

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn
Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach
Bundesknappschaft, Bochum
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
See-Krankenkasse, Hamburg
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

Die offene Methode der Koordinierung im Bereich des Gesundheitswesens

Erstellt von:

Erweiterter Arbeitsgruppe „Europa“ der
Spitzenverbände der Krankenkassen:

Elisabeth Reker, AOK-BV
Dr. Monika Kücking, VdAK/AEV
Dr. Stephan Burger, BKK-BV
Birgit Brock, IKK-BV
Karl-Gerd Henze, BLK
Dr. Franz Terwey, DSVEV
Dr. Christina Schulte, Bkn
Günter Köpke, See-KK

Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

Die offene Methode der Koordinierung im Bereich des Gesundheitswesens

Zusammenfassung:

Die offene Methode der Koordinierung ist ein Prozess, in dem auf EU-Ebene gemeinsame Ziele/Leitlinien festgelegt und mittels gemeinsam vereinbarter Indikatoren bewährte Praktiken identifiziert und verglichen werden. In den Feldern Beschäftigung, Soziale Ausgrenzung und Alterssicherung wird das Verfahren bereits angewandt. Für das Gesundheitswesen und die Altenpflege liegt seit Dezember 2001 eine erste Mitteilung der EU-Kommission vor. Die vorliegenden Erfahrungen zeigen, dass gravierende methodische Probleme in der Vergleichbarkeit der Daten bestehen, die für das Gesundheitswesen wegen historisch gewachsener Systemunterschiede auf Sicht bestehen bleiben werden. Um Fehlschlüsse zu vermeiden sollten politische Schlussfolgerungen daher seriöserweise nur nach weitergehender Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung nationaler Besonderheiten abgeleitet werden. Eine Einbindung der Spitzenverbände der Krankenkassen in die Zielfindung und Indikatorenbildung ist unbedingt erforderlich.

Gliederung:

	Seite
1. Einleitung	3
2. Grundsätzliche Bewertung des Verfahrens im Hinblick auf das Gesundheitswesen	4
3. Bisherige Erfahrungen mit der offenen Methode der Koordinierung in den Bereichen Beschäftigung, soziale Ausgrenzung und Alterssicherung	5
4. Übertragung der bisherigen Erfahrungen mit der offenen Methode der Koordinierung auf das Gesundheitswesen	6
4.1 Mögliche Ziele im Gesundheitswesen	7
4.2 Anforderungen an die Indikatorenbildung im Gesundheitswesen	8
5. Fazit	12

1. Einleitung

Die Staats- und Regierungschefs der Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) haben für den sozialen Bereich im Rahmen verschiedener Gipfeltreffen die sogenannte "offene Methode der Koordinierung" entwickelt. Dabei geht es nicht um eine Harmonisierung der verschiedenen Systeme der sozialen Sicherheit; hierzu hat die EU explizit auch keine Gesetzgebungskompetenz (siehe Artikel 152 Absatz 5 EG-Vertrag).¹ Vielmehr ist es Ziel dieser Methode, die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten im Bereich der sozialen Sicherheit weiter zu verbessern und ihnen damit eine Hilfe bei der schrittweisen Entwicklung ihrer eigenen Politiken zu geben.

Die offene Methode der Koordinierung ist ein Prozess, in dem gemeinsame Ziele/Leitlinien festgelegt und mittels gemeinsam vereinbarter Indikatoren bewährte Praktiken identifiziert und verglichen werden. Sein Vorbild hat dieses Verfahren in der Finanz- und Wirtschaftspolitik der EU: Hier wurde es eingesetzt, um die Stabilitäts- und Konvergenzkriterien im Zusammenhang mit der Einführung des Euro festzulegen und ihre Einhaltung zu überprüfen.

Die offene Koordinierungsmethode ist ein eigenständiges politisches Verfahren, welches ergänzend zum gemeinschaftsrechtlichen Gesetzgebungsprozess (z.B. Richtlinie, Verordnung) tritt. Im Rat für Arbeit und Sozialfragen legen die Mitgliedstaaten, unterstützt durch die EU-Kommission, auf freiwilliger Basis unionsweite Ziele/Leitlinien fest. Das Europäische Parlament hat ein Anhörungsrecht. Der Rat bildet quantitative und qualitative Indikatoren (Benchmarks) mit dem Ziel, bewährte Praktiken (best practice) zu identifizieren und zu vergleichen. Zusätzlich werden mittels eines Berichtssystems die Fortschritte der Mitgliedstaaten bei der Zielerreichung evaluiert.

Mit Hilfe des Verfahrens werden gemeinsame Ziele festgelegt, die Art und Weise der Zielerreichung wird aber den Mitgliedsstaaten überlassen. In nationalen Aktionsplänen werden Maßnahmen fixiert und verbleiben damit in nationaler Zuständigkeit. Allerdings wird der Grad der Zielerreichung durch den Vergleich sichtbar und begründungspflichtig. Auf diese Weise kann eine gemeinsame Zielorientierung bei gleichzeitiger weit gehender nationaler Autonomie bei der Zielumsetzung erreicht werden.

Als Anwendungsbereiche wurden die Felder Beschäftigung und später auch Alterssicherung sowie soziale Ausgrenzung festgelegt. In der Beschäftigungspolitik ist das Verfahren bereits seit längerem umgesetzt. Erste Ziele bzw. Indikatoren wurden nun auch für den Bereich der Alterssicherung bzw. der sozialen Ausgrenzung vereinbart. Der Europäische Rat von Lissabon hatte im März 2000 in seinen Schlussfolgerungen hervorgehoben, dass die Sozialschutzsysteme einer Reform bedürften, damit sie weiterhin (medizinische) Leistungen von hoher Qualität erbringen könnten. Der Europäische Rat von Göteborg erteilte daher der EU-Kommission im Juni 2001 den Auftrag, für das Treffen im Frühjahr 2002 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 legt die EU-Kommission diesen Bericht vor. Damit ist ein erster Schritt zur Anwendung der offenen Methode der Koordinierung auch für das Gesundheitswesen getan.

¹ Nach Artikel 152 Absatz 5 EG-Vertrag liegen die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in der alleinigen Zuständigkeit der EU-Mitgliedstaaten.

2. Grundsätzliche Bewertung des Verfahrens im Hinblick auf das Gesundheitswesen

Die Gesundheitssysteme in Europa sind historisch gewachsen und unterschiedlich gestaltet. Die Spannweite reicht von staatlich gelenkten Systemen bis hin zu solchen mit wettbewerblichen Steuerungselementen. Das deutsche System nimmt eine Sonderstellung ein, da der Selbstverwaltung als Steuerungsebene eine besondere Rolle zukommt. Die Partner der Selbstverwaltung werden an Entscheidungen beteiligt bzw. treffen selbst diese Entscheidungen, z. B. zu dem von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu finanzierenden Leistungsumfang im Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen.

Allerdings gibt es in der EU trotz unterschiedlich gestalteter Gesundheitssysteme ähnliche Probleme und Herausforderungen. So wirken die demographische Herausforderung bei einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung oder der medizinisch-technische Fortschritt auf alle Gesundheitssysteme in der EU. Auch werden in fast allen Mitgliedstaaten Formen und Methoden zur Verbesserung der Effizienz, zur effektiven Nutzung begrenzt vorhandener Ressourcen oder zur Kapazitätssteuerung gesucht: Denn im Bereich der Gesundheitsversorgung selbst sind unabhängig von der Ausgestaltung der Gesundheitssysteme ähnliche Probleme zu beobachten, die wie folgt charakterisiert werden können:

- Fehlende Gesamtverantwortung und Zielorientierung in der medizinischen Versorgung
- Dominanz der Anbieterinteressen
- Unzureichende Instrumente der Leistungssteuerung durch die Kostenträger
- Abgeschottete Leistungsbereiche durch fehlende oder mangelnde Verzahnung der Versorgungsbereiche
- Mängel der medizinischen Versorgung durch Über-/Unter- und Fehlversorgung.

Auch zukünftige Herausforderungen, z.B. durch die bevorstehende Osterweiterung der EU, gelten prinzipiell für alle Mitgliedsstaaten, auch wenn die konkrete Betroffenheit, die auch von der geographischen Lage abhängt, voraussichtlich unterschiedlich sein wird. Tendenziell wird sich das Gesundheitsgefälle innerhalb der EU durch den Beitritt der mittel- und osteuropäischen Staaten eher vergrößern.²

Ein Bedarf an gemeinsamer Entwicklung der Gesundheitssysteme über die bereits bestehenden Möglichkeiten hinaus, z.B. über die Koordinierungsregelungen der Verordnung über soziale Sicherheit (EWG) Nr. 1408/71, lässt sich aus dem Umfang der grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme gegenwärtig nicht ableiten (nur 0,24% der gesamten Gesundheitsausgaben der EU im Jahr 1993 entfielen auf grenzüberschreitende Leistungen)³. Gleichwohl existieren ähnliche Probleme, bei deren Lösung ein Blick über die Grenzen hilfreich sein kann.

Vor diesem Hintergrund ist ein europäischer Vergleich (Benchmarking) im Rahmen der offenen Methode der Koordinierung aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen grundsätzlich zu begrüßen, da

- die nationale Gestaltungsautonomie erhalten bleibt und gleichzeitig
- in Europa eine einheitlichere Zielausrichtung der Gesundheitssysteme möglich wird,
- es zu einer Verbesserung der Transparenz kommt,

² Siehe auch Weltgesundheitsorganisation, Regionalkomitee für Europa: Der europäische Gesundheitsbericht – Zusammenfassung der ersten Ergebnisse, EUR/RC51/7, 19.07.2001, S. 1ff.

³ DIW: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen, Berlin Oktober 2001, S. 120.

- sich Stärken und Schwächen eines Systems ablesen lassen,
- sich hieraus Ansatzpunkte für Verbesserungen identifizieren lassen,
- mit der "best practice" Anregungen für Weiterentwicklungen vorliegen.

Das deutsche Gesundheitssystem muss den internationalen Vergleich nicht scheuen. Vielmehr kann es auf erhebliche Stärken verweisen. Mit einer Steuerung durch die Selbstverwaltung bietet das deutsche Gesundheitssystem mehr Versichertennähe, weniger Bürokratie und größere Staatsferne. Ferner gibt es keine Zugangsschranken und medizinische Leistungen sind für alle gesetzlich Versicherten gleichermaßen im Rahmen eines breiten Leistungskataloges verfügbar. Die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems zeigt sich auch daran, dass Herausforderungen wie die deutsche Einheit erfolgreich geschultert wurden.

Den Prozess der offenen Koordinierung müssen und werden die Spitzenverbände der Krankenkassen aktiv begleiten und soweit wie möglich auch mitgestalten sowie die nationale Regierung und die zuständigen Ministerien bei der Umsetzung unterstützen.

3. Bisherige Erfahrungen mit der offenen Methode der Koordinierung in den Bereichen Beschäftigung, soziale Ausgrenzung und Alterssicherung

In den Bereichen Beschäftigung, soziale Ausgrenzung/Armut und Alterssicherung liegen bereits Erfahrungen mit der offenen Methode der Koordinierung vor. Aus diesen Erfahrungen lassen sich gegenwärtig folgende Probleme erkennen:

- *Demokratiedefizit*

Die Ziele der offenen Methode der Koordinierung werden im Ministerrat festgelegt und sind nicht das Ergebnis einer breiten nationalen Diskussion und Bewertung im Rahmen eines parlamentarischen Prozesses. Es findet bisher keine breit angelegte Debatte, keine "konzertierte" Aktion, keine systematische Einbindung in die nationalen demokratischen Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozesse statt. Ein breiter Meinungsbildungsprozess ist aber erforderlich, da Gesundheitsziele schon national unterschiedlich definiert werden können (z.B. aufgrund der unterschiedlichen Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten).

Legt man nun mit der offenen Methode der Koordinierung unionsweit einheitliche Ziele zugrunde, so wird damit unausgesprochen und ohne breite Diskussion ein EU-Standard definiert. Dabei wird außer acht gelassen, dass es nationale Unterschiede bei der Gestaltung des Gesundheitsschutzes gibt, die aus dem jeweiligen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Kontext begründet, national politisch entschieden und letztlich auch Ausdruck der unterschiedlichen Präferenzen in den jeweiligen Mitgliedstaaten hinsichtlich des Umfangs und der Ausgestaltung der jeweiligen Gesundheitssysteme sind.

So fordert auch das Europäische Parlament eine größere Transparenz der Arbeiten des Rates und die Beteiligung der Parlamente: Die offene Koordinierungsmethode würde weniger Bedenken begegnen, wenn sie sich auf den Austausch bewährter Verfahren und den Vergleich der erreichten Fortschritte beschränkte und nicht nur im Rahmen der Vorbereitung der Europäischen Räte stattfände, von der das Parlament ausgeschlossen sei. Andernfalls führe sie zu einer "versteckten Parallelgesetzgebung" und umgehe die Gesetzgebungsverfahren, die im EG-Vertrag verankert seien.

- *Gefahr der Überbetonung fiskalpolitischer Aspekte*

Anstoß und Motivation für die Einführung der Methode war die Anwendung und Kontrolle der Stabilitätskriterien zur Verwirklichung der europäischen Wirtschafts- und Währungsunion. Die bisherige Debatte zeigt, dass die finanzielle Nachhaltigkeit ein zentrales Anliegen des Rates ist. So ist davon auszugehen, dass dies auch für die Gesundheit gelten wird. Es besteht dann die Gefahr, dass Aspekte der Versorgung, der Qualität und des Zugangs nachrangig behandelt werden. Der Prozess der offenen Koordinierung in einem Europa, das sich explizit als "Europa der Bürger" versteht, darf sich nicht auf Ziele und Indikatoren beschränken, die auf der (fiskalpolitischen) "Metaebene" angesiedelt sind. Vielmehr sollte gerade die Versorgungsseite und die Evaluierung der Wirksamkeit verschiedener sektoraler und sektorübergreifender Steuerungsinstrumente mit in die Betrachtung einfließen, um hieraus Erkenntnisse für eine qualitativ bessere und effiziente medizinische Versorgung gewinnen zu können. Eine Beschränkung der Auswahl der Ziele und Indikatoren z.B. auf die finanzielle Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen bietet keine ausreichende Grundlage für die Identifizierung von "best practice" für den Versorgungsalltag der Patienten.

- *Grundsätzliche methodische Probleme*

Um unionsweit Systemvergleiche durchführen zu können, werden einheitliche objektivierbare Messgrößen und *Indikatoren* benötigt. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass letztere entweder

- nicht vorhanden sind oder
- wo vorhanden häufig wegen national unterschiedlicher Abgrenzungen/Definitionen Unterschiedliches messen,
- eine Vereinheitlichung der Statistik zwar angestrebt wird und hierfür auch erhebliche finanzielle Anstrengungen unternommen werden, diese jedoch die Unterschiedlichkeit der Systeme nicht aufheben werden. Beispielsweise haben die britischen Bürger zwar Zugang zum Nationalen Gesundheitsdienst, dessen Leistungsumfang unterscheidet sich aber z.B. von dem der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Werden nun Ausgaben verglichen, müsste gleichzeitig berücksichtigt werden, welche Leistungen in den jeweiligen nationalen Leistungskatalogen enthalten sind.

4. Übertragung der bisherigen Erfahrungen mit der offenen Methode der Koordinierung auf das Gesundheitswesen

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen, die in anderen sozialpolitischen Bereichen bereits mit der Anwendung der offenen Koordinierungsmethode gemacht wurden, sowie angesichts der Mitteilung der EU-Kommission "Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern" vom 5. Dezember 2001 lassen sich verschiedene Erkenntnisse ableiten, die aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen bei einer evtl. zukünftigen Anwendung dieser Methode im Gesundheitsbereich berücksichtigt werden müssen. Diese Erkenntnisse beziehen sich auf die zwei wesentlichen Elemente der Methode, nämlich die Festlegung von Zielen und von Indikatoren.

4.1 Mögliche Ziele im Gesundheitswesen

In ihrer Mitteilung "Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern" vom 5. Dezember 2001 stellt die EU-Kommission fest, dass die Gesundheitssysteme der EU vor der Herausforderung 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.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen diese Ziele als einen ersten konkreten Schritt hin zu einer unionsweiten gemeinsamen Zielausrichtung im Gesundheitswesen. Dies liegt auch nahe, haben die EU-Mitgliedstaaten doch vergleichbare Probleme zu bewältigen, die sich insbesondere aus dem demographischen Wandel und der Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts ergeben.

Zudem ist es Kernaufgabe eines jeden Gesundheitswesens, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und zu fördern sowie Krankheiten oder Seuchen vorzubeugen und zu bekämpfen. Dies muss sich auch im Zentrum der Anwendung der offenen Methode der Koordinierung im Gesundheitsbereich widerspiegeln. In einem "Europa der Bürger" muss sich diese neue Form der europäischen Zusammenarbeit an den Bedürfnissen und Erwartungen der Bürger orientieren. Eine einseitige Fokussierung auf das Ziel der finanziellen Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme ist daher nicht sinnvoll. Es kommt immer auf das Verhältnis von finanziellem Input und gesundheitlichem Output an. Dies ist insofern von Bedeutung, als aufgrund der unterschiedlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Mitgliedstaaten auch unterschiedliche Präferenzen hinsichtlich des Umfangs und auch der Qualität der Gesundheitsversorgung vorliegen. Insofern kann es in einem Benchmark-Prozess nicht darum gehen, Niveaufragen (z.B. Leistungsausgaben) gesondert zu betrachten. Diese müssen immer auch in ein Verhältnis gesetzt werden dazu, was mit den eingesetzten Mitteln an gesundheitlichen Ergebnissen erzeugt wird. Diese werden allerdings wiederum nur zu ermitteln sein, wenn man die Versorgungsseite explizit in die Betrachtung einfließen lässt.

Vor diesem Hintergrund und in weitgehender Übereinstimmung mit der EU-Kommission halten die Spitzenverbände der Krankenkassen auf EU-Ebene folgende Zielorientierungen im Gesundheitswesen für geeignet:

1. *Sicherstellung des Zugangs der Gesamtbevölkerung zu einer qualitätsgesicherten Gesundheitsversorgung*

Die Charta der Grundrechte der Europäischen Union verleiht jeder Person das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung sowie auf die Leistungen der sozialen Sicherheit im Krankheits- und Pflegefall. 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.

2. *Sicherstellung einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung*

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."

3. *Sicherstellung einer langfristigen und am sozialen Ausgleich orientierten Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme (unter Wahrung der Solidarität zwischen den Generationen, zwischen Alleinstehenden und Familien und unter den Beziehern unterschiedlicher Einkommen)*

In seinen Schlussfolgerungen vom 17. Dezember 1999 hat der Rat⁴ die Sicherstellung einer hohen Qualitätsansprüchen genügenden und langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung als eines der vier Hauptziele der europäischen Zusammenarbeit im Bereich des sozialen Schutzes erklärt. Die Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit muss unter Wahrung des Solidaritätsprinzips erfolgen, auf welchem – trotz aller Unterschiedlichkeit – alle EU-Gesundheitssysteme beruhen.

4. *Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung*

Gesundheit sowie die Absicherung gegen das Risiko Krankheit sind Produktivitätsfaktoren und somit wesentliche Voraussetzung für die wirtschaftliche Entwicklung. Jedoch ist der Gesundheitsstatus in den meisten mittel- und osteuropäischen EU-Beitrittsländern derzeit schlechter als in der EU und verschlimmert sich zunehmend (Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit, übertragbare Krankheiten).⁵ Angesichts dieser deutlichen gesundheitlichen Kluft wird die Verbesserung der Gesundheit und die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im Hinblick auf die EU-Osterweiterung stark an Bedeutung gewinnen.

4.2 Anforderungen an die Indikatorenbildung im Gesundheitswesen

Oberstes Ziel der offenen Koordinierungsmethode ist es, durch verstärkte freiwillige Zusammenarbeit von den jeweiligen nationalen Erfahrungen und bewährten Praktiken zu lernen. Hierzu müssen die EU-Gesundheitssysteme in ihrer Gesamtheit adäquat abgebildet werden. Eine verzerrte Darstellung der Gesundheitssysteme wegen fehlender aussagekräftiger Messgrößen bzw. Indikatoren ist zu vermeiden.

Zwar hat sich die Datenlage für Gesundheitssystemvergleiche hinsichtlich Umfang, Tiefe und Qualität der Daten verbessert - alle europäischen Länder haben inzwischen ein System der Gesundheitsberichterstattung. Jedoch zeigen die Erfahrungen, die bereits sowohl im

⁴ wie von der EU-Kommission in ihrer Mitteilung vom 14. Juli 1999 über "Eine konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes" vorgeschlagen.

⁵ Siehe auch Weltgesundheitsorganisation, Regionalkomitee für Europa: Der europäische Gesundheitsbericht – Zusammenfassung der ersten Ergebnisse, EUR/RC51/7, 19.07.2001, S. 1ff.

Rahmen internationaler Gesundheitssystemvergleiche (WHO, OECD) als auch im Rahmen der offenen Koordinierungsmethode im Bereich der sozialen Ausgrenzung/Armut gesammelt worden sind, dass für einen EU-weiten Gesundheitssystemvergleich die Datenlage unzureichend ist:

- *Die für die Messgrößen (Indikatoren) benötigten Daten sind entweder nicht vorhanden oder liegen in unterschiedlicher Qualität vor*

So bestehen noch erhebliche Datenlücken und Mängel in der Qualität der erhobenen Daten. Dies betrifft insbesondere Daten zu den Inputs, den Strukturen und Prozessen sowie den Ergebnissen der Gesundheitssysteme. Daten fehlen insbesondere auch für einen Vergleich der Versorgung einzelner Krankheiten und der Struktur und Verteilung der Gesundheitsverbesserung.

So wird beispielsweise zur Messung des Gesundheitszustands einer Bevölkerung häufig der - von der WHO entwickelte - sogenannte "DALE"-Indikator (Disability-adjusted life expectancy - Krankheits-/Beeinträchtigungs-bereinigte Lebenserwartung) benutzt. Die REVES-Gruppe⁶ hat aufgezeigt, dass mit diesem Konzept methodische Probleme für die EU verbunden sind (z.B. Problem bei der Statistik zur Invalidität). Das DALE-Konzept ist daher nur für wenige EU-Mitgliedsstaaten umsetzbar.⁷

- *Selbst wenn es Daten gibt, sind diese nicht miteinander vergleichbar (unterschiedliche Abgrenzungskriterien)*

In internationalen Vergleichen (z.B. durch die OECD) wird oftmals die sogenannte "Gesundheitsquote" verwendet. Diese Maßgröße setzt die Gesundheitsausgaben eines Landes in Beziehung zum nationalen Bruttosozialprodukt oder Bruttoinlandsprodukt. Das Problem hierbei ist, dass es international keine einheitliche Definition von "Gesundheitsausgaben" gibt. Die Abgrenzung der Gesundheitsausgaben ist jedoch nicht in allen Ländern gleich. So kommt es z.B. zu Abweichungen zwischen den Ländern, wenn gesundheitssystembezogene Ausgaben von verschiedenen Ministerien (z.B. Gesundheits- und Sozialministerium) oder Sektoren geleistet werden.

Die Geldleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (insbesondere Krankengeld) werden z.B. in den Berechnungen der OECD nicht berücksichtigt. Die berechnete Gesundheitsquote ist also niedriger als diejenige bei Verwendung der deutschen Abgrenzung von Gesundheitsausgaben. Zudem wird bei der Gesundheitsquote üblicherweise unterstellt, dass sich der Zähler (die Gesundheitsausgaben) auf die Gesamtbevölkerung bezieht. Dies ist aber oft nicht der Fall (z.B. sind in Deutschland nur rund 90 % der Bevölkerung gesetzlich versichert). Da der Nenner in der Realität nicht entsprechend angepasst wird, führt dies zu einer systematischen Unterschätzung z.B. der GKV-Gesundheitsquote.⁸

⁶ REVES = Abkürzung für "Réseau de Espérance de Vie en Santé" (The International Life Expectancy Network / Internationales Lebenserwartungsnetzwerk).

⁷ Schneider, Markus: Vortrag "Internationale Gesundheitssystemvergleichsforschung und Gesundheitsstatistik – Vergleichbarkeit und Eignung international vorliegender Daten", Workshop der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen in Erkner am 08./09.10.2001

⁸ Siehe Schwartz, F.W./Busse, R.: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, S. 406, 395f. in: (Hrsg.)Schwartz, F.W./Badura, et al.: Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, München: Urban und Schwarzenberg, 1998

- *Daten erlauben nur Aussagen, wenn sie im jeweiligen gesundheitspolitischen Kontext interpretiert werden*

So werden beispielsweise strukturelle Systemeigenschaften (z.B. Zentralisierung/Dezentralisierung, Fokus auf Prävention oder Kuration) wegen teilweise mangelnder Quantifizierbarkeit bei Input-Output-Analysen häufig weggelassen oder für Vergleiche nachträglich als "unabhängige" Merkmale hinzugefügt. Dagegen werden messbare Strukturmerkmale wie Anzahl und Verteilung von Ärzten, Krankenhausbetten und Großgeräten sehr viel häufiger benutzt. Ihre Interpretation ist jedoch zumeist nur möglich, wenn die strukturellen Systemeigenschaften bekannt sind und in die Analyse einbezogen werden.⁹

Als weiteres Beispiel seien die im internationalen Vergleich hohen Arzneimittelausgaben in Frankreich angeführt. Um dieses Ergebnis beurteilen zu können, müssen die Daten im gesundheitspolitischen Kontext bewertet werden, z.B. ob es deshalb zu weniger Krankenhauseinweisungen gekommen ist.

Angesichts dieser unzureichenden EU-weiten Datenlage sind länderübergreifende Gesundheitssystemvergleiche im Hinblick auf ihre Aussagefähigkeit und Zuverlässigkeit mit mehr oder weniger großen Mängeln behaftet.¹⁰ Bei der Nutzung und Interpretation der nicht einheitlich erhobenen Daten ist daher stets große Vorsicht geboten, will man gravierende Fehlinterpretationen und somit nicht zielführende Handlungsempfehlungen vermeiden.

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen unerlässlich, dass die Bildung von Indikatoren im Gesundheitsbereich zumindest den folgenden Anforderungen genügen muss:

1. Datenqualität: Hohe Anforderungen an die Datenqualität

Um Aussagen ableiten zu können ist es erforderlich, aussagefähige Daten zur Verfügung zu haben. Daher sind an die Datenqualität hohe Anforderungen zu stellen. So müssen die Daten *objektiv* (d.h. unabhängig davon sein, wer die Daten erhebt), *zuverlässig* (d.h. formal exakt ein bestimmtes Merkmal erfassend) und *valide* (d.h. tatsächlich das messen, was gemessen werden soll) sein. Außerdem müssen die Daten *aktuell* vorliegen, d.h. verfügbar sein.

Ein besonderes Augenmerk muss bei international vergleichenden Untersuchungen auf die transnationale *Vergleichbarkeit* der Daten gelegt werden. Dies ist im Bereich der Gesundheit besonders schwierig, da unterschiedliche Leistungsbündel und nationale Abgrenzungen mit teilweise erheblichem Detaillierungsgrad vorliegen. So besteht die erhebliche Gefahr, dass unterschiedliche Abgrenzungen undifferenziert zusammengeführt werden.

⁹ Siehe Schwartz, F.W./Busse, R.: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, S. 398, in: (Hrsg.)Schwartz, F.W./Badura, et al.: Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, München: Urban und Schwarzenberg, 1998

¹⁰ Nach Ansicht von Schwartz und Busse sind internationale Gesundheitssystemvergleiche wegen der hohen Inkongruenzen in Abgrenzungskriterien, Datenqualität und Problemen der transkulturellen Vergleichbarkeit strenggenommen nach dem jetzigen Wissenstand noch verfrüht. Aus: Schwartz, F.W./Busse, R.: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, S. 405, in: (Hrsg.)Schwartz, F.W./Badura, et al.: Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, München: Urban und Schwarzenberg, 1998

2. Dynamische Betrachtungsweise: Prozessorientierte Datenanalyse

Die Daten dürfen nicht nur bestimmte Größen zu einem festen Zeitpunkt (statische Betrachtungsweise) abbilden. In der Regel ist es aussagekräftiger, die *Entwicklung der jeweiligen Größe im Zeitablauf* darzustellen (dynamische Betrachtungsweise/Längsschnittbetrachtung). Darüber hinaus sind neben der Veränderungsrate auch die *unterschiedlichen Verteilungen* darzustellen und die *unterschiedlichen Ausgangspositionen* (absolute Werte) zu berücksichtigen. Nur auf diese Weise ist es möglich, Veränderungsprozesse adäquat abzubilden und somit die Effizienz und Nachhaltigkeit einer bestimmten politischen Maßnahme zu messen.

3. Gewichtung und Indexbildung: Begrenzte Aussagekraft durch Werturteile

Werden viele verschiedene Daten miteinander aggregiert, bedeutet dies, dass eine Gewichtung vorgenommen werden muss. Dadurch kann es zu einem "verzerrten" Bild kommen, weil *Gewichtungen Wertungen erforderlich machen und die Gefahr bergen, dass sie nie wertfrei* sind und interessengeleitet vorgenommen werden. Daher ist auf eine Aggregation bzw. Gewichtung und Indexbildung von Daten grundsätzlich zu verzichten.

4. Input-outcome-Messung: Keine strukturelle Bevorzugung der Input-Indikatoren

Das Gesundheitswesen ist ein komplexes Gebilde, das sich grundsätzlich in eine Vielzahl von Einzeldaten zerlegen lässt. Dabei sind quantitative Indikatoren eher verfügbar. Diese messen in der Regel eher den Input, also z.B. die Finanzmittel, die in die Versorgung fließen. Daneben sind aber eine Reihe von *qualitativen Indikatoren*, die eher den Outcome messen von Bedeutung, wie z.B. den Gesundheitsstand, die Qualität der Versorgung oder der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung. Ein Gesundheitssystem kann seriöserweise nicht ohne Bezug zur Gesundheit der Bevölkerung und ihrem Versorgungsbedarf analysiert werden.¹¹

5. Kausalität: Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zwischen gemessenen Ergebnissen und Maßnahmen/abgeleiteten nationalen Aktionsplänen herstellen

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung bzw. des Einzelnen hängt nicht nur vom allgemeinen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung ab, sondern wird entscheidend durch *Faktoren* beeinflusst, *die außerhalb des Gesundheitssystems liegen*, wie z.B. sozialer Status, allgemeine Lebensverhältnisse, Arbeits-, Verkehrs- und Wohnbedingungen, Ernährung und Gesundheitsverhalten.

Um eine vergleichende Bewertung der Fortschritte der Mitgliedstaaten bei der Zielerreichung und damit auch Handlungsalternativen für die politisch Verantwortlichen aufzuzeigen, ist es erforderlich, dass die *gemessenen Parameter* tatsächlich auch *den im Bereich "Gesundheitssystem" durchgeführten Maßnahmen zugeordnet* werden können.

¹¹ Siehe auch Schwartz, F.W./Busse, R.: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, S. 393, in: (Hrsg.) Schwartz, F.W./Badura, et al.: Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, München: Urban und Schwarzenberg, 1998

Bei den vorgenannten Anforderungen handelt es sich aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen um *Mindestanforderungen*, die bei der Festlegung gemeinsamer und einheitlicher Indikatoren erfüllt sein müssen, um bewährte Praktiken und innovative Ansätze vergleichen zu können. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass angesichts der großen Unterschiede zwischen den EU-Gesundheitssystemen auch die damit verbundenen grundsätzlichen methodischen Probleme auf Sicht bestehen bleiben werden. Dies hat zur Folge, dass die länderübergreifenden Vergleiche im Hinblick auf ihre Aussagekraft und Zuverlässigkeit immer mit Mängeln behaftet sein werden. So besteht die reale Gefahr, dass aus den Vergleichen und den daraus resultierenden Rankings politische Fehlschlüsse gezogen und nicht zielführende Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Die im Laufe des Prozesses der offenen Koordinierung gewonnenen Ergebnisse sind daher unter Berücksichtigung der jeweiligen nationalen Besonderheiten näher zu analysieren, bevor auf nationaler Ebene politische Schlussfolgerungen gezogen werden.

5. Fazit

Vor dem Hintergrund gemeinsamer gegenwärtiger Probleme und zukünftiger Herausforderungen der Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten kann zu deren Bewältigung ein Blick über die Grenzen hilfreich sein, um aus den jeweiligen Stärken und Schwächen Ansatzpunkte für Verbesserungen ableiten zu können. Eine sich an "best practice" orientierende Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten kann auf diesem Wege mittelfristig zu einer stärkeren Koordinierung der Gesundheitspolitik beitragen. In Übereinstimmung mit der EU-Kommission gilt es aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen, die Ziele des allgemeinen Zugangs, der hohen Qualität und der langfristigen Finanzierbarkeit der medizinischen Leistungen miteinander in Einklang zu bringen.

Der Prozess der offenen Methode der Koordinierung in einem Europa, das sich explizit als "Europa der Bürger" versteht, darf sich allerdings nicht auf Ziele und Indikatoren beschränken, die auf der "Metaebene" angesiedelt sind. Vielmehr sollte auch die Versorgungsseite mit in die Betrachtung einfließen, um hieraus Erkenntnisse für eine qualitativ bessere und effiziente medizinische Versorgung gewinnen zu können. Eine Beschränkung der Auswahl der Ziele und Indikatoren z.B. auf die finanzielle Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen bietet keine ausreichende Grundlage für die Identifizierung von „best practice“ für den Versorgungsalltag der Patienten.

Die Anwendung der offenen Methode der Koordinierung in anderen sozialpolitischen Bereichen hat bereits die grundsätzlichen methodischen Probleme sichtbar werden lassen. Diese werden im Gesundheitswesen aufgrund der Multidimensionalität von Gesundheit und der oftmals festzustellenden eingeschränkten Vergleichbarkeit der Gesundheitssysteme noch gravierender sein. Eine uneingeschränkte Vergleichbarkeit wird – auch wegen der historisch gewachsenen unterschiedlichen Systeme – auf Sicht nicht herstellbar sein.

Insofern ist aus der Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen zu berücksichtigen, dass Rankings wegen der hierfür erforderlichen, aber werturteilsbehafteten Gewichtung im Rahmen der Aggregation von Daten die methodischen Probleme potenzieren können. Dies erschwert – entgegen landläufiger Meinung – die erforderliche Interpretation der Ergebnisse und kann damit zu politischen Fehlschlüssen führen. Alle Beteiligten müssen sich deshalb darüber im klaren sein, dass sich aus dem Prozess der offenen Methode der Koordinierung politische Schlussfolgerungen seriöserweise nur nach sorgfältiger Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung der jeweiligen nationalen Besonderheiten ziehen lassen.

Der Prozess der offenen Koordinierung setzt eine breit angelegte nationale und europäische Debatte über die Ziele und Leitlinien in der Gesundheitsversorgung und Altenpflege sowie hohe Sorgfalt bei der Indikatorenbildung und der Interpretation der Ergebnisse voraus. Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die maßgeblich mit der Umsetzung der Ziele und Leitlinien auf nationaler Ebene betraut sind, müssen daher an dem gesamten Prozess der offenen Koordinierung beteiligt werden.