

Die Krankenversicherung

Herausgegeben vom IKK-Bundesverband

- **Ablehnung:**
Deutsches Zentrum führt
in die Staatsmedizin
- **Zweifel:**
Agenda 2010 löst nicht
das Arbeitsmarktproblem
- **Kraftakt:**
Erleichterte Freizügigkeit
in der Europäischen Union
- **Prüfstand:**
Nationale Gesundheitspolitik
versus Integrationsziele

55. Jahrgang
Juli 2003



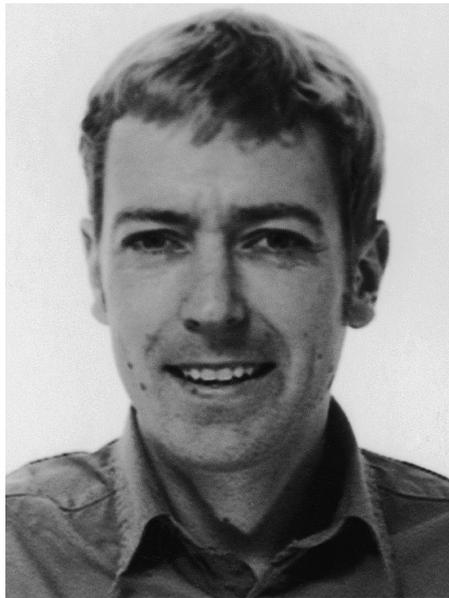
Erich Schmidt Verlag
Berlin · Bielefeld · München

7

Die Offene Methode der Koordinierung als Instrument europäischer Gesundheitspolitik

Dipl.-Politologe Rolf Schmucker*

Im März 2000 hat der Europäische Rat von Lissabon das strategische Ziel der EU formuliert, „die Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt zu machen – ... der fähig ist, ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einem größeren sozialen Zusammenhalt zu schaffen“.¹ Die Umsetzung soll u. a. durch die „Offene Methode der Koordinierung“ (OMK) vorangetrieben werden. Damit wird eine Leitungs- und Koordinierungsfunktion des Rates auch auf solchen Politikfeldern angestrebt, die nach dem Vertragsrecht in die alleinige Gestaltungskompetenz der Mitgliedstaaten fallen. Die OMK lässt sich als eine Art Benchmarking-Verfahren ohne unmittelbar verpflichtende Konsequenzen für die Mitgliedstaaten beschreiben. Ein ähnliches Vorgehen wird seit 1997 in der Beschäftigungspolitik praktiziert. Mit der Lissabon-Strategie wird die OMK sukzessive auf weitere sozialpolitische Bereiche ausgedehnt. Im Bereich der Alterssicherung kommt sie ebenso zum Einsatz wie bei der Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung. Künftig wird auch die Gesundheitspolitik der Mitgliedsländer auf dem Prüfstand der OMK stehen.²



Ein neues Politikinstrument der EU

Wie hat man sich das Verfahren der OMK vorzustellen? In ihrem Weissbuch „Europäisches Regieren“ hat die Kommission die Methode wie folgt beschrieben: „Die ‚offene Koordinierungsmethode‘ wird fallweise angewandt. Sie fördert die Zusammenarbeit, den Austausch bewährter Verfahren sowie die Vereinbarung gemeinsamer Ziele und Leitlinien von Mitgliedstaaten, die manchmal wie im Falle der Beschäftigung und der sozialen Ausgrenzung durch Aktionspläne von Mitgliedstaaten unterstützt werden. Diese Methode beruht auf einer regelmäßigen Überwachung der bei der Verwirklichung dieser Ziele erreichten Fortschritte und bietet den Mitgliedstaaten die Möglichkeit, ihre Anstrengungen zu vergleichen und aus den Erfahrungen der anderen zu lernen.“³

* Wiss. Mitarbeiter im Institut für Medizinische Soziologie am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a. M.

Im Gegensatz zum Bereich der Wirtschafts- und Finanzpolitik, wo die EU relativ „harte“ Instrumente der Koordinierung besitzt, ist die OMK eine Methode, die ein geringeres Maß an Verbindlichkeit aufweist. Ziel soll nicht die Harmonisierung der unterschiedlichen (Gesundheits-)Systeme sein, sondern der systematische Austausch und Vergleich von Problemlagen und Lösungsstrategien. Um eine Vergleichbarkeit herstellen zu können, ist es notwendig, gemeinsame Indikatoren zu definieren, mit denen quantitative und qualitative Entwicklungsverläufe beschrieben werden können. Der Prozess der Definition von Indikatoren beinhaltet eine Bewertung von als positiv erachteten Zielvorstellungen, die als gemeinsame Maßgabe aller Mitgliedstaaten in nationale Politiken umgesetzt werden sollen. Die OMK wird daher auch als gemeinsamer „Lernprozess“ beschrieben, in dessen Rahmen eine Verständigung über die grundsätzliche Entwicklungsrichtung auf verschiedenen Politikfeldern stattfindet. Die OMK geht jedoch über die Aspekte von Zieldefinition und Informationsgewinnung hinaus und strebt eine Ergebnisbewertung nationaler Politikstrategien an. Die regelmäßige Ergebniskontrolle anhand nationaler Berichterstattung und einer zusammenfassenden Bewertung durch die Kommission soll – bei aller Offenheit der Methode – für eine größere Verbindlichkeit im Umgang mit den gemeinsam formulierten Zielen sorgen. Auch wenn das Verfehlen von Zielen keine unmittelbaren Sanktionen nach sich zieht, wächst der Druck auf die Mitgliedstaaten, negative Ergebnisse zu legitimieren bzw. zu korrigieren.

Hinsichtlich der Gesundheitspolitik hat der Europäische Rat in Barcelona (2002) festgehalten, dass vor dem Einsatz der OMK erst Informationen gesammelt, Kooperationsmöglichkeiten ausgelotet

und Indikatoren entwickelt werden sollen, um eine bessere Vergleichbarkeit von Gesundheitsdaten und historisch gewachsener Systemunterschiede zu ermöglichen. Sind diese Voraussetzungen gegeben, wird die Methode auch in der Gesundheitspolitik eingesetzt.

Wirtschafts- und finanzpolitische Rahmenbedingungen

Die Diskussion sozialpolitischer Zielsetzungen auf europäischer Ebene im Rahmen der OMK lässt sich als ein positiver Schritt im europäischen Integrationsprozess begreifen. Die Auseinandersetzung um sozialpolitische Ziele und die Überwachung ihrer Realisierung können dazu beitragen, das bislang schemenhaft beschriebene „Europäische Sozialmodell“ mit konkreten Inhalten zu füllen. Exemplarisch lässt sich dies im Bereich der Alterssicherung beschreiben. Der Europäische Rat von Laeken (2001) verabschiedete drei übergeordnete Zielvorgaben, die neben der finanziellen Tragfähigkeit des Systems die Angemessenheit der Alterssicherung sowie deren Vereinbarkeit mit veränderten sozialen Realitäten (diskontinuierliche Erwerbsbiographien, zunehmende Frauenerwerbstätigkeit usw.) umfassen. „OMK-Optimisten“ sehen hier die Chance für Sozialpolitiker, gestalterisch auf der europäischen Ebene tätig zu werden, die bislang fast ausschließlich von finanzpolitischen und binnenmarktorientierten Interessen dominiert wurde. „Die Sozialpolitik muss sich also in einem originär von ihr behandelten Bereich ihre Handlungsoptionen gegenüber der Finanzpolitik zurückerobern, um das notwendige Gleichgewicht aller bedeutenden Aspekte für eine angemessene und finanzierbare Alterssicherung wiederherzustellen.“⁴ Das Beispiel der deutschen Rentenreform aus dem Jahr 2001, die ausdrücklich mit Verweis auf die europäischen Zielsetzungen begründet wurde, macht jedoch auch deutlich, wie die „Rückeroberung von Handlungsoptionen“ in der Praxis ausfallen kann: Die kapitalgedeckte „Riester-Rente“ führt zu einer Teilprivatisierung der Alterssicherung, das durchschnittliche Rentenniveau wurde nachhaltig gesenkt und das Rentenübergangsalter heraufgesetzt.

Ähnliche Entwicklungen lassen sich mit Blick auf die Gesundheitspolitik erwarten. Das Geschehen im deutschen Gesundheitssystem ist für die EU derzeit vor allem aus finanzpolitischer Sicht von Interesse. Das Defizit in der GKV fällt im Rahmen der Berechnungen des Stabilitäts- und Wachstumspaktes als Verschuldung des Staatshaushaltes ins Gewicht. Die Einleitung des Defizitverfahrens gegen die Bundesrepublik durch die EU-Kommission im Januar diesen Jahres könnte zu Strafgeldern in Höhe von bis zu 0,5 % des BIP (rund 10 Mrd. Euro) führen, wenn es der Regierung nicht gelingt, die Neuverschuldung in absehbarer Zeit unter das Drei-Prozent-Kriterium zu drücken. Die Debatte um die künftige Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens hat also durchaus eine europäische Dimension. Diese drückt sich auch in den „Broad Economic Policy Guidelines“ aus, in denen der Europäische Rat wirtschaftspolitische Empfehlungen für Deutschland ausspricht. Dazu ist er nach der in Art. 99 EGV verankerten Koordinierung der Wirtschaftspolitik der Mitgliedstaaten berechtigt – ebenfalls eine Art Benchmarking-Verfahren.

In den „Guidelines“ für Deutschland werden vier Politikziele benannt. Nummer eins und zwei unterstreichen die Bedeutung der Drei-Prozent-Schwelle und des Ziels eines „fast ausgeglichenen Haushalts“ im Jahr 2004. Der vierte Punkt fordert die rasche und konsequente Umsetzung der im deutschen Haushaltsgrundsatzgesetz vereinbarten restriktiven Ausgabenpolitik der öffentlichen Haushalte. Punkt drei bleibt allein auf die Gesundheitspolitik bezogen: „implement the necessary reform of the healthcare system in order to reduce expenditure pressures and to contribute to improving the quality and economic efficiency of medical care.“⁵ Offensichtlich wirkt der massive Druck der wirtschafts- und finanzpolitischen Zielsetzungen, denen sich die Union nicht erst seit den Verträgen von Maastricht untergeordnet hat, auch im Bereich der Gesundheitspolitik. Die Lissabon-Strategie, die EU zum „dynamischsten, wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt“ zu machen, lässt nicht erwarten, dass die soziale Integration im Vordergrund dieses Prozesses stehen wird. Die „konsti-

tutionelle Asymmetrie zwischen marktschaffender Politik und soziale Sicherheit und Gleichheit fördernder Politik“⁶ bildet die entscheidende Rahmenbedingung für die OMK auch auf dem Feld der Gesundheitspolitik. Es erscheint daher sehr fraglich, ob Spielräume für gesundheitspolitische Strategien existieren, die jenseits der binnenmarkt- und fiskalpolitischen Begrenzungen liegen.

Methodische Probleme

Internationale Vergleiche von Gesundheitssystemen sind nicht neu. Das Gegenüberstellen verschiedener Organisationsprinzipien, Finanzierungsmodi, Versorgungsstrukturen usw. ermöglicht den „Blick über den Tellerrand“ und kann sehr hilfreiche Anregungen für die Diskussion nationaler Entwicklungsperspektiven geben. Problematisch werden Vergleiche oftmals dann, wenn sie – ganz im Sinne eines Benchmarkings – versuchen, unterschiedliche Systeme in eine Rangordnung zu bringen. Spätestens dann rückt das methodische Design der Studie in den Mittelpunkt. Entscheidend ist, welche Daten und Informationen bezüglich eines Gesundheitssystems vorhanden sind, ob eine Vergleichbarkeit zwischen den Daten verschiedener Länder gegeben ist, und welche Wertungen sich explizit oder implizit in den verwendeten Indikatoren wiederfinden.

Ein gutes Beispiel für die Problematik eines solchen internationalen Vergleichs ist der von der Weltgesundheitsorganisation erstellte „World Health Report 2000“⁷ in dem weltweit 191 Gesundheitssysteme anhand eines Index von Gesundheitszielen miteinander verglichen und in eine Reihenfolge gebracht werden. Dabei kam es zu erheblichen Diskrepanzen zwischen dem Ranking der WHO und der wissenschaftlich analysierten Zufriedenheit der jeweiligen Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem. Italien wurde auf Platz zwei des Rankings eingestuft und verfügt nach dieser Einschätzung über eines der weltweit besten Gesundheitssysteme. Gleichzeitig stimmen ein Drittel der Italiener der Aussage zu, dass das eigene Gesundheitssystem so defizitär sei, dass es komplett reorganisiert werden müsse.

Schon diese Diskrepanz wirft die Frage nach dem Wert der erstellten Rangfolge auf. Methodenkritische Analysen haben zudem gezeigt, dass die Studie auf einer unbefriedigenden Datenlage beruht, die verwendete Literatur wissenschaftlichen Kriterien nur bedingt entspricht und dass die gesamte Konzeption des World Health Reports einer politischen Linie folgt, die marktorientierte Gesundheitsreformen präferiert.⁸ Man sollte sich daher darüber bewusst sein, dass ein Benchmarking im Gesundheitswesen – explizit oder implizit – immer auch politische Wertungen und Interessen beinhaltet.

Die vergleichende Bewertung unterschiedlicher Gesundheitssysteme stützt sich in der Regel auf Input- und Outcome-Faktoren. Auf der Input-Seite ist es vergleichsweise einfach, die finanziellen Aufwendungen eines Landes für sein Gesundheitssystem zu ermitteln. Gesundheitsausgaben pro Kopf bzw. als Anteil des Bruttoinlandsprodukts sind daher einer der üblichen Vergleichsmaßstäbe. Schwieriger wird es bei der Betrachtung „weicher“ Input-Faktoren, wie z. B. das Qualifikationsniveau der Beschäftigten, der Aufwand für gesundheitsrelevante Forschung oder allgemeine rechtliche, kulturelle und soziale Rahmenbedingungen. Dies birgt die Gefahr, dass sich der Vergleich der Input-Seite auf die finanziellen Aspekte verengt, während die schwieriger in harten

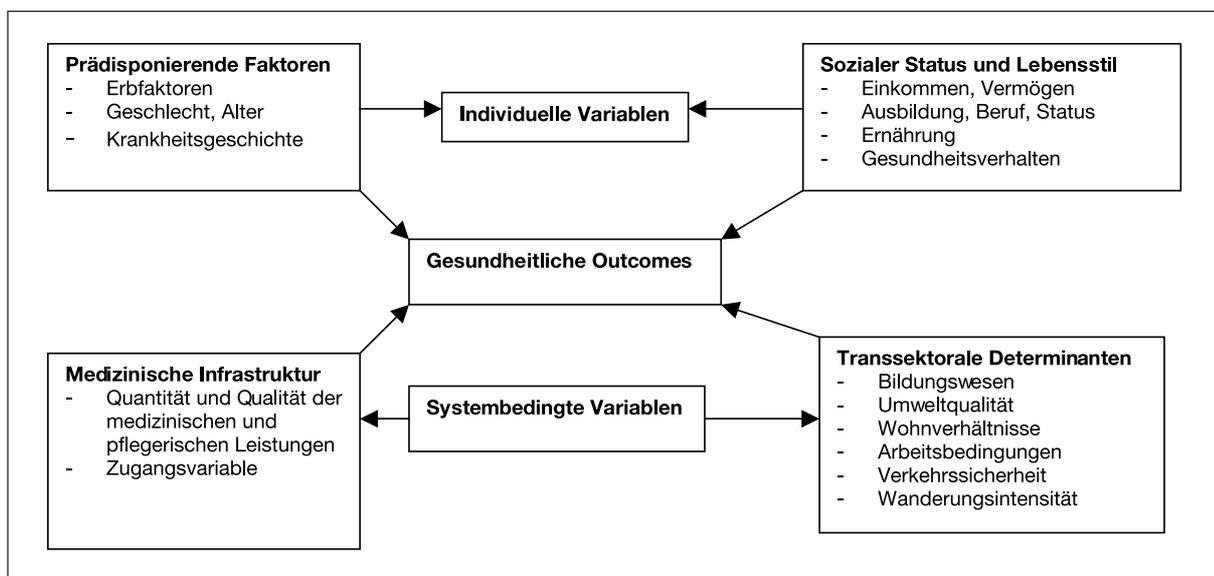
Daten ausdrückbaren Bedingungen vernachlässigt werden, die für das Gesundheitssystem dennoch eine zentrale Bedeutung besitzen.

Auf der „Outcome-Seite“ geht es im Kern um die Einschätzung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung. Anhand von Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken können Aussagen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung getroffen werden. Doch auch bei der Erfassung von Lebenserwartung und Erkrankungen existieren zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Ländern, die die Vergleichbarkeit beeinträchtigen. Hinzu kommt, dass der Gesundheitszustand einer Bevölkerung nicht allein auf die Funktionsweise seines medizinischen Versorgungssystems zurückzuführen ist, sondern in wesentlichem Umfang von Faktoren abhängt, die außerhalb des Gesundheitssystems zu verorten sind. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat daher auf die Unterscheidung endogener (im gesundheitlichen Versorgungssystem liegender) und exogener (außerhalb des Gesundheitssystems zu verortender) Faktoren verwiesen, die zusammengenommen die gesundheitlichen Outcomes bedingen. „Noch umfassender lässt sich der Prozess der gesundheitlichen Ergebnisbildung als ein ganzheitlicher Zusammenhang verstehen. In diesem holistischen Sinne besitzen Maß-

nahmen der Bildung, der Erziehung, der Verteilung des Volkseinkommens, der bevölkerungsbezogenen wie der individuellen Hygiene, der Lebensmittel- und Wasserversorgung sowie Einflüsse aus der Arbeitswelt, der Wohnwelt, der Freizeit (seien sie nun vorgegeben oder durch individuelles Verhalten unmittelbar gesteuert) eine maßgebliche Wirkung auf gesundheitliche Risiken, Chancen und Erträge bei Individuen wie bei Populationen. Das medizinische und pflegerische Versorgungssystem nimmt dabei nur eine partielle Rolle ein“⁹ (vgl. dazu auch die *Abbildung*).

Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen und epidemiologischen Studien, die den Versuch unternommen haben, den Einfluss des Gesundheitssystems auf die gesundheitlichen Outcomes zu evaluieren, differieren z. T. erheblich – jeweils in Abhängigkeit von der verfügbaren Datenlage und der verwendeten Analyseverfahren. Mit diesen methodischen und interpretativen Problemen ist auch die OMK konfrontiert. Im Dezember 2001 hat die EU-Kommission drei Zieldimensionen für die Entwicklung der Gesundheitssysteme vorgestellt: Die Sicherung des allgemeinen Zugangs zu medizinischen Leistungen, die Sicherung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung und die Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme.¹⁰ Es wird von großer Bedeutung für die OMK sein, inwiefern

Abb.:
Einflussgrößen
gesundheitlicher
Outcomes



Quelle:
SVR, Bedarfsge-
rechtigkeit und
Wirtschaftlichkeit,
Gutachten 2000/
2001, Kurzfassung,
S.102.

sich die in den drei Zielen deutlich werdende Betonung qualitativer Aspekte bei der Formulierung der zu vergleichenden Indikatoren wiederfinden.

Demokratische Legitimation?

Wenn die Bildung der Indikatoren und Zielvorgaben von zentraler Bedeutung für die Aussagekraft der Ergebnisse ist, erscheint es um so wichtiger, eine breite Beteiligung verschiedener Akteure an der Diskussion und Formulierung zu gewährleisten. Dies wirft die Frage nach der demokratischen Legitimation des neuen Verfahrens auf. Derzeit sieht es danach aus, dass der Rat und die Kommission durch die OMK neue, strategische Kompetenzen auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik erhalten, während das Europäische Parlament keine besondere Rolle im neuen Verfahren spielen wird. Die Gesundheitspolitik bleibt zwar in der alleinigen Verantwortung der Mitgliedsländer; sollte die Kommission jedoch die federführende Rolle einer „Benchmarking-Agentur“ übernehmen, wird sie zusätzlichen Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitspolitik nehmen können. Nach den vorliegenden Erfahrungen mit der Einflussnahme durch Lobbying auf europäischer Ebene steht zu befürchten, dass insbesondere die Interessengruppen Einfluss auf die konkrete Gestaltung der OMK nehmen werden, die auf der europäischen Ebene am besten organisiert sind. Statt eines breiten und öffentlichen Diskussionsprozesses über die Gestalt des europäischen Sozialmodells und seiner gesundheitspolitischen Ausgestaltung könnte ein intransparentes Verfahren treten, dessen Ergebnis die strategische Ausrichtung der nationalen Gesundheitspolitiken beeinflussen wird. Für die nationalen Regierungen eröffnet dies die Möglichkeit, unpopuläre Maßnahmen mit Verweis auf die Vorgaben der europäischen Ebene durchzusetzen, die eigene Verantwortung kleinzureden und damit einer Entpolitisierung Vor-schub zu leisten.

Ausblick

Betrachtet man den Status Quo europäischer Gesundheitspolitik, so zeigt

sich ein Gestaltungsvakuum, das in den vergangenen Jahren mehr und mehr vom Europäischen Gerichtshof besetzt wurde, der das Binnenmarkt- und Wettbewerbsrecht auf die nationalen Gesundheitssysteme anwendet. Die nationale Zuständigkeit wird damit tendenziell unterlaufen, ohne dass vertragsrechtliche Normen existieren, die das Wirken des Gerichtshofs auf diesem Gebiet einschränken. Bislang definiert dieser die Ausnahmetatbestände vom Binnenmarktrecht selbst. Die positive Rolle der OMK könnte daher darin bestehen, qualitative Gesundheitsziele und -indikatoren auf europäischer Ebene zu definieren, mit denen Gesundheitspolitik perspektivisch nicht länger als Anhängsel der Binnenmarktintegration, sondern als eigenständiges Gemeinschaftsziel zu behandeln wäre. Gesundheitswissenschaftlich wäre es z. B. sinnvoll, das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit in unterschiedlichen sozialen Schichten zum Bewertungskriterium eines Benchmarking-Verfahrens zu machen. Das gleiche gilt für Ausrichtung und Umfang präventiver Maßnahmen in nationalen Gesundheitssystemen, mit denen das Auftreten der chronisch-degenerativen Erkrankungen verringert werden kann, die heute an der Spitze der Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken entwickelter Industriegesellschaften stehen. Schließlich könnte auch ein hoher Grad an solidarischer Finanzierung ein Indikator für eine „best practice“ sein.

Die zentrale Frage bei der Einschätzung der OMK im Gesundheitswesen ist jedoch die, ob es sich bei dem Verfahren um mehr handeln kann als um ein Vollzugsinstrument angebotsorientierter Marktintegration. Die finanzpolitische Klammer des Stabilitäts- und Wachstumspaktes, das Recht des Binnenmarktes und die europäische Wettbewerbsordnung lassen allerdings erwarten, dass sich die zu entwickelnden Indikatoren vor allem an den vermeintlichen Sachzwängen der internationalisierten Ökonomie ausrichten werden. Im ungünstigsten Fall würde die OMK dazu beitragen, einer methodischen Institutionalisierung des sozialpolitischen „race to the bottom“ auf EU-Ebene den Weg zu ebnen. Es ist daher von großer Bedeutung, welche Akteure in das Ver-

fahren einbezogen werden und wie sehr es gelingt, die Diskussion um gesundheitspolitische Zielsetzungen auch einer politischen Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Nur so kann es gelingen, die sich perspektivisch abzeichnende Konstitutionalisierung einer europäischen Gesundheitspolitik nicht zum bloßen Anhängsel wettbewerbspolitischer Strategien werden zu lassen.

Anmerkungen

- 1 Vgl. *Europäischer Rat*, Schlussfolgerungen des Vorsitzes, Europäischer Rat in Lissabon, 23./24.3.2000, www.europarl.eu.int/summits/lis_1de.htm#Umsetzung.
- 2 Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich mit dieser Thematik bereits frühzeitig in einem Positionspapier auseinandergesetzt. Vgl. dazu *Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen*. Die offene Methode der Koordination im Bereich des Gesundheitswesens, Februar 2002.
- 3 *Europäische Kommission*, Europäisches Regieren. Ein Weissbuch, KOM (2002) 428 endgültig, Brüssel, S.28.
- 4 *Letzner, Peggy, Schmitt, Volker*, Aktive Gestaltung statt Reagieren – Die offene Methode der Koordination betrachtet aus einer sozialpolitischen Zielperspektive, Vortrag auf der 4. Internationalen Forschungskonferenz über soziale Sicherheit, Antwerpen 5. bis 7.5.2003 S. 2.
- 5 *Europäische Kommission*, Public finances in EMU 2002. European Economy, Number 3, 2002, S. 172.
- 6 *Scharpf, Fritz W.*, The European Social Model: Coping with the Challenges of Diversity, MPfG Working Paper 02/8, July 2002 S. 1.
- 7 *WHO*, The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, 2000.
- 8 Vgl. *Möller, Johannes, Laaser, Ulrich, Güntert, Bernhard*, Evaluation of Health Care Systems. Contributions made by „The WHO World Health Report 2000“, in Z.f. Gesundheitswissenschaft, 10. Jg. 2002, H. 4, S. 316-325.
- 9 *SVR*, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Kurzfassung, S. 101.
- 10 *Europäische Kommission*, Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern. Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen, KOM (2001) 723 endgültig, 2001.

Anschrift des Verfassers:
Institut für Medizinische Soziologie
Klinikum der
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt a. M.