer breiteren Einbeziehung von Gesundheitspolitik verlasen möchte, böte sich folgendes zusätzliches Ziel an:

Mögliches Ziel B: Messung und Einbeziehung gesundheitsrelevanter Auswirkungen (Health Impact Assessment) von Entscheidungen in allen Politikfeldern

Gemäß des EG-Vertrages, der die Überprüfung gesundheitlicher Auswirkungen aller Politiken der Gemeinschaft vorschreibt, könnte eine solche (Selbst-)Verpflichtung auch auf Ebene der Mitgliedstaaten implementiert werden. Der Indikator könnte einerseits auf Gesetze und andererseits auf konkrete (Infrastruktur-)Projekte abzielen, wobei der Prozentsatz zugrunde gelegt würde, bei dem die gesundheitlichen Auswirkungen explizit berechnet bzw. im Entscheidungsprozess berücksichtigt wurden. Es handelt sich hierbei

um eine wichtige – und implementierenswerte – Komponente von Gesundheitspolitik, die jedoch so breit angelegt ist, dass ihre Nutzung für den Bereich des Gesundheitswesens vermutlich nicht zielführend wäre.

Methodische Überlegungen

Zu Recht ist u.a. von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf die Vielzahl der methodischen Probleme und Anforderungen bei der Indikatorenbildung und -nutzung hingewiesen worden. Dazu zählen u.a. (*Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2002, 8-10; vgl. auch Schwartz/Busse 1998*):

- Die für die Messgrößen (Indikatoren) benötigten Daten sind entweder nicht vorhanden oder liegen in unterschiedlicher Qualität vor.
- Selbst wenn es Daten gibt, sind diese nicht notwendigerweise miteinander vergleichbar, z.B. aufgrund unterschiedlicher Abgrenzungskriterien.
- Daten erlauben nur Aussagen, wenn sie im jeweiligen gesundheitspolitischen Kontext interpretiert werden.

Sinnvoll – aber bei Gesundheitssystemvergleichen bisher zumeist missachtet (so auch im WHR) – ist die Wahl einer dynamischen Betrachtungsweise, und nicht eines Querschnitts zum Zeitpunkt X. Genau wie bei volkswirtschaftlichen Analysen zumeist Veränderungsraten, etwa beim Bruttosozialprodukt genutzt werden – und nicht die Höhe an sich –, sollte auch beim Gesundheitswesen die Frage nach der Veränderung bzw. Verbesserung im Mittelpunkt stehen. Dies dürfte in Zukunft, also nach der Aufnahme von Ländern Mittel- und Osteuropas, angesichts der z.T. sehr unterschiedlichen Ausgangsniveaus noch wichtiger werden. So lag Deutschland beim Zuwachs an Lebenserwartung EU-weit in den 90er Jahren mit Finnland und Luxemburg an der Spitze, während die Niederlande das Schlusslicht bildeten. Als weitere Parameter könnte die Annäherung an den EU-Mittelwert in Betracht kommen (für diejenigen Länder, die gegenwärtig bezüglich des betreffenden Indikators schlechter abschneiden) bzw. das Erreichen/Überschreiten gewisser Mindestmaße.

■ 6. Diskussion und Bewertung

Die offene Methode der Koordinierung ist ein relativ neues Verfahren auf EU-Ebene, bei dem gemeinsame Ziele bzw. Leitlinien festgelegt werden. Das Erreichen dieser Ziele wird mittels gemeinsam vereinbarter Indikatoren gemessen und evaluiert. Sein Vorbild hat dies Verfahren in der Währungspolitik der EU. Hier wurde es eingesetzt, um die Stabilitäts- und Konvergenzkriterien im Zusammenhang mit der Einführung des Euro festzulegen und ihre Einhaltung zu überprüfen. Allerdings ist das Vorgehen in die-

sem Bereich, wie oben beschrieben, inzwischen im EG-Vertrag im Detail festgeschrieben. Eingesetzt wurde es dann in der Beschäftigungspolitik und schließlich bei der sozialen Ausgrenzung. Erste Überlegungen der Kommission zu Leitlinien in der Alterssicherung und Gesundheitsversorgung liegen in der Form von Mitteilungen auf dem Tisch. Diese waren vom Rat der Staats- und Regierungschefs 2000 bzw. 2001 explizit angefordert worden. Insofern muss man davon ausgehen, dass zumindest eine Mehrheit der Regierungen gemeinsamen Zielen in diesen Bereichen nicht abgeneigt gegenüber steht.

Insgesamt kommt den Staats- und Regierungschefs im Rahmen der offenen Methode der Koordinierung eine entscheidende Rolle zu, da sie nicht nur auf der Grundlage von Kommissionsvorschlägen, Beschlüssen des Sozialschutzausschusses und Anhörungen des EU-Parlamentes letztendlich die genauen Ziele festlegen können, sondern auch über Maßnahmen bei ihrer Nichteinhaltung entscheiden. Die Spitzenverbände haben daher nicht Unrecht, wenn sie hier ein „Demokratiedefizit“ beklagen, da keine breiten nationalen Diskussionen und Bewertungen im Rahmen eines parlamentarischen Prozesses stattfinden – eine Kritik, die vom Europäischen Parlament geteilt wird. Es wird abzuwarten sein, welche Rolle der derzeit tagende Konvent im Sozialbereich den einzelnen Akteuren zuweisen wird.

Eine weiterer Diskussionspunkt ist die „Gefahr der Überbetonung fiskalpolitischer Aspekte“ (*Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände 2002, 6*). Dabei wird ins Feld geführt, dass „Anstoß und Motivation für die Einführung der Methode ... die Anwendung und Kontrolle der Stabilitätskriterien zur Verwirklichung der europäischen Wirtschafts- und Währungsunion“ gewesen seien und die bisherige Debatte zeige, dass die finanzielle Nachhaltigkeit ein zentrales Anliegen des Rates sei. Dies ist sicherlich wahr – und auch nicht verwunderlich, ist doch die EU von ihrer Grundidee her eine Wirtschaftsgemeinschaft. Allerdings versuchen die Staats- und Regierungschefs, andere Politikbereiche wie Außen- und Sicherheitspolitik oder eben Sozialpolitik zu integrieren – wogegen sich viele Mitgliedstaaten sperren, haben sie doch die Regulierungsdichte im Bereich der Wirtschaftspolitik vor Augen.

Die Gesundheitswesen sind ein gutes Beispiel für das Spannungsfeld zwischen Regulierung der wirtschaftlichen Freiheiten auf EU-Ebene und nationaler Steuerung der Finanzierung und Leistungserbringung. Auf der einen Seite besitzt ärztliches und pflegerisches Personal die Niederlassungsfreiheit, Bürger und Patienten die Bewegungsfreiheit, Arzneien und Medizinprodukte unterliegen Dutzenden von Richtlinien und Verordnungen (oder werden gleich EU-weit zugelassen), öffentlich beschaffte Gesundheitsgüter und -dienstleistungen müssen EU-weit ausgeschrieben werden etc.. Auf der anderen Seite unterliegen viele Gesundheitssysteme noch der

Illusion, auf lokaler/regionaler Ebene die Gesundheitsversorgung planen zu können (Wismar/Busse 2001; Busse et al. 2002). Zur Auflösung dieses Widerspruchs ist die strikte „Re-Nationalisierung“ der Gesundheitssysteme allerdings keine realistische Lösung, gefährdet sie doch all die lieb gewonnenen Vorteile für die Bürger. Notwendig ist vielmehr die Entwicklung einer proaktiven Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene. Denn die Auswirkungen der europäischen Integration auf die Gesundheitswesen sind derzeit weitgehend nicht durch die für Gesundheit zuständige Generaldirektion der Kommission verursacht. Vielfach handelt es sich um europäisches Wirtschaftsrecht. Um das europäische Sozialstaatsmodell zu erhalten und auszubauen, wird es von daher der Entwicklung einer europäischen Gesundheitspolitik bedürfen – eine Kompetenz, die der Europäischen Gemeinschaft bislang nicht zusteht. Dies ist das Paradox, dem sich die Verteidiger der nationalstaatlichen Souveränität gegenübersehen. Vereinfacht gesagt: Um die Gesundheitswesen in ihrer sozialen Ausprägung zu erhalten (und patientenorientiert weiter zu entwickeln), bedarf es einer höheren politischen Integration. Ansonsten werden die nicht beabsichtigten Effekte der europäischen Integration zunehmend die Systeme der gesundheitlichen Versorgung aushöhlen – ob mit oder ohne offene Methode der Koordinierung.

Fußnoten

- 1 Der Weltgesundheitsbericht 2000 ist seit seiner Veröffentlichung Gegenstand vieler Debatten. Dabei wird weniger das Unterfangen an sich – und primär auch nicht die ausgewählten Ziele und Indikatoren – kritisiert, als vielmehr das Vorgehen (u.a. kein vorheriger Peer-Review der Methoden und Ergebnisse) und u.a. die genutzten, oftmals nicht vergleichbaren oder nur geschätzten Daten, die Indexbildung über alle Indikatoren und das darauf beruhende Ranking, die rein querschnittliche Betrachtungsweise (bei oftmals großer Zeitlatenz zwischen Maßnahme und Ergebnis), die Berechnungsmethode der „Performance“ (d.h. die hier nicht dargestellte Inbezugsetzung der Zielerreichung mit den eingesetzten finanziellen Ressourcen) und die mangelnde Aussagefähigkeit der Daten in Bezug auf Gesundheitssystemfunktionen. Nach Expertenkonsultationen in allen WHO-Regionen wurde Ende 2001 eine internationale Expertengruppe gebildet, um weitere „Performance“-Bewertungen auf eine solidere Grundlage zu stellen. Der Exekutivrat der WHO hat im Januar 2002 die Veröffentlichung des nächsten Berichtes auf 2003 verschoben. Hintergründe und Diskussionsbeiträge sind über folgende Webseiten abrufbar:
<http://www.who.int/health-systems-performance/>; sowie
http://www.euro.who.int/observatory/news/20010815_1.

- 2 Gut im Sinne dieses Indikators ist dabei nicht der Prozentsatz von Hypertonikern in der Bevölkerung, sondern der Kontrollgrad, d.h. wie viele wirksam behandelt werden.
- 3 Auch der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss wies in seiner Stellungnahme vom April 2000 darauf hin, dass sozialen Zielen absolut die gleiche Aufmerksamkeit gewidmet werden müsse wie den Finanzierungsfragen.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002):** Die offene Methode der Koordinierung im Bereich des Gesundheitswesens; Bonn.
- Busse R (2001):** Die Zukunft unseres Gesundheitssystems - Impulse aus internationalen Erfahrungen; in: Michaelis W (Hrsg.): Der Preis der Gesundheit: Wissenschaftliche Analysen. Politische Konzepte; Landsberg, 174-186.
- Busse R/Wismar M/Berman P (Hrsg. für die European Health Management Association) (2002):** The European Union and Health Services – The impact of the Single European Market on Member States; Amsterdam.
- Eichenhofer E (2001):** Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und das europäische Wettbewerbsrecht; in: G+G Wissenschaft 2/01, 14-18.
- Giesen R (2001):** Das Kartellrecht der GKV-Leistungserbringung und die dafür gültige neue Rechtswegzuweisung; in: G+G Wissenschaft 2/01, 19-23.
- GVG – Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (2001):** Die Methode der „offenen Koordinierung“ in der Europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik: Prozessgesteuerte Konvergenz der Sozialsysteme durch Vereinbarung gemeinsamer Ziele und Indikatoren; Manuskript, Köln.
- Knispel U (2001):** Zur Bedeutung des Europäischen Wettbewerbsrechts für die gesetzliche Krankenversicherung; in: G+G Wissenschaft 2/01, 7-13.
- Schwartz FW/Busse R (1998):** Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung; in: Schwartz FW/Badura B/Leidl R/Raspe H/Siegrist J (Hrsg.): Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen; München, 385-411.
- Weltgesundheitsorganisation (2000):** World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance; Genf.
- Wismar M/Busse R (2001):** Europa Ante portas - Die Europäisierung der Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten; in: Gesellschaftspolitische Kommentare 42/01, 14-18.

DER AUTOR



Reinhard Busse, Professor Dr. med. MPH, hat seit seiner Habilitation für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover das Madrider Zentrum des European Observatory on Health Care Systems geleitet. Ab April 2002 ist er Professor für

Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin. Seine Forschungsschwerpunkte sind Gesundheitssystemforschung, insbesondere im europäischen Vergleich, und Health Technology Assessment (HTA).