

DEUTSCHE SOZIALVERSICHERUNG
EUROPAVERTRETUNG

MAISON EUROPÉENNE DE LA PROTECTION SOCIALE

Rue d'Arlon 50 B-1000 Bruxelles

Telefon: +32 2 230.75.22

Telefax: +32 2 230.77.73

E-Mail: dsv@esip.org

www.deutsche-sozialversicherung.de



***Mitteilung der Europäischen Kommission
„Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über
die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheit-
lichen Versorgung in der Europäischen Union“
und
Mitteilung der Europäischen Kommission
„Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung
einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Ge-
sundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung
der einzelstaatlichen Strategien durch die ‚offene Koordi-
nierungsmethode‘“***

vom 20. April 2004

***Gemeinsame Stellungnahme
der Spitzenorganisationen
der Deutschen Sozialversicherung***

vorgelegt im August 2004

**Mitteilung der Europäischen Kommission
„Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union“**

und

**Mitteilung der Europäischen Kommission
„Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die ‚offene Koordinierungsmethode‘“**

vom 20. April 2004

Gemeinsame Stellungnahme

***der Spitzenorganisationen
der Deutschen Sozialversicherung***

vorgelegt im August 2004

1. Vorbemerkung

Mit ihren beiden Mitteilungen zum Reflexionsprozess auf hoher Ebene [KOM(2004)301] und über die Anwendung der offenen Methode der Koordinierung bei der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege [KOM(2004)304] zeichnet die Europäische Kommission die zukünftigen Entwicklungen im Rahmen einer Europäischen Gesundheitspolitik vor und verdeutlicht ihren Anspruch auf die Führungsrolle bei der Definition und Ausgestaltung des europäischen Gesundheits- und Sozialmodells. Dieser Führungsanspruch sollte aber insofern relativiert werden, als die nationale Gestaltungshoheit der Gesundheitssysteme nach wie vor bei den Mitgliedstaaten liegt. Dies haben auch die europäischen Sozial- und Gesundheitsminister Anfang Juni 2004 erneut bestätigt.

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung stimmen mit der Kommission darin überein, dass die Förderung der Transparenz eine wichtige und für die Weiterentwicklung der Union hilfreiche Maßnahme darstellt. Folge dieser Transparenz darf aber nicht sein, dass die dann offenkundig werdenden Unterschiede in den jeweiligen Versorgungsstandards der Mitgliedsstaaten zu einer Angleichung nach unten führen und es insofern zu einem Abbau der bereits erreichten Standards kommt. Ziel muss es vielmehr sein, die nationalen Anstrengungen durch den Austausch von Information und Erfahrungen dahingehend zu unterstützen, dass alle Mitgliedstaaten ein hohes Niveau erreichen bzw. durch Verbesserung der finanziellen Nachhaltigkeit innerhalb ihrer Systeme das Erreichte erhalten können. Oberste Prämisse ist hierbei die Achtung nationaler Prioritäten.

Vor diesem Hintergrund beurteilen die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung die beiden Mitteilungen der Kommission zum „Reflexionsprozess auf hoher Ebene“ einerseits und zur „Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen,

zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege“ andererseits als grundsätzlich unterstützenswert, in der Ausführung und Umsetzung gewichten sie jedoch einige Aspekte anders. Im Einzelnen ergeben sich folgende Anmerkungen:

2. Anmerkungen zur Mitteilung „Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union“

2.1. Gemeinsame Nutzung freier Kapazitäten und grenzüberschreitende Versorgung

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung unterstützen den Wunsch des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene und der Kommission, die bisherigen Arbeiten der Gesundheitsprogramme in den EUREGIOS zu evaluieren, um die daraus gewonnenen positiven Erkenntnisse auf weitere Regionen – insbesondere in und mit den neuen Mitgliedsländern der Union – zu übertragen.

Die Evaluierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeiten ist ebenfalls eng mit der allgemeinen Evaluierung der Beweggründe von Patienten, die Leistungen im Ausland nachfragen, zu koordinieren. Hierbei ist darauf zu achten, dass nicht nur die Vorteile für die bisher geringe Anzahl an „mobilen“ Patienten herausgearbeitet, sondern auch die Folgen für das die Behandlung erbringende Gastland untersucht werden. Diese Auswirkungen sind bislang in den Stellungnahmen der Kommission nur unzureichend berücksichtigt worden. Beispiele für möglicherweise negative Auswirkungen könnten sein, dass ausländische Patienten im Gastland womöglich begrenzte Operations-Kapazitäten belegen, die bereits dringend für einheimische Patienten benötigt werden. Folge wäre eine Verschärfung der ggfs. bestehenden Wartelistenproblematik im Gastland, die dieses zu einem Kapazitätsausbau zwingen könnte und damit zu einem Kostenanstieg führen würde.

2.2. Health Technology Assessment (HTA)

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung unterstützen den Vorschlag der Kommission, die Zusammenarbeit beim HTA zu verbessern und den Austausch der Ergebnisse nationaler Einrichtungen zu erleichtern. Es ist hierbei aber zu bedenken, dass dieser Austausch nur dann zu echten Synergieeffekten führen wird, wenn die Verfahren des HTA und die Qualitäts- und Effizienzansprüche der prüfenden Institutionen und Einrichtungen valide messbar und vergleichbar sind. Nur dann ist ein arbeitsteiliges Vorgehen möglich und sinnvoll. Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung regen daher an, dass die Kommission bei der Erarbeitung von Kooperationsinstrumenten auch diese Gesichtspunkte mit berücksichtigt.

2.3. Einrichtung von Referenzzentren der gesundheitlichen Versorgung

Der Vorschlag zur Einrichtung von Europäischen Referenzzentren der gesundheitlichen Versorgung wird von den Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung grundsätzlich unterstützt. Es ist aber gleichwohl darauf hinzuweisen, dass die bisher vorgeschlagenen Konzepte und die Definition dessen, was solche Referenzzentren darstellen und welche Aufgaben von ihnen wahrgenommen werden sollen, in der Mitteilung noch zu

unbestimmt formuliert sind, um abschließend beurteilt werden zu können. Für die weitere Diskussion sind in dieser Hinsicht deutlichere Konkretisierungen erforderlich.

Allen Konzepten mangelt es bisher an Aussagen über die Kostenfrage. Bei diesem Kernpunkt ist sicherzustellen, dass nicht ausschließlich das Land, in dem ein Europäisches Referenzzentrum beheimatet ist, die Forschungs-, Entwicklungs-, Unterhalts-, und Betriebskosten zu tragen hat, sondern dass diese über die Leistungsanspruchnahme gleichmäßig auf die Nutzer bzw. Nutzerstaaten und deren Gesundheitssysteme verteilt werden. Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung regen an, zu prüfen, inwieweit bei der Einrichtung und dem Betrieb von Referenzzentren Mittel aus europäischen Fonds - z.B. Strukturfonds - eingesetzt werden können.

2.4. Mobilität von Leistungserbringern

Die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen ist für die Leistungserbringer der Heil- und Hilfsberufe wesentlicher Bestandteil der Wahrnehmung ihrer Grundfreiheiten entsprechend den Verträgen der Europäischen Union. Da insbesondere auch Deutschland zunehmend gezielt Ärzte und Pflegekräfte im europäischen Ausland nachfragt, unterstützen die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung die Forderung nach transparenten Anerkennungsverfahren von Berufsqualifikationen. Diese dürfen aber nicht dazu führen, dass Qualifikationsniveaus von medizinischem Fachpersonal nach unten angeglichen werden. Vielmehr muss ein gleichmäßiges hohes Ausbildungsniveau in allen EU-Staaten sichergestellt werden.

In diesem Zusammenhang sind die Vorschläge der Kommission als zu wenig abgestimmt mit ihrem Richtlinienvorschlag für „Dienstleistungen im Binnenmarkt“ anzusehen. Gerade durch die vorgeschlagene Dienstleistungsrichtlinie werden Patienten dem Risiko ausgesetzt, dass unkontrolliert und ohne ausreichende Qualifikationsnachweise Gesundheitsleistungen jeglicher Art mit unmittelbaren Auswirkungen auf die Gesundheit der Leistungsnachfrager angeboten werden. Dies gilt insbesondere für den Fall der vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen, für den der Richtlinienvorschlag derzeit nicht einmal eine Anzeigepflicht der Tätigkeit bei der zuständigen Körperschaft oder selbstverwalteten Standesorganisation vorsieht. Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung sehen hier einen erheblichen Verbesserungsbedarf zur Wahrung der Qualität sowie der gesundheitlichen Unversehrtheit der Patienten.

2.5. Einrichtung einer Hochrangigen Gruppe für Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitsversorgung

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung stimmen mit der Empfehlung des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene überein und halten es für hilfreich und notwendig, dass aus dem Reflexionsprozess heraus eine dauerhafte, hochrangige Gruppe für Gesundheitsdienste und medizinische Versorgung eingesetzt wird, welche die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten erleichtert, für die Umsetzung der Empfehlungen des Prozesses verantwortlich zeichnet und diesen in Zukunft fortführt.

Eine dauerhafte Einbeziehung der repräsentativen europäischen Nichtregierungsorganisationen (aus den Bereichen Patienten, Leistungsanbieter, Kostenträger und Public Health) als Vertreter der Interessen der Versicherten und Patienten und als gleichberechtigte Partner in der zukünftigen Arbeitsgruppe ist hilfreich und führt zu einer stärkeren Problem- und Praxisorientierung.

Die neu zu gründende „Hochrangige Gruppe für Gesundheitsdienste und medizinische Versorgung“ kann einen Rahmen darstellen, die wachsende Mobilität der Patienten sachgerecht zu begleiten. Hierzu ist es aber nach Ansicht der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung unverzichtbar, dass Nichtregierungsorganisationen (wie die DSV selbst) im Reflexionsprozess auf hoher Ebene berücksichtigt und weiterhin als gleichberechtigte Partner in diesen Prozess eingebunden werden, um so durch ihre Erfahrungen und Praxisnähe einen Beitrag zu einer ausgewogenen Entwicklung versichertennahe und funktionstüchtiger Gesundheitssysteme in Europa leisten zu können.

3. Anmerkungen zur Mitteilung: „Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die „offene Koordinierungsmethode““

Die Mitteilung schlägt drei Ziele vor: die Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, die Förderung der Versorgungsqualität und die langfristige Finanzierbarkeit. Es gilt vor allem, diese Ziele miteinander in Einklang zu bringen.

3.1. Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung: Universalität, Angemessenheit, Solidarität

Das deutsche Gesundheitssystem stellt schon heute den in der Mitteilung geforderten Zugang zu einer hochwertigen Versorgung sicher: In der allgemeinen medizinischen Versorgung, Prävention und Rehabilitation durch alle Zweige der Sozialversicherung sowie mit seinen ergänzenden Angeboten in der Prävention und beim Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz durch die gesetzliche Unfallversicherung. Durch die beitragsunabhängigen Leistungen ist dem solidarischen Element umfassend Rechnung getragen und es wird gewährleistet, dass insbesondere einkommensschwache und benachteiligte Personengruppen vollen Zugang zum System der Gesundheitsversorgung haben.

Die in Europa in dieser Form einmalige Organisationsform der Selbstverwaltung sowie die am Patientenbedarf orientierten Leistungsangebote haben dazu geführt, dass die Träger der Sozialversicherung modern und effizient arbeiten. Das deutsche Gesundheitssystem stellt den Patienten ein umfassendes Leistungspaket und ein breites Behandlungsspektrum zur Verfügung. In der Union kennen alle Länder außer Frankreich, Belgien, Österreich und Deutschland Wartelisten für Behandlungen. Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung stellen daher fest, dass die in der Mitteilung unter Ziffer 3.1. genannte Zieldimension zur Sicherstellung des Zugangs zu einer hochwertigen Versorgung schon jetzt Bestandteil der nationalen Gesundheitspolitik und bereits realisiert ist.

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung unterstützen daher zwar den Vorschlag der Kommission, den gegenseitigen Informations- und Erfahrungsaustausch zu verbessern, sie wenden sich jedoch dagegen, hieraus den falschen Zwang abzuleiten, historisch gewachsene und an nationale Präferenzen angepasste Gesundheitssysteme nachteilig zu verändern.

3.2. Förderung der Versorgungsqualität

Die ständige Verbesserung der Versorgungsqualität ist eines der Ziele eines jeden Gesundheitssystems. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Evaluie-

zung neuer Methoden und Leistungen sowie dem Health Technology Assessment zu. In Deutschland wurde hierzu gerade das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWi) gegründet, das diese wichtige Aufgabe übernehmen soll. Da alle Gesundheitssysteme hier vor gleichen Herausforderungen stehen, ist es effizient im Sinne der Arbeitsteilung und angesichts knapper Ressourcen notwendig, so wenig redundante Forschung wie möglich zu betreiben. Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung sehen es daher als eine besondere Aufgabe der Europäischen Kommission an, entsprechende Netzwerke zum Informations- und Datenaustausch zu unterstützen, damit national gewonnene Erkenntnisse schnell allen Mitgliedern der Union zur Verfügung stehen. Hierzu sind insbesondere die Empfehlungen des Reflexionsprozesses und die hierzu unterbreiteten Anmerkungen der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung weiter zu verfolgen.

3.3. Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit

Die langfristige finanzielle Nachhaltigkeit ist Grundvoraussetzung für ein dauerhaftes stabiles Gesundheitswesen, welches allen Bürgern einen gleichen Zugang zu einer hochwertigen Versorgung gewährt. Aus diesem Grund suchen alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union durch kontinuierliche Reformmaßnahmen Effizienzsteigerungen innerhalb ihrer Gesundheitssysteme zu erreichen. Diese zielen darauf ab, die notwendigen Leistungen mit dem bestmöglichen Nutzenverhältnis zwischen Aufwand und Ertrag zu erbringen.

Auch allgemeine makroökonomische Entwicklungen haben Einfluss auf die finanzielle Stabilität der nationalen Gesundheitssysteme. Insofern sind die Akteure und Gestalter der Gesundheitspolitik auch von den Ergebnissen nationaler und europäischer Bemühungen zur Stabilität und zum ökonomischen Wachstum abhängig. Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung sehen daher neben der ihnen selbst zukommenden operativen Verantwortung auch die Verantwortung der Politik auf nationaler und europäischer Ebene, stabile wirtschaftliche Rahmenbedingungen zu schaffen und so die finanzielle Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme zu sichern. Gesonderte Maßnahmen der Union, die lediglich auf die Finanzierung der Gesundheitssysteme ausgerichtet sind, bedarf es jedoch nicht.

3.4. Bewertung der gestrafften offenen Koordinierung

Aus der Sicht der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung sind die Ziele des allgemeinen Zugangs, der hohen Qualität und der langfristigen, nachhaltigen Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme grundsätzlich zu begrüßen und es besteht die permanente Aufgabe, diese miteinander in Einklang zu bringen. Die Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele unterliegen in ihrer konkreten Ausgestaltung jedoch der Verantwortung der einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, die über demokratische Prozesse die jeweils in ihrem Land bestehenden Präferenzen herausgearbeitet und in ihren Gesundheitssystemen umgesetzt haben.

Zur Bewältigung der gegenwärtigen Probleme ist es hilfreich, von den jeweiligen Stärken und Schwächen des anderen zu lernen. Um den Bürgern der Union die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen überall in der Union zu erleichtern, ist es förderlich, wenn die Mitgliedstaaten und die Akteure in den jeweiligen nationalen Gesundheitssystemen besser zusammenarbeiten. Die Koordination dieser Zusammenarbeit in den EU-REGIONS ist nach Ansicht der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung eine der Aufgaben, die die Unterstützung der Sozialversicherung findet.

Der von der Kommission eingeleitete Prozess der offenen Methode der Koordinierung, d.h. der freiwilligen Orientierung hin auf gemeinsame im demokratischen Prozess gefundene Ziele kann ebenfalls dazu beitragen, dass die gemeinsamen Ziele aller Systeme schneller erreicht werden.

Als besonders problematisch wird jedoch der Prozess der „Straffung“ eingeschätzt. Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung weisen darauf hin, dass mit dem jetzt vorgeschlagenen Weg eines „gestrafften“ Prozesses der Komplexität des Gesundheitswesens nicht angemessen Rechnung getragen wird. Es besteht die Gefahr, dass fiskalpolitische Ziele überbetont, gesundheitsbezogene und insbesondere präventive Aspekte vernachlässigt werden. Es ist für einen erfolgreichen Umsetzungsprozess wesentlich, dass nicht über die Köpfe der beteiligten Versicherten und Patienten hinweg agiert wird. Aus diesem Grund regen die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung an, bei der Auswahl möglicher Indikatoren, Leitlinien und Ziele mit großer Sorgfalt vorzugehen und eine ausführliche, breit angelegte Debatte auf nationaler und europäischer Ebene zu führen. Es ist unbedingt zu verhindern, dass der „Straffungsprozess“ ein stark verkürztes und dadurch verzerrtes Bild der Gesundheitssysteme entstehen lässt. Angesichts der Komplexität und Vielfalt der nationalen Gesundheitssysteme erscheint es nahezu unmöglich, diese Gefahr im „Straffungsprozess“ zu umgehen. Daher muss ein Weg gefunden werden, der eine zeitliche Koordinierung der Berichte ermöglicht, eine inhaltliche Reduzierung des Gesundheitsbereichs jedoch verhindert.

Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund des inzwischen von der Wissenschaft als nicht haltbar angesehenen WHO Health Report aus dem Jahr 2000. Hier hat die Art der Datenerhebung sich als wissenschaftlich nicht valide erwiesen; viele der publizierten Ergebnisse müssen im nachhinein als verzerrt bzw. falsch bewertet werden. Sofern die Aussagen der WHO Grundlage für politische Entscheidungen waren, gilt es, diese zu überprüfen und ggfs. zu revidieren. Bedenklich stimmt in diesem Zusammenhang, dass auch die Kommission in ihrer Mitteilung ausdrücklich auf die enge Zusammenarbeit mit der WHO in Fragen der Datengenerierung setzt. Hier ist jedenfalls ein besonderes Augenmerk auf die methodischen Ansätze zu legen.

Dieses Positionspapier hat die Unterstützung der Gesamtheit der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung:

- AOK-Bundesverband**
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen**
- Bundesverband der Innungskrankenkassen**
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen**
- Verband der Angestellten-Krankenkassen**
- Arbeiter-Ersatzkassen-Verband**
- Bundesknappschaft**
- See-Krankenkasse**
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften**
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften**
- Bundesverband der Unfallkassen**
- Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen**
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger**