

## Die "Methode der offenen Koordinierung" im Gesundheitswesen

von Dr. Thomas Ulmer (Mitglied des Europäischen Parlaments)

Lange Zeit waren viele Akteure im Gesundheitswesen der Auffassung, dass die Organisation und die medizinische Versorgung in der alleinigen Zuständigkeit der EU-Mitgliedsstaaten liege. Sie beriefen sich dabei auf Artikel 152 Absatz 5 des EG-Vertrages, 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 Umfang gewahrt"*, werde.

Dieser Artikel bezog sich jedoch nur auf die "Public-Health-Maßnahmen" und ließ die anderen EU-Eingriffe im Gesundheitswesen, welche unter anderem durch das Arbeitsrecht in Bezug auf die Arbeitszeiten in Krankenhäusern oder durch das Wettbewerbsrecht in Bezug auf die Arzneimittel-Festbeträge sowie durch die Bestimmungen zum europäischen Binnenmarkt erfolgen, außer Acht. Diesen Punkten haben in den letzten Jahren immer häufiger Urteile des Europäischen Gerichtshofes (EuGH), vor allem in den Rechtssachen Kohll (C-158/96) und Decker (C-120/95) vom 28. April 1999 und das Urteil in der Rechtssache Smits/Peerboom (C-157-99) vom 12. Juli 2001 Rechnung getragen. Nach diesen Urteilen gelten die Grundsätze des freien Warenverkehr nach Artikel 28 und der Dienstleistungsfreiheit nach Artikel 49 EG-Vertrag auch im Bereich der ambulanten und stationären Behandlung mit der Konsequenz, dass sich Versicherte Leistungen gegen Kostenerstattung zu Lasten öffentlich-rechtlicher Versicherungsträger selbst beschaffen können. Zuletzt hat der EuGH anhand der Rechtssache Müller-Fauré/van Riet (C-385/99) vom 13. Mai 2003 explizit festgelegt, dass ein nationales Sachleistungssystem den Kostenerstattungsanspruch nicht behindert.

In den letzten Jahren zeichnete sich dann jedoch ein allmählicher Wandel in diesem Bereich ab. Während es in Deutschland im Rahmen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes ein umdenken stattfand, kam auch auf europäischer Ebene neben dem Festhalten an der Verantwortlichkeit der nationalen Regierungen im Gesundheits- und Sozialbereich ein neuer Aspekt, die Methode der offenen Koordinierung, hinzu. Der das Gesundheitswesen (Artikel III-174) be-

treffende Passus wurde bei der letzten Sitzung des Konvents vor der Übergabe des Verfassungsentwurfs in Thessaloniki aufgenommen:

*"Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind, insbesondere Initiativen, die darauf abzielen, Leitlinien und Indikatoren festzulegen, den Austausch bewährter Verfahren durchzuführen und die erforderlichen Elemente für die regelmäßige Überwachung und Bewertung auszuführen."*

Die Methode der offenen Koordinierung basiert auf der rechtlichen Grundlage des Artikels 137 EGV von Nizza, welcher seit dem 1. Februar 2003 Gültigkeit besitzt. Hierin ist festgelegt, dass der Rat *"unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten"* Maßnahmen annehmen kann, die die Verbesserung des Wissensstandes, die Entwicklung des Austausches von Informationen und bewährten Verfahren sowie die Bewertung von Erfahrungen zum Ziel haben. Somit steht die Methode der offenen Koordinierung neben den "klassischen" Instrumenten der Gemeinschaftspolitik.

#### Entwicklung der "Methode der offenen Koordinierung"

Die Methode der offenen Koordinierung wurde von der EU erstmals im Rahmen des Luxemburg-Prozesses auf die engere Arbeitsmarktpolitik angewandt. Des Weiteren fand sie Anwendung bei der Festlegung der Maastricht-Kriterien für die Währungsunion sowie bei der Vermeidung sozialer Ausgrenzungen.

Der Europäische Rat hat sich bei seinem Gipfeltreffen in Lissabon im März 2000 für das kommende Jahrzehnt das strategische Ziel gesetzt, *"Die Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum in der Welt zu machen - einen Wirtschaftsraum, der fähig ist, ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einen größeren sozialen Zusammenhalt zu erzielen."* In diesem Zusammenhang wurde der Begriff der "Offenen Methode der Koordinierung" erstmals erwähnt. Im Rahmen dieses strategischen Ziels wurde der Beschluss gefasst die Sozialsysteme zu reformieren um auf diese Weise die Erbringung qualitativ hoher medizinischer Leistungen zu erreichen. Daraufhin wurde die Europäische Kommission, im Rahmen der Tagung des Europäischen Rates in Göteborg im Juni 2001, beauftragt einen Bericht über mögliche Leitlinien für das Gesundheitswesen und die Altenpflege zu erarbeiten. Die Kommission kam dieser Aufforderung mit der Mitteilung vom 5. Dezember 2001 zum Thema *"Die Zukunft des*

*Gesundheitswesens (...) Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern*", nach. In dieser Mitteilung stellte die Kommission fest, dass die EU-Gesundheitssysteme vor der Herausforderung stehen, langfristig drei Ziele miteinander zu verbinden:

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

Somit lassen sich die Anforderungen an die "Methode der offenen Koordinierung" im Gesundheitswesen wie folgt zusammenfassen:

1. Die Erreichung eines hohen Gesundheitsniveaus für die gesamte Bevölkerung in der Europäischen Union muss gewährleistet werden
2. Die Gestaltung und Funktion des Gesundheitswesens muss den Bedürfnissen und Erwartungen der Bevölkerung angepasst werden
3. Der Zugang der gesamten Bevölkerung zu bedarfsgerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien muss gesichert werden
4. Die Sicherstellung einer verteilten und nachhaltigen Finanzierung der Gesundheitsvorsorge muss erfolgen

Diese Ziele wurden im März 2002 auf der Tagung des Europäischen Rates in Barcelona für gut befunden und die EU-Kommission wurde ersucht *"die Fragen der Zugänglichkeit, der Qualität und der finanziellen Tragfähigkeit noch genauer zu prüfen"*. Daraufhin legte die Europäische Kommission am 3. Januar 2003 den Vorschlag zu einem Bericht zum Thema *"Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus."* Im Herbst des gleichen Jahres wurde die Fortsetzung der Vorschläge der EU-Kommission sowie eine Ausdehnung auf die neuen Mitgliedstaaten beschlossen.

#### Verfahren der "Offenen Koordinierung"

Im Gegensatz zum Bereich der Wirtschafts- und Finanzpolitik, wo die Europäische Union relativ "harte" Instrumente der Koordinierung besitzt, ist die OMK eine Methode, die ein geringes Maß an Verbindlichkeit aufweist. Die offene Koordinierung besteht aus einem

vierstufigen Verfahren, bei dem das Ziel nicht die Harmonisierung der unterschiedlichen (Gesundheits-)Systeme sein soll, sondern der systematische Austausch und Vergleich von Problemlagen und Lösungsstrategien.

In einer ersten Stufe einigen sich alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union auf unionsweite Leitlinien bzw. Zielvorgaben - gegebenenfalls mit einem jeweils genauen Zeitplan für die Verwirklichung -. Die Art und Weise der Zielerreichung wird dabei den Mitgliedsstaaten überlassen.

In der zweiten Stufe werden Indikatoren und Benchmarks entwickelt, mit denen der erreichte Fortschritt verglichen werden kann.

In einer dritten Phase erfolgt die Aufforderung an die Mitgliedstaaten, die auf europäischer Ebene beschlossenen Leitlinien national umzusetzen.

Die vierte Phase dient der nach vorherigen Beratungen festgelegten Indikatoren stattfindenden Evaluierung der Fortschritte, die die Europäische Union als Ganzes und die Mitgliedstaaten im Besonderen bei der Umsetzung dieser Leitlinien machen mit Hilfe von "Peer-Group-Reviews". Des Weiteren sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, regelmäßige Berichte an die Europäische Kommission zu senden, in denen sie die von ihnen ergriffenen Maßnahmen beschreiben und über ihre Wirkung berichten.

Durch das so erfolgte Benach-Marking soll es den Mitgliedstaaten ermöglicht werden, ihren eigenen Fortschritt mit dem der anderen Staaten zu vergleichen. Auf diese Weise soll es möglich sein, von den erfolgreichsten Ländern zu lernen. Um den Prozess zu unterstützen, veröffentlicht die Europäische Union regelmäßig die Ergebnisse ihrer Evaluierungen und gibt für die einzelnen Mitgliedstaaten Empfehlungen ab, wie sie ihre erreichten Ergebnisse weiter verbessern zu können. Die OMK wird daher auch als gemeinsamer "Lernprozess" beschrieben.

Das Lernen "von anderen" wurde auch bereits im Weltgesundheitsbericht des Jahres 2000 thematisiert, der genau wie die OMK in diesem Bereich die Gesundheit der Bevölkerung, die Personenorientierung sowie die "faire Finanzierung" in den Mittelpunkt gestellt hat.

### methodische Probleme

Bei der Umsetzung der Methode der offenen Koordinierung wird es, vor allem bei der Datenerhebung, eine Reihe von methodischen Dingen zu berücksichtigen geben. Zum einen müssen die Indikatoren auf Daten beruhen, die in allen Ländern objektiv erhoben werden und in guter Qualität zeitnah vorliegen. Zum anderen müssen die Daten transnational vergleichbar sein.

Die Methode der offenen Koordinierung wird die europäischen Gesundheitssysteme anfänglich nur indirekt beeinflussen, aber durch die Zunahme der Vergleichbarkeit von Leistungen, ihrer Zugänglichkeit und Qualität wird sie die Mobilität von Patienten fördern. Dies hat in diesem Gebiet zur Folge, dass durch grenzüberschreitende Verträge oder durch eine EU-Krankenversicherungskarte, etc. die Europäisierung weiter vorangetrieben wird. Mittelfristig wird dies die Entwicklung eines europäischen Leistungskatalogs (jedoch ohne einheitliche Preise) europaweiter Regeln für die Akkreditierung und Qualitätssicherung sowie die Entwicklung europaweiter Diagnose und Behandlungsrichtlinien nach sich ziehen.

Der Artikel erschien erstmals in: GPK Gesellschaftspolitische Kommentare Nr. 8/05 – August 2005