



# **„Gesundheitspolitik in Deutschland und der Europäischen Gemeinschaft“**

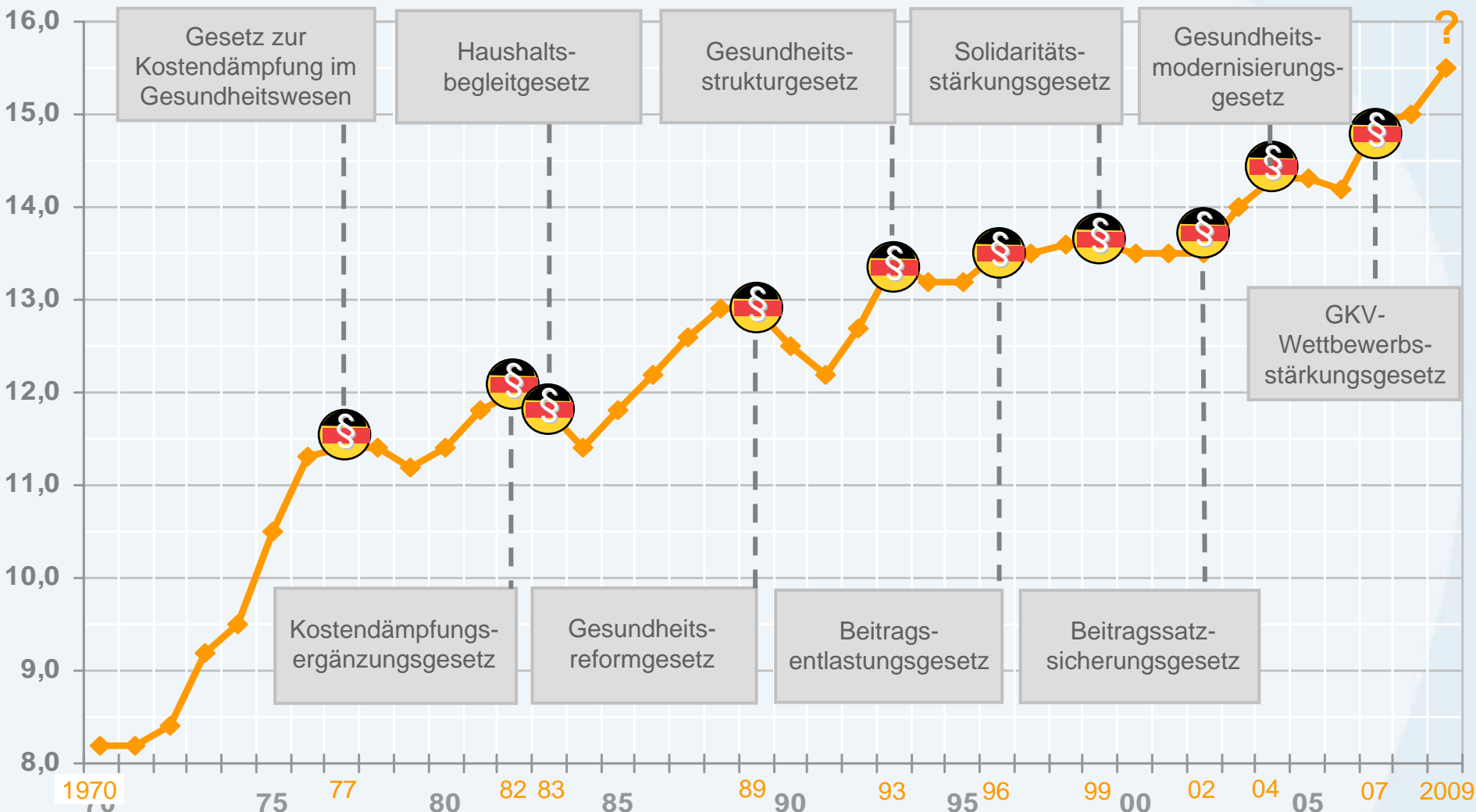
Roger Jaeckel

Leiter Abteilung Gesundheitspolitik GSK

CAP - Centrum für angewandte Politikforschung

München, den 23.Juni 2009

# Beitragssatzentwicklung GKV 1970 - 2008



Anmerkung: Beitragssatz von 2005-2008 mit Berücksichtigung des Arbeitnehmersonderbeitrags von 0,9 %

Quelle: BMG, Sozialpolitik-aktuell.de, www.vergleiche-der-pkv.de

# Kennzeichen deutscher Gesundheitspolitik

- Zielkonflikt zwischen Beitragssatzstabilität und qualitativ hochwertiger Versorgung
  - **Interventionsspirale** mit Ziel, Ausgaben der GKV zu minimieren
- Ansatzpunkte für Intervention:
  - Ausgabendämpfung durch Budgetierung
  - Effizienzsteigerung durch gesetzlichen Wettbewerb
  - Verbreitung der Finanzierungsbasis
  - Folge: weiterer Anstieg des Beitragssatzes nicht zu verhindern
- aktuelle Lösung: Begrenzung des Arbeitgeberanteils und Belastung des Arbeitnehmers (momentan: Arbeitnehmeranteil 8,2% / Arbeitgeberanteil 7,3%)

# Gesundheitspolitik in der EU

**Auf dem Weg zu einer Europäisierung des Gesundheitswesens?**

- **Erweiterung des EU-Binnenmarktes**

- **Rechtsprechungspraxis des EuGH**

- **Wachsender Koordinationsbedarf in Sachen Gesundheit**

# Heterogenität der sozialen Sicherungssysteme

Prägendes Merkmal:  
**Soziale Sicherung in allen Mitgliedstaaten vorhanden**

Drei Grundtypen der sozialen Sicherung

Bismarcksches System

Beveridge System

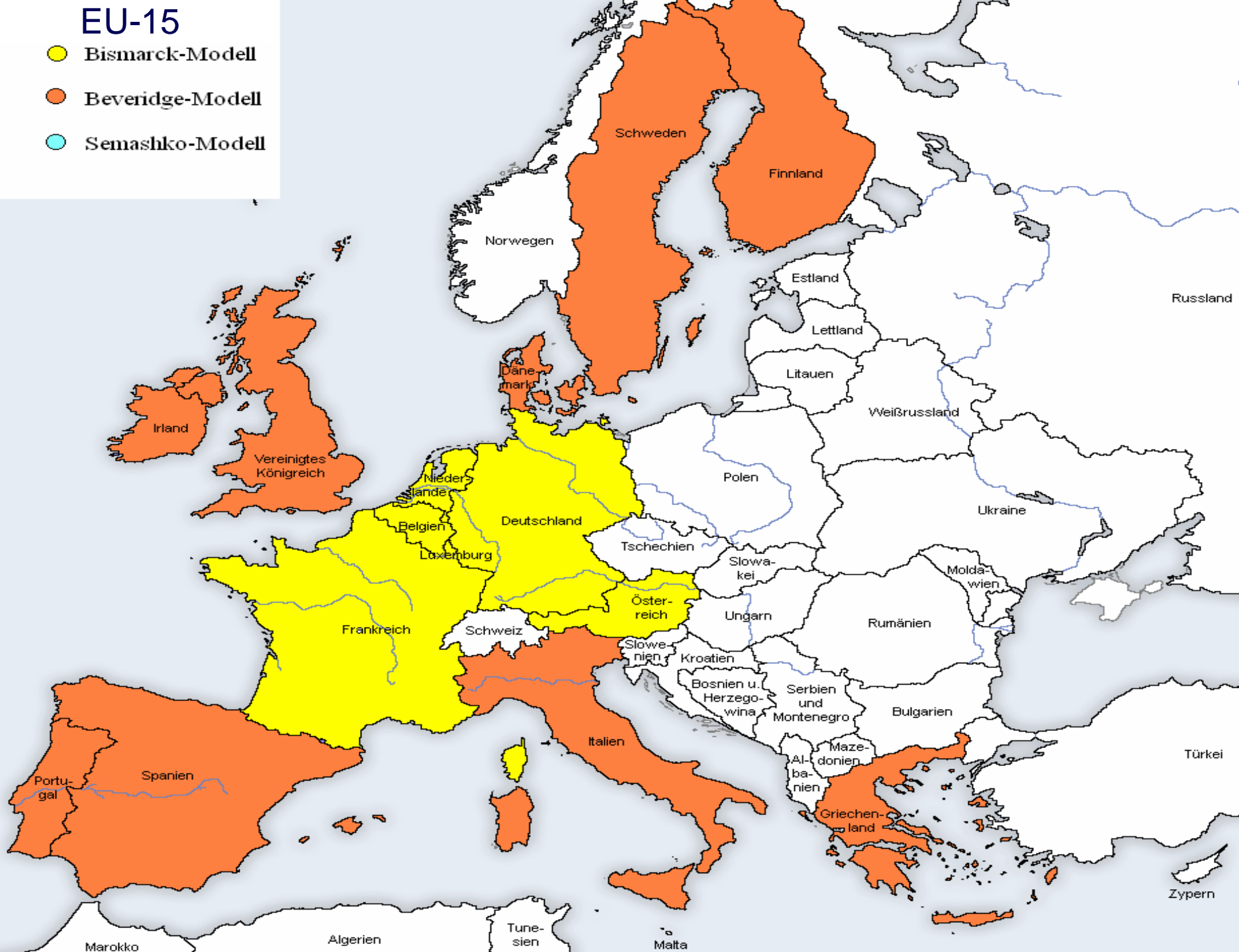
Semashko System

Durch Erweiterungen heute als Mischformen nebeneinander in EU

Resultat: **geringe Integrationstiefe aufgrund  
der Heterogenität der sozialen  
Sicherungssysteme**

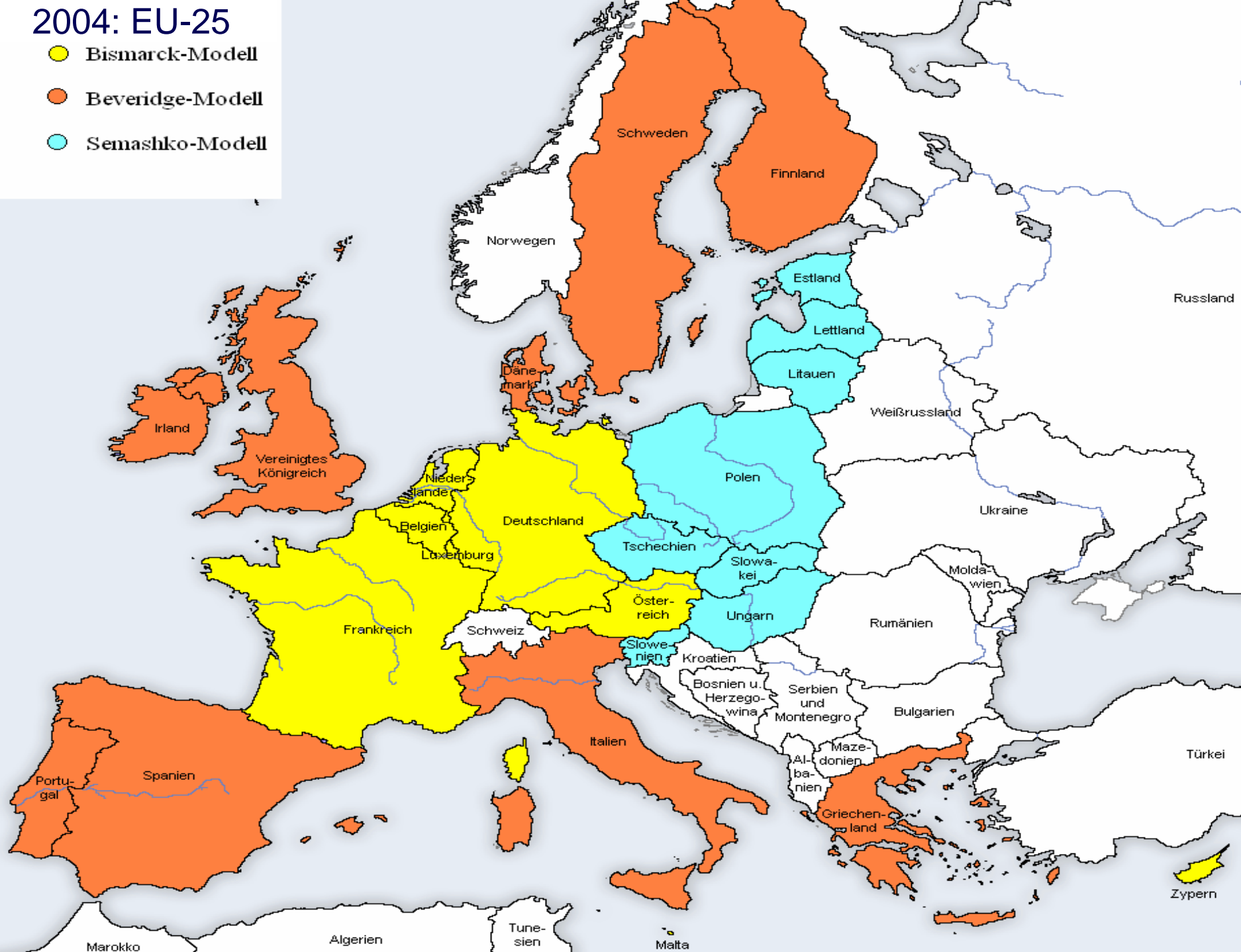
# EU-15

- Bismarck-Modell
- Beveridge-Modell
- Semashko-Modell



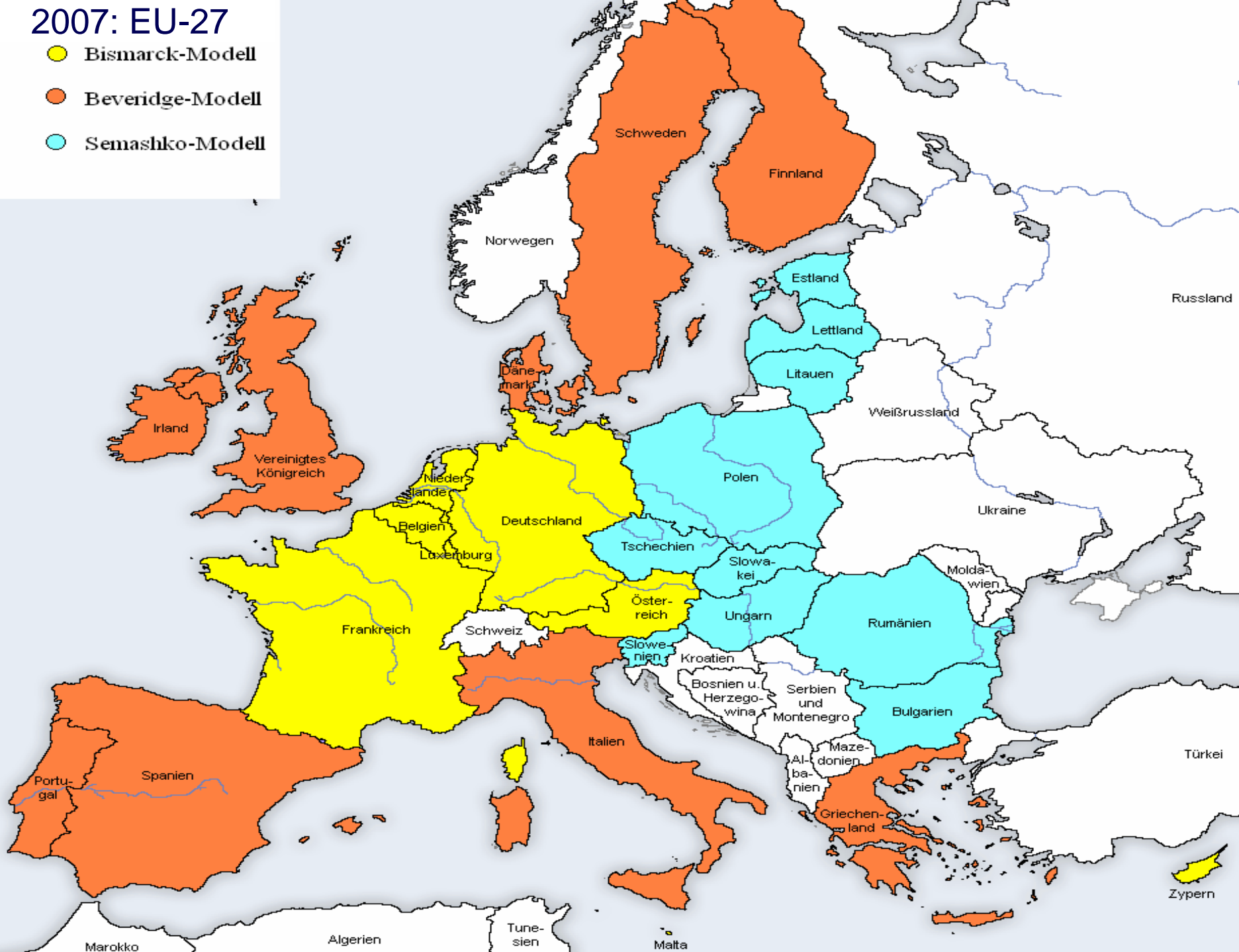
# 2004: EU-25

- Bismarck-Modell
- Beveridge-Modell
- Semashko-Modell



# 2007: EU-27

- Bismarck-Modell
- Beveridge-Modell
- Semashko-Modell



# Handlungszwang aufgrund der Heterogenität



Neue Mitgliedstaaten unterscheiden sich deutlich vom EU-Durchschnitt bzgl. Niveau der sozialen Sicherung

aufgrund gewachsener Heterogenität Druck auf EU zur Erfüllung der ihr zugestandenen Kompetenzen

- allgemeine Kompetenz der Europäischen Gemeinschaft: Art. 5 EGV
  - **Subsidiaritätsprinzip**
- Kompetenznorm im Bereich Gesundheitsversorgung: Art. 152 EGV
  - **alleinige Gestaltungskompetenz bei Mitgliedsstaaten**



**ABER: koordinative Funktion der EU**  
ergänzend zu Maßnahmen der Mitgliedstaaten

# Offene Methode der Koordinierung (OMK)

länderspezifische soziale Ungleichheiten stehen Ziel eines europaweit hohen Versorgungsniveaus entgegen



## Offene Methode der Koordination (OMK)

- Einflussnahme ohne formale Aufhebung nat. Kompetenzen
- anstatt Sanktionen Konzept des „naming and shaming“



## Gesundheitssystemvergleiche

- Evaluation v. Gesundheitssystemen anhand einheitlicher Vergleichskriterien
- Ziel: „Gleiches mit Gleichem zu vergleichen“
- Entwicklung gemeinsamer Indikatoren notwendig  
-> Resultat: ECHI Shortlist von 80 Indikatoren

# Gesundheitssystemvergleich der Niederlande



rivm

Harbers MM | Van der Wilk EA | Kramers PGN | Kuunders MMAP |  
Verschuuren M | Elyahu H | Achterberg PW

Dare to Compare!

Benchmarking Dutch health with the  
European Community Health Indicators (ECHI)

- bereits 2006 durch Niederländische Regierung in Auftrag gegeben
- Verglichen werden landesspezifische Gesundheitswerte mit den vergleichbaren Durchschnittswerten der EU-27 Länder auf Basis der ECHI-Shortlist
- Veröffentlichung 2009 gibt einen aktuellen Überblick über die Verfügbarkeit, Vergleichbarkeit und Qualität der niederländischen und europäischen Gesundheitsdaten
- Europäischer Benchmark auf Basis der 82 ECHI-Indikatoren ist eingeschränkt möglich (65% dieser Indikatorendaten sind in der Niederlande verfügbar, nur bei 25% der Indikatoren sind die Daten zwischen den EU-Ländern uneingeschränkt nutzbar)

# Gesundheitspolitik in der EU

**Auf dem Weg zu einer Europäisierung des Gesundheitswesens?**

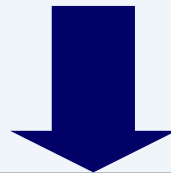
- **Erweiterung des EU-Binnenmarktes**

- **Rechtsprechungspraxis des EuGH**

- **Wachsender Koordinationsbedarf in Sachen Gesundheit**

# EuGH als Prüfinstanz nationaler Sozialrechtsvorschriften

- eindeutig zugewiesene Entscheidungskompetenzen
- dennoch fortlaufend Konflikte aufgrund überschneidender Regelungsinhalte mit Gesundheitsversorgung bei:
  - Grundfreiheiten des Binnenmarktes
  - Europäischem Wettbewerbsrecht



EuGH als Clearing-Stelle bei Kompetenzkonflikten

**EuGH-Urteile treiben Integration voran („Euro-Creep“)**

# Entwicklungsdynamik der EuGH-Rechtsprechung

## Vorlageverfahren

1998	2001	2001	2006	2009
Kohl / Decker	Vanbraekel	Geraets-Smits u. Peerbooms	Watts	DocMorris
ambulante Versorgung	stationäre Versorgung	stat. Vers. ohne Vorabgenehmigung	stationäre Versorgung u. Warteliste	Fremdbesitzverbot bei Apotheken

## Vertragsverletzungsverfahren

2004 Österreich	2007 Irland	2009 Griechenland	2009 Italien
Einstufung von Vitaminpräparaten als Arzneimittel	Öffentl. Aufträge bei Rettungsdiensten	Öffentl. Aufträge bei Krankenhauslieferungen	Fremdbesitzverbot bei Apotheken

- Entscheidungsdynamik des EuGH hält ungebrochen an
- der Trend geht zu Verletzungsverfahren mit dem Ziel der einheitlichen Anwendung
- der Bedarf an einem europäischen Rechtsrahmen nimmt faktisch zu

# EuGH-Urteil zu Apotheken-Fremdbesitzverbot (19.Mai 2009)

- Streitgegenstand: Verstößt deutsches Fremdbesitzverbot gegen Niederlassungsfreiheit innerhalb der EU?
- Gestaltungskompetenz des EuGH wird zunehmend wahrgenommen:
- Urteil: Beschränkung der Niederlassungsfreiheit durch Fremdbesitzverbot zulässig
  - Mitgliedstaaten erhalten Ermessensspielraum
  - keine Vereinheitlichung länderspezifisch gewachsener Versorgungsstrukturen
  - Begründung: Sicherstellung der Arzneimittelsicherheit und Versorgungsqualität der Patienten
- **Subsidiaritätsprinzip gewährleistet Strukturvielfalt!**

# Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

- Richtlinie notwendig zur Schaffung eines europäischen Rechtsrahmens

- Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung umfasst:

- Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland
- grenzüberschreitende Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen
- Niederlassung eines Gesundheitsdienstleisters in einem anderen Mitgliedstaat
- Freizügigkeit von Angehörigen der Gesundheitsberufe

- zentraler Inhalt ist Kostenübernahme bei Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im EU-Ausland

- Richtlinienvorschlag von EP am 23. April 2009 angenommen

# Deutschland als Best-Practice-Beispiel

- bereits 2004 EU-konforme Rechtsetzung im Bereich der GKV
  - § 13 Abs. 4 SGB V: Inanspruchnahme ambulanter Leistungen im Ausland
  - § 13 Abs. 5 SGB V: Inanspruchnahme stationärer Leistungen im Ausland mit System der Vorabgenehmigung
  - § 140 e SGB V: Verträge mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EGV
- DENNOCH: Skepsis bzgl. Wettbewerbsparameter
  - Qualitätswettbewerb: Chance für europaweit hohe Standards
  - Preiswettbewerb: Risiko einer Nivellierung auf niedrigem Niveau



Trotz Implementierung weiterhin nur ca. 1 % der Behandlungskosten aus grenzüberschreitender Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen

# Gesundheitspolitik in der EU

**Auf dem Weg zu einer Europäisierung des Gesundheitswesens?**

- **Erweiterung des EU-Binnenmarktes**

- **Rechtsprechungspraxis des EuGH**

- **Wachsender Koordinationsbedarf in Sachen Gesundheit**

# Koordinationsbedarf in Sachen Gesundheit – Aktuell

Mittwoch, 10. Juni 2009

## ÄRZTE & ZEITUNG.DE

Home

Politik & Gesellschaft

Medizin

Praxis & Wirtschaft

Panorama

Ko

Krankheiten Fachbereiche Specials

Sie befinden sich hier: [Home](#) » [Medizin](#) » [Krankheiten](#) » [Infektionen](#) » [Schweinegrippe](#)

Ärzte Zeitung online, 09.06.2009 13:41

[Kommentare \(0\)](#)



### Schmidt: Regeln für Impfung gegen Schweinegrippe (Mexikanische Grippe)

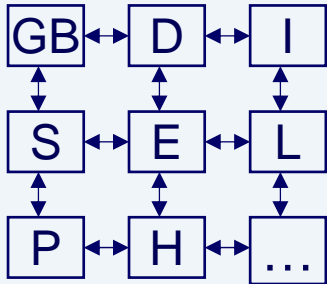
**LUXEMBURG (dpa).** Europa soll sich nach dem Willen von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) für den Fall der Entwicklung eines Impfstoffs gegen die Schweinegrippe (Mexikanische Grippe) auf Regeln für die Verteilung des Präparats an die Bevölkerung einigen.

"Europa muss sich darüber abstimmen, wie wir sicherstellen, dass alle Bürger an einer möglichen Impfung teilhaben können", sagte Schmidt am Dienstag in Luxemburg am Rande eines Treffens mit ihren EU-Amtskollegen. Dazu seien Regeln nötig, wer geimpft werden müsse und welches die Risikogruppen seien. Auch müsse geklärt werden, für wie viel Prozent einer Bevölkerung Impfstoffe vorhanden sein müssten und ob neu entwickelte Präparate "auch wirklich das sind, was helfen kann".

Auch solle sichergestellt werden, dass arme Länder genauso teilhaben können wie entwickelte Länder. "Hierüber müssen wir uns unterhalten, sonst droht man zum Spielball der pharmazeutischen Industrie zu werden", sagte Schmidt. Die US-amerikanische ebenso wie die europäische Pharmaindustrie bemühen sich derzeit, einen Impfstoff gegen den neuartigen H1N1-Virus zu entwickeln. Weltweit sind bisher 139 Menschen an der Grippe gestorben.

# Koordinationsbedarf in Sachen Gesundheit

## Ineffizienz einzelstaatlicher Lösungen



## wachsender Koordinationsbedarf

- HIV /AIDS
- Pandemievorsorge
- seltene Erkrankungen
- Prävention



## Koordination durch EU

- EU-Programm zur „Bekämpfung von HIV/Aids in der Europäischen Union und in den Nachbarländern (2006-2009)
- Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)
- Europäisches Krebsnetzwerk (ECN)
- EG-Verordnung 1901/2006 über Kinderarzneimittel
- EG-Verordnung 141/2000 über Arzneimittel für seltene Leiden

# Ausblick - Arbeitsprogramm 2009

<b>Richtlinie</b>	<b>Mitteilung</b>	<b>Ratsempfehlung</b>
<b>Pharma:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Arzneimittelsicherheit</li><li>● Patienteninformation</li><li>● Schutz von Patienten vor Arzneimittelfälschungen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Zukunft des Binnenmarkts für Arzneimittel</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● grenzüberschreitenden Aspekten der Immunisierung</li></ul>
<b>Gesundheit:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung</li><li>● Qualität und Sicherheit von Organspenden und -transplantationen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Patientensicherheit und zur Qualität von Gesundheitsdienstleistungen</li><li>● Reduktion von Ungleichheiten im Krankheitsbereich</li><li>● Einrichtung einer Plattform gegen Krebs</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● seltenen Krankheiten</li><li>● therapieassoziierten Infektionen</li><li>● Impfschutz gegen saisonale Influenza</li></ul>

# Lernerfahrungen in Sachen „Gesundheitspolitik in Europa“

- **Europäisierung tritt als mehrdimensionaler Lösungsansatz auf**
- **Integration bedeutet nicht Vereinheitlichung**
- **Europäischer Koordinationsbedarf im Bereich Gesundheit weiterhin zunehmend (bottom up)**
- **Ausgleich sozialer Ungleichheiten wird zur bestimmenden (sozialpolitischen) Handlungsmaxime der EU (top down)**
- **EuGH als Hüter des Subsidiaritätsprinzips**