EUROPÄISCHE
KOMMISSION

Brüssel, den 4.4.2014
COM(2014) 215 final

MITTEILUNG DER KOMMISSION

zu wirksamen, zugänglichen und belastbaren Gesundheitssystemen

1. Einleitung

Gesundheitssysteme[1] spielen in der modernen Gesellschaft eine zentrale Rolle, da sie dazu dienen, die menschliche Gesundheit zu erhalten und zu verbessern. Gesundheitssysteme sollten nicht nur dafür sorgen, das Leben um Jahre zu verlängern, sondern diese Jahre auch mit mehr Leben zu füllen.

Die Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten der EU sind vielfältig und spiegeln unterschiedliche gesellschaftliche Entscheidungen wider. Trotz unterschiedlicher Organisation und Finanzierung sind sie jedoch auf gemeinsamen Werten aufgebaut, wie der Rat der Gesundheitsminister 2006[2] anerkannt hat: Universalität, Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung, Gleichbehandlung und Solidarität.

Die Gesundheitssysteme in der EU sind zunehmend miteinander verwoben. Das Inkrafttreten der Richtlinie 2011/24[3] war ein wichtiger Schritt für diese verstärkte Verknüpfung. Eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitssystemen sollte im Hinblick auf die zunehmende Mobilität von Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe dazu beitragen, dass die Systeme besser funktionieren.

Im vergangenen Jahrzehnt sahen sich die europäischen Gesundheitssysteme wachsenden gemeinsamen Herausforderungen gegenüber: Die steigenden Kosten der Gesundheitsversorgung und die Bevölkerungsalterung mit gleichzeitigem Anstieg von chronischen Krankheiten und Multimorbidität führten zu einer wachsenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, einem Mangel an oder einer ungleichmäßigen Verteilung von Fachkräften, Ungleichheiten im Gesundheitswesen und Benachteiligungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung.

In den letzten Jahren führte zudem die Wirtschaftskrise zu einer Begrenzung der verfügbaren Finanzmittel, wodurch sich die Schwierigkeiten der Mitgliedstaaten bei der Sicherstellung der Nachhaltigkeit ihrer Gesundheitssysteme verschärften.[4] Dies wiederum beeinträchtigt die Fähigkeit der Mitgliedstaaten, einen allgemeinen Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Gesundheitssysteme müssen belastbar sein, d. h. sie müssen sich erfolgreich an sich wandelnde Rahmenbedingungen anpassen und bedeutende Herausforderungen auch mit begrenzten Ressourcen meistern.

Die zunehmende gegenseitige Abhängigkeit und gemeinsame Herausforderungen verlangen eine engere Zusammenarbeit. Im Jahr 2006 verständigten sich die Mitgliedstaaten im Rahmen der

[1] In dieser Mitteilung werden Gesundheitssysteme als Systeme definiert, deren Ziel es ist, Patienten mit Gesundheitsleistungen – präventiver, diagnostischer, kurativer und palliativer Art – zu versorgen, welche primär auf die Verbesserung der Gesundheit ausgerichtet sind.

[2] Schlussfolgerungen des Rates zu den gemeinsamen Werten und Prinzipien in den Gesundheitssystemen der Europäischen Union (ABl. C 146 vom 22.6.2006, S.1).

[3] Richtlinie 2011/24/EG, ABl. L 88 vom 4.4.2011.

[4] Dies wird auch in den Schlussfolgerungen des Rates zum Ausschuss für Wirtschaftspolitik (WPA) – Europäische Kommission, Gemeinsamer Bericht zu Gesundheitssystemen in der EU (7. Dezember 2010) – hervorgehoben.

offenen Koordinierungsmethode für Sozialschutz und soziale Eingliederung[5] auf gemeinsame Ziele in Bezug auf die Zugänglichkeit, die Qualität und die finanzielle Nachhaltigkeit der gesundheitlichen Versorgung. Im Jahr 2011 hat der Rat der Gesundheitsminister auf EU-Ebene einen Reflexionsprozess eingeleitet, der die Mitgliedstaaten bei der Bereitstellung moderner, bedarfsorientierter und tragfähiger Gesundheitssysteme unterstützen soll.[6] Es wurde anerkannt, dass *„zwar die Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung trotz knapper wirtschaftlicher und sonstiger Ressourcen schon immer ein zentrales Anliegen war, dass das Problem jedoch inzwischen eine Größenordnung und Dringlichkeit erreicht hat, dass es, wenn nichts unternommen wird, zu einem entscheidenden Faktor in der künftigen wirtschaftlichen und sozialen Landschaft der EU werden könnte“*.

Im Dezember 2013 befürwortete der Rat der Gesundheitsminister in seinen Schlussfolgerungen zum „Reflexionsprozess über moderne, bedarfsorientierte und tragfähige Gesundheitssysteme“[7] die erzielten Fortschritte und forderte ein weiteres Tätigwerden in diesem Bereich.

Gemäß dem Jahreswachstumsbericht 2014[8] „besteht jetzt die oberste Priorität darin, Wachstum und Wettbewerbsfähigkeit zu schaffen“, um eine dauerhafte wirtschaftliche Erholung zu erzielen. Mit diesem Ziel vor Augen wird im Jahreswachstumsbericht die Notwendigkeit betont, die Effizienz und finanzielle Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme zu verbessern und ihre Angemessenheit zur Deckung des sozialen Bedarfs und zur Gewährleistung eines grundlegenden sozialen Sicherheitsnetzes zu stärken. Ebenso wird darin die Bedeutung des Gesundheitswesens bei der Bewältigung der sozialen Folgen der Wirtschaftskrise anerkannt und betont, dass das Gesundheitswesen zu den Bereichen zählt, in denen in den nächsten Jahren eine große Zahl von Beschäftigungsmöglichkeiten entstehen wird. Der Bericht enthält außerdem die Empfehlung, Strategien zur aktiven Inklusion zu entwickeln, einschließlich eines breiten Zugangs zu erschwinglichen, leistungsfähigen Dienstleistungen im Gesundheitsbereich.

Bereits im Jahr 2013 wurden diese Aspekte betont, als elf Mitgliedstaaten[9] die Empfehlung erhielten, ihre Gesundheitssysteme im Rahmen des Europäischen Semesters zu reformieren. Diese Empfehlungen bezogen sich mehrheitlich auf die Nachhaltigkeit und Kosteneffizienz der Gesundheitssysteme und forderten Reformen im Krankenhaussektor sowie bei der Preisgestaltung von Gesundheitsdienstleistungen, ambulanten Behandlungen und der medizinischen

[5] Gemeinsame Stellungnahme des Ausschusses für Sozialschutz/des Ausschusses für Wirtschaftspolitik zur Mitteilung der Kommission „Zusammenarbeiten, zusammen mehr erreichen: ein neuer Rahmen für die offene Koordinierung der Sozialschutzpolitik und der Eingliederungspolitik in der Europäischen Union“, die vom Rat (Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz) am 10. März 2006 gebilligt wurde.

[6] Schlussfolgerungen des Rates: Hin zu modernen, bedarfsorientierten und tragfähigen Gesundheitssystemen (6. Juni 2011).

[7] Schlussfolgerungen des Rates zum Reflexionsprozess über moderne, bedarfsorientierte und tragfähige Gesundheitssysteme“ (10. Dezember 2013).

[8] COM(2013) 800.

[9] Bulgarien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Malta, Österreich, Polen, Rumänien, Slowakei, Spanien und Tschechische Republik.

Grundversorgung. Drei Empfehlungen betrafen zudem die Beibehaltung oder Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung.

Abgesehen von ihrem intrinsischen Wert, ist Gesundheit auch eine Voraussetzung für wirtschaftlichen Wohlstand, wie die Kommission in ihrem Arbeitspapier „Investing in Health“ [10], das Teil des Pakets zu Sozialinvestitionen ist, anerkennt. Die Gesundheit der Menschen beeinflusst die Wirtschaftsergebnisse in Bezug auf Produktivität, Arbeitskräfteangebot, Humankapital und öffentlichen Ausgaben. Der Gesundheitssektor ist in erheblichem Maße von Innovation geprägt und hat umfassende wirtschaftliche Auswirkungen: Er macht 10 % des BIP der EU aus. Darüber hinaus umfasst er hochgradig arbeitsintensive Tätigkeiten und ist einer der größten Wirtschaftszweige in der EU: 2010 entfielen auf die Fachkräfte des Gesundheitssektors 8 % aller Arbeitsplätze in der EU.[11]

Aufbauend auf den Erfahrungen und den Tätigkeiten der vergangenen Jahre und mit dem Ziel der Weiterentwicklung von Konzepten auf EU-Ebene ist diese Mitteilung auf Maßnahmen ausgerichtet zur:

1. Stärkung der Wirksamkeit von Gesundheitssystemen
2. Verbesserung der Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung
3. Verbesserung der Belastbarkeit von Gesundheitssystemen

2. Stärkung der Wirksamkeit von Gesundheitssystemen

Wirksamkeit, Sicherheit und Patientenerfahrungen sind zentrale Komponenten einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung; diese wiederum trägt wesentlich zur Leistung der Gesundheitssysteme bei. Während auf EU-Ebene derzeit bereits Arbeiten zur Patientensicherheit stattfinden[12], handelt es sich bei den Patientenerfahrungen um einen Kernbereich, dem künftig noch mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

In dieser Mitteilung steht die Wirksamkeit im Vordergrund – die Fähigkeit von Gesundheitssystemen, positive Ergebnisse im Gesundheitsbereich zu erzielen, d. h. die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.

Die Messung der Wirksamkeit von Gesundheitssystemen wird immer wichtiger, insbesondere da Gesundheitssysteme nicht allein für die Verbesserung unserer Gesundheit maßgeblich sind. Zwar bestehen zwischen den Mitgliedstaaten nach wie vor große Unterschiede bei der Lebenserwartung, generell leben wir jedoch länger und bei besserer Gesundheit als frühere Generationen. Dies ist nicht zuletzt auf die beträchtlichen Errungenschaften im Bereich der öffentlichen Gesundheit und außerhalb des Gesundheitssystems zurückzuführen. Weitere Verbesserungen sind zu erwarten, beispielsweise durch den Rückgang des Tabak- und Alkoholkonsums, eine bessere Ernährung und verstärkte körperliche Aktivität. Es besteht allgemeines Einvernehmen darüber, dass der Beitrag des

[10] COM(2013) 83.

[11] SWD(2012) 93 begleitend zu COM(2012) 173.

[12] Empfehlung des Rates vom 9. Juni 2009 zur Sicherheit der Patienten unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen, ABl. C 151 vom 3.7.2009.

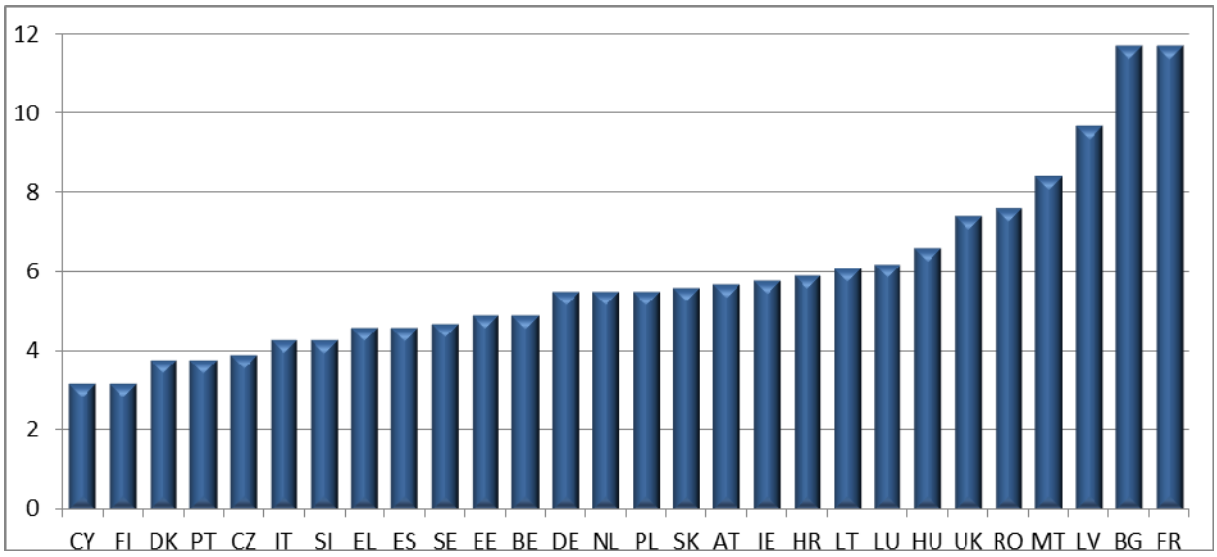
Gesundheitssektors zur Gesundheit der Bevölkerung in den letzten fünfzig bis sechzig Jahren in erheblichem Maße gestiegen ist.

Die Erhebung von Daten für einen Vergleich der Wirksamkeit von Gesundheitssystemen befindet sich noch in der Anfangsphase. Die nachstehenden Beispiele stammen aus Bereichen, in denen der Beitrag des Gesundheitssystems zur Verbesserung der Gesundheit besonders deutlich ist und anhand EU-weiter Indikatoren aufgezeigt werden kann (Perinatalsterblichkeit, vermeidbare Sterblichkeit, durch Impfung vermeidbare Krankheiten und Krebsvorsorge). Beim Vergleich der Daten treten große Unterschiede zwischen den EU-Mitgliedstaaten zutage.

Perinatalsterblichkeit

Die Perinatalsterblichkeit wird berechnet als Summe der Totgeborenenziffer (nach der 28. Schwangerschaftswoche) und der Frühneonatalsterbeziffer (innerhalb von sieben Tagen nach der Geburt). Im Gegensatz zur Säuglingssterblichkeit[13] wird die Perinatalsterblichkeit weniger mit sozioökonomischen Faktoren in Verbindung gebracht und ist damit ein zuverlässigerer Indikator für die Wirksamkeit eines Gesundheitssystems.

Abbildung 1: Perinatalsterblichkeitsraten pro 1 000 Geburten insgesamt (2011 oder jüngste verfügbare Daten)



Datenquelle: Eurostat-Datenbank, Projekt EURO-PERISTAT (von Bediensteten der Kommission entwickelt)

Die perinatale Sterblichkeitsrate ist in den letzten fünf Jahren in den meisten Mitgliedstaaten zurückgegangen, in manchen Ländern hat sie in diesem Zeitraum jedoch einen Anstieg verzeichnet.

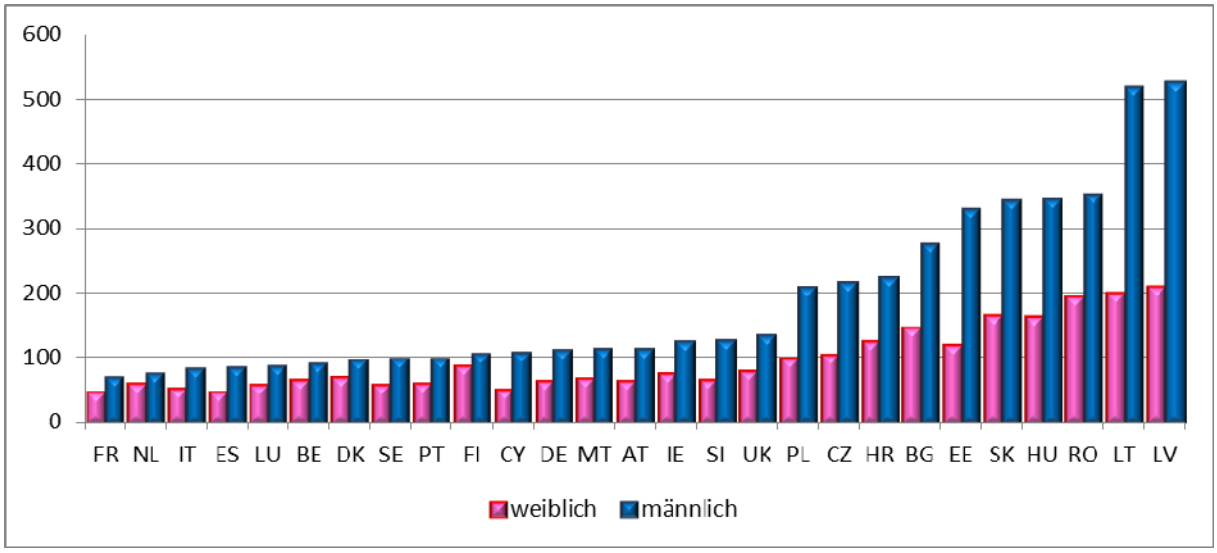
Vermeidbare Sterblichkeit

Die vermeidbare Sterblichkeit wird definiert als die Zahl der vorzeitigen Todesfälle, die normalerweise nicht auftreten würden, wenn eine zeitgerechte und wirksame Gesundheitsversorgung geleistet wird. Diese Zahl ist ein ganz wesentlicher Indikator, um den Beitrag

[13] Die Säuglingssterbeziffer wird als Verhältnis der Todesfälle der unter Einjährigen pro 1 000 Lebendgeburten berechnet.

eines Gesundheitssystems zum Gesundheitszustand der Bevölkerung zu bestimmen.[14] Die vermeidbare Sterblichkeit setzt sich aus den standardisierten Sterblichkeitsraten für eine ausgewählte Gruppe von Krankheiten zusammen, bei denen von einer unmittelbaren Auswirkung der Gesundheitsversorgung ausgegangen wird.

Abbildung 2: Vermeidbare Sterblichkeit, standardisierte Sterbeziffern pro 100 000 Einwohner – 2010



Datenquelle: Eurostat (für Griechenland liegen keine Daten vor)

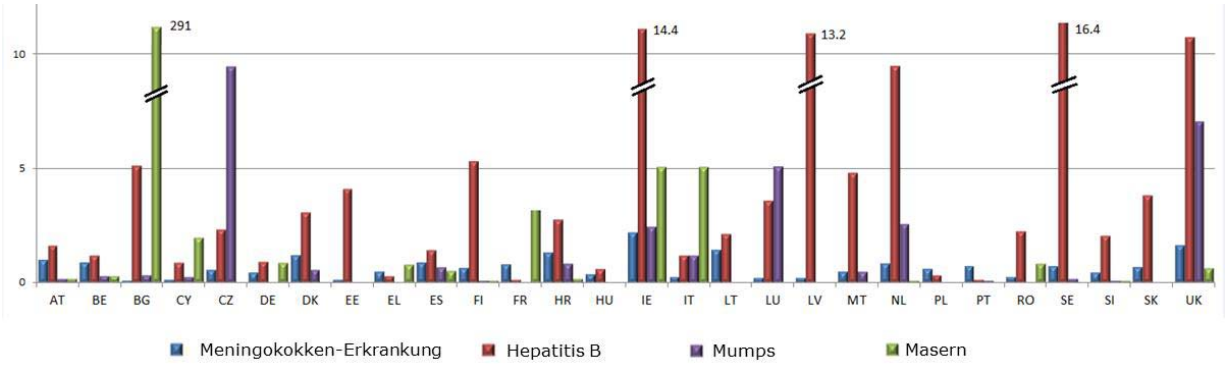
Praktisch allen Mitgliedstaaten ist es gelungen, die Rate der vermeidbaren Sterblichkeit zwischen 2000 und 2010 zu verringern, es waren jedoch unterschiedlich starke Rückgänge zu verzeichnen.

Übertragbare Krankheiten

Die Inzidenz bestimmter übertragbarer Krankheiten hängt direkt von der Bereitstellung geeigneter Gesundheitsdienstleistungen ab: Impfkampagnen haben die Inzidenz von Krankheiten, die durch Impfung vermeidbar sind, erheblich reduziert (in manchen Ländern gibt es jedoch beunruhigende Anzeichen rückläufiger Impfraten).

[14] Beim Vergleich der Raten vermeidbarer Sterblichkeit muss die Krankheitsinzidenz berücksichtigt werden und nicht lediglich die Zahle der Sterbefälle aufgrund der betreffenden Krankheiten. Die Verfügbarkeit vergleichbarer Daten ist jedoch nicht gewährleistet.

Abbildung 3: Inzidenz durch Impfung vermeidbarer Krankheiten – bestätigte Fälle pro 100 000 Einwohner – 2011



Datenquelle: Epidemiologischer Jahresbericht des ECDC 2012

Selbst bei Berücksichtigung nur weniger durch Impfung vermeidbarer Krankheiten (Meningokokken-Erkrankung, Hepatitis B, Mumps und Masern) sind bezüglich der Inzidenzraten in den Mitgliedstaaten erhebliche Unterschiede festzustellen.

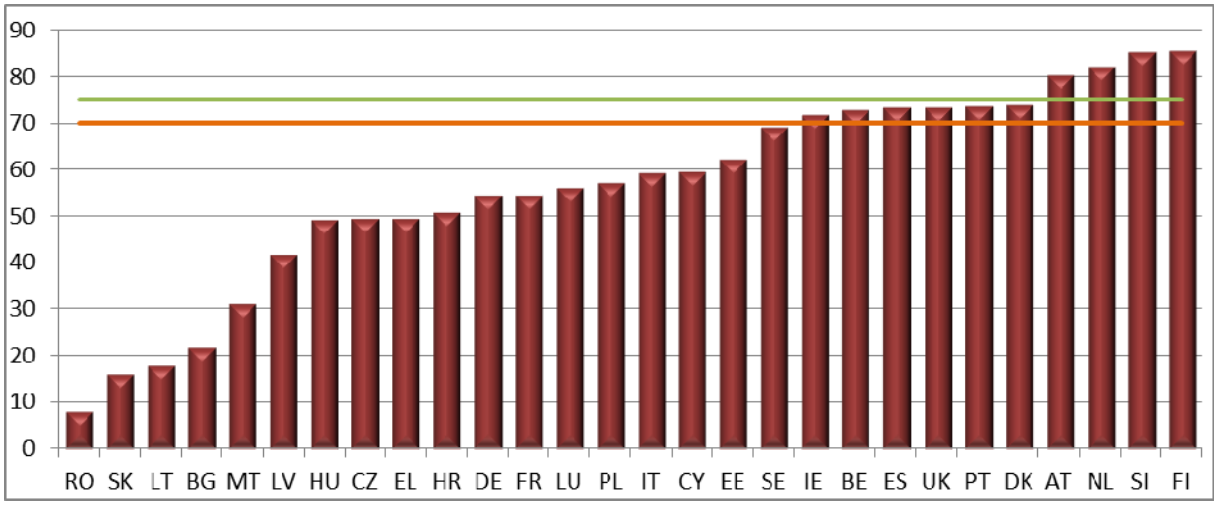
Krebsvorsorge

Die Früherkennung von Kolorektal-, Gebärmutterhals- und Brustkrebs im Rahmen organisierter bevölkerungsweiter Vorsorgeprogramme ist ein nützlicher Indikator für die Wirksamkeit von Gesundheitssystemen, was den Umgang mit Risikosektoren anbelangt. Der Rat hat die Durchführung dieser Programme im Einklang mit den europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung empfohlen.[15]

Im Bereich Brustkrebs wurden die größten Fortschritte erzielt. Die einzelstaatlichen Vorsorgeprogramme entsprechen in der Regel den EU-Leitlinien, was die Bestimmung der zu erreichenden Altersgruppen (Frauen im Alter von 50-69 Jahren) sowie die empfohlenen Zeitabstände zwischen Mammografie-Screenings betrifft. Die in den europäischen Leitlinien festgelegte wünschenswerte Zielquote für Screenings von mindestens 75 % der in Betracht kommenden Frauen (und eine hinnehmbare Quote von 70 %) wurde 2010 jedoch nur in wenigen Mitgliedstaaten erreicht.

[15] Empfehlung des Rates vom 2. Dezember 2003 zur Krebsfrüherkennung, ABl. L 327 vom 16.12.2003. Siehe auch die Europäischen Leitlinien für Qualitätssicherung in der Darmkrebsvorsorge und -erkennung, bei der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs sowie bei der Brustkrebsfrüherkennung und -diagnose.

Abbildung 4: Brustkrebsvorsorge – % der untersuchten Frauen im Alter von 50-69 Jahren



Datenquelle: OECD Gesundheit auf einen Blick – Europa 2012, nationale Statistiken

Wichtigste Ergebnisse

Anhand dieser spezifischen Indikatoren können erste Überlegungen angestellt werden, sie sind jedoch nicht repräsentativ genug, um als Grundlage für eine umfassende Bewertung der Gesundheitssysteme zu dienen. Diese Indikatoren lassen auf große Unterschiede zwischen den EU-Mitgliedstaaten schließen und zeigen gleichzeitig, dass Ergebnisse im Gesundheitsbereich vielschichtig und schwer zu definieren sind. Generell ist die Bewertung der Wirksamkeit von Gesundheitssystemen ein komplizierter Prozess: Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge zeigen ihre Wirkung unter Umständen erst viel später, und die Zusammenstellung vergleichbarer und zuverlässiger Daten stellt eine Herausforderung dar. An einer Verbesserung dieser Situation wird jedoch gearbeitet.

Die Kommission hat die Entwicklung der europäischen Gesundheitsindikatoren (ECHI) unterstützt. Dabei handelt es sich um eine Reihe von Indikatoren zur Überwachung der Gesundheit der Bevölkerung und der Leistung von Gesundheitssystemen. Zudem wurden mehrere Berichte veröffentlicht, in denen die europäischen Gesundheitssysteme bewertet werden. Besonders wertvolle Beispiele sind der 2010 veröffentlichte gemeinsame Bericht über Gesundheitssysteme des wirtschaftspolitischen Ausschusses und der Europäischen Kommission sowie die Reihe „Gesundheit auf einen Blick – Europa“, die von der OECD und der Kommission veröffentlicht wird.

2013 wurde ein weiterer wichtiger Schritt unternommen: Der Ausschuss für Sozialschutz entwickelte einen gemeinsamen Bewertungsrahmen für Gesundheit, der als Screening-Instrument der ersten Stufe dienen sollte, um mögliche Schwachstellen in den Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten aufzudecken. Dieser Bewertungsrahmen trägt wesentlich zur vergleichenden Bewertung der Leistung der Gesundheitssysteme bei, wobei allerdings die Verfügbarkeit von Daten auf EU-Ebene zu berücksichtigen ist. Ferner wurden über die Rahmenprogramme für Forschung und technologische

Entwicklung mehrere Projekte gefördert, die auf die Entwicklung von Indikatoren und Methoden zur Leistungsbewertung von Gesundheitssystemen abzielen.[16]

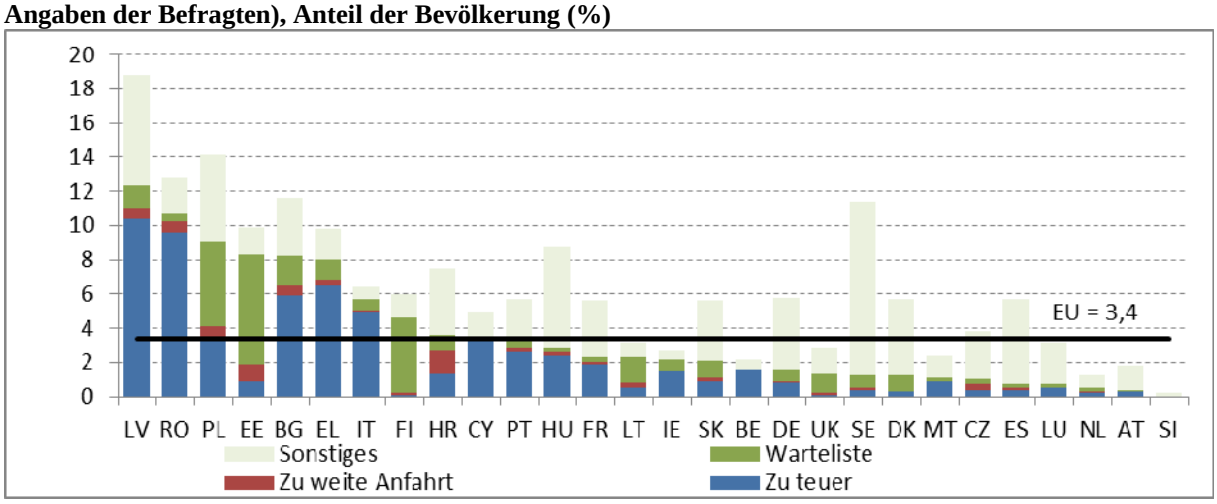
3. Verbesserung der Zugänglichkeit von Gesundheitssystemen

Gesundheitssysteme müssen zugänglich sein. Dies ist einer der Grundsätze der Europäischen Sozialcharta[17], in der die Bedeutung transparenter Kriterien für den Zugang zu medizinischer Versorgung unterstrichen wird, sowie die Verpflichtung der Mitgliedstaaten, über eine angemessene Gesundheitsversorgung zu verfügen, in der nicht Teile der Bevölkerung von Gesundheitsleistungen ausgeschlossen werden.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist jedoch schwer zu messen, und es gibt keine EU-weite detaillierte Methodik, diesen zu überwachen und bewährte Verfahren zu fördern. Dies wäre ein wichtiger Schritt hin zur Verringerung der Ungleichheiten im Gesundheitswesen.[18]

Ein häufig verwendeter Indikator sind die Unterschiede in der EU, was die Anzahl der Einwohner betrifft, die auf die Zugänglichkeit des Gesundheitssystems zurückzuführende Schwierigkeiten beim Zugang zu medizinischer Versorgung melden[19]: Wartezeiten, Anfahrtsweg und Selbstbeteiligung. Diese Feststellungen beruhen jedoch auf von den Befragten angegebenen persönlichen Bedürfnissen und können daher beim Ländervergleich kulturbedingte Verzerrungen aufweisen.

Abbildung 5: Nach Gründen aufgeschlüsselter ungedeckter Bedarf an ärztlichen Untersuchungen (eigene Angaben der Befragten), Anteil der Bevölkerung (%)



Quelle: Eurostat, Statistiken über Einkommen und Lebensbedingungen 2012 (Daten von 2011 für AT und IE)

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ergibt sich aus dem Zusammenspiel verschiedener Faktoren: der Reichweite des Gesundheitssystems (wer hat Anspruch auf Gesundheitsversorgung), der Erfassungstiefe (worauf haben die Bürgerinnen und Bürger Anspruch) sowie der Erschwinglichkeit

[16] Siehe beispielsweise die Projekte ECHO (http://www.echo-health.eu), Eurohope (http://www.eurohope.info) und EuroREACH (http://www.euroreach.net).

[17] Revidierte Europäische Sozialcharta, Straßburg, 3. Mai 1996.

[18] KOM(2009) 567.

[19] Es ist zu beachten, dass sich die Angabe „Sonstiges“ in dieser Erhebung auf Gründe bezieht, die nicht im Zusammenhang mit dem örtlichen Gesundheitssystem stehen, z. B. „keine Zeit“, „Angst vor Ärzten“ usw.

und der Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen. Der Zugang zu medizinischer Versorgung steht außerdem unter dem unmittelbaren Einfluss der im Rahmen der Gesundheitssysteme verwendeten Organisations- und Verwaltungsmodelle. Dieser Zugang kann Patienten schwieriger erscheinen, wenn die Gesundheitssysteme komplex und wenig transparent sind.



Erreichte Bevölkerung

Gesundheitsdienstleistungen werden in nahezu allen Mitgliedstaaten der EU überwiegend aus öffentlichen Quellen finanziert. Die Reichweite der Gesundheitsversorgung ist universal oder beinahe universal in allen Mitgliedstaaten. Allerdings sind einige Menschen aus benachteiligten Verhältnissen von einer angemessenen Gesundheitsversorgung nach wie vor ausgeschlossen.

Erfassungstiefe

Bezüglich der staatlich finanzierten Gesundheitsleistungen gibt es Unterschiede zwischen den nationalen Gesundheitssystemen. Zum Beispiel werden zahnärztliche Behandlungen, Augenbehandlungen und manche technisch hochmodernen Behandlungen nur in einigen Mitgliedstaaten abgedeckt. In mehreren Mitgliedstaaten gibt es keine ausdrückliche Definition staatlich finanzierter Behandlungen. Dies erschwert den Vergleich und die Analyse und somit die Einigung über einen Mindest- oder optimalen Umfang an Gesundheitsleistungen.

Erschwinglichkeit

Von den Bürgern wird oft ein finanzieller Beitrag zu den benötigten Dienstleistungen verlangt, in Form einer Kostenteilung oder von Zuzahlungen. Dies kann dazu beitragen, dass Gesundheitsleistungen verantwortungsbewusst in Anspruch genommen werden. Gleichzeitig sollten diese Zuzahlungen aber kein Hindernis darstellen oder Menschen davon abhalten, die benötigte Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen. Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, die auf die Förderung einer rationelleren Nutzung von Gesundheitsdiensten abzielen, sollten den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung nicht über Gebühr einschränken.

Verfügbarkeit (Arbeitskräfte im Gesundheitswesen, Entfernung vom Ort der Versorgungsleistung, Wartezeiten)

Der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen sollte für die Patienten zumutbar sein, d. h. sie sollten nicht zu weit reisen oder zu lange warten müssen, um die benötigten Leistungen in Anspruch nehmen zu können. In ländlichen und entlegenen Gebieten ist dies eine besonders große Herausforderung.

Probleme im Zusammenhang mit der Entfernung könnten durch stärker integrierte Pflegemodelle überwunden werden, bei denen der Kontakt zwischen den Patienten und dem Gesundheitssystem verbessert und stärker auf Online-Gesundheitsdienste zurückgegriffen wird.

Es gibt keine EU-weite Regelung, wie Wartezeiten zu erfassen sind, obwohl es sich dabei um ein wichtiges Konzept der Verordnung Nr. 883/04[20] und der Richtlinie 2011/24 handelt. Dies könnte sich ändern, da die Richtlinie 2011/24 den Gesundheitssystemen eine höhere Rechenschaftspflicht für den Zugang zu Versorgungsleistungen auferlegt, indem der Begriff „unverzüglich" in Bezug auf die Wartezeiten für eine Behandlung transparenter ausgelegt wird.

Eine alternde Bevölkerung und die Zunahme multipler chronischer Krankheiten erfordern unterschiedliche Qualifikationskombinationen; dies hat Auswirkungen auf den Inhalt medizinischer Schulungsprogramme. Die Trennung zwischen den einzelnen Berufen wird durch die Schaffung multidisziplinärer Teams vermutlich weniger starr werden. Die Nachfrage nach Fertigkeiten und Kompetenzen ist im Gesundheitsbereich einem ständigen Wandel unterworfen, und die Weiterentwicklung von Aufgaben und Berufen ist wahrscheinlich, um die Bedürfnisse der Bevölkerung decken zu können. Angesichts der hohen Raten des Bewegungsmangels in der EU und der damit verbundenen gesundheitlichen Risikofaktoren spielen Fachkräfte des Gesundheitswesens beispielsweise eine wesentliche Rolle dabei, Patienten zum Stellenwert körperlicher Aktivität zu beraten, und arbeiten mit anderen Branchen wie dem Sportsektor zusammen.[21]

Um diesen Entwicklungen vorzugreifen, muss bei der Planung von Ausbildungen im Gesundheitsbereich intelligenter vorgegangen, schneller reagiert und die Lage verbessert werden, um Studierende in die Fachrichtungen zu locken, die am dringendsten benötigt werden.

Außerdem zeigt die Realität, dass Arzneimitteln größere Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte, da der Anteil privater Ausgaben für Arzneimittel deutlich höher ist als bei anderen Arten öffentlich finanzierter Gesundheitsleistungen.

Nationale Entscheidungen über Preisgestaltung und Erstattung wirken sich direkt und indirekt auf den Zugang zu Arzneimitteln in der EU aus: Innovative Produkte sind nicht immer in allen Mitgliedstaaten gleichzeitig und in manchen Ländern überhaupt nicht verfügbar.

Einen ersten Schritt, um dies zu verbessern, stellt der Prozess zum Thema Verantwortung der Unternehmen im Bereich Arzneimittel dar, bei dem zu Gesprächen zwischen für die Preisgestaltung und Kostenerstattung zuständigen Behörden und anderen interessierten Akteuren angeregt und ein transparenter Informationsaustausch zu der Frage, wie ein besserer Zugang zu Arzneimitteln erreicht werden kann, unterstützt wurde.

[20] Verordnung (EG) Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 166 vom 30.4.2004.

[21] Empfehlung des Rates vom 26. November 2013 zur sektorübergreifenden Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität, ABl. C 354 vom 4.12.2013.

4. Verbesserung der Belastbarkeit von Gesundheitssystemen

Moderne Gesundheitssysteme müssen dauerhaft zugänglich und wirksam sein und gleichzeitig auf eine langfristige Nachhaltigkeit abzielen. Dafür ist ihre finanzielle Tragfähigkeit erforderlich. Die Kommission unterstützt die Mitgliedstaaten in diesem Bereich, indem sie Analysen und Prognosen bereitstellt und im Rahmen des Europäischen Semesters Empfehlungen für Reformen ausspricht.

Gesundheitssysteme sollten auch nichtfinanziellen Faktoren Rechnung tragen. Sie müssen in der Lage sein, sich wirksam an sich ändernde Gegebenheiten anzupassen und innovative Lösungen hervorzubringen und anzuwenden, um große Herausforderungen — den Mangel an Fachwissen/Ressourcen in bestimmten Bereichen, unerwartete Nachfrageschübe (z. B. aufgrund von Epidemien) usw. — mit begrenzten Ressourcen zu meistern. Mit anderen Worten, sie müssen Belastbarkeit schaffen und diese erhalten.

Die EU-Gesundheitssysteme haben die Wirtschaftskrise nicht alle gleich gut gemeistert, und einige Länder mussten in sehr kurzer Zeit umfassende und bisweilen schmerzhafte Reformen umsetzen. Aufbauend auf den Erfahrungen der jüngsten Reformen hat die Kommission die folgenden Belastbarkeitsfaktoren ermittelt, mit deren Hilfe einige Gesundheitssysteme zugängliche und wirksame Gesundheitsleistungen für ihre Bevölkerung aufrechterhalten konnten.



Stabile Finanzierungsmechanismen

Eine stabile Finanzierung ermöglicht die wirksame Planung von Investitionen und die reibungslose Kontinuität der Leistungen bei der Organisation und Verwaltung der Gesundheitsversorgung. Gesundheitssysteme, deren Finanzierung auf weniger stabilen Einnahmequellen beruht, sind anfälliger gegenüber externen Schocks; z. B. sind überwiegend auf der Grundlage beschäftigungsbezogener Beiträge finanzierte Systeme wesentlich stärker den Folgen eines Anstiegs

der Arbeitslosigkeit ausgesetzt. Reserven oder andere antizyklische Formeln für die Übertragung öffentlicher Mittel können dazu beitragen, die Finanzierungsstabilität sicherzustellen.

Solide Methoden der Risikoanpassung

Ein kohärentes System der Risikoanpassung und Risikobündelung ist ein wichtiges Instrument, um zu gewährleisten, dass Mittel dem Bedarf entsprechend eingesetzt werden. Erheben beispielsweise mehrere Krankenversicherungsunternehmen Sozialbeiträge oder Versicherungsprämien, so wird ein Risikoanpassungs-/Risikoausgleichsmechanismus verwendet, um die Anzahl, die Alters- und Geschlechterstrukturen sowie einen Näherungswert der Sterblichkeitsraten der in den einzelnen Fonds versicherten Personen zu berücksichtigen. Damit soll die Auswahl und Diskriminierung von Patienten vermieden und eine bedarfsgerechte Finanzierung gewährleistet werden.

Verantwortungsvolle Verwaltung

Verantwortungsvolles Verwaltungshandeln steht für klar definierte Zuständigkeiten im Gesundheitssystem und seinen wichtigsten Komponenten, gepaart mit einem starken Management, soliden Mechanismen der Rechenschaftspflicht und einer klaren Organisationsstruktur. Auf diese Weise können die Systeme rasch an neue Ziele und Prioritäten angepasst werden und sind besser in der Lage, durch Ermittlung und Ergreifen der zur Förderung intelligenter Investitionsentscheidungen erforderlichen Maßnahmen große Herausforderungen zu bewältigen.

Informationsfluss im System

Mit einer fundierten Kenntnis der Stärken und Schwächen sowie der Fähigkeit, Informationen – auch auf der Ebene einzelner Patienten oder Gesundheitsdienstleister – zu überwachen, sind Manager von Gesundheitssystemen in der Lage, maßgeschneiderte, auf Fakten beruhende Entscheidungen in bestimmten Teilsektoren zu treffen.

Durch Online-Gesundheitsdienste (E-Health) lassen sich Informations- und Wissenssysteme leichter auf- und ausbauen. Darüber hinaus ermöglicht E-Health eine stärker personalisierte Gesundheitsversorgung, die gezielter, wirksamer und effizienter ist und dazu beiträgt, Fehler zu vermeiden und die Krankenhausverweildauer zu reduzieren.

Angemessene Berechnung der Kosten von Gesundheitsdiensten

Um die Komplexität der Entwicklung von Ausgaben hin zu Ergebnissen zu verstehen, müssen folgende Fragen beantwortet werden: in welcher Weise entsprechen Kosten personellen und materiellen Ressourcen; wie tragen Ressourcen zu Behandlungen bei (z. B. chirurgische Eingriffe, Diagnosetests); wie werden einzelne Tätigkeiten medizinischen Interventionen zugeordnet, und schließlich wie wirken sich diese Interventionen auf die Gesundheit aus?

Die Evaluierung der Gesundheitstechnologie ist eine zentrale Voraussetzung dafür, dass die Wirksamkeit der Interventionen und die ordnungsgemäße Berechnung der Kosten von Leistungen anhand einer gemeinsamen Methode beurteilt werden und dass die Entscheidungsträger Ressourcen möglichst effizient zuteilen können.

Die Fähigkeit, die Kosten für Gesundheitsleistungen richtig zu berechnen, ist nicht nur im Hinblick auf die Ausgabenkontrolle erforderlich, sondern auch eine Voraussetzung für wirksame Entscheidungen über Investitionen und Prioritäten.

Arbeitskräfte mit geeigneten Qualifikationen und Kompetenzen

Wenn es gilt, innovative Lösungen durch organisatorische und technologische Veränderungen zu finden, werden hoch qualifizierte und motivierte Arbeitskräfte im Gesundheitswesen mit den geeigneten Qualifikationen und Kompetenzen benötigt. Eine effiziente Anreizstruktur ist unerlässlich, um die Leistung dieser Arbeitskräfte zu verbessern und sicherzustellen, dass der Schwerpunkt auf der direkten Bereitstellung der Gesundheitsversorgung liegt.

5. Eine EU-Agenda für wirksame, zugängliche und belastbare Gesundheitssysteme

Die vorrangige Verantwortung für die Gesundheitssysteme liegt bei den Mitgliedstaaten. Die EU hat eine Reihe von Maßnahmen zur Unterstützung der Mitgliedstaaten ergriffen, insbesondere die Bereitstellung von Leitlinien sowie Überwachungs- und Bewertungsinstrumenten.

Die Kommission hat ein unabhängiges Expertengremium für Beratungen zu Gesundheitsinvestitionen eingerichtet.[22] Dieses Gremium legt der Kommission Analysen und Empfehlungen zu einer Reihe von Fragen vor, die in dieser Mitteilung erörtert werden.

Unterstützung der verbesserten Wirksamkeit von Gesundheitssystemen

Bewertung der Leistung von Gesundheitssystemen

Der Rat der Gesundheitsminister hat die Mitgliedstaaten aufgefordert, Politikgestaltung, Rechenschaftspflicht und Transparenz an einer Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme auszurichten, und die Kommission wurde gebeten, die Mitgliedstaaten bei diesem Unterfangen zu unterstützen.

Als Reaktion auf diese Aufforderung werden gemeinsame Arbeiten zur Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme den Mitgliedstaaten Instrumente und Methoden an die Hand geben. Diese Arbeiten umfassen Folgendes:

- Aufbauen auf EU-geförderter Forschung zu Maßnahmen und Indikatoren für die Leistungsbewertung;
- Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Auswahl prioritärer Bereiche für die Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme auf nationaler und EU-Ebene;
- Entwicklung eines maßgeschneiderten Meldesystems und

[22] Beschluss der Kommission vom 5. Juli 2012 zur Einsetzung eines multisektoralen und unabhängigen Expertengremiums für die Beratung über wirksame Gesundheitsinvestitionen, ABl. C 198 vom 6.7.2012.

- Intensivierung der Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen, insbesondere mit der OECD und der Weltgesundheitsorganisation.

Diese Zusammenarbeit könnte auch ein gezielteres Vorgehen auf EU-Ebene zur Verringerung der Ungleichheiten ermöglichen, indem den Mitgliedstaaten, deren Leistung unter dem EU-Durchschnitt liegt, geholfen wird, ihre Lage zu verbessern. Darüber hinaus könnte es sich als nützlich erweisen, den Mitgliedstaaten dabei zu helfen, die in der Richtlinie 2011/24 verankerten Anforderungen hinsichtlich der Informationen zu Qualität und Sicherheit zu erfüllen.

Qualität der Gesundheitsleistungen, einschließlich Patientensicherheit

Im Frühjahr 2014 will die Kommission ihren zweiten Bericht über die Umsetzung der Empfehlung des Rates zur Patientensicherheit vorlegen.[23] Auf der Grundlage der Ergebnisse dieses Berichts will die Kommission Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der Patientensicherheit sowie zur Verringerung ungerechtfertigter Unterschiede zwischen und innerhalb der Mitgliedstaaten erörtern.

Die Ergebnisse der jüngsten öffentlichen Anhörung zu Patientensicherheit und Qualität der Gesundheitsleistungen zeigen, dass ein hohes Interesse an der Entwicklung einer umfassenderen EU-Agenda zur Bewältigung der Probleme, die die Qualität der Gesundheitsversorgung beeinträchtigen, besteht. Die Kommission beabsichtigt, dieses Thema in geeigneter Weise weiterzuverfolgen.

Integration von Gesundheitsleistungen

Die Integration von Gesundheitsleistungen sollte sowohl zwischen den unterschiedlichen Ebenen der Gesundheitsversorgung (medizinische Grundversorgung, Krankenhausversorgung usw.) als auch zwischen der Gesundheits- und der Sozialfürsorge stattfinden, insbesondere in Bezug auf ältere Menschen oder Menschen mit chronischen Krankheiten.

Die in den Mitgliedstaaten durchgeführten Reformen, die die Abhängigkeit der Gesundheitssysteme von stationärer Pflege durch eine bessere Integration von Gesundheitsleistungen verringern sollen, bieten eine Möglichkeit, Lernerfahrungen in Schlüsselbereichen auszutauschen und die folgenden Fragen zu beantworten:

- Welche Patienten können besser oder genauso gut außerhalb des Krankenhauses behandelt werden?

- Wie können vermeidbare Krankenhausaufenthalte erfolgreich reduziert werden?

Die Expertengruppe für Investitionen in die Gesundheit hat einen Bericht über die Primärversorgung und die Integration von Gesundheitsleistungen veröffentlicht, zu dem die Kommission eine öffentliche Konsultation eingeleitet hat, in deren Rahmen neue Bereiche für weitere Überlegungen ermittelt werden sollen.

Verbesserung der Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung

Die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen in Europa

[23] Der erste Bericht wurde 2012 veröffentlicht: COM(2012) 658.

Erhebliche Lücken wurden bezüglich der Fähigkeit der Mitgliedstaaten festgestellt, für den künftigen Bedarf an Arbeitskräften im Gesundheitswesen zu planen; dies betrifft sowohl die Gesamtzahl als auch die erforderlichen Qualifikationskombinationen, um den zu erwartenden Bedarf an Gesundheitsleistungen zu decken.

Die Ergebnisse des Aktionsplans für Fachkräfte im Gesundheitswesen[24] werden dazu beitragen, den künftigen Qualifikationsbedarf besser vorherzusagen, und wichtige Erkenntnisse liefern, um künftige Generationen von Fachkräften im Gesundheitswesen mit den richtigen Kompetenzen auszustatten. Darüber hinaus kann eine verbesserte Verfügbarkeit von Daten und somit die Stärkung nationaler Planungssysteme auch dazu beitragen, die Herausforderungen in Bezug auf die Mobilität von Arbeitskräften zu bewältigen und Lösungen zu finden, die dem Recht auf Freizügigkeit in der EU Rechnung tragen.

Aus der Planung des Arbeitskräftebedarfs im Gesundheitswesen sollten nachhaltige Lösungen auf EU-Ebene hervorgehen, damit in ausreichender Zahl angemessen geschulte Arbeitskräfte mit den richtigen Kompetenzen zur Verfügung stehen und so Gesundheitsleistungen für alle, die diese benötigen, erbracht werden können. Um einen künftigen Arbeitskräftemangel und Diskrepanzen zwischen Qualifikationsangebot und -nachfrage zu vermeiden, beabsichtigt die Kommission, mit den Mitgliedstaaten bei der Entwicklung von Empfehlungen, gemeinsamen Instrumenten, Indikatoren und Leitlinien weiterhin zusammenzuarbeiten und die EU-Unterstützung für die Planung in den Mitgliedstaaten zu verstärken.

Kosteneffizienter Einsatz von Arzneimitteln

Die EU braucht eine wettbewerbsfähige pharmazeutische Industrie. Vor diesem Hintergrund sollten die Mitgliedstaaten und die Kommission weiter darüber nachdenken, wie das politische Ziel einer für alle EU-Bürger zugänglichen Gesundheitsversorgung mit der Notwendigkeit der Kostenkontrolle in Einklang gebracht werden kann. Dabei sollte erwogen werden, beim Aufbau von Mechanismen für bessere Transparenz verstärkt zusammenzuarbeiten und Maßnahmen zur Geringhaltung unbeabsichtigter Wirkungen, die die derzeitigen nationalen Preisgestaltungssysteme auf die Zugänglichkeit in der gesamten EU haben könnten, besser aufeinander abzustimmen.

Optimale Umsetzung der Richtlinie 2011/24

Die Richtlinie 2011/24 erweitert die Auswahl der Patienten an Gesundheitsleistungen und hilft ihnen, unnötige Verzögerungen bei den benötigten Behandlungen zu vermeiden. Die Richtlinie wird die Transparenz verbessern, indem sie die Mitgliedstaaten zur Einrichtung nationaler Kontaktstellen verpflichtet, die den Bürgern Informationen zur Verfügung stellen sollen, unter anderem über ihre Rechte und Ansprüche, die Patientensicherheit und die Qualität der Normen für die medizinische Versorgung . Außerdem wird darin ein besseres Verständnis von Leistungskatalogen in der Gesundheitsversorgung gefordert. Die Mitgliedstaaten sollten dafür sorgen, dass alle Bestimmungen der Richtlinie ordnungsgemäß umgesetzt werden. Die Kommission wird aufmerksam verfolgen, wie das Konzept „unverzüglich“ in den Mitgliedstaaten angewendet wird.

[24] SWD(2012) 93 begleitend zu KOM(2012) 173.

Referenznetze werden die Zusammenarbeit zwischen hoch spezialisierten Anbietern in allen Mitgliedstaaten fördern und so Patienten mit Erkrankungen mit niedriger Prävalenz, komplizierten oder seltenen Erkrankungen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung verschaffen. Die Kommission beabsichtigt, Aufforderungen zur Interessenbekundung an einer Mitgliedschaft in europäischen Referenznetzen zu veröffentlichen. Zu einer solchen Mitgliedschaft würde es gehören, Schulungen für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen und Unterstützung bei der Festlegung einheitlicher Qualitätssicherungsanforderungen anzubieten.

Verbesserung der Belastbarkeit von Gesundheitssystemen

Es besteht ein dringender Bedarf, die Belastbarkeitsfaktoren für Gesundheitssysteme sowie die Wege, diese aufzubauen, weiter zu untersuchen. Die Mitgliedstaaten sollten auf der Grundlage ihrer jeweiligen nationalen Erfahrungen bessere Methoden zur Analyse dieser Faktoren entwickeln. Ergänzt werden sollte dies durch die Arbeit der EU zum Austausch bewährter Verfahren und zur Ausarbeitung politischer Maßnahmen. Die folgenden Konzepte werden zur Verbesserung der Belastbarkeit der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union beitragen.

Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitswesen (Health technology assessment, HTA)

HTA ist ein wissenschaftlicher Ansatz zur Bewertung der relativen Auswirkungen einer bestimmten Gesundheitstechnologie auf einen Gesundheitszustand, indem beispielsweise folgende Fragen beantwortet werden:

- Ist die Technologie wirksam?
- Für wen funktioniert sie?
- Was kostet sie?
- Wie gut funktioniert sie im Vergleich zu alternativen Technologien?

HTA hat sich als wirksames Instrument erwiesen, um den Zugang der Patienten zu innovativen Technologien zu verbessern und eine effizientere Zuweisung von Mitteln zu unterstützen.

Die Mitgliedstaaten arbeiten im Bereich HTA in einem mit der Richtlinie 2011/24 eingerichteten Netz zusammen. Die Kommission unterstützt ein ehrgeiziges Ziel in Bezug auf das HTA-Netz, und zwar die Wiederverwendung gemeinsam erzeugter HTA-Informationen auf nationaler Ebene. Dies wird die Doppelarbeit seitens der Regulierungsbehörden, der HTA-Gremien und der HTA-Industrie verringern und zu einem gemeinsamen Verständnis der klinischen Aspekte von Gesundheitstechnologien (d. h. ihrer relativen Sicherheit und Effizienz/Wirksamkeit) führen.

In den kommenden Jahren wird eine ehrgeizigere und stabile Struktur zur Förderung der wissenschaftlichen Zusammenarbeit im Bereich HTA entwickelt. Gemeinsam mit dem HTA-Netz arbeitet die Kommission an möglichen Vorschlägen zu diesem Thema.

Gesundheitsinformationssystem

Jegliche Intervention zur Erhöhung der Belastbarkeit von Gesundheitssystemen muss das System an sich berücksichtigen. Allen Entscheidungen über Investitionen oder Streichungen von Investitionen in bestimmten Sektoren muss ein Verständnis der Prozesse, denen diese Sektoren unterliegen, sowie der Auswirkungen der Interventionen auf Gesundheits- und Wirtschaftsparameter vorausgehen.

Daher sollten die Mitgliedstaaten in die Entwicklung ihrer Informationsflüsse investieren, um beispielsweise sicherzustellen, dass Informationsflüsse auf Patientenebene in geeigneter Weise an alle erforderlichen Gesundheitsdienstleister weitergeleitet werden, oder dass eine effizientere und nachhaltigere Neugestaltung der Systeme und Leistungen im Gesundheitsbereich Unterstützung finden wird.[25]

Die Kommission erwägt, die Mitgliedstaaten bei der Schaffung eines nachhaltigen und integrierten EU-Gesundheitsinformationssystems zu unterstützen und dabei insbesondere das Potenzial eines umfassenden Europäischen Konsortiums für eine Forschungsinfrastruktur (ERIC) zu Gesundheitsinformationen zu erkunden.

Online-Gesundheitsdienste (E-Health)

Die Kommission befürwortet die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten im Bereich E-Health nachdrücklich und unterstützt sie bei der Entwicklung und Anwendung kostenwirksamer und interoperabler E-Health-Lösungen, mit denen die Gesundheitssysteme verbessert werden sollen.[26] Gemäß der Richtlinie 2011/24 unterstützt die Kommission das Netzwerk für elektronische Gesundheitsdienste, das sich dafür einsetzt, die europäischen E-Health-Systeme und -Dienste sowie die interoperablen Anwendungen zu einem nachhaltigen Nutzen zu bringen. Im Aktionsplan 2012-2020 für elektronische Gesundheitsdienste werden darüber hinaus die Vorteile elektronischer Gesundheitsdienste für Bürger, Patienten und Gesundheitsdienstleister unterstrichen und spezifische Maßnahmen vorgeschlagen, um die Barrieren für den Einsatz dieser Dienste zu senken.

Es sind weitere Anstrengungen notwendig, um wirksame und interoperable telemedizinische Dienste zu entwickeln. Die Europäischen Referenznetze bieten eine optimale Gelegenheit, die Telemedizin in der EU einzuführen und zu erproben.

6. Schlussfolgerungen

Gemäß dem Jahreswachstumsbericht 2013 sollten die Gesundheitssysteme „auch im Hinblick auf die demografischen Herausforderungen und den Druck auf die altersbezogenen Ausgaben unter dem Aspekt der Kosteneffizienz und der Nachhaltigkeit reformiert werden; Gradmesser für die Leistungsfähigkeit der Systeme sollte dabei das doppelte Ziel einer effizienteren Verwendung der öffentlichen Mittel auf der einen und der Sicherung hochwertiger Gesundheitsleistungen auf der anderen Seite sein“.

[25] Siehe die Schlussfolgerungen zum Bericht der eHealth-Task Force über die Umgestaltung der Gesundheitssysteme in Europa für das Jahr 2020, in denen die politischen Entscheidungsträger aufgefordert werden, die Macht der Daten zu nutzen: http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020.

[26] COM(2012) 736.

Damit die Mitgliedstaaten künftig in der Lage sein werden, eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle anzubieten, gilt es, die Belastbarkeit der Gesundheitssysteme und ihre Fähigkeit, anstehende Herausforderungen zu bewältigen, zu stärken. Und all dies muss bei gleichzeitiger Kosteneffizienz und finanzieller Tragfähigkeit erreicht werden.

Während es sich hierbei in erster Linie um eine Aufgabe der Mitgliedstaaten handelt, wird in dieser Mitteilung dennoch eine Reihe von Initiativen aufgezeigt, mit denen die EU die politischen Entscheidungsträger in den Mitgliedstaaten unterstützen kann. Es obliegt der EU, diese Initiativen zu entwickeln und auf ihnen aufbauen, um sicherzustellen, dass die Erwartungen der Bürger an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung erfüllt werden können. Im Mittelpunkt werden die Methoden und Instrumente stehen müssen, die es den Mitgliedstaaten ermöglichen können, ihre Gesundheitssysteme wirksamer, zugänglicher und belastbarer zu gestalten, und zwar im Einklang mit den im Rahmen des Europäischen Semesters an die Mitgliedstaaten gerichteten Empfehlungen für Reformen. Zur Umsetzung der in diesen Empfehlungen genannten Reformen werden die Mitgliedstaaten ferner aufgefordert, die europäischen Finanzierungsinstrumente zu nutzen.

