

3.11. Bei der Festlegung neuer harmonisierter Grenzwerte muss sich die Kommission um die Einhaltung der MRL des Kodex entsprechend den Ende der 1990er Jahre von der WTO eingeführten Normen bemühen. Viele davon sind für die Gemeinschaft nicht akzeptabel und müssen von Fall zu Fall einer kritischen Prüfung unterzogen werden. Der EWSA

möchte darauf hinweisen, dass durch die Erfüllung dieser internationalen Anforderungen keine Flexibilisierung der Gemeinschaftsanforderungen erzwungen werden darf, und ersucht die Europäische Kommission, sich dafür einzusetzen, dass auch weiterhin dasselbe hohe Gesundheitsschutzniveau wie bisher aufrechterhalten wird.

Brüssel, den 16. Juli 2003.

*Der Präsident*

*des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses*

Roger BRIESCH

### **Stellungnahme des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses zum Thema „Gesundheitsfürsorge“**

(2003/C 234/11)

Der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss beschloss auf seiner Plenartagung am 21. Januar 2003 gemäß Artikel 29 Absatz 2 seiner Geschäftsordnung, eine Stellungnahme zu dem vorgenannten Thema zu erarbeiten.

Die mit der Vorbereitung der Arbeiten beauftragte Fachgruppe Beschäftigung, Sozialfragen, Unionsbürgerschaft nahm ihre Stellungnahme am 30. Juni 2003 an. Berichterstatter war Herr Bedossa.

Der Ausschuss verabschiedete auf seiner 401. Plenartagung am 16. und 17. Juli 2003 (Sitzung vom 16. Juli) mit 61 gegen 5 Stimmen bei 6 Stimmenthaltungen folgende Stellungnahme.

#### **1. Einleitung**

1.1. Die Mitteilung der Kommission der Europäischen Gemeinschaften vom Dezember 2001<sup>(1)</sup>, die auf die vom Europäischen Rat von Lissabon im März 2000 genehmigte Initiative zurückgeht, und der ursprüngliche Bericht für den Europäischen Rat aus dem Jahre 2002 zeigen mit aller Deutlichkeit eine Frage auf, die neben der Rentenproblematik zu einer der schwierigsten zählt, die sich beim Aufbau eines sozialen Europas ergeben, das sich an den in der Charta der Grundrechte verankerten Werten orientiert.

1.1.1. Gesundheit wird in unserer Gesellschaft häufig als hohes Gut bezeichnet. Dies gilt gleichsam für jeden Bürger, jede Familie und jeden Staat.

— Dieses Konzept wird selbstverständlich von jedem Bürger anders empfunden, und auch die Vorgehensweise der EU-Mitgliedstaaten unterscheidet sich häufig sowohl bezüg-

lich der Organisation des Gesundheitswesens als auch der Übernahme der diesbezüglichen Kosten.

— Einigen Herausforderungen muss sich jedoch die gesamte EU stellen. Sie setzen ein gutes Verständnis voraus, damit gemeinsam geeignete Vorkehrungen getroffen werden können, die der heutigen Vielfalt Rechnung tragen.

— Gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheit das „körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden“ jedes Einzelnen.

— Gesundheit ist nicht auf die Behandlung von Krankheiten beschränkt, sondern muss sämtliche individuellen und kollektiven Bemühungen im Bereich der Prävention sowie der Förderung persönlicher Fähigkeiten und Umfeldler mit einbeziehen.

<sup>(1)</sup> KOM(2001) 723 endg.: „Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern“.

— Da Gesundheit ein hohes Gut ist, darf sie nicht ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Sozialausgaben und latenter wirtschaftlicher Schwierigkeiten gesehen werden.

Sie ist eine Investition und stellt einen lebenswichtigen, leistungsstarken und nützlichen Wirtschaftssektor dar, der im Rahmen der gesellschaftlichen Entwicklung beträchtlichen Mehrwert erzeugt und für Wachstum sorgt.

1.1.2. Der diskriminierungsfreie Zugang zum Gesundheitswesen, dessen Qualität und Finanzierbarkeit werfen insbesondere im Falle älterer Menschen und sozial benachteiligter Gruppen eine Reihe von Herausforderungen und Problemen auf, die allen Ländern der Europäischen Union — sowohl vor als auch (*a fortiori*) nach der Erweiterung — gemein sind; auch wenn ihre jeweiligen Reaktionen darauf unterschiedlich sind, so halten sich doch alle an den Grundsatz der Solidarität, Gleichheit und Universalität.

1.1.3. In der Tat sind die Anforderungen der europäischen Bürger an die Gesundheitssysteme und die angebotenen Leistungen in den letzten zwei Jahrzehnten laufend angestiegen. Die Antworten hierauf erfolgten stets auf Ebene der einzelnen Mitgliedstaaten in einem politischen Kontext einer immer größer werdenden — und bisweilen übersteigerten — Sensibilität. Die mit der Entwicklung der Gesundheitssysteme entstandenen Herausforderungen betreffen zwar alle Mitgliedstaaten, werden sich 2004 jedoch umso mehr den Beitrittsländern stellen. Die Aufgaben, die es zu bewältigen gilt, sind für alle Staaten zweifellos von gewaltigem Ausmaß; vor allem aber sind sie inzwischen miteinander verflochten.

1.2. Dieser Stellungnahmeentwurf verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Förderung von Maßnahmen für Kenntniserwerb, Austausch und Vergleichbarkeit der europäischen Gesundheitssysteme untereinander;
- Unterstützung der Maßnahmen der Organe der Europäischen Union, insbesondere der Europäischen Kommission, in ihrem Bestreben um mehr zielgerichtete und wirksame Aktionen im Gesundheitswesen;
- Anregung von Initiativen der wirtschaftlichen und sozialen Gruppen in den Mitgliedstaaten zur Verbesserung ihrer gemeinsamen Politiken.

In jedem Fall versteht sich dieser Stellungnahmeentwurf als Unterstützung und Ergänzung der Maßnahmen der Europäischen Kommission im Rahmen des Programms zur öffentlichen Gesundheit 2003—2008.

1.3. Seit Unterzeichnung des Vertrags von Rom hat sich der Anteil des Verbrauchs im Gesundheitssektor an der Wertschöpfung in allen entwickelten Ländern, vor allem der Europäischen Union, pro Jahr um durchschnittlich 2,2 % mehr erhöht als das BIP; so ist er gegenüber dem BIP von 4 % im Jahr 1960 auf derzeit über 8 % gestiegen, auch wenn sich dieser Anstieg in letzter Zeit offenbar verlangsamt hat. (Quelle: OCDE 2002.)

1.3.1. Es sei darauf hingewiesen, dass der Umfang dieses Haushaltspostens trotz eines verlangsamten Anstiegs des Verhältnisses zwischen Gesundheitsausgaben und BIP weiterhin hoch bleibt und stetig zunimmt. Die öffentliche Meinung drängt auf die Prüfung der Frage, ob sich dieser kontinuierliche Anstieg auch in den faktischen Ergebnissen niederschlägt, d. h. in der erwarteten besseren Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung insgesamt. Der kontinuierliche Anstieg der Gesundheitsausgaben geht keineswegs mit einer Verringerung der Unterschiede — insbesondere im sozialen und beruflichen Bereich — in Bezug auf Lebensqualität und Lebenschancen einher. Das Ziel einer Verflachung dieser Unterschiede sollte zum ausschlaggebenden Kriterium für die Bewertung der Gesundheitspolitik in Europa und zum Ansatzpunkt für den sich dabei zwangsläufig ergebenden Änderungsbedarf bei den diesbezüglichen Strategien werden.

1.4. Die Gesundheit der Bevölkerung wird heute durch zahlreiche grundlegende Komponenten bestimmt, die sich von einem EU-Mitgliedstaat zum anderen unterscheiden.

So lassen sich ungefähr zehn wesentliche Faktoren ausmachen, die die Politik entscheidend beeinflussen:

#### 1.4.1. Demografische Auswirkungen

1.4.1.1. Das Alter bzw. die Alterung einer Bevölkerung wirken sich zwangsläufig auf die Gesundheitsausgaben aus.

1.4.1.2. Mehrere neuere Studien aus sieben Industrieländern scheinen zu bestätigen, dass die demografischen Auswirkungen während der letzten zehn Jahre in Bezug auf die Entwicklung der Ausgaben einen volumenmäßigen Anstieg von 1 % ergeben. Dieser Anstieg ist zu gleichen Teilen auf die globale Bevölkerungszunahme und die Auswirkungen der Alterung zurückzuführen.

1.4.1.3. Auch wenn sich der relative Anteil der Faktoren an diesen Auswirkungen von einem Land zum anderen unterscheidet, ist sein Einfluss reell. Es dürfen jedoch nicht nur quantitative demografische Faktoren berücksichtigt werden.

1.4.1.4. In Betracht zu ziehen ist beispielsweise auch die in Fachkreisen als „Generationseffekt“ bezeichnete Erscheinung. Konkret kann festgestellt werden, dass die jüngeren Generationen von Nutzern des Gesundheitssystems umfassendere Gesundheitsleistungen gewohnt sind als ältere Generationen, die nicht alle denselben Zugang zu Leistungen hatten, wie dies heute meist üblich ist.

1.4.1.5. Es kann tatsächlich davon ausgegangen werden, dass diese Entwicklungen eine beschleunigende Wirkung auf die Gesundheitsausgaben haben können, wenn diese Generationen älter werden, sofern der Zugang zu den Gesundheitsleistungen im Vorfeld, d. h. während des Erwerbslebens — und zwar dies schon von Beginn der Ausbildung an —, entsprechend gefördert wird.

## 1.4.2. Konzept der Gesundheit

1.4.2.1. Auch die verschiedenen Konzepte der Gesundheit üben einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Erwartungen und Verhaltensweisen der Nutzer von Gesundheitsleistungen aus. Die Gesundheit wird als ein absolutes Gut betrachtet, als ein Recht des Bürgers, das von den zuständigen Behörden geschützt werden muss. Dies beinhaltet einen Anstieg der Kosten, um diesen Erwartungen gerecht zu werden, und birgt die Gefahr eines Verlusts des politischen Konsenses, wann immer versucht wird, die kostenlosen oder quasi kostenlosen Gesundheitsleistungen aus Kostengründen einzuschränken.

## 1.4.3. Epidemiologie

1.4.3.1. Im Bereich des Gesundheitsschutzes sind heute neue Herausforderungen zu bewältigen, die auch im Zusammenhang stehen mit den neuen Epidemien, die durch verschiedene ansteckende Krankheiten oder durch neue Erscheinungen von bekannten, nicht mehr leicht zu heilenden Krankheiten bedingt sind und deren Auswirkungen hinsichtlich der Kosten und der Organisation des Gesundheitswesens sich nicht einfach quantifizieren lassen.

## 1.4.4. Wirtschaftswachstum

1.4.4.1. In mehreren Studien wurde die Verbindung zwischen dem Wirtschaftswachstum und der Entwicklung der Ausgaben des Gesundheitssektors aufgezeigt, d. h. mit dem Anstieg des Einkommensniveaus steigen auch — fast überproportional — die Ausgaben im Gesundheitssektor. Dieser makroökonomische Zusammenhang schlägt sich indes nicht in der konjunkturellen Entwicklung nieder: Es wurde selbst in Zeiten der Verlangsamung des wirtschaftlichen Wachstums keine wesentliche Verringerung der Gesundheitskosten beobachtet.

1.4.4.2. Dies bedeutet, dass zwischen dem Bedarf an Gesundheitsleistungen und der Wirtschaftslage keine unmittelbare Verbindung besteht. Dies trägt zu den Schwierigkeiten in Bezug auf die Senkung der Gesundheitskosten bei, die in den Ländern auftreten, in denen versucht wird, die Angehörigen des Gesundheitssektors und die Verbraucher stärker in die Verantwortung zu nehmen.

## 1.4.5. Gesellschaftliche Gegebenheiten

1.4.5.1. Die Veränderung der Lebensweise, die Organisation des Familienlebens, der Wandel in der Arbeitswelt und die zunehmende materielle Unsicherheit bringen die traditionellen Eckpunkte der Gesundheitssysteme aus dem Lot.

1.4.5.2. So werden bisweilen soziale Probleme immer häufiger in den medizinischen Bereich verlagert (d. h. „medikalisiert“). Auch wenn der Ansatz zu diesem Faktor komplex ist und eine eingehende Auseinandersetzung verdient hätte, so sollte er dennoch nicht außer Acht gelassen werden — umso mehr, als die europäische Gesellschaft zunehmend nach dem Vorsorgeprinzip verlangt. Soziale Unbilden jedweder Art (Arbeitslosigkeit, ungewisse soziale Situation, Stress, Diskriminierung, Umweltbelastung ...) schlagen immer stärker auf den Gesundheitszustand und die Gesundheitsausgaben durch und lassen den Ruf nach der Anwendung des Vorsorgeprinzips immer lauter werden.

## 1.4.6. Anforderungen an Umwelt und Ernährung

1.4.6.1. Es steht außer Frage, dass die Umwelt — im weitesten Sinne des Wortes — im Zusammenhang mit den Gesundheitskosten eine fundamentale Rolle spielt.

1.4.6.2. Aus einer europaweiten Studie im Rahmen des Programms über Luftverschmutzung und Gesundheit geht hervor, dass selbst eine minimale Verringerung der Luftverschmutzung günstige Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung hat und die Durchführung von Vorsorgemaßnahmen rechtfertigt.

1.4.6.3. Auch die Auswirkungen des Konsums gesundheitsgefährdender Erzeugnisse — Tabak, Drogen, Alkohol u. Ä. — sollten berücksichtigt werden.

1.4.6.4. Die Qualität der Ernährung ist von großer Bedeutung: Falsche Ernährungsgewohnheiten sind die Ursache einer Reihe von Mechanismen, die eine erhöhte Krankheits- und Sterberate zur Folge haben. Sie sind beispielsweise die häufigste Ursache des Krebsstods. Dieser Umstand gibt umso mehr Anlass zur Sorge, als die gesamte Bevölkerung und vor allem junge Menschen betroffen sind (Übergewicht).

## 1.4.7. Der technische Fortschritt

1.4.7.1. Der technische Fortschritt ist ein ambivalenter Faktor, der positive wie negative Auswirkungen auf die Entwicklung der Gesundheitskosten haben kann. Dennoch stellt er eine nicht zu umgehende Tatsache dar.

1.4.7.2. Es ist festzustellen, dass neue Therapieformen häufig zu der Entdeckung von Krankheiten beitragen, die zuvor „nicht existierten“, da keine Behandlung dafür zur Verfügung stand.

1.4.7.3. Dieses Phänomen zeigt sich vor allem bei Innovationen, sei es im Bereich der Arzneimittel oder bestimmter Untersuchungsmethoden.

1.4.7.4. Es muss natürlich darauf geachtet werden, dass neue Diagnose- oder Behandlungsmethoden herkömmliche Techniken nicht überlagern.

1.4.7.5. Deshalb sollte die Anwendung geeigneter Techniken — bzw. der Ersatz herkömmlicher technischer Methoden durch diese — gefördert werden, wobei zu beachten ist, dass derartige Veränderungen häufig auf soziale und kulturelle Widerstände stoßen, die bisweilen auf die von Standesdenken geprägte Haltung der Angehörigen der Heilberufe zurückzuführen sind.

1.4.7.6. Ein Beispiel hierfür sind die Röntgentechniken: Heute kommen neben der herkömmlichen Radiografie auch Scanner, Kernspintomografie sowie in jüngster Zeit PET (Positronenemissionstomografie) zum Einsatz.

#### 1.4.8. Soziokulturelle Verhaltensweisen

1.4.8.1. Soziokulturelle Verhaltensweisen haben einen beträchtlichen Einfluss auf die Gesundheitskosten.

1.4.8.2. Diesbezügliche kollektive und individuelle Maßnahmen betreffen in erster Linie die Primärprävention.

1.4.8.3. Die damit erzielten Resultate, bei denen zweifellos Raum für Verbesserung bleibt, haben sich in den letzten Jahren parallel zu den Fortschritten im Bereich der Evaluierungsverfahren erheblich verbessert.

1.4.8.4. Neben Rauchen, Drogenkonsum, Alkoholmissbrauch und Übergewicht spielen auch Verkehrsunfälle, Haushaltsunfälle und Krankheiten, die vor allem bei Jugendlichen zu Selbstmord führen können, sowie Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten eine Rolle.

1.4.8.5. Diese Verhaltensweisen sind durch ein Bündel von individuellen, familiären und sozialen Faktoren bedingt. Sie führen häufig zu Frühsterblichkeit, müssen aber umso mehr analysiert werden, als daraus Strategien zur Beseitigung von Risikofaktoren und durchaus vermeidbarer Kostenfaktoren abgeleitet werden können.

1.4.8.6. Aufklärung und Vorsorge stellen hier eine unumgängliche Investition dar. Wenn dies in einem partizipativen Ansatz so ins Werk gesetzt wird, dass die einzelnen Bürger und die verschiedenen Teile der Bevölkerung, und dabei vor allem die am ehesten und am stärksten Betroffenen, umfassend in die Ausarbeitung der diesbezüglichen Vorgehensweisen eingebunden werden, sind wirtschaftliche und gesundheitsmäßige Nutzeffekte vorprogrammiert.

#### 1.4.9. Die Dynamik von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen

1.4.9.1. Hier handelt es sich um unumstrittene Faktoren, die je nach Mitgliedstaat jedoch unterschiedliche Auswirkungen haben.

1.4.9.2. Die Nachfrage nach Leistungen des Gesundheitssektors befindet sich zwar in ständiger Entwicklung, spiegelt jedoch nicht immer ein objektives Bedürfnis wider, sondern wird durch die qualitative und quantitative Bedeutung des Angebots an Gesundheitsleistungen beeinflusst.

#### 1.4.10. Auswirkungen des Sozialschutzes

1.4.10.1. Der Bedarf an einer immer umfassenderen sozialen und medizinischen Absicherung setzt die Sozialschutzsysteme beständig unter Druck. Dieser Faktor, der eng mit dem vorhergehenden verknüpft ist, bezieht sich eher auf die Leistungsnachfrage, die er mehr oder weniger befriedigt, als auf das Leistungsangebot.

1.4.10.2. Jeder Mitgliedstaat regelt sein Sozialschutzsystem nach eigenen Kriterien.

1.4.10.3. Die zunehmende EU-interne Mobilität setzt die gründliche Kenntnis des jeweiligen Sozialschutzsystems voraus und führt nolens volens dazu, dass Vergleiche angestellt werden.

1.4.10.4. Die Freizügigkeit von Patienten wirft viele Fragen auf; in erster Linie gilt es, die derzeitige Ausgangslage und die Entwicklungsmöglichkeiten zu bestimmen.

## 2. Allgemeine Bemerkungen

2.1. Auf der Grundlage der bislang gemachten Feststellungen spricht sich der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss dafür aus, dass die vielgestaltigen Aspekte der Gesundheitspolitik rasch und vorbehaltlos zur Kenntnis genommen werden. Die notwendige Verbesserung des Kenntnisstands und die Suche nach gemeinsamen Zielen müssen s. E. die Debatte über den Europäischen Konvent ergänzen und die Dynamik der EU-Erweiterung berücksichtigen.

2.2. Der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss befürwortet ein ehrgeiziges und notwendiges Arbeitsprogramm zu folgenden Querschnittsthemen:

- Evaluierung der Auswirkungen der verschiedenen gesundheitlichen Einflussfaktoren;
- Gesundheit in den Beitrittsstaaten;
- Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung;
- Älterwerden und Gesundheit;
- Förderung von bewährten Praktiken und Effizienz im Gesundheitssektor.

In diesem Sinne unterstützt der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss den von der Europäischen Kommission eingeleiteten Prozess.

2.3. Diese von der Kommission aufgeworfenen Fragen wie auch das Programm für öffentliche Gesundheit sind insbesondere für künftige Diskussionen über die sektorübergreifende Politik, die Mobilität von Patienten und die Zukunft der Gesundheitsfürsorge für ältere Menschen von Belang.

2.4. Der Ausschuss stellt fest, dass die vergleichende Analyse der Gesundheitssysteme komplexe strategische Erwägungen nach sich zieht, wie beispielsweise die Frage des Alterns. In jedem EU-Mitgliedstaat wird dieses Thema nach Maßgabe der Familienstruktur, der Mobilität älterer Menschen, der Art der Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssektors und der zunehmenden Technologiekosten behandelt.

2.5. Um die Qualität und die möglichst universelle Zugänglichkeit der Systeme und ihre finanzielle Nachhaltigkeit zu gewährleisten, müssen entsprechende Sicherungen geschaffen werden.

2.6. Der Ausschuss ist ferner der Ansicht, dass alle Politikbereiche betroffen sind, vor allem die Wirtschafts- und Sozialpolitik, wobei insbesondere dem Zusammenhang von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit sowie Alter und Renten Rechnung getragen werden muss, und dass die Erwartungen nicht immer erfüllt werden.

Diese Erwartungen beruhen auf drei Grundsätzen: der Unterstützung durch eine gut informierte organisierte Zivilgesellschaft, dem Solidaritätsprinzip — einem wesentlichen europäischen Wert — und einer intelligenten und wirksamen Präventionspolitik.

2.7. Die Koordinierung der Politik der Gesundheitssysteme nach dem Vorbild der Rentenpolitik zieht eine Reihe von Fragen nach sich:

- die Definition des Gesundheitssystems;
- die Rolle und Bedeutung der Zusatzleistungssysteme;
- die Notwendigkeit, zwischen Gesundheitsleistung, Gesundheit und Wohlbefinden zu unterscheiden.

2.8. Der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss führt außerdem folgende Gründe an:

- Für manche ist die Frage der Gesundheitsfürsorge als eine Daseinsvorsorgeleistung zwangsläufig mit Überlegungen über das Verständnis der Gesundheitsfürsorge als „Daseinsvorsorgeleistung“ und einer Ermittlung der sich daraus ergebenden praktischen Konsequenzen verknüpft.
- Gesundheitsleistungen erfordern entsprechend ausgebildetes, hoch qualifiziertes Personal, und die Bedeutung der insbesondere für ältere Menschen wichtigen Heilberufe erfordert die Einführung von Programmen für lebenslanges Lernen.

- Die Frage, ob eine solche Gesundheitspolitik finanzierbar ist, wird in naher Zukunft unweigerlich zu einer ständigen bzw. regelmäßig wiederkehrenden Erweiterung der Debatte führen, insbesondere was die Zuweisung und Bereitstellung von Mitteln betrifft.

2.9. Diese Fragestellungen kommen in den einzelnen Ländern nach Maßgabe der jeweiligen politischen und soziokulturellen Traditionen auf unterschiedliche Weise zum Ausdruck. Das Erkennen dieser Unterschiede schmälert weder den Umfang der Herausforderungen, denen sich alle Mitgliedstaaten stellen müssen, noch vermindert es die Notwendigkeit, gemeinsame Wege des Austauschs, des Kenntniserwerbs und der Lösungen zu finden.

### 3. Chancen und Probleme

Es ist wichtig, auf die Bedeutung des Themas „Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus“ hinzuweisen.

Es ist dies eindeutig ein aktuelles Thema, das folglich strategische Überlegungen vonseiten der Institutionen der EU rechtfertigt.

3.1. Diese Debatte ist aufgrund mehrerer strategischer Erfordernisse erforderlich:

- wiederkehrende Schwierigkeiten der einzelstaatlichen Behörden beim Abbau der gesundheitsmäßigen Unterschiede zwischen den verschiedenen Bevölkerungsteilen, bei der Bewältigung der Gesundheitskosten, unabhängig von Art, Organisation und Funktionsweise der Gesundheitssysteme;
- das Fehlen wirklicher Befugnisse der EU hinsichtlich der Sozialschutzsysteme (mit Ausnahme der Koordinierungsverordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und nachfolgender Rechtsvorschriften) und über die in den einzelnen Mitgliedstaaten betriebenen Gesundheitspolitiken bedeutet unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemerkungen nicht, dass die Gemeinschaft der konzeptuellen und politischen Debatte über diese Fragen gleichgültig gegenüber stehen sollte;
- die Perspektive der EU-Erweiterung um zehn neue Mitgliedstaaten im Jahr 2004 sollte die 15 derzeitigen Mitgliedstaaten zu einer weiter gehenden Analyse und Behandlung der Probleme der Gesundheitsfürsorge veranlassen;
- die Entwicklung der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) hat im Laufe der Zeit erweiterte Möglichkeiten des Zugangs zur Gesundheitsfürsorge gemäß supranationaler Kriterien ermöglicht;

— diese Debatte ist auch durch die verstärkte Freizügigkeit der Personen, Patienten und Angehörigen der Heilberufe aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung und der zunehmenden Integration einzelstaatlicher Märkte in den europäischen Binnenmarkt gerechtfertigt.

3.2. Im Rahmen des neuen Artikels 137 EG-Vertrag (Vertrag von Nizza) ist es den Organen der EU nur dann gestattet, Gemeinschaftsrichtlinien zu verabschieden, wenn dies auf der Grundlage von Mindestvorschriften im Bereich des Sozial-schutzes und entsprechend der Regel der Einstimmigkeit erfolgt.

Angesichts des ernststen Risikofaktors, den die Gesundheitsprobleme für die Europäische Union, ihren Zusammenhalt, ihr Vermögen, zur wettbewerbsfähigsten wissensbasierten Wirtschaft der Welt zu werden, darstellen, sieht es der Ausschuss als seine Aufgabe an, diese Eventualitäten bewusst zu machen.

3.2.1. Was die Problematik der Freizügigkeit von Patienten betrifft, hat sich die Rechtsprechung des EuGH im Laufe der Jahre beträchtlich entwickelt, und zwar dahingehend, dass sie das Recht der Freizügigkeit von Patienten auf der Grundlage der in den Gemeinschaftsverträgen verankerten Grundfreiheiten in die Praxis umsetzt und die wichtigsten Unterschiede zwischen den einzelstaatlichen Gesundheits- und Krankenversicherungssystemen überwindet.

3.2.2. Veranschaulicht wird dies durch die Tatsache, dass die Europäische Gemeinschaft vor über drei Jahren eine Reform der Gemeinschaftsverordnungen (EWG) Nr. 1408/71 (Artikel 22 der Verordnung) in die Wege geleitet hat mit dem Ziel, den Bereich der Gesundheit in die Artikel 49 und 50 des EG-Vertrags in Bezug auf den freien Dienstleistungsverkehr aufzunehmen.

3.2.3. Ein weiteres Beispiel zur Veranschaulichung dieser neuen Sachlage ist das vor kurzem ergangene Urteil des EuGH (Rechtssache C-326/00 IKA gegen Vasileios Ionnidis). Hier handelte es sich um die Verpflichtung eines Mitgliedstaats zur Übernahme der medizinischen Kosten eines Rentners, der sich auf Besuch in einem anderen Mitgliedstaat befand, ohne dass diese Kostenübernahme an eine Genehmigung oder an Auflagen geknüpft war. Die Erwägungsgründe des Urteils liegen auf der Hand: Jeder Patient, auch ein chronisch kranker, muss sich in ärztliche Behandlung begeben dürfen, wenn er sich in einem anderen Mitgliedstaat zu einem Besuch aufhält.

3.3. Mobilität gilt nicht nur für Patienten, sondern auch für Angehörige der Heilberufe. In dem Maße, wie sich die Gesundheitssysteme entwickeln, entsteht die Gefahr eines Mangels an Angehörigen der Heil- und Heilnebenberufe.

3.3.1. Diese Gefahr wächst. Einigen Staaten gelingt es, das Angebot an Gesundheitsleistungen aufrechtzuerhalten, indem sie zunehmend auf Fachkräfte (Ärzte, Pflegepersonal) aus Ländern zurückgreifen, in denen nach wie vor ein Überschuss an diesen Arbeitskräften herrscht.

3.3.2. Derzeitige Entwicklungen weisen darauf hin, dass dieses Gleichgewicht prekär ist und den Heilberufen im Europa der 15 eine demografische Krise droht. Bislang kaum untersucht ist, welcher Status quo sich in diesem Zusammenhang durch die Erweiterung in einem künftigen Europa der 25 ergibt.

3.4. Vor diesem Hintergrund ist eine konzertierte und organisierte Strategie erforderlich, um die Probleme schon im Vorfeld zu analysieren, anzugehen und die Mobilität dieser Fachkräfte zu fördern, ohne dabei die einzelstaatlichen Systeme der neuen Mitgliedstaaten zu destabilisieren.

Der vorhersehbare Mangel an qualifiziertem Gesundheitspersonal wird jedoch keinesfalls alleine durch die Förderung grenzübergreifender Mobilität beseitigt werden können. Um die Arbeitskräftenachfrage im Gesundheitssektor nachhaltig zu sichern, bedarf es flankierender Maßnahmen, die eine entsprechende Berufswahl attraktiv und den Verbleib in den Heilberufen möglich machen, wozu die positive Gestaltung der Arbeitsplatzqualität ebenso gehört wie entsprechende Maßnahmen zur Qualifizierung und zur Förderung der Durchlässigkeit in den Berufskarrieren.

3.4.1. Es besteht die Gefahr, dass es im Zuge der EU-Erweiterung zu Problemen im Gesundheitsbereich kommt, wenn einige Mitgliedstaaten die Entwicklung ihrer Gesundheitssysteme nicht zur Priorität machen.

3.4.2. Es besteht auch die Gefahr einer Beeinträchtigung der Gewährleistungsniveaus im sozialen und im Gesundheitsbereich. Es könnte möglicherweise eine Abwanderung von Fachkräften und Patienten in Mitgliedstaaten mit besser organisierten Gesundheitssystemen stattfinden. Dafür gibt es zahlreiche Beispiele; ohne das Prinzip der Freizügigkeit beschneiden zu wollen, sollten die Mitgliedstaaten mit weniger entwickelten bzw. weniger leistungsstarken Gesundheitssystemen entsprechende haushaltspolitische, organisatorische und qualitative Anstrengungen unternehmen, damit eine Art Angleichung ihrer Gesundheitspolitik an das gemeinschaftsweit vorherrschende Niveau gelingt.

3.5. Die Behörden und Träger der Gesundheitssysteme scheinen angesichts der Komplexität dieser Herausforderungen und des finanziellen Drucks überfordert zu sein.

3.5.1. Kein Land der EU kann behaupten, eine Antwort auf diese Probleme gefunden zu haben. Vielmehr müssen alle Mitgliedstaaten gemeinsam das Ziel verfolgen, eine Strategie für das Management und die Einschätzung des Gesundheitsbedarfs auf Grundlage kohärenter Prinzipien und unter Anwendung einer flexiblen Methodik zu entwickeln.

3.5.2. Das Altern der Bevölkerung ist eine unumstößliche Tatsache. Nach Expertenschätzungen führt die Überalterung je nach einzelstaatlicher Situation und der für ältere Menschen verfügbaren Gesundheitsleistungen unweigerlich zu einem jährlichen Anstieg der Gesundheitskosten in Höhe von 0,7 bis 1,5 %. Es müssen geeignete politische Maßnahmen ergriffen werden, um die Gefahr der Invalidität und der Abhängigkeit in dieser Bevölkerungsgruppe anzuzeigen.

3.6. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Produkte wird nach und nach zunehmen und finanziell immer schwerer auf den Gesamtkosten lasten.

Deshalb müssen sich künftige Gesundheitsreformen auf die Prävention, Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit und die Förderung der hausärztlichen Behandlung konzentrieren.

3.6.1. Angesichts derart komplexer und mit hohen Kosten verbundener Probleme organisatorischer und wirtschaftlicher Art muss der Schwerpunkt der Bemühungen auf einer rationelleren Nutzung der Ressourcen und neuen Ansätzen in der Gesundheitsfürsorge liegen. In allen Regionen müssen polyvalente und koordinierte lokale Leistungen gefördert werden. Eine Koordination zwischen Akteuren und Betreibern im Gesundheitsbereich ist erforderlich. Häusliche Pflegedienste — Krankenpflege, Altenpflege, häusliche Betreuung schwerkranker Patienten — sollten zu diesen Prioritäten gehören.

3.6.2. Die herkömmlichen Krankenhausstrukturen müssen reformiert werden. Es sollte ein abgestuftes Spektrum von Leistungen gefördert werden, das vom Allgemeinkrankenhaus bis hin zum speziellen Behandlungsangebot reicht. Hierfür ist eine überregionale und grenzübergreifende Zusammenarbeit unerlässlich. Es laufen bereits Versuchsprojekte, die es zu fördern gilt.

3.6.3. Der Wandel der einzelnen Berufsbilder und die veränderten Anforderungen sind schließlich weitere Aspekte der Entwicklung der Gesundheitssysteme. Vor der Anerkennung neuer medizinischer Fachrichtungen muss eine Rationalisierung der medizinischen Fachbereiche und eine Aufwertung der Heilnebenberufe erfolgen.

3.7. Was das Problem der Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme angeht, so ist zu beachten, dass nach wie vor beträchtliche konzeptuelle, quantitative und qualitative Unterschiede zwischen den Systemen bestehen.

3.7.1. Die Ausarbeitung und Anwendung des Konzepts der Mindestgarantie für Behandlung und Sachleistungen findet allmählich Eingang in die Politik der EU-Mitgliedstaaten.

3.7.2. Folglich wäre ein europäischer Ansatz denkbar, um die Leistungen, Gesundheitsprodukte und Therapiepläne in Verbindung mit den wichtigsten bekannten Krankheiten im Hinblick auf ihre Verbesserung und „gegenseitige Anerkennung“ zu ermitteln. Dies wäre eine Möglichkeit, um der öffentlichen Finanzierung höhere Priorität und den Leistungssystemen mehr Effizienz zu verleihen.

3.7.2.1. Die Notwendigkeit, allen Bürgern umfassenden Zugang zur Gesundheitsfürsorge — einen Sockel an Ansprüchen und Leistungen — zu gewährleisten, würde bedeuten, dass über eine einfache Reform der derzeit von den europäischen Rechtsakten vorgesehenen Mindeststandards hinausgegangen werden muss. Hier steht die Glaubwürdigkeit der Entwicklung der EU, ihre Erweiterung und die Stabilität der einzelstaatlichen Systeme auf dem Spiel.

3.7.3. Eine derartige Methode zur Entscheidung der Frage, welche Kosten übernommen werden sollten, wäre mit dem Solidaritätsprinzip vereinbar und würde verstärkt an die direkte Übernahme von Verantwortung durch die Angehörigen der Heilberufe und Patienten appellieren.

3.7.4. Für weniger vorrangige Gesundheitsleistungen, die nicht unter das Konzept der öffentlichen Gesundheitsfürsorge fallen, könnte man auf Zusatzkrankenversicherungen<sup>(1)</sup> zurückgreifen.

3.8. Unseres Erachtens sollte der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss angesichts der vielfältigen Herausforderungen, mit denen die Gesundheitssysteme konfrontiert sind, die Schaffung eines Instruments zur Beobachtung, Analyse und zum Informationsaustausch über die einzelstaatlichen Gesundheitspolitiken empfehlen. Dieser Ansatz trägt den Grundprinzipien der europäischen Verträge, insbesondere dem der Subsidiarität und der einzelstaatlichen Kompetenz, in vollem Umfang Rechnung. Durch ihn wird die jüngst von der Europäischen Kommission geplante Maßnahme ergänzt.

3.9. Was den Prozess zur Verbesserung der Qualität der Leistungen betrifft, könnte eine Art Leistungsvergleich („Benchmarking“) ins Auge gefasst werden. Aus der Mehrzahl der EU-weit durchgeführten Reformen tritt das Anliegen der Behörden und Träger zutage, die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern zu steigern und Verfahren zur Zulassung und Qualitätszertifizierung von Behandlungen einzuführen.

3.9.1. Dieser Ansatz geht über die konzeptuellen und organisatorischen Unterschiede der einzelstaatlichen Gesundheitssysteme hinaus.

3.9.2. Es wäre denkbar, EU-weit den Einsatz gemeinschaftlicher Instrumente für die Gütekennzeichnung, Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität und die Förderung innovativer Technologien und Behandlungen anhand medizinisch-ökonomischer Kriterien anzuregen.

3.9.3. Ebenso muss die Union in der Lage sein, ihren Bürgern den Zugang zu Gesundheits- und Krankenhausfachzentren zu gewährleisten, die nicht nur das Privileg der reicheren Staaten sein dürfen.

<sup>(1)</sup> Siehe Stellungnahme des EWSA zum Thema „Zusatzkrankenversicherung“ — Abl. C 204 vom 18.7.2000.

#### 4. Politische Verantwortlichkeiten

4.1. Wenn Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme auch in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten fallen, ergeben sich auf EU-Ebene doch drei Fragestellungen:

4.2. Artikel 152 des EG-Vertrags in Bezug auf das Gesundheitswesen garantiert ein hohes Gesundheitsschutzniveau. Dieser Artikel bezieht sich zwar auf das Gesundheitswesen und insbesondere auf sämtliche Fragen der Prävention, hat gesundheitspolitisch gesehen jedoch nur wenig Gewicht.

4.3. Obgleich die Regeln des Binnenmarktes den einzelstaatlichen Politiken die Einhaltung der diesbezüglichen Vorschriften auferlegen, herrschen in den Mitgliedstaaten, die die Vorteile der Freizügigkeit von Personen, Waren und Dienstleistungen in diesem Bereich noch nicht erkannt haben, (häufig gerechtfertigte) Einschränkungen.

4.4. Die Grenzen der Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen und die Auswirkungen der Gesundheitsausgaben auf die öffentlichen Ausgaben der Mitgliedstaaten werden durch den Stabilitäts- und Konvergenzvertrag bestimmt.

#### 5. Vorschläge des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses

5.1. In Anbetracht der Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten zum einen und der EU zum anderen, der angesprochenen Fragen und der Beiträge zahlreicher Akteure schlägt der Europäische Wirtschaftsausschuss eine Reihe von Maßnahmen vor, die auf der Anwendung der Methode der offenen Koordinierung basieren, mit der die genannten Ziele und Grundsätze in Bezug auf die Gesundheitsfürsorge und Langzeitpflege für ältere Menschen festgelegt werden können:

5.1.1. fortlaufender Austausch von Informationen und Erstellung von Übersichten über Maßnahmen, Ziele und Grundsätze aller Mitgliedstaaten der Europäischen Union;

5.1.2. eine aktive und permanente Beschäftigungspolitik: Die demografische Entwicklung macht sich bei den medizinischen Fachkräften bemerkbar, deshalb müssen Initiativen auf lokaler und nationaler Ebene ergriffen werden, um das Angebot zu erhöhen, ohne auf die Nachfrage zu warten. Es besteht insbesondere dringender Bedarf an der endgültigen Fassung der Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Abschlüssen und Qualifikationen;

5.1.3. generelle Förderung der Indikatoren für die Qualität von Gesundheitsleistungen: bewährte Praktiken bei den Verfahren, Zertifizierung des Personals, Zulassung von Anlagen;

5.1.4. Unterstützung einer allgemeinen Informations- und Kommunikationspolitik über bestehende Systeme, vorhandene Strukturen und die derzeit verfolgten Strategien;

5.1.5. Einführung einer europäischen Krankenversicherungskarte, die die Freizügigkeit und die Information über die bestehenden Ansprüche ermöglicht, insbesondere zugunsten stark benachteiligter Bevölkerungsgruppen oder älterer Menschen <sup>(1)</sup>.

5.2. In diesem Fall ist die Anwendung der Methode der offenen Koordinierung für Gesundheitsleistungen noch nicht vorgesehen.

5.2.1. Ihre rasche Einführung ist jedoch eine Notwendigkeit.

Damit könnten folgende Ziele verfolgt werden:

- Modernisierung der einzelstaatlichen Systeme durch die Entwicklung eines Programms von qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen;
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten.

Diese Zusammenarbeit muss die Festlegung gemeinsamer Ziele gestatten, wenn möglich im Bereich der Gesundheitsleistungen und der Pflege älterer Menschen. Diese Ziele sollten dann in einzelstaatliche Aktionspläne einfließen, mit deren Hilfe regelmäßig ein zusammenfassender Bericht erstellt wird.

5.2.2. In diesem Rahmen sollten aussagekräftige Indikatoren zur Beurteilung der befolgten Strategien angewandt werden. Die im Jahr 2001 genannten Herausforderungen — Zugänglichkeit, Qualität und Finanzierbarkeit — müssen Vorhersagen über die demografische Entwicklung, die Zunahme der Zahl älterer Menschen und den schrittweisen Abbau der Arbeitszeit berücksichtigen.

5.2.3. Die Methode der offenen Koordinierung muss — wenn sie korrekt angewendet wird — die Möglichkeit bieten, auf die Auswirkungen des Gemeinschaftsrechts auf die einzelstaatlichen Krankenversicherungssysteme zu reagieren, insbesondere auf Fortschritte im Bereich der Entscheidungen, die der Europäische Gerichtshof tagtäglich zu anhängigen Verfahren fällt.

5.2.4. Die Methode der offenen Koordinierung wird Antworten auf folgende Fragen geben müssen:

- a) Wie könnten die nächsten Etappen dieses Prozesses in Bezug auf die Krankenversicherung aussehen?
- b) Kann ein Austausch von bewährten Verfahren bei der Zulassung, Bewertung oder Verschreibung, die Festlegung von Qualitätsstandards, die Definition der Voraussetzungen für eine Äquivalenz der Qualifikationen und eine gegenseitige Anerkennung von Verfahren in Erwägung gezogen werden?

<sup>(1)</sup> Siehe Mitteilung der Kommission zur Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte — KOM(2003) 73 endg.

- c) Was die Kostenreduzierung betrifft: Welchen Nutzen könnte der Austausch bewährter Praktiken angesichts der Vielfalt der einzelstaatlichen Systeme zeitigen?
- d) Welche Fortschritte wurden im Bereich der Schaffung eines Qualitätsindikators für Strukturen und Verfahren gemacht?
- e) Wie kann die Arzneimittelpolitik dadurch verbessert werden, dass der Innovation und dem notwendigen Zugang der Entwicklungsländer zu lebenswichtigen Arzneimitteln zur Bekämpfung von Krankheiten wie Aids besser Rechnung getragen wird (s. künftige WTO-Beratungen und Umsetzung der Vereinbarung von Doha) und der Verschwendung Einhalt geboten wird?
- f) Eine Koordinierung nationaler Vorschriften im Bereich des grenzüberschreitenden Arzneimittelhandels darf nicht zu einer Absenkung des Distributions- und Beratungsleistungsniveaus in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten führen.

Um die Methode der offenen Koordinierung einzusetzen, sie sichtbar und glaubwürdig zu machen und ihr eine solide

Grundlage zu geben, ist nach Auffassung des Ausschusses eine einfache, flexible und effiziente Struktur notwendig, der eine Reihe von prioritären Aktionen übertragen würde, die in dieser Stellungnahme aufgeführt sind.

## 6. Schlussfolgerung

Der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss beabsichtigt, die gesundheitspolitischen Fragen zum Gegenstand des Handlungsspielraums zu machen, wobei der bestehende politische und rechtliche Rahmen jedoch respektiert werden muss. Der Ausschuss ist der Auffassung, dass auf europäischer Ebene Instrumente entwickelt werden müssen, die jenseits aller Debatten über die Zukunft der einzelstaatlichen Sozialversicherungssysteme auf den kollektiven europäischen Sachverstand zurückgreifen. Der Ausschuss stellt fest, dass es des politischen Willens bedarf, um das Wissen um die Gegebenheiten im Gesundheitsbereich und hervorragende innovative Vorgehensweisen im medizinischen und sozialen Bereich zu fördern. Aus diesem Grund schlägt er die Einsetzung effizienter Gremien vor, um den Bürgern der Europäischen Union das Grundrecht auf eine bessere Gesundheit für alle gewähren zu können.

Brüssel, den 16. Juli 2003.

*Der Präsident*

*des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses*

Roger BRIESCH