

E: 08.11.07 ab

Schleswig-Holsteinischer Landtag

Europaausschuss
Die Vorsitzende



Schleswig-Holsteinischer Landtag • Postfach 7121 • D-24171 Kiel

An die Vorsitzende
des Sozialausschusses
Frau Siegrid Tenor-Alschausky, MdL
im Hause

Schleswig-Holsteinischer Landtag □
Umdruck 16/2584

An den Vorsitzenden
des Wirtschaftsausschusses
Herrn Hans-Jörn Arp, MdL
im Hause

nachrichtlich:

An die Mitglieder des Europaausschusses
im Hause

Kiel, 30. Oktober 2007

Subsidiaritätsnetzwerk des Ausschusses der Regionen (AdR)

Sehr geehrte Frau Tenor-Alschausky, sehr geehrter Herr Arp,

mit Schreiben vom 29. August d.J. informierte ich Sie darüber, dass sich der Schleswig-Holsteinische Landtag an der Konsultation des AdR-Netzwerkes zu dem Themenbereich „Öffentliche Gesundheit“ beteiligen wird.

Der AdR hat nunmehr abweichend von dem ursprünglich in Aussicht gestellten Zeitplan mitgeteilt, dass

- das Weißbuch über die gesundheitspolitische Strategie am 23. Oktober von der EU-Kommission verabschiedet worden ist,
- der Gemeinschaftsrahmen für sichere und effiziente Gesundheitsdienste voraussichtlich am 28. November von der EU-Kommission verabschiedet werden wird und
- mit dem Beginn der Konsultation im Rahmen des AdR-Subsidiaritätsnetzwerkes Mitte Dezember zu rechnen ist.

Vor diesem Hintergrund schlage ich Ihnen für unsere ~~gemeinsame Anhörung~~ von Experten aus dem Gesundheitsbereich als Termin den 9. Januar 2008 vor. Die Auswertung der Anhörung und die Abschlussberatung zur Subsidiaritätsanalyse sollten am 23. Januar erfolgen, um eine fristgerechte Befassung innerhalb der sechs-Wochen-Frist zu gewährleisten. Die ursprünglich für die gemeinsamen Ausschusssitzungen vorgesehenen Termine – 14. November und 5. Dezember – entfallen. Der Wirtschafts- und der Europaausschuss tagen am 5. Dezember in getrennten Sitzungen.

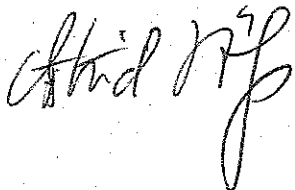
Anliegend übersende ich Ihnen zur Vorbereitung der AdR-Konsultation folgende Dokumente zur Kenntnisnahme:

- Überblick über die Gesundheitspolitik (Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz)
- Gesundheit in Europa: Ein strategischer Ansatz; Diskussionspapier für eine gesundheitspolitische Strategie
- Stellungnahme Deutschlands zum Diskussionspapier der Europäischen Kommission zu einer gesundheitspolitischen Strategie
- Zusammenfassender Bericht der EU-Kommission zum Diskussionspapier
- Weissbuch Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013, KOM(2007)630 endg. vom 23.10.2007 (Dokument für die Konsultation im Rahmen des AdR-Netzwerkes).

Das ebenfalls im Rahmen der AdR-Konsultation zu beratende Dokument, ein Gemeinschaftsrahmen für sichere und effiziente Gesundheitsdienste, wird von der EU-Kommission voraussichtlich am 28. November vorgelegt werden. Als vorab-Information hat das Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein die Antwort der Bundesregierung zur Mitteilung der Kommission zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung gestellt (vgl. Anlage).

Im Hinblick auf die Anhörung zur öffentlichen Gesundheit bitte ich die Fraktionen um Vorschläge für Anzuhörende bis zum **20. November**.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Andreas' followed by a stylized monogram.



Öffentliche Gesundheit

EUROPA > Europäische Kommission > DG Gesundheit und Verbraucherschutz > Öffentliche Gesundheit > Übersicht über die Gesundheitspolitik

Kontakt | Suche | Was gibt's Neues | Abonnieren | Wegweiser | Index

Übersicht

der **Programme** Gesundheitsinformation Gesundheitsgefahren Gesundheitsfaktoren Gesundheitsdienstleistung Strategie 2003-2008

Überblick über die Gesundheitspolitik

Die Gesundheit liegt uns Europäern besonders am Herzen. Wir erwarten Schutz vor Krankheiten und vor Beeinträchtigungen unserer Gesundheit. Wir möchten, dass unsere Kinder in einer gesunden Umgebung aufwachsen, und fordern Sicherheit und Gesundheitsschutz auch am Arbeitsplatz. Auf Reisen innerhalb der Europäischen Union brauchen wir eine zuverlässige und hochwertige Gesundheitsversorgung und -beratung.

Die Behörden der Mitgliedstaaten müssen dafür sorgen, dass die Politik diesen Anliegen Rechnung trägt. Der Europäischen Union kommt infolge ihrer Verpflichtungen aus den europäischen Verträgen ebenfalls eine entscheidende Rolle zu. Maßnahmen der Gemeinschaft ergänzen die Gesundheitspolitik der einzelnen Mitgliedstaaten, bringen aber gleichzeitig auch einen zusätzlichen europäischen Nutzen: Auf Fragen wie grenzübergreifende Gesundheitsgefahren – z. B. Grippeepidemien – oder die Freizügigkeit von Patienten und medizinischem Personal muss auf Gemeinschaftsebene reagiert werden.

Ein stimmiges und koordiniertes Konzept für die Gesundheitspolitik wurde erstmals im Mai 2000 mit der gesundheitspolitischen Strategie der Europäischen Gemeinschaft umrissen. Eine neue gesundheitspolitische Strategie [en](#) mit dem Titel „Gemeinsam für die Gesundheit: ein strategischer Ansatz der EU für 2008–2013“ wurde am 23. Oktober 2007 verabschiedet.

Mit dieser neuen gesundheitspolitischen Strategie wurde ein umfassender, strategischer Rahmen für Maßnahmen im Gesundheitsbereich auf EU-Ebene geschaffen und die Richtung für die kommenden Jahre vorgegeben. Die Strategie hat jedoch nicht nur die öffentliche Gesundheit im Blick, sondern soll Fragen zur Gesundheit auch in alle anderen Politikbereiche einbeziehen helfen.

Grundlage der Strategie bilden vier Prinzipien und drei strategische Themen für die Verbesserung der Gesundheit in der EU.

Die Prinzipien lauten werteorientierter Ansatz, Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und wirtschaftlichem Wohlstand, Einbeziehung der Gesundheit in alle Politikbereiche und Stärkung der Mitsprache der EU in der globalen Gesundheitspolitik.

Die strategischen Ziele sind: Förderung der Gesundheit in einem alternden Europa, Schutz der Bürger vor Gesundheitsgefahren und Förderung dynamischer Gesundheitssysteme und neuer Technologien.

Die finanziellen Mittel für die Strategie werden von der GD Gesundheit und Verbraucherschutz bereitgestellt, stammen jedoch auch aus anderen Quellen, zum Beispiel dem 7. Forschungsrahmenprogramm oder Finanzinstrumenten der Regionalpolitik.

Innerhalb der GD Gesundheit und Verbraucherschutz wird die Strategie durch das Programm zur öffentlichen Gesundheit unterstützt. Das **zweite Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit 2008–2013** [en](#) [de](#) [fr](#) wird am 1. Januar 2008 in Kraft treten. Es folgt dem **ersten Programm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2003–2008)**, mit dem über 300 Projekte und andere Aktionen gefördert wurden.

Themenübersicht

► **Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008–2013)**
Das zweite Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit

printable version



- Speeches
- Press Release
- Events
- Links
- Publications
- Key documents

Special Topics

Programme for Community action in the field of Health 2008-2013

2008-2013 wird am 1. Januar 2008 in Kraft treten.

► **Strategie für öffentliche Gesundheit** [en](#)

Am 23. Oktober 2007 verabschiedete die Kommission eine neue, umfassende gesundheitspolitische Strategie: „Gemeinsam für die Gesundheit – Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“.

► **Gesundheit in anderen Politikbereichen**

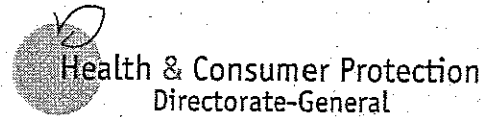
Viele Maßnahmen und Politikbereiche der Gemeinschaft haben EU-weite Auswirkungen auf die Gesundheit und die Gesundheitssysteme. Wichtige Gesundheitsfaktoren können nicht nur durch die Gesundheitspolitik beeinflusst werden: Deshalb bedarf es koordinierter Maßnahmen, die auch andere Bereiche einbinden, beispielsweise die Umwelt- oder Wirtschaftspolitik.

► **Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten**

Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit werden mit den Mitgliedstaaten abgestimmt.

► **Frühere Programme**

Seit 1993 sind acht Aktionsprogramme im Bereich der öffentlichen Gesundheit durchgeführt worden. Diese wurden jetzt durch das neue Programm ersetzt. Hier erfahren Sie Weiteres über die Aktionen und Projekte, die im Rahmen dieser Programme gefördert wurden.



Gesundheit in Europa: Ein strategischer Ansatz

Diskussionspapier für eine gesundheitspolitische Strategie¹

Dieses Diskussionspapier wurde im Anschluss an die Initiative *Gesundheit für alle ermöglichen - ein Reflexionsprozess mit Blick auf eine neue gesundheitspolitische Strategie der EU*² erstellt und bietet betroffenen Kreisen die Möglichkeit, weitere Bemerkungen zu der für 2007 geplanten umfassenden Gesundheitsstrategie der Europäischen Kommission zu äußern.

Antworten per E-Mail an: Sanco-Future-Health-Strategy@ec.europa.eu

¹ **DISCLAIMER:** Dieses Diskussionspapier stellt nicht die offizielle Position der Kommission dar; es ist für diese nicht verbindlich und greift einem etwaigen Standpunkt nicht vor, den die Kommission bei späteren Initiativen einnehmen könnte.

² Die Unterlagen über den formalen Konsultationsprozess sind hier zu finden:
http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/strategy/health_strategy_en.htm

1. Einleitung

Gesundheit ist ein wertvolles Gut für den Einzelnen und für die gesamte Gesellschaft. Die Menschen erwarten, dass sie vor Erkrankungen und gesundheitlichen Störungen geschützt werden. Sie wollen, dass ihre Kinder in einer gesunden Umwelt aufwachsen und erwarten, dass an ihren Arbeitsplätzen Sicherheit und Gesundheitsschutz gewährleistet sind. Sie brauchen verlässliche und leistungsstarke Gesundheitssysteme.

Die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der europäischen Bürgerinnen und Bürger ist für die Europäische Union von Bedeutung. Nur mit einer gesunden Bevölkerung lassen sich die strategischen, sozialen und wirtschaftlichen Ziele von Wohlstand, Solidarität und Sicherheit erreichen. Bei der Schaffung von Wohlstand ist die Gesundheit der Bevölkerung der Schlüssel zu Produktivität und Wachstum, was sich auch in der Agenda von Lissabon niederschlägt. Solidarität bedeutet hier, durch die Verminderung von Ungleichheiten in der erweiterten EU im Hinblick auf Lebenserwartung, Gesundheitszustand und Angebot leistungsstarker Gesundheitsdienste zu dem Ziel von mehr Zusammenhalt in Europa beizutragen. In punkto Sicherheit schließlich sind die Maßnahmen der EU in Bezug auf grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren durch übertragbare Krankheiten wie die Vogelgrippe weiterhin von wesentlicher Bedeutung.

Für den Schutz und die Verbesserung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger sind in erster Linie die Mitgliedstaaten zuständig, die zu entscheiden haben, wie die Gesundheitsleistungen und die ärztliche Versorgung organisiert und erbracht werden. Bei einer Reihe von Gesundheitsproblemen, die von den Mitgliedstaaten allein nicht wirksam bewältigt werden können ist jedoch eine Zusammenarbeit auf EU-Ebene unabdingbar, beispielsweise bei der Prävention von Pandemien oder der Mobilität von Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe.

Es gibt auch ein breites Spektrum von Gesundheitsthemen, wo die EU mit Aktionen, die einen zusätzlichen Nutzen bringen und die Arbeit der Mitgliedstaaten für einen besseren Gesundheitsschutz ihrer Bürgerinnen und Bürger ergänzen, eine Schlüsselrolle spielt. In Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten hat die EU in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung und den Gesundheitsschutz gemacht. Große Erfolge waren beispielsweise die gesetzliche Regelung der Tabakwerbung und des Handels mit Blutprodukten sowie die Gründung des Europäischen Zentrums für die Kontrolle von Krankheiten (ECDC). Die Maßnahmen der EU können wertvoll sein beim Aufbau europaweiter Expertennetze für den Austausch bewährter Verfahren in Bereichen wie e-Health, Nanotechnologie, Behandlung seltener Krankheiten oder virtuelle Exzellenzzentren. In einigen dieser Bereiche sind Arbeiten bereits im Gange, aber es gibt noch erheblichen Spielraum für weitere Entwicklungen.

Gleichzeitig steht Europa derzeit vor großen Veränderungen und neuen Herausforderungen: größere soziale Diskrepanzen und wirtschaftliche Ungleichheiten in einer erweiterten Union, Forderung nach Nachhaltigkeit bei Wachstum und Wettbewerbsfähigkeit, Globalisierung, Alterung der Bevölkerung sowie Folgen der Innovation und der technologischen Entwicklung. All diese Aspekte werden deutliche Folgen für die Gesundheit der EU-Bevölkerung haben

und umgekehrt von deren Gesundheitszustand beeinflusst werden. Gesundheit als europäisches Thema findet immer mehr Beachtung, was am Interesse an Gemeinschaftsmassnahmen in wichtigen Gesundheitsbereichen abzulesen ist.

All dies spricht für einen neuen übergreifenden strategischen Rahmen, mit dem Vorgaben für das künftige Vorgehen im Gesundheitsbereich gemacht und die zur Erfüllung dieser Vorgaben erforderlichen Instrumente und Maßnahmen bereit gestellt werden, aufbauend auf den in einigen Bereichen bereits geleisteten Arbeiten auf EU-Ebene. Die neue gesundheitspolitische Strategie wird so beschaffen sein, dass eine möglichst enge Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten zur Verbesserung der Gesundheit in Europa im kommenden Jahrzehnt möglich ist.

2. Hintergrund der neuen gesundheitspolitischen Strategie

Eine neue gesundheitspolitische Strategie wird bereits seit einigen Jahren vorbereitet. Nach Aufnahme gesundheitsbezogener Bestimmungen in den EU-Vertrag³ arbeitete die EU in den 90iger Jahren mit mehreren bereichsbezogenen Gesundheitsprogrammen an Themen wie Krebs, übertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung. Im Jahr 2000 beschloss die Kommission eine erste gesundheitspolitische Strategie⁴, die Grundlage für das Gesundheitsprogramm (2003-2008) war und einen Rahmen für Maßnahmen in Bezug auf Gesundheitsdeterminanten, Gesundheitsgefahren, Information und Überwachung vorgab.

Gegen Ende 2004 leitete die Kommission mit der Initiative „Gesundheit für alle ermöglichen – ein Reflexionsprozess mit Blick auf eine neue gesundheitspolitische Strategie der EU“ eine Anhörung der betroffenen Kreise zu der Frage ein, was die EU im Gesundheitsbereich unternehmen sollte. Dies löste eine breite Debatte zwischen den betroffenen Kreisen aus, und es gingen etwa 200 Stellungnahmen von nationalen und regionalen Behörden, NGOs, Hochschulen, Bürgerinnen und Bürgern und der Privatwirtschaft ein. Die Grundlage für die Anhörung und der Bericht mit den Antworten finden sich unter der folgenden Internet-Adresse:

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/reflection_process_en.htm

Im Mittelpunkt der Anhörung stand der Wunsch der Betroffenen nach einem umfassenden Ansatz, mit dem Gesundheitsaspekte in alle Maßnahmen der Gemeinschaft **einbezogen** werden; weitere Anliegen waren die Verminderung gesundheitlicher **Ungleichheiten** in der EU, eine stärkere Rolle der EU bei der Behandlung **globaler Gesundheitsthemen**, die Aufwertung der Gesundheitsförderung durch die EU, die Behandlung **wichtiger Fragen** wie psychische Gesundheit und grenzüberschreitende Probleme sowie die Forderung,

³ Zunächst in Artikel 129 des Vertrags von Maastricht, danach in erweiterter Form in Artikel 152 des Vertrags von Amsterdam.

⁴ Vorschlag für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001-2006), KOM(2000) 285.

dass die EU, die Mitgliedstaaten und die betroffenen Kreise zusammenarbeiten sollten, um zu **konkreten Ergebnissen zu gelangen**.

Das vorliegende Diskussionspapier bietet den betroffenen Kreisen nochmals die Möglichkeit, zur Entwicklung der Strategie beizutragen, insbesondere in praktischen Fragen wie der Festlegung von Zielen, Schwerpunkten und Mechanismen für die Umsetzung.

3. Neue Entwicklungen

Die neue Strategie wird sich in den Rahmen neuer Entwicklungen in den Bereichen Gesundheitssysteme, Gesundheitsgefahren und Gesundheitsbezogenheit aller Maßnahmen einfügen. Diese drei allgemeinen Arbeitsbereiche sind in den letzten Jahren auf europäischer Ebene in den Vordergrund getreten und werden bei der Strategie eine bedeutende Rolle spielen.

3a. Neue Entwicklungen bei den Gesundheitssystemen

Leistungsstarke Gesundheitssysteme sind für die Menschen in Europa ein vorrangiges Thema. Zuständig hierfür sind in erster Linie die Mitgliedstaaten, aber einige Fragen gehen über die Grenzen hinaus, und hier kann ein Beitrag auf EU-Ebene von Wert sein. Entwicklungen bei der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen der grenzübergreifenden Versorgung, der Patientenmobilität, der Mobilität von Gesundheitsberufen usw. waren Gegenstand eingehender Diskussionen zwischen den Mitgliedstaaten.

Zur Erörterung dieser Fragen hat die Kommission die zuständigen Minister der Mitgliedstaaten und Vertreter der Zivilgesellschaft eingeladen, an einem Denkprozess auf hoher Ebene teilzunehmen, der sich mit der Patientenmobilität und den Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union befasste und 2004 in eine Mitteilung der Kommission mündete⁵. In deren Anschluss wurde eine feste Struktur eingerichtet, um die begonnene Arbeit fortzusetzen, nämlich eine hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung. Diese Gruppe nahm im Juni 2004 ihre Arbeit auf. In ihr arbeiten Experten aus allen Mitgliedstaaten an praktischen Aspekten der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitssystemen in den Mitgliedstaaten der EU.

Anfang dieses Jahres machte sich die Kommission daran, für 2007 einen Gemeinschaftsrahmen für sichere, leistungsstarke und effiziente Gesundheitssysteme aufzubauen. Dies soll über eine Verstärkung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und die Gewährleistung von Rechtssicherheit bei der Anwendung von Gemeinschaftsvorschriften auf Gesundheitssysteme und die gesundheitliche Versorgung geschehen. Auf der Grundlage einer im September genehmigten Mitteilung läuft derzeit eine

⁵ Mitteilung über Patientenmobilität und Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der EU (KOM(2004) 301 vom 20. April 2004).

Anhörung über dieses Thema⁶; die Beiträge müssen bis zum 31. Januar 2007 eingegangen sein.

Fragen im Zusammenhang mit den Gesundheitssystemen sind in den Tätigkeiten der Kommission stärker in den Vordergrund getreten und werden in der Strategie als Thema von künftiger zentraler Bedeutung behandelt.

3b. Neue Entwicklungen bei Gesundheitsgefahren

Ein weiteres Thema, das auf EU-Ebene in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat, sind die Gesundheitsgefahren und – damit verbunden – die Mechanismen zur Bereitschaftsplanung, Überwachung und Reaktion.

Die Gesundheit der Bevölkerung in der EU ist mehrfach gefährdet: HIV und AIDS, jetzt auch wieder Tuberkulose, die neue Variante der Creutzfeldt-Jacob-Krankheit, die bioterroristische Gefährdungslage und die Bedrohung durch die Vogelgrippe. Die Verhinderung der Ausbreitung neuer Krankheitserreger und des Wiederauftretens bekannter Erreger durch epidemiologische Überwachung sowie die Verstärkung einer raschen und koordinierten Reaktion werden inzwischen gemeinsam von den nationalen Gesundheitsbehörden und der Europäischen Kommission organisiert.

Neben anderen wichtigen Maßnahmen in den vergangenen Jahren hat die gezielte Befassung mit Gesundheitsgefahren auf EU-Ebene 2004 zur Gründung des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) in Stockholm geführt. Aufgabe des Zentrums ist die Verstärkung der europaweiten Krankheitsüberwachung und der Aufbau von Frühwarnsystemen. Letztes Jahr hat die Kommission eine Mitteilung über die allgemeine Bereitschaftsplanung vorgelegt, in der es um Gefahren und Krisenfälle geht, welche die öffentliche Gesundheit in mehr als einem Mitgliedstaat betreffen oder diese bedrohen⁷.

Der Schutz der europäischen Bürger vor Gesundheitsgefahren ist inzwischen also auch ein zentrales Thema, das in der geplanten Strategie Berücksichtigung finden muss.

3c. Neue Entwicklungen bei der Berücksichtigung von Gesundheitsfragen in allen Politikbereichen

Gesundheit in allen Politikbereichen (*Health in all Policies*) ist ein Konzept, das der Tätigkeit im Gesundheitsbereich auf EU-Ebene zugrunde liegt. Nach dem Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft muss die EU „... bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und –maßnahmen ...“ dafür sorgen, dass ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt ist. Diese Überlegung geht davon aus, dass zwar im Gesundheitsbereich allein beträchtliche Fortschritte erzielt werden können, dass aber gemeinsame Aktionen

⁶ http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/community_framework_en.htm

⁷ Mitteilung über die allgemeine Bereitschaftsplanung für Krisenfälle (KOM(2005) 605 vom 28. November 2005).

über verschiedene Bereiche hinweg noch stärker dazu beitragen können, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.

Im Gesundheitsbereich lautet das Motto der derzeitigen finnischen Ratspräsidentschaft *Health in all Policies*. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit stehen Gesundheitsdeterminanten wie Ernährung und körperliche Tätigkeit, wobei sie sich auf die Arbeitsergebnisse früherer Ratspräsidentschaften (Vereinigtes Königreich: Ungleichheiten, Portugal: Gesundheitsdeterminanten) stützt.

Bei der Verstärkung des Gesundheitsaspekts in allen Politikbereichen geht es darum, neue und innovative Partnerschaften in allen Bereichen auf EU- und nationaler Ebene zu schmieden und geeignete Systeme einzurichten – beispielsweise die Folgenabschätzung – um die Folgen neuer gesundheitspolitischer Maßnahmen systematisch prüfen zu können. Bei allen neuen und wichtigeren Gemeinschaftsinitiativen ist inzwischen eine Folgenabschätzung vorgeschrieben, bei der auf Evidenzbasis geprüft wird, welche Folgen die Maßnahme in anderen Bereichen, auch im Bereich Gesundheit und Gesundheitssysteme, haben wird. Die EU entwickelt derzeit gezielt eine Folgenabschätzung für Gesundheitssysteme – ein recht neues Konzept, bei dem eher allgemein die Gesundheitsinfrastruktur, und nicht so sehr direkt der Gesundheitszustand der Bevölkerung untersucht wird.

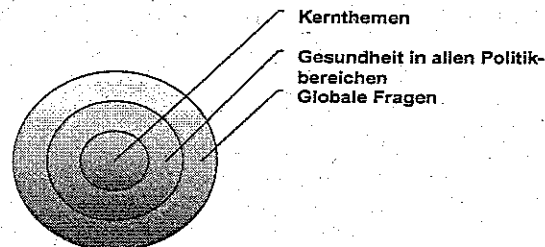
4. Schwerpunkt der Strategie

Aufbauend auf den Ergebnissen der Anhörung und den neuesten politischen Entwicklungen wird die Strategie aus drei Hauptelementen bestehen: für den Schutz und die Verbesserung der Gesundheit in Europa entscheidende Kernthemen, Gesundheit in allen Politikbereichen und globale Fragen. Dafür werden allgemeine Ziele gesetzt, welche die Ausrichtung der Arbeit anzeigen und Vorgaben für echte Veränderungen machen.

Bei den **Kernthemen** werden in der Strategie klare Ziele für die ganze Bandbreite der Maßnahmen im Gesundheitsbereich gesetzt. Eine wichtige ergänzende Rolle kommt dem Konzept der **Gesundheit in allen Politikbereichen** zu. Es wird zunehmend anerkannt, dass ein möglichst alle Politikbereiche umfassender Ansatz erforderlich ist, um die Gesundheit zu verbessern. Zudem muss sich die EU auch mit **globalen Gesundheitsfragen** befassen, weil sie eine allgemeine Verantwortung für die internationale Gemeinschaft trägt, aber auch weil diese Fragen die Gesundheit in Europa betreffen. Zusammenfassend gilt, wenn wir bei den Kernthemen vorankommen wollen, brauchen wir auch klare Ziele für die Verbesserung der bereichsübergreifenden Arbeit und für die Arbeit auf globaler Ebene.

Die drei Elemente sind in dem Schaubild weiter unten dargestellt. Im Mittelpunkt der Strategie stehen die Kernthemen, aber viele dieser Themen profitieren von einem breiter gefassten Ansatz. So ist z. B. die Planung der Bereitschaft und die Reaktion auf Gesundheitsgefahren ein Kernthema, muss aber auch auf globaler Ebene und in Partnerschaft mit anderen Bereichen angegangen werden. Altern bei guter Gesundheit ist ebenfalls ein Kernthema und spielt auch eine wichtige Rolle im Konzept Gesundheit in allen Politikbereichen. Die drei Elemente finden

sich auch im Vorschlag für ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2007-2013), den die Kommission im Mai 2006 vorgelegt hat⁸.



4.1. Kernthemen – Aufgabe: Schutz und Verbesserung der Gesundheit in der EU

Ziel der Gesundheitspolitik auf allen Ebenen ist der Gesundheitsschutz, beispielsweise durch den Schutz vor übertragbaren Krankheiten, und die Gesundheitsförderung, beispielsweise durch eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und der vorbeugenden Maßnahmen. Das Strategieelement Kernthemen wird also folgende allgemeine Maßnahmen umfassen:

- Verbesserungen bei der Prävention und der Reaktion in Bezug auf Gesundheitsgefahren mit Überprüfung des Mandats des Europäischen Zentrums für die Kontrolle von Krankheiten;
- Beitrag zur Verringerung von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsunterschieden innerhalb und zwischen Ländern;
- Unterstützung von Bürgern und Patienten, unter anderem durch ein größeres Angebot an gesunden Entscheidungen und eine bessere Information von Patienten;
- Ergänzung der Arbeit der nationalen Gesundheitssysteme im Hinblick auf mehr Qualität und Sicherheit in der gesundheitlichen Versorgung (auch in Fragen der besseren *Governance* und Bewertung und des Einsatzes von Technologien) und die Befassung mit grenzübergreifenden Fragen;
- Gesundheitsförderung und Befassung mit Gesundheitsdeterminanten wie Ernährung und körperliche Aktivität, Alkohol- und Tabakmissbrauch und Befassung mit wichtigen Fragen wie psychische Gesundheit.

⁸ KOM (2006) 234.

Eine weitere Möglichkeit wäre die Entwicklung eines kohärenten Rahmens für diese Kernthemen durch Ermittlung gemeinsamer Grundsätze und Werte für Gesundheit in der EU, die als allgemeine Bezugspunkte dienen könnten. Dabei wären auch die kürzlich verabschiedeten Schlussfolgerungen des Rates zum Thema gemeinsame Werte und Prinzipien in den Gesundheitssystemen der Europäischen Union⁹ nützlich.

4.2. Gesundheit in allen Politikbereichen – Aufgabe: alle Bereiche müssen an Verbesserung und Schutz der Gesundheit arbeiten

Wesentliche Voraussetzung für die Gesundheitsverbesserung sind die Nutzung vorhandener Synergien und die Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen. Es gibt zahlreiche Gebiete, auf denen sich die Gesundheit bereichsübergreifend auswirkt: regionale Entwicklung, Umwelt, Wirtschafts- und Sozialpolitik usw. Partnerschaften gibt es bereits beispielsweise auf den Gebieten Arzneimittel, demografischer Wandel und Alterung, Einsatz der Strukturfonds für Gesundheitsaspekte und Gesundheit in der Informationsgesellschaft.

Mit der Strategie sollen Wege gefunden werden, um auf Maßnahmen in anderen Politikbereichen reagieren zu können, beispielsweise durch die Verbesserung der Folgenabschätzung für Gesundheitssysteme. Sie wird einen Rahmen für ein besseres gemeinsames Verständnis, innovative Partnerschaften für bestimmte Maßnahmen und die Auslotung von Synergien schaffen; gleichzeitig wird sie die Zusammenarbeit mit Mitgliedstaaten und betroffenen Kreisen für eine verstärkte bereichsübergreifende Arbeit auf allen Ebenen der Gesundheitspolitik fördern.

4.3. Globale Gesundheitsfragen – Aufgabe: effizientere Aktion der EU auf globaler Ebene

Globale Themen wie übertragbare Krankheiten, Pandemien, Handel mit Gesundheitsprodukten und -leistungen, Zunahme nicht übertragbarer Krankheiten und Gesundheitsbezogenheit der Entwicklungshilfe sind weltweit gesehen für die EU von zentraler Bedeutung. Aufbauend auf bestehenden Initiativen und Mechanismen, beispielsweise der bereichsübergreifenden Arbeit auf Gebieten der internationalen Zusammenarbeit, dem Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakkonsums, den internationalen Gesundheitsvorschriften, der Europäischen Nachbarschaftspolitik, Handel und Hilfe usw. wird mit der Strategie ein klar definierter Rahmen für Maßnahmen zur Behandlung globaler Gesundheitsfragen gesetzt. Vorgesehen sind allgemeine Ziele im Hinblick auf Beiträge zur Verbesserung der Gesundheit außerhalb der EU, weitere Beiträge zur internationalen Gesundheitsagenda, die engere Zusammenarbeit mit Organisation wie der Weltgesundheitsorganisation und mit den Nachbarländern der EU und schließlich die Förderung der

⁹ Verabschiedet im Rat „Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucher“ am 2. Juni 2006.

Zusammenarbeit mit Mitgliedstaaten und betroffenen Kreisen in globalen Fragen.

Ziel der neuen gesundheitspolitischen Strategie ist die Einbindung der wichtigsten Gesundheitsmaßnahmen auf EU-Ebene unter Einbeziehung der ganzen Bandbreite der folgenden bereits laufenden Maßnahmen:

- Legislative Maßnahmen, beispielsweise in den Bereichen Blut und Tabak sowie die Internationalen Gesundheitsvorschriften;
- nichtlegislative Maßnahmen wie etwa die Gemeinschaftsstrategien für die Gesundheitsdeterminanten, der Entwicklung eines Gesundheitsinformationssystems und der Koordination einer europaweiten Bereitschaftsplanung bei Gesundheitsgefahren;
- bereichsübergreifende Arbeiten, wie etwa die Einbeziehung von Gesundheitsthemen in die Agenda von Lissabon oder die Initiative zum demografischen Wandel sowie das Programm, mit dem der Rahmen für die Finanzierung von Projekten im Gesundheitsbereich vorgegeben wird.

Um die Arbeit an diesen Themen voranzubringen, muss bei der Strategie berücksichtigt werden, wie die Mitgliedstaaten mit weiteren Aktionen und gemeinsamen Maßnahmen auf EU-Ebene unterstützt werden können, wie neue Ansätze zum Aufbau von Partnerschaften betroffener Kreise über Bereiche hinweg entwickelt werden können und wie der Austausch bewährter Verfahren und die Zusammenarbeit zwischen der EU und den Mitgliedstaaten sich verbessern lassen. Eine wesentliche Grundlage dafür ist auch das fortgesetzte Bemühen um akkurate, vergleichbare und aktuelle Gesundheitsinformationen.

5. Die nächsten Schritte: Praxistauglichkeit der Strategie

Wie beschrieben, ist die gesundheitspolitische Strategie breit angelegt. Entscheidend für echte Veränderungen ist jetzt die Ermittlung der wirksamsten Wege zur Behandlung der ermittelten Themen. Mit der Strategie wird angestrebt, einige wenige allgemeine **Ziele** zu setzen und den Weg für die **Maßnahmen** zur Erreichung dieser Ziele zu bereiten. Bei der Wahl der Ziele kann auf den Zielen aufgebaut werden, die derzeit für die Förderung der Gesundheit und des Schutzes der Bürger gelten; sie sollten der Gesundheitspolitik der EU mehrere Jahre als Vorgabe dienen können. Die Strategie soll für einen **Zeitraum von 10 Jahren** gelten und **nach fünf Jahren anhand eines Zwischenberichts bewertet** werden. Beispiele für solch gemeinsame Ziele wären mehr gesunde Lebensjahre, die Verringerung von Gesundheitsungleichheiten oder vermeidbarer Krankheiten oder die Verstärkung der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit. Die Mitgliedstaaten und die betroffenen Kreise werden aufgefordert, zur Ausarbeitung zentraler Ziele einer Gesundheitspolitik der EU beizutragen, auf die sich alle Beteiligten einigen können, um die Gesundheit in der nächsten Dekade zu fördern und zu verbessern.

Die Ziele der Strategie können nur erreicht werden, wenn die für die Arbeit mit den Mitgliedstaaten verfügbaren Instrumente und Methoden in geeigneter Weise

und mit einer gewissen Vorstellungskraft genutzt werden. Dies muss mit den Mitgliedstaaten abgesprochen werden, damit ihre Effizienz bei gleichzeitigem Respekt einzelstaatlicher Politiken und Unterschiede gewährleistet ist. Der Vertrag sieht eine Reihe von Möglichkeiten vor, unter anderem verbindliche Vorschriften, „weiche“ Vorschriften wie etwa Ratsempfehlungen, sowie finanzielle Mechanismen, Partnerschaften, Netzwerke und formale Strukturen wie die offene Koordinierungsmethode. Die offene Koordinierungsmethode wird derzeit im Bereich der sozialen Eingliederung angewandt und beinhaltet einen Prozess des Austauschs von Maßnahmen und des gegenseitigen Lernens, der auf gemeinsamen Zielen, der Entwicklung von Indikatoren und einem Berichterstattungssystem beruht¹⁰. Zudem gilt es, Methoden für die Arbeit mit betroffenen Kreisen und internationalen Organisationen zu ermitteln und zu entwickeln. Aufbauend auf Erfahrungen in Bereichen wie Ernährung und körperliche Aktivität könnten innovative Partnerschaften und Bündnisse mit Bereichen geschaffen werden, die sich in der Vergangenheit im Allgemeinen nicht mit Gesundheit befasst haben. Schließlich muss die Strategie auch begleitet und bewertet werden. Die Mitgliedstaaten und die betroffenen Kreise sind aufgefordert, einen Beitrag zur Ausarbeitung wirksamer und geeigneter Mechanismen für die Durchführung und Begleitung der gesundheitspolitischen Strategie zu leisten.

Das vorliegende Dokument versteht sich als Aufforderung an die Mitgliedstaaten und betroffene Kreise, sich dazu zu äußern, wie die Wirksamkeit der Strategie in der Praxis gewährleistet werden kann, bei der Auswahl von Zielen zu helfen und bei den Maßnahmen Schwerpunkte zu setzen. Wir müssen Methoden finden, mit denen sich kurzfristig rasche Fortschritte erzielen lassen, und gleichzeitig müssen wir zukunftsgerichtete Ziele setzen, vor allem vor dem Hintergrund einer Gesellschaft, die altert, sich einer zunehmenden Migration von innerhalb und außerhalb der EU ausgesetzt sieht und sich nahezu täglich mit neuen Technologien vertraut machen muss.

Die betroffenen Kreise werden gebeten, bis zum **12. Februar 2007** zu den folgenden Fragen Stellung zu nehmen.

¹⁰ Weitere Informationen hierzu auf: http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/index_en.htm

FRAGEN

Im Hinblick auf die drei breit gefassten Elemente der Strategie, nämlich **Kernthemen, Gesundheitspolitik in allen Bereichen und globale Gesundheitsthemen** stellen sich folgende Fragen:

1. Wie können wir zwischen und innerhalb dieser Bereiche gewichten, um diejenigen zu ermitteln, die auf EU-Ebene einen echten zusätzlichen Nutzen erbringen? In welchen Bereichen ist eine Aktion auf EU-Ebene unerlässlich, und in welchen ist sie wünschenswert? Wäre es z. B. möglich, den Indikator "gesunde Lebensjahre" oder andere ergebnisorientierte Messungen anzuwenden, um quantitativ die Bereiche zu ermitteln, auf die sich die EU konzentrieren sollte?
2. Welche erreichbaren Ziele sollten wir uns in diesen Arbeitsbereichen setzen? Welche allgemeinen Ziele sollten wir auf kurze und lange Sicht (5 und 10 Jahre) setzen?
3. Gibt es Bereiche, die sich für legislative Maßnahmen empfehlen? Welche nichtlegislativen Instrumente sollten eingesetzt werden, beispielsweise ein der offenen Koordinierungsmethode vergleichbarer Prozess? Wie lässt sich die Folgenabschätzung besser nutzen?
4. Wie können unterschiedliche Ansätze genutzt und miteinander kombiniert werden, beispielsweise Ansätze für unterschiedliche Gesundheitsdeterminanten, lebensumspannende Ansätze und Strategien für zentrale Determinanten (Bildung, Arbeitsplatz, gesundheitliche Versorgung)?

Im Hinblick auf die **Umsetzung** der Strategie stellen sich folgende Fragen:

5. Wie können wir dafür sorgen, dass Fortschritte erzielt und Ziele erreicht werden? Sollten beispielsweise Indikatoren oder Meilensteine verwendet werden? Welche Maße oder Indikatoren könnten in den ersten Jahren der Strategie echte kurzfristige Änderungen anzeigen?
6. Wie können wir dafür sorgen, dass die Strategie auf einzelstaatlicher Ebene zusätzlichen Nutzen bringt? Wie kann die Zuständigkeit für die Umsetzung zwischen der EU und der Mitgliedstaaten aufgeteilt werden?
7. Wie ließen sich die Methoden für die Einbeziehung der betroffenen Kreise verbessern? Wie können wir innovative Partnerschaften mit den betroffenen Kreisen schaffen?

Weitere Bemerkungen:

8. Haben sie darüber hinaus **noch Bemerkungen?**

Schicken sie die Antworten auf diese Fragen bitte an folgende E-Mail-Adresse, die bis zum **12. Februar 2007** gilt:

Sanco-Future-Health-Strategy@ec.europa.eu

Die Verabschiedung der neuen Strategie ist für Sommer 2007 vorgesehen.

Stellungnahme Deutschlands zum Diskussionspapier der Europäischen Kommission zu einer gesundheitspolitischen Strategie

- Deutschland sieht in der neuen Initiative der Kommission für eine gesundheitspolitische Strategie grundsätzlich eine Chance, der europäischen Gesundheitspolitik als zentralem Politikbereich innerhalb der EU eine besondere Stellung zu verleihen. Die Zusammenführung der vielfältigen gesundheitspolitischen Aktivitäten der EU unter Berücksichtigung einer Prioritätenliste ist erstrebenswert.
- Aus deutscher Sicht sollte die gesundheitspolitische Strategie den Beitrag der Gesundheitssysteme zur Wettbewerbsfähigkeit Europas im Sinne der Lissabon-Strategie deutlich werden lassen. Hierbei ist es von zentraler Bedeutung, Gesundheit nicht nur als Kostenfaktor, sondern vor allem als Element der regionalen Lebensqualität und der gesellschaftlichen Integration und damit auch als Standortfaktor sowie als Motor des Wirtschaftswachstums zu begreifen.
- Deutschland sieht den europäischen Mehrwert der Strategie in der Festlegung einer Prioritätenliste der europäischen Gesundheitspolitik. Dabei ist die Frage entscheidend, wer institutionell Adressat der Prioritätenliste sein sollte. Dies wird vom aktuellen Diskussionspapier der Kommission offen gelassen. Die Prioritätenliste könnte sowohl – im Rahmen einer institutionellen Selbstbindung – allein der Kommission als auch weitergehend dem Rat und dem Europäischen Parlament als Rahmen für ihr Handeln dienen. Darüber hinaus könnte der Prioritätenliste vor dem Hintergrund der Festlegung von Schwerpunktbereichen für das Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit eine zentrale Rolle zukommen.
- Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass - wie das Diskussionspapier der Kommission ausführt - die Mitgliedstaaten die Hauptverantwortung für die Gesundheitspolitik tragen. Gemäß Artikel 152 Absatz 1 EGV kommt der Gemeinschaft im Rahmen der Gesundheitspolitik eine ergänzende Rolle zu. Darüber hinaus fördert die Gemeinschaft die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten gemäß Artikel 152 Absatz 2 EGV. Diese klare Kompetenzaufteilung zwischen den Mitgliedstaaten einerseits und der Gemeinschaft andererseits hat sich bewährt und darf von der gesundheitlichen Strategie nicht zur Disposition gestellt werden. Soweit - was aus institutioneller Sicht jedoch noch eingehender Diskussion bedarf – die Mitgliedstaaten im Rahmen des Rates selber Adressat einer zukünftigen gesundheitspolitischen Strategie sein sollen, muss gewährleistet sein, dass die Strategie einen konkreten Mehrwert für das Handeln der Mitgliedstaaten hat.

- Das Diskussionspapier der Kommission deutet eine mögliche Einführung von Implementierungsmechanismen mit der Festlegung quantifizierbarer Ziele und Indikatoren an. Hierbei stellt sich jedoch vorrangig die Frage, für wessen Handeln die Strategie einen Leitfaden darstellen soll. Abhängig vom Adressaten der Strategie kommen verschiedene Möglichkeiten der Implementierung in Betracht. Der Prozess der Einführung quantifizierbarer Ziele und Indikatoren am Beispiel der OMK im Bereich Gesundheit und Langzeitpflege hat verdeutlicht, dass dies aufgrund der weitreichenden Unterschiede der Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten sowie der unterschiedlichen Rahmenbedingungen ein zeitaufwendiger und schwerfälliger Prozess ist. Die Lehren der OMK Gesundheit und Langzeitpflege haben gezeigt, dass die Frage nach Zielen und Indikatoren nicht abstrakt geführt werden kann, sondern konkret und einzelfallbezogen entschieden werden muss. Im Ergebnis muss jedoch sichergestellt sein, dass das Verhältnis der Kosten eines möglichen Implementierungsmechanismus zu dem erhofften konkreten europäischen Mehrwert angemessen ist. Es gilt zu beachten, dass Implementierungsmechanismen zeitaufwendig und ressourcenintensiv sein können. Ausufernde, ressourcenbindende Berichtspflichten werden von Deutschland nicht unterstützt; es bedarf angemessener Mechanismen zur Vermeidung von Doppelarbeit bei europäischen Diskursprozessen zu Gesundheitspolitik und Gesundheitsreformen..
- Grundsätzlich bedarf es daher zunächst Klarheit über den Kreis der Adressaten einer zukünftigen gesundheitspolitischen Strategie. In einem zweiten Schritt sollten die Prioritäten festgelegt werden. Erst danach kann beurteilt werden, ob die Einführung quantifizierbarer Ziele für die Behandlung der festgelegten Prioritäten erforderlich erscheint. Ob und wenn ja welche Indikatoren geeignet erscheinen, die eventuell zu definierenden Ziele zu messen, kann erst in einem abschließenden Schritt beurteilt werden. Aus deutscher Sicht wäre es systematisch verfehlt, bereits zum jetzigen Zeitpunkt, d.h. ohne Festlegung einer Prioritätenliste sowie eines Adressaten, an den sich diese wendet, über die Einführung möglicher quantifizierbarer Ziele und Indikatoren zu diskutieren.
- Deutschland sieht in der Initiative der Kommission für eine gesundheitspolitische Strategie auch eine Chance, die europäische Gesundheitspolitik zu einem Schwerpunkt der Entscheidungsfindung aller EU-Politikbereiche zu machen. Dabei sollte die zukünftige Strategie nicht nur politische Handlungsfelder aufzeigen, sondern auch die strukturellen und institutionellen Voraussetzungen für deren inhaltliche Umsetzung schaffen. Dies könnte aus deutscher Sicht auch die institutionelle Bündelung gesundheitsrelevanter Fragen innerhalb der Kommission erforderlich machen. Genannt

sei hier nur beispielhaft der Bereich Trinkwasser, der augenblicklich strukturell innerhalb der Kommission vom Bereich Gesundheit getrennt ist.

- Ein Ziel der gesundheitspolitischen Strategie ist es, die Fragmentierung der europäischen Gesundheitspolitik aufzuheben und eine gesundheitspolitische Strategie "aus einem Guss" zu schaffen. Dabei geht jedoch das Diskussionspapier der Kommission nicht weit genug, indem es allein auf die inhaltliche Fragmentierung der europäischen Gesundheitspolitik abstellt. Die europäische Gesundheitspolitik wird geprägt durch eine Vielzahl von Gremien, deren Mandate sich zum Teil kaum voneinander klar abgrenzen lassen. Die gesundheitspolitische Strategie bietet die Chance der Neuordnung und Aufteilung der verschiedenen Gremien. Die mögliche neue Mandatierung der Gremien könnte anhand der von der Strategie festzulegenden Prioritäten erfolgen. Durch eine klarere Abgrenzung der gesundheitspolitischen Gremien vor dem Hintergrund der inhaltlichen Vorgaben der Strategie würden Entscheidungs- und Konsultationsprozesse transparenter, unnötige Doppelarbeiten könnten vermieden werden, Ressourcen der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten effektiver eingesetzt und Synergieeffekte nutzbar gemacht werden.
- Die gesundheitspolitische Strategie sollte nicht losgelöst von weiteren politisch wichtigen Prozessen entworfen werden. Beispielhaft genannt seien hier der Lissabon-Prozess, die Nachhaltigkeitsstrategie und auch die Offene Methode der Koordinierung im Bereich Gesundheit und Langzeitpflege. Hinsichtlich dieser Prozesse bedarf es einer klaren Abstimmung und Abgrenzung.

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.

Zusammenfassender Bericht über die Beiträge zu

Gesundheit in Europa: ein strategischer Ansatz

Diskussionspapier für eine gesundheitspolitische Strategie

ZUSAMMENFASSUNG

Ende 2006 leitete die Kommission einen Anhörungsprozess ein, der auf einem Diskussionspapier mit dem Titel „Gesundheit in Europa: ein strategischer Ansatz – Diskussionspapier für eine gesundheitspolitische Strategie“¹ beruhte. Diese Anhörung sollte es den Beteiligten ermöglichen, sich dazu zu äußern, wie eine neue gesundheitspolitische Strategie erarbeitet und umgesetzt werden könnte.² Die Anhörung endete im Februar 2007. Insgesamt 153 Beiträge gingen bei der Kommission ein. Darin wurde der Vorschlag für einen neuen übergeordneten, strategischen und kohärenten Rahmen für die Gesundheitspolitik in den kommenden zehn Jahren begrüßt. Gesundheit wird einerseits als Wert an sich betrachtet, andererseits aber auch als wesentlicher Faktor für das Wirtschaftswachstum in Europa. Daher sehen viele Beiträge darin eine wichtige Investition für die Europäische Union.

Allgemein wurde Unterstützung für den Ansatz der Kommission geäußert: die Arbeit an einer Reihe von gesundheitlichen Kernfragen, Entwicklung einer stärkeren Einbeziehung der Gesundheitsaspekte in allen Bereichen der Politik und stärkeres Engagement in globalen Fragen. Die meisten betonten, dass es wichtig sei, dort tätig zu werden, wo ein klarer europäischer Mehrwert erzielt wird und wo die Herausforderungen grenzübergreifend sind.

Vielfach wurde geäußert, dass die europäische Zusammenarbeit in einer Reihe von Bereichen wie Gesundheitsgefahren, gesundheitliche Benachteiligung, Gesundheitsaufklärung und Förderung gesunder Lebensweise verstärkt werden sollte. Die Belastung durch Infektionskrankheiten wurde besonders hervorgehoben. Auch wurde die Notwendigkeit betont, ein europäisches Gesundheitsinformationsnetz zu entwickeln, das den Zugang zu vergleichbaren Daten eröffnet. Was die Umsetzung anbelangt, so begrüßten die meisten Beiträge die Einrichtung eines Mechanismus der strukturierten Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten unter Verwendung erprobter Verfahren im Rahmen der offenen Koordinierungsmethode. Gleichwohl wurden auch alternative Ansätze vorgeschlagen, wie beispielsweise die Entwicklung oder Weiterentwicklung von europäischen Strukturen zur Überwachung der Strategieumsetzung.

Als besonders wichtig für die gesundheitspolitische Strategie betrachtet man es zudem, Ziele zu setzen, und es wurden eine Reihe von kurz- und langfristigen Zielen vorgeschlagen. Dabei sprach man sich für Ergebnis- und Prozessindikatoren aus, die die Fortschritte in Richtung auf die Ziele der gesundheitspolitischen Strategie bewerten sollen. Diese Ziele sollten in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten festgelegt werden. Die Mitgliedstaaten wären dafür zuständig, Daten zu liefern, während die Kommission einen Mechanismus für die Überwachung und die Bewertung der Fortschritte bereitstellen würde.

Schließlich wurde vielfach erklärt, dass der Erfolg der Strategie davon abhinge, ob der Zusammenhang mit den in den Mitgliedstaaten getroffenen Maßnahmen klar erkennbar

¹ http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_discussion_de.pdf

² Die Kommission hatte 2004 einen Reflexionsprozess mit dem Titel „Gesundheit für alle ermöglichen“ eingeleitet, der den Beteiligten einige allgemeine Konzepte für Inhalt und Umfang einer gesundheitspolitischen Strategie zur Beratung vorlegte. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/reflection_process_en.htm.

wäre. Dies würde voraussetzen, dass die Gesundheitsbehörden und anderen Beteiligten sich eindeutig mit ihrer Erarbeitung identifizieren und daran mitwirken. Zu diesem Zweck empfohlen einige Beiträge, nicht nur einen Ansatz der Europäischen Gemeinschaft, sondern auch ergänzende Aktionspläne in den Mitgliedstaaten zu entwickeln.

Brüssel, den 23. Oktober 2007

Gemeinsam für die Gesundheit – ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013

Die Europäische Kommission hat heute eine gesundheitspolitische Strategie angenommen, die für die Gemeinschaftsmaßnahmen der kommenden Jahre im Gesundheitsbereich richtungweisend ist. Das Weißbuch „Gemeinsam für die Gesundheit – ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“ legt einen weit gefassten sektorübergreifenden Rahmen fest, der umfassend und kohärent auf eine Vielzahl von Herausforderungen eingeht, vor denen das Gesundheitswesen steht. Er sieht konkrete neue Maßnahmen vor, die unter anderem darauf abzielen, die Abwehr von Gesundheitsgefahren in der EU zu stärken, die Prävention und die Früherkennung von Krebs zu erhöhen und die Bürger mit den Instrumenten auszustatten, die sie benötigen, um aufgeklärte Entscheidungen über ihre Gesundheit treffen zu können. Insgesamt soll die Strategie dazu beitragen, die Gesundheit in einem alternden Europa zu fördern, die EU-Bürger vor Gesundheitsgefahren zu schützen und dynamische Gesundheitssysteme zu unterstützen.

Der für Gesundheit zuständige EU-Kommissar Markos Kyprianou erklärte: „Die Europäische Union steht vor neuen Herausforderungen. Ihre Bevölkerung altert rasch, und die jüngsten Erweiterungen haben auch die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten verstärkt. Die Migration, die Freizügigkeit der im Gesundheitswesen Beschäftigten und die Mobilität der Patienten sowie die Risiken, welche von Pandemien und Bioterrorismus ausgehen, stellen zudem weitere Herausforderungen dar. Es ist an der Zeit, dass die EU eine starke umfassende Gesundheitsstrategie erarbeitet. Die neue Strategie wird es uns ermöglichen, die Mitgliedstaaten dabei zu unterstützen, auf der Basis gemeinsamer Grundsätze und Wertvorstellungen eine Vielzahl gemeinsamer Herausforderungen anzunehmen; gleichzeitig werden wir unsere globale Verantwortung im Auge behalten. Letztendlich beruht der Wohlstand der Europäischen Union weitgehend auf dem Gesundheitszustand ihrer Bürger.“

Ziele und Grundsätze

Europa muss seine Bürger dringend dabei unterstützen, gesund zu leben, gesund alt zu werden und im Alter aktiv zu bleiben. Gleichzeitig ist es unabdingbar, dass die EU ihre Abwehr gegen Gesundheitsgefahren stärkt. Zudem brauchen die europäischen Bürger bedarfsgerechte leistungsfähige Gesundheitssysteme. Neue Technologien können Leben retten und die Gesundheitsversorgung enorm verbessern. Deshalb muss die EU den Mitgliedstaaten dabei helfen, in der gesundheitlichen Versorgung zusammenzuarbeiten und Gesundheitstechnologie einzusetzen.

Kurz gefasst hat die gesundheitspolitische Strategie folgende Ziele:

- Verbesserung der Gesundheit in einem alternden Europa durch lebenslange Gesundheitsförderung;
- Schutz der Bürger vor Gesundheitsgefahren, einschließlich übertragbaren Krankheiten und Bioterrorismus, sowie Patientensicherheit und
- Unterstützung dynamischer Gesundheitssysteme und neuer Technologien.

Das Weißbuch nennt außerdem eine Reihe sektorübergreifender Grundsätze wie Solidarität, Beteiligung der Bürger an der politischen Entscheidungsfindung und die Notwendigkeit, Benachteiligungen im Gesundheitswesen abzubauen, Investitionen ins Gesundheitswesen zu fördern, die Gesundheitsbelange in alle Politikbereiche einzubeziehen und die Mitsprache der EU in globalen Gesundheitsfragen zu stärken.

Vorrangige Maßnahmen und Vorteile für den Bürger

Gemäß ihren Grundsätzen und Zielen umreißt die Strategie einen Rahmen, innerhalb dessen Maßnahmen getroffen werden können. Das Weißbuch sieht für die nächsten zwei Jahre 18 konkrete vorrangige Maßnahmen vor. Dazu gehören beispielsweise Vorschläge zum Abbau von Benachteiligungen im Gesundheitswesen und zur Stärkung der Rolle der EU in globalen Gesundheitsfragen.

Außerdem sind vorgesehen: eine Erklärung über grundlegende Gesundheitswerte, Initiativen zur Unterstützung der Mitgliedstaaten beim Umgang mit Innovationen in den Gesundheitssystemen und Arbeiten im Bereich seltener Krankheiten.

Neue Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit älterer Menschen, zur Gewährleistung sicherer Organtransplantationen und zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der EU werden den Bürgern direkt zugute kommen.

Im Laufe der Strategiedurchführung sollen weitere Maßnahmen vorgeschlagen werden.

Durchführung mittels Zusammenarbeit

Zur Durchführung der Strategie in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und anderen wichtigen Beteiligten sieht das Weißbuch die Schaffung eines Mechanismus der strukturierten Zusammenarbeit vor. Er soll Prioritäten setzen, Indikatoren festlegen, den Austausch vorbildlicher Verfahren erleichtern, Leitlinien erstellen, Empfehlungen aussprechen und Fortschritte bewerten.

Die Ergebnisse der Konsultationsprozesse von 2004 und 2007 sowie weitere Informationen über die gesundheitspolitische Strategie finden Sie unter:
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/health_strategy_de.htm



KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 23.10.2007
KOM(2007) 630 endgültig

WEISSBUCH

**Gemeinsam für die Gesundheit:
Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013**

(von der Kommission vorgelegt)

{SEK(2007) 1374}

{SEK(2007) 1375}

{SEK(2007) 1376}

WEISSBUCH

Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013

1. WOZU EINE NEUE GESUNDHEITSTRATEGIE?

Die Gesundheit ist ein zentrales Anliegen der Menschen und muss durch effektive politische Strategien und Maßnahmen in den Mitgliedstaaten, auf EG¹-Ebene sowie auf globaler Ebene gefördert werden.

Die Hauptzuständigkeit für die Gesundheitspolitik und die gesundheitliche Versorgung der europäischen Bürger liegt bei den Mitgliedstaaten. Die Aufgabe der Europäischen Gemeinschaft besteht nicht darin, die Arbeit der Mitgliedstaaten widerzuspiegeln oder zu wiederholen. Gleichwohl gibt es Bereiche, in denen die Mitgliedstaaten allein nicht wirksam handeln können und in denen Zusammenarbeit auf Gemeinschaftsebene unverzichtbar ist. Dazu gehören größere Gesundheitsgefahren und Probleme mit grenzübergreifenden oder internationalen Auswirkungen wie Pandemien und Bioterrorismus sowie Fragen des freien Verkehrs von Waren, Personen und Dienstleistungen.

Zur Wahrnehmung dieser Aufgabe bedarf es der sektorübergreifenden Zusammenarbeit. Laut Artikel 152 des EG-Vertrags „wird bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt“. Die vorliegende Strategie verleiht der Gesundheit mehr Gewicht in politischen Strategien wie der Lissabon-Strategie für Wachstum und Beschäftigung, indem sie die Verknüpfung von Gesundheit und wirtschaftlichem Wohlstand betont, und der „Bürgernahen Agenda“, indem sie den Bürgern das Recht zuerkennt, selbst über ihre Gesundheit und ihre gesundheitliche Versorgung zu entscheiden. Die Maßnahmen der Strategie betreffen gesundheitsrelevante Arbeiten in allen Sektoren. Gesundheit wird in den Artikeln des Vertrags zu Binnenmarkt, Umwelt, Verbraucherschutz, soziale Angelegenheiten, einschließlich der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz, Entwicklungspolitik und Forschung sowie vielen anderen angesprochen².

Welch wichtige Rolle die Europäische Gemeinschaft in der Gesundheitspolitik spielt, wurde im Reformvertrag erneut bestätigt, auf den sich die Staats- und Regierungschefs der EU am 19. Oktober 2007 in Lissabon geeinigt haben; darin wird vorgeschlagen, der Gesundheit mehr politisches Gewicht zu verleihen. Zu erwarten ist ein neues übergeordnetes Ziel zur Förderung des Wohls der Bürger ebenso wie eine Aufforderung der Mitgliedstaaten zur Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsversorgung. Gesundheitsrelevante Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene bringen einen zusätzlichen Nutzen zu den Maßnahmen der Mitgliedstaaten, insbesondere im Bereich der Prävention, einschließlich Lebensmittelsicherheit und Ernährung, Sicherheit von Arzneimitteln, Bekämpfung des Rauchens, Rechtsvorschriften für Blut, Gewebe und Zellen, Organe, Wasser- und Luftqualität sowie Errichtung mehrerer Gesundheitsagenturen. Dennoch stehen wir weiterhin vor

¹ Europäische Gemeinschaft.

² Siehe Anhang 6 des Arbeitspapiers der Kommissionsdienststellen für die Bezugnahme auf den Vertrag.

wachsenden Herausforderungen, was die Gesundheit der Bevölkerung angeht, und diese erfordern einen neuen strategischen Ansatz.

- Erstens verändert der demografische Wandel wie die **Überalterung der Bevölkerung** die Erkrankungsmuster und belastet die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme in der EU. Die Förderung der Gesundheit im Alter bedeutet sowohl, die Gesundheit über die gesamte Lebensspanne hinweg zu fördern und gesundheitlichen Beschwerden und Behinderungen frühzeitig vorzubeugen als auch sozial, wirtschaftlich und umweltbedingte gesundheitliche Benachteiligungen zu beheben. Diese Themen sind eng mit der Solidarität, einem allgemeinen strategischen Ziel der Kommission, verknüpft.
- Zweitens bedeuten Pandemien, größere Unfälle und biologische Zwischenfälle sowie Bioterrorismus mögliche größere **Gesundheitsgefahren**. Der Klimawandel verursacht neue Muster von Infektionskrankheiten. Ein wesentlicher Teil der Gemeinschaftsrolle im Gesundheitswesen besteht in der globalen Koordinierung und raschen Reaktion auf Gesundheitsgefahren und in der Verstärkung der Handlungsfähigkeit von Mitgliedstaaten und Drittländern. Dies ist mit der Sicherheit, einem allgemeinen strategischen Ziel der Kommission, verknüpft.
- Drittens haben sich in den letzten Jahren die Gesundheitsversorgungssysteme teilweise aufgrund einer raschen Entwicklung **neuer Technologien** enorm weiterentwickelt, welche die Gesundheitsförderung, die Prognose, die Prävention und die Therapie von Erkrankungen revolutioniert haben. Dazu gehören Informations- und Kommunikationstechnologien, Innovationen in der Gentechnik, Bio- und Nanotechnologie. Dies ist mit dem Wohlstand und der Sicherstellung einer wettbewerbsfähigen und nachhaltigen Zukunft für Europa, einem allgemeinen strategischen Ziel der Kommission, verbunden.

Bei der Erarbeitung einer neuen Gesundheitsstrategie wurden umfangreiche Anhörungen durchgeführt³. Diese ergaben einen Konsens der Beteiligten darüber, wie die Gemeinschaft ihre Rolle im Gesundheitswesen wahrnehmen sollte. Danach sollten Gesundheitsbelange in alle Bereiche der Gemeinschaftspolitik integriert werden, gesundheitliche Benachteiligungen sollten abgebaut werden, die Gemeinschaft sollte eine wichtige Rolle in globalen Gesundheitsfragen spielen, Gesundheitsförderung sollte im Mittelpunkt stehen und die Gesundheitsinformation sollten verbessert werden. Außerdem wurde hervorgehoben, dass die Europäische Gemeinschaft, die Mitgliedstaaten und die Beteiligten zusammenarbeiten müssen, um Ergebnisse zu erzielen.

Diese Herausforderungen und Aufgaben erfordern einen langfristigen Ansatz. Das vorliegende Weißbuch soll einen kohärenten Rahmen skizzieren – eine erste gesundheitspolitische Strategie der Gemeinschaft –, die für die Gemeinschaftsmaßnahmen im Gesundheitswesen richtungweisend sein soll. Es schlägt vier Hauptprinzipien vor, die drei strategische Ziele für die kommenden Jahre in den Mittelpunkt stellen. Die Strategie legt auch die Durchführungsmechanismen für die Zusammenarbeit zwischen den Partnern fest, und zwar zur verstärkten Berücksichtigung von Gesundheitsfragen in allen Politikbereichen, zur

³ Im Jahre 2004 veranstaltete die Kommission eine öffentliche Anhörung zur Zukunft der gesundheitspolitischen Maßnahmen in der EU (Reflexionsprozess zur EU-Gesundheitspolitik: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/reflection_process_en.htm). 2007 fand eine zweite Anhörung zu operativen Aspekten und den Prioritäten einer zukünftigen Strategie statt (http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/results_consultation_en.htm).

besseren Erkennbarkeit und zum besseren Verständnis von Gesundheitsfragen auf Gemeinschaftsebene. Die im vorliegenden Weißbuch skizzierte Strategie gilt bis 2013; danach soll sie überarbeitet werden, so dass weitere Maßnahmen zum Erreichen der Ziele gefördert werden können.

Dem Weißbuch liegt ein Arbeitsdokument der Kommissionsdienststellen bei.

2. GRUNDLEGENDE PRINZIPIEN FÜR EG-MASSNAHMEN IM GESUNDHEITSWESEN

PRINZIP 1: EINE AUF GEMEINSAMEN GESUNDHEITSWERTVORSTELLUNGEN BERUHENDE STRATEGIE

Die Gesundheitspolitik sollte intern wie extern auf klaren Wertvorstellungen beruhen. Die Kommission hat mit den Mitgliedstaaten zusammengearbeitet, um einen wertebasierten Ansatz für die Gesundheitsversorgungssysteme festzulegen. Im Juni 2006 nahm der Rat eine Erklärung über gemeinsame Werte und Prinzipien in den Gesundheitsversorgungssystemen in der EU an und nannte als übergeordnete Werte **flächendeckende Versorgung, Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung, Verteilungsgerechtigkeit und Solidarität**⁴. Darauf wird eine neue Erklärung über gemeinsame Werte für die Gesundheitspolitik im weiteren Sinne aufbauen. Der Rat hat die Kommission auch dazu aufgerufen, die Geschlechterperspektive zu berücksichtigen und einzubeziehen⁵, diese soll die Strategie weiter vorantreiben.

Die Grundrechte-Charta erkennt den Bürgern das Recht auf präventive Gesundheitsversorgung und auf Inanspruchnahme medizinischer Behandlung zu⁶. Mehrere internationale Erklärungen erkennen Grundrechte in Bezug auf die Gesundheit an⁷.

Ein Grundwert besteht in der **Stärkung der Bürgerrechte**. Die Gesundheitsversorgung rückt immer mehr den Patienten in den Mittelpunkt und wird immer stärker auf den Einzelnen abgestimmt; dem Patienten fällt dabei eine immer aktivere Rolle zu. Aufbauend auf der Arbeit der „Bürgernahen Agenda“ muss die gemeinschaftliche Gesundheitspolitik die Rechte der Bürger und Patienten als Ausgangspunkt nehmen. Dies umfasst Beteiligung und Mitwirkung an der Entscheidungsfindung ebenso wie die nötigen Fähigkeiten, gesund zu leben, beispielsweise die so genannte Gesundheitskompetenz⁸, im Einklang mit dem Europäischen Rahmen der Schlüsselkompetenzen für lebensbegleitendes Lernen⁹, d. h. das Verständnis von schulischen und internetgestützten Programmen.

Die Werte zur Verbesserung der Gesundheit müssen auch die **Verringerung gesundheitlicher Benachteiligungen** einschließen. Zwar leben viele Europäer länger und gesünder als frühere Generationen, doch bestehen weiterhin große Ungleichheiten in der

⁴ Gemeinsame Werte und Prinzipien in den EU-Gesundheitssystemen – Schlussfolgerungen des Rates (2006/C 146/01).

⁵ Gesundheit bei Frauen – Schlussfolgerungen des Rates (2006/C146/02).

⁶ Artikel 35 über die Gesundheitsversorgung (ABl. C 364 vom 18.12.2000).

⁷ Einschließlich der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen und des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte.

⁸ Die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu lesen, herauszufiltern und zu verstehen, um sich ein begründetes Urteil bilden zu können.

⁹ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2006/l_394/l_39420061230en00100018.pdf.

Gesundheit¹⁰ in und unter den Mitgliedstaaten und Regionen sowie auch weltweit. So wird zwar die Gesamtbevölkerung der EU immer älter, doch die Lebenserwartung von Frauen bei der Geburt variiert um 9 Jahre zwischen den einzelnen EU-Mitgliedstaaten, bei Männern sogar um 13 Jahre, und die Säuglingssterblichkeit ist in einigen Ländern sechsmal so hoch wie in anderen¹¹. Die Kommission wird Maßnahmen vorschlagen, mit denen Benachteiligungen abgebaut werden können, dazu gehören auch gezielte Gesundheitsförderung und der Austausch vorbildlicher Verfahren.

Schließlich muss sich die Gesundheitspolitik auf die besten **wissenschaftlichen Erkenntnisse** stützen, die auf zuverlässigen Daten und Informationen sowie einschlägiger Forschung beruhen. Die Kommission ist in der Lage, vergleichbare Daten aus den Mitgliedstaaten und Regionen zusammenzustellen und muss auf die Aufrufe zu besserer Information und transparenterer Politikgestaltung reagieren, einschließlich eines Systems von Indikatoren, die alle Ebenen – die nationale und die subnationale – abdecken.

Maßnahmen

Annahme einer Erklärung über grundlegende Gesundheitswerte (Kommission, Mitgliedstaaten)

System von EG-Gesundheitsindikatoren mit gemeinsamen Mechanismen zur Erhebung vergleichbarer Gesundheitsdaten auf allen Ebenen, einschließlich einer Mitteilung über den Austausch von Gesundheitsinformationen (Kommission)

Weitere Erarbeitung von Möglichkeiten zur Verringerung gesundheitlicher Benachteiligungen (Kommission)

Förderung von Programmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz verschiedener Altersgruppen (Kommission)

PRINZIP 2: „GESUNDHEIT IST DAS HÖCHSTE GUT“¹²

Gesundheit ist für das Wohl des Einzelnen wie der Gesellschaft insgesamt von Bedeutung, eine gesunde Bevölkerung ist aber auch Voraussetzung für wirtschaftliche Produktivität und Wohlstand. Im Jahre 2005 wurden die gesunden Lebensjahre (Healthy Life Years - HLY) in die Lissabonner Strukturindikatoren aufgenommen, um zu unterstreichen, dass die Lebenserwartung der Bevölkerung *bei guter Gesundheit*, d.h. nicht nur nach der Zahl der Lebensjahre, einen Schlüsselfaktor für das Wirtschaftswachstum darstellt.

Der Bericht der Kommission an die Frühjahrstagung des Europäischen Rates 2006 rief die Mitgliedstaaten nachdrücklich dazu auf, die hohe Zahl der krankheitsbedingt arbeitsunfähigen Menschen zu senken¹³. Er betonte, dass die Politik in vielen Bereichen die Gesundheit zugunsten der allgemeinen Wirtschaftslage verbessern kann.

¹⁰ Definiert als vermeidbare und ungerechte Ungleichheiten der Gesundheit.

¹¹ Eurostat (Ed.) (2007): Europa in Zahlen – Eurostat-Jahrbuch 2006-07.

¹² Vergil (70-19 v. Chr.).

¹³ Anhang zu KOM(2006) 30 vom 25.1.2006.

Die Ausgaben im Gesundheitsbereich sind nicht nur als Kostenfaktor, sondern auch als Investition zu sehen. Gesundheitsausgaben können zwar als wirtschaftliche Belastung betrachtet werden¹⁴, doch die wahren Kosten entstehen der Gesellschaft durch die direkten und indirekten Ausgaben für Erkrankungen sowie durch den Mangel an Investitionen in die einschlägigen Bereiche des Gesundheitswesens. Schätzungen zufolge beträgt die jährliche wirtschaftliche Belastung durch koronare Herzkrankheiten bis zu 1 % des BIP¹⁵; die durch psychische Erkrankungen verursachten Kosten belaufen sich sogar auf 3-4 % des BIP¹⁶. Die Ausgaben im Gesundheitswesen sollten durch Investitionen in die Prävention, den Schutz und die Verbesserung der allgemeinen körperlichen und seelischen Gesundheit der Bevölkerung flankiert werden, die nach OECD¹⁷-Daten derzeit durchschnittlich nur 3 % des Gesundheitsbudgets der OECD-Mitgliedstaaten für Prävention, Gesundheitsförderung und öffentliche Gesundheit ausmachen; im Vergleich dazu betragen die Ausgaben für kurative Versorgung und Behandlung 97 %¹⁸.

Der EU-Gesundheitssektor ist ein wichtiger Arbeitgeber und Ausbilder: Der Sektor Gesundheitswesen und Sozialfürsorge ist seit dem Jahr 2000 die treibende Kraft für die Expansion des Dienstleistungssektors (bis zu 2,3 Mio. Arbeitsplätze)¹⁹. Der wachsende Gesundheitssektor ist außerdem wichtige Quelle und Einsatzgebiet für innovative Technologien und unterstützt die Regionalpolitik sowie den sozialen und wirtschaftlichen Zusammenhalt.

Das Verständnis der wirtschaftlichen Faktoren in Bezug auf Gesundheit und Krankheit und die wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesundheitsverbesserung sowohl in der EU als auch global muss durch die Weiterentwicklung von Informationen und Analysen in der Kommission sowie die enge Zusammenarbeit mit Partnerländern wie den USA oder Japan sowie internationalen Organisationen wie der OECD und dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik vertieft werden.

Maßnahmen

Entwicklung eines Programms von Analysen der wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Gesundheitszustand, Gesundheitsinvestitionen sowie Wirtschaftswachstum und -entwicklung (Kommission, Mitgliedstaaten)

PRINZIP 3: GESUNDHEIT IN ALLEN POLITIKBEREICHEN

Die Gesundheit der Bevölkerung ist nicht nur ein Thema für die Gesundheitspolitik. Auch andere Bereiche der Gemeinschaftspolitik spielen eine wichtige Rolle, beispielsweise die Regional- und Umweltpolitik, Tabakbesteuerung, Arzneimittel- und Lebensmittelvorschriften, Tiergesundheit, Gesundheitsforschung und -innovation, die Koordinierung der Systeme der

¹⁴ Snapshots: Health Care Spending in the United States and OECD Countries January 2007
<http://www.kff.org/insurance/snapshot/chcm010307oth.cfm>

¹⁵ M. Suhrcke, M. McKee, R. Sauto Arce, S. Tsoлова, J. Mortensen *The contribution of health to the economy in the EU*, Brüssel 2005.

¹⁶ Gabriel, P. & Liimatainen, M.-R. (2000). *Mental Health in the Workplace*. Internationale Arbeitsorganisation, Genf.

¹⁷ Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

¹⁸ OECD Health Data 2006, Statistics and Indicators for 30 Countries. CDROM, Paris 2006.

¹⁹ Beschäftigung in Europa 2006, Bericht der Europäischen Kommission.

sozialen Sicherheit, Gesundheit in der Entwicklungspolitik, Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz, IKT und Strahlenschutz sowie die Koordinierung von Agenturen und Stellen für die Regelung von Einfuhren. Eine starke gemeinschaftliche Gesundheitspolitik muss unbedingt Synergien mit diesen und anderen Sektoren entwickeln. Viele Sektoren werden dazu beitragen, die Ziele und Maßnahmen dieser Strategie zu erreichen.

Dieses Vorgehen bedeutet auch, neue Partner in die Gesundheitspolitik einzubeziehen. Die Kommission wird Partnerschaften entwickeln, um die Ziele der Strategie zu fördern, unter anderem mit Nichtregierungsorganisationen, der Industrie, der Wissenschaft und den Medien.

Dieser Ansatz ist auch in der Entwicklungs-, Außen- und Handelspolitik zu verfolgen. Globalisierung bedeutet, dass sowohl die Gesundheitsprobleme als auch deren Lösungen grenzübergreifenden Charakter haben, zudem haben sie oft sektorübergreifende Ursachen und Auswirkungen. Beispiele hierfür sind der koordinierte Ansatz zur Bekämpfung von HIV/Aids in der EU und benachbarten Ländern²⁰ und die EU-Strategie für Maßnahmen zur Bekämpfung des akuten Fachkräftemangels im Gesundheitswesen der Entwicklungsländer²¹.

Maßnahmen

Stärkere Einbeziehung der Gesundheitsaspekte in alle Politikbereiche auf den Ebenen der Gemeinschaft wie der Mitgliedstaaten und auf regionaler Ebene, einschließlich des Einsatzes von Folgenabschätzungs- und Bewertungsinstrumenten (Kommission, Mitgliedstaaten)

PRINZIP 4: MEHR MITSPRACHE DER EU IN DER GLOBALEN GESUNDHEITSPOLITIK

Die EG und ihre Mitgliedstaaten können bessere Gesundheitsergebnisse für die EU-Bürger und andere durch nachhaltige kollektive Führung in der globalen Gesundheitspolitik erzielen²².

In unserer globalisierten Welt lassen sich einzelstaatliche oder EU-weite Aktionen schwer von der globalen Politik trennen, da globale Gesundheitsfragen Einfluss auf die interne gemeinschaftliche Gesundheitspolitik haben und umgekehrt. Die EG kann weltweit zur Gesundheit beitragen, indem sie ihre Wertvorstellungen, Erfahrungen und Kenntnisse mitteilt und konkrete Schritte zur Verbesserung der Gesundheit unternimmt. Die Arbeit kann Bemühungen unterstützen, um die Kohärenz zwischen der internen und externen Gesundheitspolitik zur Erzielung globaler Gesundheitsziele²³ sicherzustellen, um Gesundheit als wichtiges Element bei der Bekämpfung der Armut durch Gesundheitsaspekte in der externen Entwicklungszusammenarbeit mit einkommensschwachen Ländern zu berücksichtigen, um auf Gesundheitsgefahren in Drittländern zu reagieren und die Durchführung internationaler Gesundheitsabkommen wie des Rahmenübereinkommens der

²⁰ KOM(2005) 654.

²¹ KOM(2005) 642.

²² Dies folgt aus Artikel 152, der zur Zusammenarbeit mit Drittländern und internationalen Organisationen im Gesundheitswesen aufruft, und aus dem strategischen Ziel der Kommission „Europa als Partner in der Welt“ (Jährliche Strategieplanung für 2008 - KOM(2007) 65). Es wird erwartet, dass der neue Reformvertrag auch ein neues Ziel der EU enthält, dem zufolge die EU in ihren Beziehungen zur übrigen Welt die Wertvorstellungen und Interessen der Union vertritt und fördert und zum Schutz ihrer Bürger beiträgt.

²³ Beispielsweise Millenniums-Entwicklungsziele, Europäischer Konsens über Entwicklungszusammenarbeit und Pariser Erklärung von 2005.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Eindämmung des Tabakkonsums und der internationalen Gesundheitsvorschriften zu fördern.

Der Beitrag der EU zur globalen Gesundheit erfordert die Interaktion der Gesundheits-, Entwicklungs-, Außen-, Forschungs- und Handelspolitik. Die verstärkte Koordinierung in Gesundheitsfragen mit internationalen Organisationen wie der WHO und anderen einschlägigen Organisationen der Vereinten Nationen, der Weltbank, der Internationalen Arbeitsorganisation, der OECD und dem Europarat sowie anderen strategischen Partnern und Ländern wird der Stimme der EU mehr Gewicht in globalen Gesundheitsfragen verleihen sowie ihren Einfluss und ihre Außenwirkung entsprechend ihrem wirtschaftlichen und politischen Gewicht verstärken.

Maßnahmen

Stärkung des Gemeinschaftsstatus in internationalen Organisationen und der Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen mit strategischen Partnern und Ländern (Kommission)

Sicherstellung einer angemessenen Einbeziehung der Gesundheit in die EU-Außenhilfe im Einklang mit den mit Drittländern vereinbarten Prioritäten und dem politischen Dialog sowie den sektoriellen Konzepten, die für die Außenhilfe entwickelt wurden, und

Förderung der Durchführung internationaler Gesundheitsabkommen, insbesondere des Rahmenübereinkommens der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Eindämmung des Tabakkonsums und der internationalen Gesundheitsvorschriften (Kommission).

3. STRATEGISCHE ZIELE

Die Gesundheitspolitik auf Gemeinschaftsebene sollte die Gesundheit fördern, die Bürger vor Gefahren schützen und die Nachhaltigkeit unterstützen. Um die größeren Herausforderungen annehmen zu können, vor denen das Gesundheitswesen in der EU steht, legt diese Strategie drei Ziele als vorrangige Bereiche für die kommenden Jahre fest. Die Kommission wird mit den Mitgliedstaaten zusammenarbeiten, um spezifischere operative Ziele innerhalb dieser strategischen Ziele zu entwickeln.

ZIEL 1: FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT IN EINEM ALTERNDEN EUROPA

Die Überalterung der Bevölkerung aufgrund niedriger Geburtenraten und steigender Lebenserwartung ist nun eine Tatsache. Bis zum Jahr 2050 wird die Zahl der über 65-jährigen EU-Bürger um 70 % ansteigen. Die Altersgruppe der über 80-Jährigen wird um 170 % zunehmen²⁴.

Diese Veränderungen werden voraussichtlich zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen führen, und gleichzeitig wird die Zahl der Beschäftigten zurückgehen. Dadurch könnten die Ausgaben im Gesundheitswesen in den Mitgliedstaaten bis zum Jahr 2050 um 1 bis 2 % des BIP ansteigen, was zu einem durchschnittlichen Anstieg der Gesundheitsausgaben um 25 % als BIP-Anteil führen würde. Nach den Prognosen der

²⁴ Eurostat-Bevölkerungsvorausschätzungen, veröffentlicht am Internationalen Tag der älteren Menschen am 29. September 2006.

Kommission ließe sich der Anstieg der Gesundheitsausgaben jedoch halbieren, wenn die Menschen bei höherer Lebenserwartung länger gesund blieben²⁵.

Die Gesundheit im Alter muss durch Maßnahmen unterstützt werden, die während der gesamten Lebensspanne die Gesundheit fördern und Erkrankungen vorbeugen, indem sie wesentliche Faktoren wie schlechte Ernährung, Bewegungsmangel, Alkohol-, Drogen- und Tabakkonsum, Umweltrisiken, Straßenverkehrsunfälle sowie Heim- und Freizeitunfälle berücksichtigen. Die Verbesserung der Gesundheit von Kindern, Erwachsenen im Erwerbsalter und älteren Menschen wird zu einer gesunden produktiven Bevölkerung beitragen und heute wie zukünftig ein gesundes Altern unterstützen. Gleichermaßen unterstützen Maßnahmen zur Förderung gesunder Lebensweisen und zur Verringerung schädlicher Verhaltensweisen sowie zur Prävention und zur Behandlung bestimmter Erkrankungen, einschließlich genetischer Störungen, die Gesundheit im Alter. Die Weiterentwicklung der geriatrischen Medizin muss aktiv gefördert werden, wobei der Schwerpunkt auf individualisierter Pflege liegen sollte. Palliativversorgung und ein besseres Verständnis neurodegenerativer Erkrankungen, wie z. B. der Alzheimer-Krankheit, sind ebenfalls wichtige Themen, die in Angriff zu nehmen sind. Auch bedarf es weiterer Arbeiten im Bereich Blut, Gewebe, Zellen und Organe, einschließlich Transplantationsfragen.

Zur Unterstützung dieser Maßnahmen ist mehr Forschung nötig, einschließlich Langzeituntersuchungen, ebenso wie höhere Kapazitäten in Gesundheitswesen, beispielsweise durch verstärkte Ausbildung und Gesundheitsstrukturen. Da die öffentliche Hand durch den demografischen Wandel und andere Herausforderungen zunehmend unter Druck steht, ist es von größter Bedeutung, dass die getroffenen Maßnahmen effizient und effektiv sind.

Maßnahmen

Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen und der Beschäftigten und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Kommission)

Weiterentwicklung und Erarbeitung von Maßnahmen zu Tabak, Ernährung, Alkohol, psychischer Gesundheit und anderen umweltbedingten und sozioökonomischen Gesundheitsfaktoren (Kommission, Mitgliedstaaten)

Neue Leitlinien für Krebsvorsorgeuntersuchungen und eine Mitteilung über europäische Maßnahmen im Bereich seltener Krankheiten (Kommission)

Folgemaßnahmen zur Mitteilung über Organspende und Transplantation²⁶ (Kommission)

ZIEL 2: SCHUTZ DER BÜRGER VOR GESUNDHEITSGEFAHREN

Der Schutz der menschlichen Gesundheit ist eine Verpflichtung gemäß Artikel 152 EG-Vertrag. Die Verbesserung der Sicherheit und der Schutz der Bürger vor Gesundheitsgefahren

²⁵ „The impact of ageing on public expenditure: Projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004-2050)“, Ausschuss für Wirtschaftspolitik und Europäische Kommission (GD ECFIN) 2006, Europäische Wirtschaft, Sonderbericht Nr.1/2006.

²⁶ KOM(2007) 275.

sind seit jeher ein zentrales Anliegen der gemeinschaftlichen Gesundheitspolitik. Gleichzeitig trägt die EU auch Verantwortung für die Gesundheit der Bürger in Drittländern.

Die Arbeit auf Gemeinschaftsebene umfasst wissenschaftliche Risikobewertung, Bereitschaftsplanung und Reaktionen auf Epidemien und Bioterrorismus, Strategien zur Bekämpfung der Risiken durch bestimmte Erkrankungen und Zustände, Maßnahmen bei Unfällen und Verletzungen, die Verbesserung der Sicherheit am Arbeitsplatz und Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensmittelsicherheit und des Verbraucherschutzes.

Die Kommission wird diese Arbeit fortsetzen, konzentriert sich jedoch auch auf Herausforderungen, die bisher noch nicht in vollem Maße berücksichtigt wurden. Weltweit haben der verstärkte Handel und zunehmende Reisen neue Risiken mit sich gebracht, da sie die Ausbreitung übertragbarer Krankheiten erleichtern. Die Bekämpfung von Pandemien oder biologischen Zwischenfällen und die Reaktion auf die Bedrohung durch Bioterrorismus erfordern die Zusammenarbeit und Koordinierung auf Gemeinschaftsebene und mit den internationalen Akteuren. Auch müssen Maßnahmen gegen neu auftretende Gesundheitsgefahren ergriffen werden, wie beispielsweise im Zusammenhang mit dem Klimawandel, damit dessen mögliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit und die Gesundheitsversorgungssysteme behandelt werden. Die Patientensicherheit ist ein weiteres zentrales Anliegen. Im Vereinigten Königreich tragen 10 % der stationär aufgenommenen Patienten unerwünschte Wirkungen ihrer gesundheitlichen Versorgung davon²⁷, und dieses Problem dürfte in anderen EU-Mitgliedstaaten ein ähnliches Ausmaß annehmen. Es bedarf eines neuen Ansatzes, um Gesundheitsgefahren innerhalb und außerhalb der EU zu bekämpfen.

Maßnahmen

Stärkung der Mechanismen zur Überwachung und Reaktion auf Gesundheitsgefahren, einschließlich Überprüfung der Zuständigkeit des Europäischen Zentrums für die Kontrolle von Krankheiten (Kommission)

Gesundheitsaspekte der Anpassung an den Klimawandel (Kommission)

ZIEL 3: FÖRDERUNG DYNAMISCHER GESUNDHEITSSYSTEME UND NEUER TECHNOLOGIEN

Die Gesundheitssysteme in der EU stehen unter wachsendem Druck, auf die Herausforderungen zu reagieren, die die Bevölkerungsüberalterung, die steigenden Erwartungen der Bürger, die Migration und die Mobilität von Patienten und Beschäftigten des Gesundheitswesens mit sich bringen.

Neue Technologien haben das Potenzial, die Gesundheitsversorgung und die Gesundheitssysteme zu revolutionieren und deren künftige Nachhaltigkeit mit zu unterstützen. Gesundheitstelematik, Genomik und Biotechnologien²⁸ können die Prävention von Krankheiten und die Behandlung verbessern sowie den Schwerpunkt von der stationären

²⁷ Dies macht etwa 850 000 unerwünschte Wirkungen pro Jahr aus. Quelle: Expertengruppe des britischen Gesundheitsministeriums. An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse effects in NHS. Chairman: Chief Medical Officer London: The Stationery Office, 2000.

²⁸ Siehe Mitteilung der Kommission zur Halbzeitüberprüfung der Strategie für Biowissenschaften und Biotechnologie - KOM(2007) 175.

Versorgung auf die Prävention und Primärversorgung verlagern helfen. Die Gesundheitstelematik kann dazu beitragen, dass eine bessere bürgerzentrierte Versorgung erbracht, die Kosten gesenkt und die grenzübergreifende Interoperabilität unterstützt werden, um die Patientenmobilität und -sicherheit zu erleichtern²⁹. Neue Technologien müssen hingegen auch angemessen bewertet werden, auch hinsichtlich ihrer Kosteneffizienz und Verteilungsgerechtigkeit. Ebenso sind die Auswirkungen auf die Ausbildung der Beschäftigten im Gesundheitswesen und dessen Kapazitäten zu berücksichtigen. Neue und unbekannte Technologien können ethische Bedenken aufwerfen, daher sind auch Fragen des Vertrauens und der Zuversicht der Bürger anzusprechen.

Zur Steigerung der Investitionen ins Gesundheitswesen wurde die Gesundheit in Instrumente einbezogen, die darauf abzielen, das Wachstum, die Beschäftigung und die Innovation zu fördern, einschließlich der Lissabon-Strategie, des Siebten Forschungsrahmenprogramms mit der Gemeinsamen Technologie-Initiative zur innovativen Medizin, des Programms für Wettbewerb und Innovation sowie der Regionalpolitik in der EU. Es bedarf jedoch weiterer Maßnahmen, z. B. in Bezug auf die Kapazitäten der Regionen, die Schlüsselakteure bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen sind.

Ein klarer Gemeinschaftsrahmen wird außerdem dazu beitragen, dynamische und nachhaltige Gesundheitssysteme zu fördern, indem er die Anwendung der EG-Rechtsvorschriften auf die Gesundheitsdienstleistungen klarstellt und die Mitgliedstaaten in Bereichen unterstützt, in denen koordinierte Maßnahmen den Gesundheitssystemen einen zusätzlichen Nutzen bringen können.

Maßnahmen

Gemeinschaftsrahmen für sichere, hochwertige und effiziente Gesundheitsdienstleistungen (Kommission)

Unterstützung der Mitgliedstaaten und Regionen beim Umgang mit Innovationen in den Gesundheitssystemen (Kommission)

Unterstützung der Durchführung und Interoperabilität von gesundheitstelematischen Lösungen in den Gesundheitssystemen (Kommission)

4. GEMEINSAM FÜR DIE GESUNDHEIT: DURCHFÜHRUNG DER STRATEGIE

4.1. Durchführungsmechanismen

Diese Strategie zielt auf konkrete Ergebnisse bei der Verbesserung der Gesundheit ab. Gemäß dem Vertrag hat die EG eine besondere Aufgabe bei der Verbesserung und dem Schutz der Gesundheit und zudem bei der Erleichterung der Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich.

Da die Zuständigkeit für das Gesundheitswesen auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene bei den Mitgliedstaaten liegt und das Subsidiaritätsprinzip zu beachten ist, sind die Mitgliedstaaten eng in die Durchführung der Strategie einzubinden. Die Kommission wird zu diesem Zweck einen neuen Mechanismus der strukturierten Zusammenarbeit auf EG-Ebene

²⁹ Siehe KOM(2004)356 über einen Aktionsplan für einen europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste.

vorschlagen, der die Kommission beraten und die Koordinierung zwischen den Mitgliedstaaten fördern soll. Dazu gehört auch eine neue Struktur mit den Mitgliedstaaten, die einige bestehende Ausschüsse ersetzen soll. Dieser Kooperationsmechanismus wird der Kommission helfen, Prioritäten zu nennen, Indikatoren festzulegen, Leitlinien und Empfehlungen zu erarbeiten, den Austausch bewährter Verfahren zu fördern und Fortschritte zu bewerten. Er soll außerdem Möglichkeiten für lokale und regionale Mitwirkung bieten. Die Kommission wird sektorübergreifend arbeiten und die Kohärenz mit anderen Gremien sicherstellen, die sich mit Gesundheitsfragen befassen wie die Verwaltungskommission und der Ausschuss für Sozialschutz.

Die Maßnahmen der Mitgliedstaaten können ergänzt werden, indem die Zusammenarbeit mit den Akteuren auf Gemeinschaftsebene gefördert wird. Die Kommission wird die Partnerschaften mit ihnen weiterentwickeln und dabei auf den Erfahrungen von Gremien wie dem Gesundheitsforum, dem Europäischen Forum für Alkohol und Gesundheit sowie der Plattform für Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit aufbauen.

Maßnahmen

Die Kommission wird einen Mechanismus zur strukturierten Zusammenarbeit vorschlagen (Kommission)

4.2. Finanzierungsinstrumente

Die Maßnahmen dieser Strategie werden bis zum Ende des laufenden Finanzierungszeitraums (2013) durch die vorhandenen Finanzierungsinstrumente ohne weitere Folgen für den Haushalt gefördert. Die Jahresarbeitspläne des neu angenommenen Gesundheitsprogramms der Gemeinschaft³⁰ werden ein Kerninstrument für die Förderung der Strategieziele bilden.

Maßnahmen anderer Gemeinschaftsprogramme oder -strategien wie der EU-Strategie für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz 2007-2012 werden ebenfalls eine wichtige Rolle spielen.

Mehrere weitere Gemeinschaftsprogramme stellen ebenfalls Fördermittel für das Gesundheitswesen bereit, beispielsweise das Siebte Forschungsrahmenprogramm und die Regionalpolitik³¹.

³⁰ Es soll das laufende Programm im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003–2008) ersetzen und hat drei breit gefasste Ziele: die Verbesserung der Gesundheitssicherheit des Bürgers, die Förderung der Gesundheit zugunsten des Wohlstands und der Solidarität und die Verbreitung von Gesundheitsinformationen.

³¹ Eine umfassendere Liste ist Anhang 3 des Arbeitspapiers der Kommissionsdienststellen zu entnehmen.

**Antwort der Bundesregierung in Abstimmung mit den Ländern
zur Mitteilung der Kommission zu
Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen**

Deutschland begrüßt vor dem Hintergrund der Herausnahme der Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie, dass die Kommission einen Konsultationsprozess zum weiteren Vorgehen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen durchführt. Gleichzeitig sollte jedoch auch auf eine enge Abstimmung zwischen den Prozessen bei den Sozialdienstleistungen und den Gesundheitsdienstleistungen geachtet werden, da es hier eine Reihe von Überschneidungen gibt. Dies gilt im Übrigen auch für die Gesundheitspolitische Strategie.

Deutschland ist der Auffassung, dass eine eingehende Diskussion zu Gesundheitsdienstleistungen auf den **Gemeinsamen Werten und Prinzipien** fußen sollte, wie sie auf dem EPSCO-Rat am 1./2. Juni 2006 vereinbart wurden. Die Gemeinsamen Werte und Prinzipien spiegeln die Wichtigkeit der nationalen Gesundheitssysteme wider. Sie tragen zu einem sozialen Europa bei, das den Erwartungen der Bürger Europas entspricht. In dieser Hinsicht haben sie einen viel weiter reichenden Geltungsbereich als die Fragen, die in der vorliegenden Mitteilung der Europäischen Kommission angesprochen werden. Um mit diesem Konsultationsprozess einen aktiven und fundierten Beitrag zur Debatte über die Zukunft der Gesundheitsdienstleistungen zu leisten, muss der Gesundheitsbereich im weiteren Sinne einbezogen werden.

Es ist die ureigenste Aufgabe der Mitgliedstaaten, eine Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten, die auf den allumfassenden Prinzipien von Universalität, Zugang zu qualitativ guter Versorgung, Gleichheit und Solidarität beruht. Das Leistungsangebot in der solidarischen Krankenversicherung bestimmt sich maßgeblich nach dem medizinisch Notwendigen, entsprechend dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse, der finanzielle Beitrag aber jedes einzelnen Versicherten nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit. Um die Kohärenz der solidarisch ausgestalteten Gesundheitssysteme in der Gemeinschaft zu schützen, ist es entscheidend, dass die **Steuerungsbefugnis der Mitgliedstaaten** mittels verschiedener Instrumente wie Planung, Zulassungssysteme, Preisfindungsmechanismen, Wettbewerbselemente oder Budgetierung gewährleistet wird und Grundprinzipien der Gesundheitssysteme, wie z.B. in Deutschland das Sachleistungsprinzip, uneingeschränkt erhalten bleiben. Bei der Anwendung von Gemeinschaftsregeln betreffend Freizügigkeit, Wettbewerb, Beihilfen usw. muss dem spezifischen Charakter des Gesundheitsbereichs Rechnung getragen werden. Deswegen ist in diesem Zusammenhang dafür Sorge zu tragen, dass das Subsidiaritätsprinzip und der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit die volle Geltung finden.

Es wird begrüßt, dass die Kommission bei den Gemeinschaftsmaßnahmen zwischen Bereichen, in denen durch Legislativakte Rechtssicherheit geschaffen werden soll und sonstigen Bereichen unterscheidet. Die alleinige Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung und Finanzierung ihres nationalen Gesundheitssystems muss respektiert und darf nicht ausgehöhlt werden.

Frage 1: Welche Auswirkungen (lokaler, regionaler, nationaler Art) hat die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung derzeit auf Zugänglichkeit, Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit der Systeme der gesundheitlichen Versorgung und wie könnte dies sich weiterentwickeln?

Im Jahre 2004 wurde das nationale Krankenversicherungsrecht entsprechend der Rechtsprechung des EuGH zur Patientenmobilität geändert. In Deutschland Versicherte können seitdem auch aufgrund des nationalen Rechts und nicht nur unter Berufung auf die EuGH-Rechtsprechung Gesundheitsdienstleistungen in anderen Mitgliedstaaten in Anspruch nehmen. Für eine ambulante Behandlung bedarf es dazu keiner vorherigen Genehmigung; stationäre Behandlungen müssen jedoch zuvor genehmigt werden. Insofern haben deutsche Versicherte jetzt eine größere Auswahl an Leistungserbringern. Gleichzeitig wurde den Krankenkassen das Recht eingeräumt, Verträge mit Leistungserbringern innerhalb der Gemeinschaft abzuschließen. Dementsprechend haben die deutschen Versicherten bereits eine gemeinschaftsweite Auswahl an medizinischen Dienstleistungserbringern und die deutschen Leistungserbringer stellen sich bereits jetzt dem gemeinschaftsweiten Wettbewerb.

Nach bisher vorliegenden Erkenntnissen hat die Ermöglichung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme in Deutschland aber nicht zu einer nennenswerten Nutzung dieser Leistungen durch die Versicherten geführt. Die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen für ambulante und stationäre Behandlungen im Ausland liegen deutlich unter 0,5 %, wobei dabei noch nicht zwischen EU-Ausland und Nicht-EU-Ausland unterschieden wird. Die Nutzung des Versorgungsangebots der Krankenhäuser durch Patienten aus anderen EU-Staaten, die gezielt zur geplanten Krankenhausbehandlung kommen, hat ebenfalls nur sehr geringen Umfang. Demgegenüber dürfte die Bereitschaft von Leistungserbringern, ihre Leistungen grenzüberschreitend anzubieten – sei es vorübergehend oder durch Niederlassung –, tendenziell etwas höher ausgeprägt sein.

Die Fälle grenzüberschreitender Leistungen bleiben überwiegend auf Grenzregionen beschränkt. Dort gibt es z.B. mit den Euregios gute Instrumente für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Es existieren bereits verschiedenste Projekte im stationären Bereich, im Rettungswesen und bei der gegenseitigen Versorgung mit Blutprodukten. Des Weiteren gibt es Projekte zu einzelnen Krankheitsbildern und zur grenzüberschreitenden Nutzung von elektroni-

schen Gesundheitsdiensten. Die Krankenkassen nutzen die ihnen neu eingeräumte Möglichkeit, Versorgungsverträge mit ausländischen Leistungserbringern abzuschließen, inzwischen vermehrt. In den grenznahen Bereichen bestehen bereits vielfach Rahmenvereinbarungen, um u.a. Probleme mit der Abrechnung stationärer Leistungen zu vermeiden. Von Krankenkassen mit ausländischen Leistungserbringern vor Ort geschlossene Kooperationsverträge, die sich an dem speziellen Bedarf und den entsprechenden Gegebenheiten einer bestimmten Region orientieren, sind grundsätzlich geeignet, für die Bewohner der Grenzregionen eine Wahlfreiheit zu schaffen, ohne die Steuerungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der nationalen Gesundheitsversorgung zu gefährden.

Grenzüberschreitende Kooperationen zwischen Krankenhäusern nehmen zu, da sie insbesondere in grenzüberschreitenden Ballungsräumen für die lokalen Akteure von beiderseitigem Vorteil sind. Bislang finden solche Kooperationen vorrangig in Form von Leistungseinkäufen zwischen Krankenhäusern statt. Das heißt, das „einkaufende“ Krankenhaus finanziert die Leistung des ausländischen Kooperationspartners im Rahmen seines Budgets. Die Kostenträger sind daher an solchen Kooperationsformen nur indirekt beteiligt.

Darüber hinaus hat Deutschland mit Frankreich ein Rahmenabkommen über grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich (einschließlich des Rettungsdienstes) geschlossen, das im Frühjahr 2007 in Kraft treten wird. Die Auswirkungen können derzeit noch nicht beurteilt werden, aber alle Beteiligten sind an einer deutlichen Intensivierung der grenzüberschreitenden Versorgung interessiert.

In der weiteren Entwicklung ist davon auszugehen, dass die grenzüberschreitende Versorgung zunehmen wird. Welche Auswirkungen dies auf das deutsche Krankenversicherungssystem haben könnte, ist derzeit ungewiss. Vorstellbar und sinnvoll wäre z.B. bei direkten Nachbarstaaten eine jeweils entsprechende Berücksichtigung der Kapazitäten in den Versorgungseinrichtungen. Bereits jetzt profitieren einige Gesundheitssysteme von einer effizienten gegenseitigen Nutzung von Ressourcen.

Frage 2: Welche speziellen rechtlichen Klarstellungen und welche praktischen Informationen werden von wem benötigt (z.B. Behörden, Dienstleistungserbringer und -erwerber, Patienten), um eine sichere, qualitativ hochwertige und effiziente grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen?

Notwendige rechtliche Klarstellungen:

- Was sind **Gesundheitsdienstleistungen**? Der Anwendungsbereich einer legislativen Regelung muss klar definiert werden. In diesem Zusammenhang sollte beachtet werden, dass es in der Dienstleistungsrichtlinie bereits eine Definition von Gesundheitsdienstleistungen gibt. Bei der Definition der Gesundheitsdienstleistungen ist darauf zu achten, dass der Autonomie der Mitgliedstaaten bezüglich der Ausgestaltung ihrer Systeme Rechnung getragen wird: Hohe Qualitätsstandards, die Transparenz des Leistungsangebots für die Leistungsempfänger, ein flächendeckendes Angebot und die allgemeine Zugänglichkeit von Leistungen der gesundheitlichen Daseinsvorsorge unter Beachtung des Gleichbehandlungsgebotes müssen weiterhin sichergestellt werden.
- Wann unterliegt eine Behandlung dem **Genehmigungsvorbehalt**? Der EuGH hat bisher zwischen ambulanter (nicht genehmigungspflichtiger) und stationärer (genehmigungspflichtiger) Behandlung unterschieden. Diese Abgrenzung sollte sich aus deutscher Sicht aber nicht allein an den Begriffen stationär/ambulant orientieren. Ausschlaggebend könnte ferner sein, ob bestimmte Behandlungen eine finanziell aufwändige Versorgungsstruktur und eine damit einhergehende Planung erfordern.
- Nach welcher **Wartezeit** dürfen die Versicherten eine stationäre Behandlung im Ausland auch ohne vorherige Genehmigung nachfragen? Im stationären Sektor greift die Dienstleistungsfreiheit unter den vom EuGH in mehreren Urteilen vorgegebenen einschränkenden Bedingungen. Diese Bedingungen - die auf Wartezeiten und auf international anerkannte medizinische Standards Bezug nehmen - sollten konkretisiert werden, damit die potenziell Betroffenen über Rechtssicherheit verfügen und z.B. wissen, ab welchem Zeitpunkt sie einen Anspruch auf Kostenerstattung haben.
- Wie muss das **Recht auf Nachprüfung** ausgestaltet sein, wenn der Versicherte klären möchte, ob die Genehmigung einer Auslandsbehandlung durch die Krankenkasse zu Recht abgelehnt wurde? Das Nachprüfungsverfahren muss transparent, objektiv und schnell ausgestaltet sein.
- Im Zusammenhang mit der **Kostenerstattung** sind folgende rechtliche Klarstellungen beziehungsweise praktischen Informationen erforderlich:
 - Welche **Behandlungskosten** kommen auf den Versicherten zu, wenn er sich im Ausland behandeln lässt? Bei Inanspruchnahme von Leistungen muss der Versicherte vor-

her wissen, welche Mehrkosten auf ihn zukommen, da er nur die Kosten erstattet bekommt, die bei der gleichen Behandlung im Inland angefallen wären.

- o Wie gestaltet sich das Verhältnis der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen auf Grundlage der **Dienstleistungsfreiheit** und zu der Inanspruchnahme nach der **Verordnung (EWG) 1408/71**? Der Leistungsumfang unterscheidet sich derzeit danach, ob sie nach der Dienstleistungsfreiheit oder nach Art. 22 Abs. 1 Buchst. c) VO (EWG) 1408/71 in Anspruch genommen werden.
- o Darf eine nationale Regelung die **Kostenerstattung** davon **abhängig** machen, ob die Behandlung des Versicherten im Ausland durch einen **Leistungsanbieter** erbracht wird, der nach dem **dortigen Sozialversicherungssystem** generell zur **Leistung** bzw. speziell zur Erbringung bestimmter Behandlungsformen berechtigt ist? (Beispiel in Deutschland: Kann ein deutsches Krankenhaus, das national nicht zur Erbringung ambulanter Leistungen zugelassen ist, diese gegenüber ausländischen Versicherten erbringen?)

Fragen der **Kostenerstattung** im Sinne der EuGH-Rechtsprechung könnten in der Verordnung (EWG) 1408/71 bzw. in der Verordnung (EG) 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit geregelt werden. Soweit die dafür notwendigen Regelungen über die Koordinierung der Sozialen Sicherungssysteme hinausgehen und Art. 42 EG deswegen keine geeignete Rechtsgrundlage mehr darstellt, ist eine eigene Richtlinie, basierend auf Art. 95 EG, zu erwägen. Dabei muss jedenfalls sichergestellt werden, dass die dort enthaltenen Regelungen sowohl mit der Rechtsprechung des EuGH als auch mit der Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vereinbar sind.

Praktische Informationen:

Den Versicherten müssen Informationen leicht zugänglich sein, unter welchen Voraussetzungen sie ein Recht auf Auslandsbehandlung haben. Die Informationen können sich nur darauf beschränken, unter welchen Bedingungen die Behandlung im Ausland übernommen wird. Informationen darüber, welche Einrichtung in welchem Mitgliedstaat ggf. eine notwendige Behandlung erbringen kann, können nicht gefordert werden. Diese muss sich der Versicherte unter Zuhilfenahme seines behandelnden Arztes oder der Einrichtungen des Mitgliedstaates, in dem er die Behandlung erlangen möchte, selbst suchen. Kein Mitgliedstaat kann Informationen über Leistungserbringer in allen anderen Mitgliedstaaten vorhalten.

Frage 3: Welche Bereiche (z.B. klinische Aufsicht, finanzielle Verantwortung) sollten in die Zuständigkeit der Behörden welches Landes fallen? Unterscheiden sich diese Zuständigkeiten bei den verschiedenen in Abschnitt 2.2 oben genannten Arten der grenzüberschreitenden Versorgung?

Die Zuständigkeit für die oben angesprochenen Bereiche muss dem Mitgliedstaat obliegen, auf dessen Territorium die Dienstleistung vorgenommen wird. Jede zuständige Stelle eines Mitgliedstaates beaufsichtigt und überwacht in dem nach nationalen Recht vorgesehenen Umfang die Dienstleistung, die in ihren (örtlichen und sachlichen) Zuständigkeitsbereich fällt. Insofern müssen mögliche EU-Vorgaben zu den Gesundheitsdienstleistungen von diesen Prinzipien ausgehen, bereits bestehendes Gemeinschaftsrecht (z.B. die Regelungen der Berufsanerkenntnisrichtlinie) berücksichtigen und keine neuen bürokratischen Anforderungen wie zum Beispiel "einheitliche Ansprechpartner" schaffen.

Gewisser Anpassungen bedarf dieser Grundsatz sicherlich bei besonderen grenzüberschreitenden Dienstleistungen wie der Gesundheitstelematik. Hier muss definiert werden, wer unter welchen Voraussetzungen für die Erstellung und Überwachung der Qualitäts- und Sicherheitsstandards zuständig ist.

Frage 4: Wer sollte dafür zuständig sein, die Sicherheit bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten? Wie sollten die Rechtsmittel für Patienten sichergestellt werden, die Schaden erleiden?

Die Zuständigkeit für die Überwachung der Sicherheit und Qualität der Gesundheitsdienstleistungen muss bei den nach dem nationalen System zuständigen Stellen des Staates verbleiben, in dem die Leistung in Anspruch genommen wird. Dies können je nach Ausgestaltung des nationalen Systems sowohl staatliche Stellen als auch Selbstverwaltungskörperschaften sein.

Für die vertragliche und außervertragliche Haftung und Schadensersatz werden derzeit auf EU-Ebene Regelungen des Internationalen Privatrechts erarbeitet (Verordnungsentwürfe "Rom I" und "Rom II"). In diesen Rechtsakten sollten auch die Kollisionsregeln für grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen konzentriert erfasst werden.

Frage 5: Welche Maßnahme ist notwendig, um sicherzustellen, dass die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten mit der Bereitstellung ausgewogener ambulanter und stationärer Versorgung für alle vereinbar ist (beispielsweise durch Kostenerstattung für deren Behandlung in den "Aufnahmestaaten")?

Bereits zum jetzigen Zeitpunkt stehen die zur Versorgung zugelassenen Krankenhäuser für die Leistungserbringung an deutsche wie auch an ausländische Patienten gleichermaßen zur Verfügung. Durch die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten ist die Versorgung der inländischen Bevölkerung nicht beeinträchtigt. Weitergehende Maßnahmen als eine grenzüberschreitende Koordination und arbeitsteilige Zusammenarbeit von Versorgungseinrichtungen einschließlich gegenseitiger Ergänzung der Leistungsbereiche der Versorgungseinrichtung sind nicht erforderlich. Positive Erfahrungen sind aus verschiedenen Euregios bereits bekannt (NRW/Rhein-Maas, BW/Oberrhein).

Frage 6: Sind noch weitere Themen im spezifischen Zusammenhang mit den Gesundheitsdienstleistungen zu berücksichtigen, was die Freizügigkeit von Beschäftigten des Gesundheitswesens oder die Niederlassung von Dienstleistungserbringern angeht, die noch nicht vom Gemeinschaftsrecht erfasst sind?

Deutschland sieht die Regelungen der RL 2005/36/EG als ausreichend an.

Frage 7: Gibt es weitere Fragen, bei denen die Rechtssicherheit im Zusammenhang mit einzelnen spezifischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystemen verbessert werden sollte? Insbesondere, welche Verbesserung zur Erleichterung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung schlagen die Akteure vor, die unmittelbar an der Versorgung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten beteiligt sind - beispielsweise Dienstleistungserbringer und Einrichtungen der sozialen Sicherheit?

Frage 8: In welcher Weise sollten europäische Maßnahmen dazu beitragen, die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten und die verschiedenen Akteure innerhalb dieser Systeme zu fördern? Gibt es Bereiche, die oben nicht genannt sind?

Die bereits bestehenden Foren erscheinen aus deutscher Sicht ausreichend. Die Hocharrangige Gruppe für Gesundheitsdienste hat bereits viel zum Erfahrungsaustausch über Probleme bei

der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung beigetragen. Allerdings sollte ihre zukünftige Rolle überdacht werden: Sollte es einen Legislativvorschlag zur Patientenmobilität geben, muss Doppelarbeit (Beratungen in Rat und EP einerseits und der Gruppenarbeit andererseits) vermieden werden. Ferner gibt es die OMK als Forum zum Erfahrungsaustausch über nicht-harmonisierte Rechtsbereiche, wie z.B. die Ausgestaltung der nationalen Krankenversicherungssysteme. Sie kann insofern eine ergänzende Funktion entfalten.

Frage 9: Welche Instrumente wären geeignet, um die verschiedenen Fragen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen auf EU-Ebene anzugehen? Welche Fragen sollten durch gemeinschaftliche Rechtsvorschriften und welche durch nicht legislative Mittel geregelt werden?

Künftige Initiativen der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheitsdienste müssen sich maßgeblich an den (auf dem EPSCO-Rat am 1./2. Juni 2006 verabschiedeten) "Gemeinsamen Werte und Prinzipien der EU-Gesundheitssysteme" orientieren:

- **Rechtssicherheit für die Mitgliedstaaten**, ihre Gesundheitssysteme zu organisieren und auszugestalten, kann durch verschiedene Instrumente erreicht werden. Entscheidend ist letztlich, dass die Kohärenz der nationalen Gesundheitssysteme geschützt wird. Steuerungsinstrumente wie Planung, Zulassungssysteme, Preisfindungsmechanismen, Wettbewerbselemente oder Budgetierung müssen weiterhin gewährleistet sein.
- Zur Frage, wie **Rechtssicherheit für die Versicherten und die Leistungserbringer** sichergestellt werden kann, d.h. unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf Behandlung im Ausland zu welchen Kostenkonditionen besteht, wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.
- Im Bereich der **nicht legislativen Maßnahmen** begrüßt Deutschland bei der **Patientensicherheit** die Schaffung eines EU-weiten Netzwerkes. Allerdings regt Deutschland in diesem Bereich die engere Verzahnung von Aktivitäten der Gemeinschaft mit denen der WHO und des Europarates an. Aus Patientensicht wünschenswert ist ein enger Austausch zwischen den Mitgliedstaaten über bestehende nationale Informationsmöglichkeiten und -stellen (ohne dass jeder Mitgliedstaat eigene detaillierte Informationen über die anderen Gesundheitssysteme vorhalten muss) sowie die bestehenden Beschwerde- und Haftungsrechte. Wegen der großen Unterschiede erscheinen insoweit geschlossene System- und Vergleichsdarstellungen sinnvoll. Dies zeigt sich auch in den bisherigen Arbeitsergebnissen der Arbeitsgruppe "Cross Border Healthcare Purchasing and Provision (including rights and duties of patients)" der Hochrangigen Gruppe für Gesundheitsdienste.

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.

