

Current European health policy Die aktuelle europäische Gesundheitspolitik

**Mars Di Bartolomeo,
Minister für Gesundheit,
Minister für Soziale Sicherheit,
Luxemburg**

**Vortrag im Rahmen der
European Hospital Conference
am 18. November 2011 in Düsseldorf**

Ladies and Gentlemen,
Mesdames et Messieurs,
Sehr geehrte Damen und Herren,

I am delighted to be here with you today and to reflect together on the current European health policy and the impact of the EU directive 2011/24/EU on patients' rights on the hospital sector.

In fact, the conference organizers were very indulgent. Whereas Mrs. Nowak will speak the afternoon about the upcoming directive, I was asked to introduce this morning an rather easy and uncomplicated topic, the "Current European Health Policy". This saved me some time to decide on the appropriate language for my intervention. In view of the conference location and the organizers' correspondence with me, I finally opted for Deutsch.

Die aktuelle europäische Gesundheitspolitik

Mit Recht erwarten Sie jetzt Ausführungen zur europäischen Koordination der Gesundheitspolitiken der Mitgliedsstaaten (MS), zum gleichberechtigten Zugang zu adäquater und qualitativ

hochwertiger gesundheitlicher Versorgung, zu technologischen Innovationen, grenzüberschreitender Gesundheitsforschung, Ehealth Entwicklungen und Transparenz von Leistungen. Und ebenfalls, wie dies alles mit einem zunehmenden Kostendruck auf die öffentlichen Gesundheitsbudgets zu vereinbaren ist. Ich werde diese Punkte im Laufe meines Vortrags im einzelnen beleuchten.

Beginnen möchte ich dagegen mit dem Titel selbst
– **Die aktuelle europäische Gesundheitspolitik** –

Es freut mich ausserordentlich, dass die Europäische Integration zu so einer selbstverständlichen Entwicklung geworden ist, dass uns trotz nach wie vor nationalstaatlicher Kompetenz im Bereich der Gesundheitspolitik der Begriff „Europäische Gesundheitspolitik“ keine Angst mehr bereitet. Vor dem bahnbrechenden Kohl/Decker-Urteil des EuGH im Jahr 1998, denen ja bekanntlich luxemburgische Verfahren anhängig waren, hätte man ausschliesslich die verschiedene Gesundheitssysteme oder Gesundheitspolitiken in Europa verglichen, und diese dann nach Bismarck, Beveridge, Semasko oder ihrer Mischung klassifiziert. An den Begriff einer „Europäischen Gesundheitspolitik“ war noch nicht zu denken.

Mit Kohl/Decker wurde das damalige Verständnis von Sozialversicherungssystemen, das fern jeder Markt- und Wettbewerbspolitik allein der Wohlfahrt des Nationalstaates verpflichtet schien, grundsätzlich geschärft. Mit weiteren Urteilen hat der EuGH den Mitgliedsstaaten deutlich gemacht, wo das Subsidiaritätsprinzip zur Gestaltung der nationalen Gesundheitspolitik seine Grenzen hat und sich trotz der Ausnahmetatbestände des Art. 168 TEU (ex. 152 EC) soweit wie möglich den Prinzipien und Regeln des Internen Marktes zu unterwerfen hat.

Governance von Gesundheitspolitik wurde neu definiert und im Rahmen der Lissabon Strategie auch den Gesundheitssystemen

unter anderem die Aufgabe zugewiesen, zur wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Erneuerung der Europäischen Union beizutragen.

Im Zusammenhang mit dem sogenannten europäischen Gesundheitsmarkt, hat es im Rahmen der Dienstleistungs-Direktive auch noch Bolkestein genannt, heroische Auseinandersetzungen gegeben. An der Seite von Ulla SCHMIDT habe ich mich dagegen gewehrt, dass die Gesundheit ohne Nuancen den Marktregeln unterworfen wird. Ja, es ist richtig, dass es sich bei den Gesundheitsdiensten auch um Dienstleistungen handelt, die aber im Gegensatz zu anderen Dienstleistungen etwas Besonderes darstellen. Wir haben durchgesetzt, dass die Gesundheitsdienstleistungen sich an Werten wie Qualität, Transparenz, freier Zugang ohne Unterschied ob man reich oder arm ist, und Solidarität orientieren. Schlechte, ausgrenzende Gesundheitssysteme verschärfen soziale Unterschiede dramatisch – siehe USA - ?!

Das in den Jahren bis 2005 entwickelte Instrument der Offenen Methode der Koordinierung (OMK) galt der gemeinsamen Zielabstimmung und Definition von Leitlinien sowie zur Beurteilung der Gesundheits- und Pflegesysteme. Festgelegt wurden verschiedene Indikatoren, die sich vor allem auf die Ziele „Zugang zur Versorgung“ (z.B. Lebenserwartung) und „Nachhaltige Finanzierung“ (Pro-Kopf-Ausgaben) richteten. Für die „Qualität der Versorgung“, wesentlich für die Beurteilung von Gesundheitssystemen, war die Datenlage für vergleichbare Qualitätsindikatoren einfach nicht ausreichend. Allein die Impfrate konnte als Primärindikator ausgewählt werden. Die jeweiligen Indikatoren waren auch nicht für jeden Kontext gleichermaßen relevant, so dass zwischen EU und nationalem Kontext unterschieden wurde. In der Tat waren die Mitgliedsstaaten mit der OMK weitgehend unerprobt und derweilen wurde dieses unverbindliche, als Soft-Law bezeichnete

Rechtsinstrument gern schon mal als institutionelle Schwatzbude abgetan. Zugegeben steckt die OMK im Vergleich zu Anwendung und Ausgestaltung der Binnenmarktgesetze noch immer in den Kinderschuhen, dennoch haben wir Mitgliedsstaaten erkannt und verstanden, dass die OMK mit ihrem Benchmark-Ansatz eine geeignete Plattform ist, Solidarität und andere Wohlfahrtsprinzipien als wesentlichen Bestandteil des Internen Marktes heraus zu stellen und zu verteidigen. Hinsichtlich der Gesundheitspolitik zielt sie auf eine allen zugängliche, hochwertige und nachhaltige Versorgung ab. Bestehende wirtschaftliche und soziale Disparitäten der Mitgliedsstaaten lassen sich indes damit kurzfristig nicht beheben. Diese zu überwinden bedarf es langfristiger Strategien, die auch Krisen, wie die aktuelle Euro-Krise aushalten und überstehen müssen. Die OMK ermöglichte aber sehr wohl, Veränderungen von dem jeweiligen Ausgangsniveau aus zu bewerten.

Bekanntermassen wurde im vergangenen Jahr die Lissabon-Strategie durch ein neues EU-Politikinstrument abgelöst.

Europa 2020, so heisst jetzt die Wachstumsstrategie der EU für das kommende Jahrzehnt. Die Prioritäten lauten: Intelligentes, nachhaltiges und integratives Wirtschaftswachstum. Zu den Zielen zählen die Erreichung eines hohen Maßes an **Beschäftigung, Produktivität und sozialem Zusammenhalt.** Diese sind der Lissabonstrategie sehr ähnlich, wobei letztere am Ende eine schlechte Governance Architektur bescheinigt wurde und sehr deutliche Kritik an der auffällig vernachlässigten Sozialdimension aufkam.

Neu auch, dass alle EU-Generaldirektionen auf diese neue Strategie ausgerichtet sind und sich folglich ebenfalls das Gesundheitsressort (DG Sanco) ganz diesen Zielen verschreibt. Ich kann mich noch gut an die letztjährigen Diskussionen der EU-

Gesundheitsminister zur **Strategie 2020** erinnern. Wir waren uns selten so einig, dass ein **Paradigmenwechsel** notwendig und der Planungshorizont 2020 dafür ausreichend zu sein scheint.

Ich persönlich, und das habe ich auch im EU-Gesundheitsministerrat deutlich gemacht, hätte mir gewünscht, dass die soziale Dimension in der Strategie 2020 stärker zur Geltung gekommen wäre. Dies umso mehr, da die rezente Krise, die längst nicht überstanden ist, die stabilisierende Wirkung von guten Sozialsystemen gezeigt hat.

Gesundheit ist für die Europe 2020 – Strategie fundamental

Die Mitgliedsstaaten und die EU tun gut daran, in die Gesundheit ihrer Bevölkerung zu investieren, und dies nicht allein, weil „Gute Gesundheit“ ein hohes und wünschenswertes Gut darstellt. Nach Art. 35 der Europäischen Grundrechtecharta hat jeder Bürger ein Recht auf Zugang zur Gesundheitsvor- und Versorgung. Und mehr noch. Für ökonomisches Wachstum und Wettbewerb stellt gute Gesundheit eine ausserordentlich wichtige Determinante dar.

Der Gesundheitssektor stellt wohl einen hohen Kostenfaktor dar, doch bringt er als Gegenleistung Lebensqualität, die nicht in EUROS auszudrücken ist, viele gute Jobs (Jobmotor) und ist wohl der Sektor mit dem größten Entwicklungs- und Wachstumspotenzial.

Nichts aber entzieht dem Wohlstand mehr Ressourcen als schlechte Gesundheit.

Gesundheitsversorgung ist unbestreitbar auch ein Kostenfaktor:

In Europa geben wir immense Summen für das Gesundheitswesen aus, seit 10 Jahren sind es zwischen 7-11%

des BIP (Quelle: OECD-Eco-Health). Und der medizinische Fortschritt erhöht den Kostendruck.

Während wir da in Luxemburg mit 7% vergleichsweise gut dastehen, sind unsere Pro-Kopf-Ausgaben mit 2.850 EUR in 2008 (kaufkraftbereinigt) EU weit mit am höchsten.

Die Suche nach einer effizienteren Nutzung unserer wertvollen Ressourcen fängt verständlicherweise meist bei den Krankenhäusern an, in die oft bis zu 50% der nationalen Gesundheitsausgaben fließen. Dabei müssen wir uns aktiv über das bisher gewohnte Mass hinaus um eine aktivere Koordinierung mit den ambulanten Gesundheitsangeboten bemühen, insbesondere der primärärztlichen Versorgung sowie dem gesamten Sektor der Langzeitpflege.

Bekannterweise stehen wir nämlich vor weiteren grossen technischen, verhaltensbezogenen und demographischen Herausforderungen:

- a) Die Bevölkerung altert schneller als uns lieb ist (wir selbst übrigens auch!). In 2030 wird der Anteil der über 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung voraussichtlich doppelt so hoch sein wie noch in 2008 (in Luxemburg > 30% gegenüber 14% in 2008).

Zusätzliche Ausgaben für Akutversorgung und Langzeitpflege sind unvermeidbar. Für letztere müssen wir nach Berechnungen der OECD sogar mit einer Verdreifachung der Kosten rechnen. Schon allein deswegen kommen wir nicht umhin, unseren Bürgern längere Lebensarbeitszeiten zuzumuten. Eine massive Kostensteigerung ist aber vor allem bei den verschreibungspflichtigen Medikamenten festzustellen.

- b) Zunahme chronischer Krankheiten: Schon durch Fettleibigkeit und Diabetes ist mit einer Reduzierung sogenannter gesunder Arbeitsjahre zu rechnen. Und im Zusammenhang mit der Alterung wissen wir, dass viele über-65-jährigen an mindestens einer chronischen Krankheit leiden. Ferner verzeichnen wir eine signifikante Erhöhung des Versorgungsanspruchs für Demenzerkrankungen. Dabei war schon 2008 die Demenz bei den 80-90 Jährigen Hauptursache der Pflegeabhängigkeit (Quelle Statec).
- c) Wachsende Konsumorientierung der Bevölkerung Diese geht einher mit der Nachfrage nach mehr Bequemlichkeit und Komfort von Gesundheitsleistungen. Laut einem 2010 veröffentlichten Survey von Deloitte zu Health Care Consumers sind 52% der Verbraucher in Frankreich und 68% in UK an Monitoringgeräten für Zuhause interessiert, mit denen sie ihren Gesundheitszustand messen und die Resultate ihrem Arzt senden können.
- d) Verschiedene Bevölkerungsschichten sind von der Verschlechterung des Gesundheitszustandes unterschiedlich betroffen. Hier gilt es darauf zu achten, dass die Leistungsfähigkeit unserer Gesundheitsinstitute nicht nur primär den ökonomisch besser gestellten zur Verfügung stehen, sondern die Gesellschaft als Ganze daran partizipiert.

Zur Erreichung der Europe 2020 Ziele hat die Europäische Kommission eine ganze Anzahl an **sogenannten Flagship (bzw. Leit)initiativen** aufgestellt, die gerade das Gesundheitswesen als Wachstumsmotor fit machen, um Effizienzreserven auszuschöpfen. Zu den hierfür wesentlichen zähle ich:

- **Die Innovationsunion**
- **Die Digitale Agenda**
- **Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit**
- **Neue Kompetenzen für neue Beschäftigung**

Die Innovationsunion:

Das 7. EU Rahmenprogramm für Forschung und Technologie 2007-2013 verfügt über ein Budget von € 50 Milliarden, davon etwa € 6 Milliarden für Gesundheit. Dazu kommen nochmals € 5 Milliarden, die über den EFRE Fonds in regionale Gesundheitsforschung und Infrastruktur geflossen sind, sowie gesundheitsbezogene Forschung des Wettbewerbs- und Innovationsprogramm (insgesamt € 3,6 Milliarden). 2014, im Rahmen des neuen EU-Budgetrahmens, wird es unter dem Namen **Horizon 2020 –für Forschung und Innovation** - ebenfalls ein neues EU-Forschungsprogramm geben. Die Details sind noch nicht alle vereinbart, aber Gesundheit zählt neben Klima zu den Hauptinhalten. Erst kürzlich, und zwar am 7. November 2011, wurde der Implementierungsplan für die erste ressortübergreifende Massnahme der Innovationsunion, **die Europäische Innovations Partnerschaft zu aktiven und gesunden Altern**, verabschiedet. Die Federführung teilen sich die für die Digitale Agenda zuständige Vize-Präsidentin der EU, Neelie Kroos, EU-Gesundheits- und Verbraucherschutzkommissar John Dalli sowie die für Forschung und Innovation zuständige Kommissarin Máire Geoghegan-Quinn.

Übergeordnetes Ziel der Partnerschaft ist die Zahl der gesunden Lebensjahre bis 2020 durchschnittlich um 2 zu erhöhen. Dazu wurden zunächst die folgenden 5 Massnahmen vereinbart:

- Einhaltung der Einnahmenvorgaben für Medikamente bei gleichzeitiger Reduktion gefährlicher Übermedikation
- Sturzvorbeugung bei älteren Menschen
- Bekämpfung von Mangelernährung

- Innovative integrierte Versorgung von chronisch Kranken (z.B. Fernüberwachung)
- Förderung von miteinander kompatibler Informationstechnologie zur Erhaltung von Unabhängigkeit und Mobilität.
(<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/11/1309&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>)

Innovation heisst in diesem Zusammenhang aber auch, die Schere zwischen Wissenschaft und Markt zu schliessen und Innovation in marktfähige Produkte umzusetzen.

EU-weit wurde die Messlatte zur Investition in Innovation auf 3% des BIP gesetzt. Wir in Luxemburg haben uns einen Anteil von 2,6% des BIP vorgenommen. Gesundheits- und Sozialforschung spielen dabei eine entscheidende Rolle. **Wir setzen vor allem auf Biotechnologie, Biomonitoring und in der Bevölkerungs- und Sozialforschung auf Mikrosimulation.** Forschungskapazitäten im Land werden durch strategische Partnerschaften in der Grossregion, im EU-Ausland und darüber hinaus substantiell erweitert. **Im Bereich Biobank und Biotechnologie** hat der luxemburgische Staat ein 5-Jahres Förderprogramm mit Investitionen von 140 Mio. EUR aufgelegt. Forschungsschwerpunkte der Biomarkerforschung sind: Krebsforschung (Lunge, Darm, Brust), Diabetes Typ 2, Parkinson. Darüber hinaus baut die IBBL eine Datenbank mit einer Kontrollgruppe von 10.000 Menschen ohne nennenswerte Erkrankung auf.

Damit sind wir im Bereich Innovation im Trend der EU-Gesundheitspolitik. **Und gerade Biobank ist ein eindeutig auf unsere Grossregion abzielendes Projekt, und keine nationalstaatliche Angelegenheit.** Wir erhoffen uns einen Schneeballeffekt durch Spin-offs und Ansiedlung privater Biotechnologieunternehmen.

Gesundheitsforschung ist seit längerem transnational organisiert, und das nicht allein im Bereich der Pharmaforschung. Über die benannten Forschungsprojekte hat die EU viel in vergleichende Gesundheitsforschung investiert, in denen die Vergleichbarkeit und der sichere und mit dem Datenschutz vereinbare Zugang zu Patientendaten zu den grössten Herausforderungen zählt. Beispiele hierfür sind

Forschung zu Chronischen Erkrankungen:

- Asthma (ISAAC Projekt) – (1991 – heute)
- Krebs (EuroCARE, EPIC, RARECARE)
- Kardiovaskuläre Erkrankungen (EUROCISS)
- **Diabetes (EUROBIROD)** – Aufbau eines europäischen Diabetes Registers inklusive einer E-Learning Plattform.

Qualität und Effizienz:

- **SHARE** (Mikrodaten von mehr als 45.000 Menschen über 50). Eine Erfolgsgeschichte, mit der die Ergebnisse von subjektiven Befragungen international vergleichbar gemacht wurden. SHARE ist als eine der Hauptsäulen des Europäischen Forschungsraum ausgewählt worden.
- **euroHOPE** (European Health Care Outcomes, Performance and Efficiency). Performance umfasst dabei Indikatoren für Qualität, Outcome, Ressourcenverbrauch und Kosten, die bei euroHOPE mittels der Auswertung von Routinedaten nationaler Datenbanken zu 5 Kernproblemen der öffentlichen Gesundheit gemessen werden. (Myorkard-Infarkt, Schlaganfall, Hüftfraktur, Brustkrebs und Frühgeburt).
- ECHO (ein Projekt zur Vergleichbarkeit von Krankenhausdaten verschiedener Länder).

Andere, von DG-Sanco und dem EFRE Fond (Interreg) geförderten Projekte in der Grossregion Luxemburg betreffen

- Die Präventionsforschung (Ernährung, mentale Gesundheit, Herz-Kreislauf, Diabetes) als Kernvoraussetzung für ein effizienteres und kostengünstigeres Gesundheitswesen.
- Biomonitoring zur Langzeitanalyse von Auswirkungen der Umweltverschmutzung auf den menschlichen Organismus.
- Innovative Arzneimittelwirkstoffe (LNS).
- Technologietransfer (CRP Henri Tudor)

Zur Innovationsunion zählt darüber hinaus auch die langfristige Gewährleistung des Zugang zu sauberem und sicherem Wasser und Lebensmitteln sowie die nachhaltige Bekämpfung neuer Infektionsherde. In unserer entwickelten Welt wurden wir in der jüngsten Vergangenheit mehrfach und über das gewünschte Mass hinaus mit gravierenden Problemen der Gesundheitssicherheit konfrontiert, was mit zum Teil immensen Kosten der akuten Bekämpfung, Sicherheitsvorkehrungen und einem langfristigen Bevölkerungsschutz verbunden war. Dazu zähle ich das traurige Neugeborenensterben in mehreren deutschen Kliniken genauso wie die EHEC Epidemie vor einigen Monaten, die Schweinegrippe und das SARS Virus. Die gesundheitlichen Folgen der Nuklearkatastrophe in Fukushima sind in ihrem Umfang nicht mal zu kalkulieren.

Hohe Hygienestandards und die Sensibilisierung der Bevölkerung im allgemeinen und des Krankenhauspersonals im Besonderen sind für einen effektiven Gesundheitsschutz essentiell.

Internationale Epidemien benötigen aber auch Investitionen zur Bekämpfung derselben vor allen in Entwicklungsländern. Deshalb möchte ich an dieser Stelle auch auf die Bedeutung des Beitrags der EU zur globalen Gesundheitspolitik hinweisen. Denn Gesundheit ist keine rein europäische und auch keine OECD Angelegenheit. Verantwortliche EU-Gesundheitspolitik bedeutet

auch, Kompetenzen und Ressourcen der EU in Kooperation mit den globalen Akteuren, allen voran der WHO, zur Erreichung der gesundheitsbezogenen UN Millenium Entwicklungsziele für und in Entwicklungsländern einzusetzen. Diese sind die Bekämpfung von Kinder- und Müttersterblichkeit, Tuberkulose, Malaria und HIV/AIDS. So müssen Innovation in der medizinischen Versorgung auch für die ärmeren Ländern erschwinglich und zugänglich sein und bleiben. Und eine wichtige Rolle kommt dabei den Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen (*eHealth*) zu. Dies führt mich über zur nächsten wichtigen Flagship-Initiative.

Die Digitale Agenda

EHealth Anwendungen beflügeln in immer grösserem Umfang die Gesundheitsversorgung in Europa. Die parallel stattfindende MEDICA liefert hierfür den besten Beweis.

EHealth Anwendungen spielen auch in unseren Krankenhäusern eine immer wichtigere und umfangreichere Rolle. Nach einer im Mai dieses Jahres veröffentlichten Umfrage der Europäischen Kommission führen mehr als 80% aller Krankenhäuser in der EU ihre Patientenakte elektronisch. Aber häufig mangelt es an der Interoperabilität eingesetzter Systeme sowohl zwischen Krankenhäusern, als auch innerhalb von Krankenhäusern, was beispielsweise das Einlesen von Laborergebnissen oder digitale Radiologiesysteme angeht. Auch im kleinen Luxemburg kennen wir diese Probleme.

Ebenfalls auffällig, aber weit weniger überzeugend zeigte diese Studie, dass sich diese Fortschritte keineswegs proportional auf die Patientensouveränität auswirken. Nur 8% der Krankenhäuser bieten Dienstleistungen der Telemedizin und Telemonitoring an. Und weniger als 5% der Krankenhäuser gewähren den Patienten Online-Zugang zur ihren Gesundheitsinformationen

<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/11/282&type=HTML>).

Auch in der Digitalen Agenda der EU spielt eHealth eine wesentliche Rolle. Dabei ist eines der herausstechenden und explizit erwähnten Ziele der sichere Online-Zugang der Bürger zu ihren Patientenakten, und das europaweit. Zwar halte ich den vorgegebenen Zeitpunkt von 2015 für verfrüht, im Kern aber hat dieses Ziel meine uneingeschränkte Unterstützung.

Der Zugang zu den persönlichen Gesundheitsdaten ist nicht nur Teil der später diskutierten Patientenrechtsrichtlinie, sondern zählt gleichzeitig zu den wesentlichen Errungenschaften des Datenschutzes in Europa.

Wie viele andere Mitgliedstaaten arbeiten wir auch in Luxemburg intensiv am Aufbau einer Ehealth Plattform, an eRezepten und eVerordnungen sowie an der Harmonisierung der IT-Infrastruktur der Spitäler. Und ebenfalls waren auch wir hinsichtlich der dafür einzuplanenden Zeit viel zu optimistisch.

Erst kürzlich haben wir in Zusammenarbeit mit der Gesundheitskasse und den Leistungsanbietern die Nationale Agentur der Medizininformation (Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé) gegründet. Sie kümmert sich um die Standardisierung der Dokumentation und des Datentransfers (HL 7) und steuert den Aufbau der Ehealth Plattform.

Es sind aber nicht einmal die gigantischen Möglichkeiten hinsichtlich der institutionenübergreifenden Nutzung einer digitalisierten Krankenakte, die uns dabei am meisten beschäftigen. Vielmehr **zielt unser Hauptaugenmerk auf die Datensicherheit der Plattform.** Nicht die Verbote von Datenzugang und Datentransfer aus einem mit hochsensiblen

Daten gefüllten Datennetzwerk sichert die persönlichen Daten gegenüber Unbefugten sowie gegen falsche bzw. nachlässige Handhabung, sondern allein der bestmögliche IT-Schutz auf höchstem technischen Niveau. Für den Europäischen Datenschutzbeauftragten ist dieses Prinzip des „Eingebauten Datenschutzes“ (Privacy by Design) für sämtliche IT-Entwicklungen massgeblich, und zwar von Anfang an.

Nur modernste asymmetrische Verschlüsselungstechnologie gepaart mit rigiden Zugangsverwaltungen und einem konsequenten automatischen Meldewesen für zulässigen, aber nicht-autorisierten Datenzugang bei Notfälle bringt uns ausreichend technischen und verhaltensbezogenen Schutz gegen Missbrauch und versetzt uns damit in die Lage, die Möglichkeiten von Ehealth Anwendungen in all ihren Facetten grenzüberschreitend zu nutzen.

Dann werden auch europäische Projekte wie beispielsweise „epsos“ (Aufbau einer elektronischen Patient Summary Infrastruktur für Europa) die heute noch fehlende Zustimmung und uneingeschränkte Unterstützung aller Mitgliedsländer erfahren.

Die Gründung eines europäischen eHealth-Netzwerks, wie in der Patientenrechts-Richtlinie vorgesehen, begrüße ich deshalb uneingeschränkt. Bisher wurden allein seitens der EU mehr als € 1 Milliarden in Forschungsvorhaben und eHealth Pilotprojekte investiert. Und in allen Mitgliedsländern zusammen kommt ein Vielfaches dieser Summe hinzu. Davon sollten wir durch bessere Vernetzung in der Tat gemeinsam die Früchte ernten.

Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit

Wettbewerbsfähigkeit geht Hand in Hand zu bereits erwähnten Bereichen der Innovation und digitalen Agenda.

Gesundheitstechnologie fördert Wachstum und zieht Investitionen an. Dies umfasst die gesamte Bandbreite der Medizin (Medikamente, Impfstoffe, Diagnosemethoden, Medizinprodukte, Laboreinrichtungen, IT-Technologie, eHealth). Die europäische Medizintechnik-Industrie investiert ca € 4 Milliarden in Forschung und Entwicklung und beschäftigt rund 450.000 Personen, die meisten davon in kleinen und mittleren Unternehmen. Der europäische Venture Capital Markt für Health Technology ist der zweitgrösste hinter der Informations- und Telekommunikationstechnologie.

Um davon profitieren zu können, müssen wir uns in Europa besser vernetzen. Wir benötigen ein Mehr an Transparenz und verbindliche Standards der medizinischen Dokumentation. SNOMED wird sich aus meiner Sicht langfristig als medizinische Standardterminologie durchsetzen. Heute aber ist sie für viele Länder noch zu komplex. Das derzeit weltweit anerkannteste Verschlüsselungsinstrumentarium stellt die WHO herausgegebene Diagnosenklassifikation ICD dar. Deren konsequente und durchgängige Anwendung ist für eine grenzüberschreitende Vergleichbarkeit von Erkrankungen enorm wertvoll.

Im Bereich der Prozedurenklassifikation sind wir davon noch entfernt. Da viele Länder ihre zum Teil sehr komplexen Abrechnungssysteme auf die jeweils national genutzten Prozedurenschlüssel aufbauen, ist mit eine Vereinheitlichung

mittelfristig nicht zu rechnen. Zumindest gibt es die Euro- und Pre-ISO Norm 1828, die eine Mindestanforderung an eine moderne Prozedurenklassifikation definiert, deren Kriterien bereits die Klassifikationssysteme in Frankreich, Kanada und USA entsprechen. Eine langfristig notwendige internationale Vergleichbarkeit ist damit zwar noch nicht erreicht, aber es ist ein Schritt in die richtige Richtung. Auch hier arbeitet die WHO mit der ICHI (International Classification of Health Interventions) an einem internationalen System, das, wenn auch nicht von allen Ländern eingesetzt, vielleicht bis 2020 als Referenzklassifikation von allen Ländern in Ergänzung zu den jeweils existierenden Prozedurenklassifikationen genutzt werden kann.

Die Wettbewerbsfähigkeit und der Nutzen der Health Technology Industrie ist über das vergleichbare Datenset hinaus auch von europaweit einheitlichen bzw. anerkannten systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel abhängig.

Mittels spezieller Verfahren des Health Technology Assessment (HTA) werden Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten der jeweiligen Verfahren und Produkte überprüft und als Entscheidungshilfe bei gesundheitspolitischen Fragestellungen zur Verfügung gestellt. Die später diskutierte Richtlinie 24/2011 sieht in ihrem Artikel 15 ein von der EU unterstütztes HTA Netzwerk als eines der drei Referenznetzwerke (neben E-Health und Netzwerk für seltene Krankheiten) vor. Im aufwändigen HTA Prozess sollen damit unnötige Mehrfachuntersuchungen vermieden werden und die Nutzung einzelner HTA-Berichte auch für gesundheitspolitische Entscheidung in anderen Ländern ermöglicht und gefördert werden.

Neue Kompetenzen für neue Beschäftigung

Der Arbeitsmarkt Gesundheitswesen umfasst ca. 10% der in der EU aktiven Bevölkerung, inklusive Ärzte, Krankenschwestern,

Apotheker, Forscher, Mitarbeiter der Administration und Support.
Er erwirtschaftet über 8% des EU-BIPs.

Nur zielgerichtete akademische und berufsbezogene Aus- und Weiterbildungsangebote machen diese Masse auch zur Klasse. Die universitäre Ausbildung hat durch den Bologna-Prozess eine EU-weite Vernetzung erfahren und inmitten der Grossnationen Deutschland und Frankreich kann ich Ihnen auch von einer zunehmenden Internationalisierung von ausseruniversitären Fortbildungsangeboten berichten, z.B. in der Pflege oder Palliativmedizin.

Die Konzentration vor allem der fachärztlichen Medizin auf grosse Städte und Ballungsgebiete birgt eine gefährliche Ausdünnung des medizinischen Personals und somit medizinischen Angebots vor allem in ländlichen Regionen. Schlechte Notfallversorgung ist dabei nur die Spitze des Eisbergs. Häufig ist selbst die hausärztliche Versorgung nur noch unzureichend gewährleistet. Innovative, ambulante Versorgungsstrukturen auf dem Land und eine besondere Förderung der Niederlassung, selbst der zeitlich befristeten Praktizierung in ländlicher Infrastruktur ist unerlässlich.

Soziale Innovationen und Armutsbekämpfung

Die Innovationspartnerschaft zum aktiven und gesunden Altern ist das mit Abstand grösste Projekt in diesem Bereich. Neben gesundheitsrelevanten Themen wie Pflege (institutionell und informell) Übermedikation, Lifestyle etc. setzt es auch auf die Vermeidung und Bekämpfung von Altersarmut.

Andere wichtige Aspekte sind die mit zunehmender Migration einhergehenden Herausforderungen hinsichtlich der Gesundheit und sozialer Eingliederung der betroffenen Personengruppen. Dies betrifft vor allem Flüchtlinge und Asylbewerber.

Mir ist bewusst, dass die Komplexität der Europäischen Gesundheitspolitik weit über die von mir angerissenen Gebiete hinausgeht. Bereiche wie psychische Gesundheit, Ernährung, oder Behinderung habe ich gar nicht ansprechen können. Und auch nicht die gesamte regulatorische Arbeit der EU zur Harmonisierung der EU-Gesetzgebung für medizinische und pharmazeutische Produkte.

Die verschiedenen Initiativen der Europa 2020 Strategie sind sehr interessant und vielversprechend. Manche werden erfolgreich sein, manche nicht und manche nur im jeweils nationalen Kontext.

Ich bin überzeugt, dass eine zukunftsweisende und verantwortungsvolle Gesundheitspolitik immer mehrere Ziele gleichzeitig verfolgen muss:

- 1) **Hochwertige Versorgungsqualität**
- 2) **Kosteneffizienz**
- 3) **Gleichberechtigter Zugang für die Bevölkerung**

In ein Gleichgewicht sind diese Ziele automatisch kaum zu bekommen. Darum müssen wir uns in der Gesundheitspolitik immer wieder aktiv bemühen. **Und wirtschaftspolitische Wachstums- und Ertragsaussichten werden immer wieder neu gegen wohlfahrtsstaatliche Errungenschaften unserer Sozialsysteme abzuwägen sein.** Für meine EU-Ministerkollegen und mich ist dies unser täglich Brot. Und häufig liegt der Schlüssel zum Erfolg im Grad des Engagements und Verantwortungsbewusstseins jedes einzelnen aller beteiligten Gesundheitsakteure im Rahmen ihrer Möglichkeiten: Patienten, Gesundheitsanbieter, Staat und Sie als Gesundheitsanbieter.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

