RAT DER EUROPÄISCHEN UNION

Brüssel, den 10. März 2003 (13.03) (OR. EN)

7166/03

SOC 116
ECOFIN 77
SAN 41

VERMERK

des	Rates (EPSCO/ECOFIN)
für den	Europäischen Rat
Nr. Vordokument:	6528/03 SOC 73 ECOFIN 52 SAN 28 + COR 1 (en)
Betr.:	**Gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates über die Unterstützung nationaler Strategien für die Zukunft der Gesundheitsversorgung und der Altenpflege**

Die Delegationen erhalten in der Anlage den gemeinsamen Bericht der Kommission und des Rates über die Unterstützung nationaler Strategien für die Zukunft der Gesundheitsversorgung und der Altenpflege in der vom Rat (EPSCO/ECOFIN) am 6./7. März 2003 gebilligten Fassung.

ANLAGE

1. EINLEITUNG

Die sozialen Sicherungssysteme bieten nicht nur Geldleistungen als Ersatz für das Arbeitseinkommen im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Arbeitsunfähigkeit oder Ruhestand bzw. für Menschen ohne ausreichende Mittel. Sie ermöglichen den Menschen auch eine angemessene Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege, deren Kosten häufig die finanziellen Möglichkeiten des Patienten und seiner Familie übersteigen. In einer Mitteilung der Kommission von 1999 über „Eine konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes“[1] wird konsequenterweise die **Sicherung einer hohen Qualitätsansprüchen genügenden und langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung** als eines der Hauptziele einer verstärkten Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten ausgemacht.

Diese Initiative wurde vom Europäischen Rat im März 2000 in Lissabon gutgeheißen, der betonte, dass die sozialen Sicherungssysteme modernisiert werden müssen, u. a. damit auch weiterhin eine gute Gesundheitsfürsorge gewährleistet werden kann. Im Juni 2001 forderte der Europäische Rat in Göteborg im Rahmen seiner Überlegungen, wie den von einer alternden Gesellschaft gestellten Herausforderungen zu begegnen ist, den Rat auf, zur Vorbereitung der Frühjahrstagung 2002 des Europäischen Rates einen ersten Bericht über Leitlinien im Bereich des Gesundheitswesens und der Altenpflege zu erstellen. Dieser Bericht basiert auf einer Mitteilung der Kommission vom Dezember 2001[2], in der die demografischen, technologischen und finanziellen Trends untersucht werden, die unsere künftige Fähigkeit, hohe Sozialschutzstandards in diesem Bereich auch in der Zukunft aufrechtzuerhalten, gefährden könnten. In der Mitteilung wird das Fazit gezogen, dass die Systeme der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege in der Europäischen Union vor der Herausforderung stehen, drei Ziele gleichzeitig zu verwirklichen:

- allgemeiner Zugang unabhängig von Einkommen oder Vermögen
- qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung
- langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme

---

[1] KOM(1999) 347 endg.

[2] KOM(2001) 723 endg.: Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern.

Diese drei großen Ziele wurden vom Rat in einem ersten Orientierungsbericht über Gesundheitsversorgung und Altenpflege für den Europäischen Rat in Barcelona gutgeheißen, wobei auch unterstrichen wird, dass alle Gesundheitssysteme in der EU auf den Grundsätzen der Solidarität, Gerechtigkeit und Universalität beruhen. Der Europäische Rat in Barcelona ersuchte **die Kommission und den Rat, die Fragen der Zugänglichkeit, der Qualität und der finanziellen Tragfähigkeit noch genauer zu prüfen**. Zu diesem Zweck wurde den Mitgliedstaaten ein Fragebogen vorgelegt. Der vorliegende Bericht enthält die wichtigsten Schlussfolgerungen, die sich aus der Analyse der Antworten der Mitgliedstaaten ergeben, sowie Vorschläge für künftige Schritte.

2. GEMEINSAME HERAUSFORDERUNGEN UND THEMEN

Unsere zukünftige Fähigkeit, ein hohes Sozialschutzniveau für diejenigen aufrechtzuerhalten, die Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege benötigen, hängt von gesellschaftlichen und technologischen Entwicklungen ab und wird in Zukunft besonders stark von der Bevölkerungsalterung beeinflusst werden. Diese Entwicklungen wurden in der Mitteilung vom Dezember 2001 aufgezeigt.

(1) Neue Technologien und Therapien

Neue Technologien, Therapien und Methoden eröffnen enorme Möglichkeiten zur Verbesserung und Ausbreitung der Gesundheitsversorgung und können auch zu mehr Wirtschaftlichkeit führen. Allerdings stellt die Eingliederung der neuen Technologien und Therapien in die Gesundheitssysteme eine große Herausforderung dar. Einerseits können sie die Kosten für die Behandlung von Krankheiten senken, andererseits können sie die Ausgaben auch erhöhen, weil sie die Behandlung von Krankheiten ermöglichen, die bisher nicht behandelt werden konnten. Unter dem Strich scheinen die Fortschritte in der Medizintechnik und bei den Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahrzehnten einen Kostenanstieg verursacht zu haben. Es lässt sich unmöglich vorhersagen, welche Auswirkungen der technische Fortschritt auf die künftigen Gesundheitsausgaben haben wird. Eine systematischere Bewertung von Gesundheitsmaßnahmen, Therapien und Technologien könnte zu einem besseren Entscheidungsprozess beitragen, u. a. um sicherzustellen, dass wachsende Ausgaben nur durch echten technologischen Fortschritt entstehen und dass Einsparungsmöglichkeiten nicht übersehen werden. Eine solche Bewertung ist von grundlegender Bedeutung für die drei Ziele der Zugänglichkeit, der Hochwertigkeit und der Finanzierbarkeit.

(2) Mehr Wohlstand und besser informierte Patienten

Die Kosten für Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege neigen dazu zu steigen, wenn der Wohlstand der einzelnen Menschen und der Gesellschaft zunimmt. Die Gründe dafür sind nicht ganz klar und dürften auf eine Mischung verschiedener Faktoren auf der Nachfrage- und der Angebotsseite zurückgehen. Ein Aspekt davon ist die positive Entwicklung, dass der Bildungsstand höher ist und die Menschen mehr direkten Zugang zu Informationen über medizinische Behandlungen und die Qualität der Gesundheitsversorgung haben. Ergebnis ist, dass sie gegenüber professionellen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich und gegenüber Einrichtungen, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung finanzieren, anspruchsvoller werden. Im Rahmen des derzeitigen Konzepts der Gesundheitsversorgung dürfte wachsendes Verbraucherbewusstsein auch weiterhin einen kostensteigernden Faktor darstellen.

Auch scheint es klar zu sein, dass die künftige Nachfrage nach Langzeitpflege wegen einer Kombination wirtschaftlicher und sozialer Faktoren steigen wird. Die zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen, die größere geografische Mobilität, die geringere Zahl von Menschen im erwerbsfähigen Alter im Verhältnis zu gebrechlichern alten Menschen und Veränderungen in der Familienstruktur könnten die Möglichkeiten traditioneller Pflege in der Familie einschränken.

(3) Demografische Alterung

Die Tatsache, dass mehr Menschen länger leben, stellt für unsere Gesellschaften und unsere Gesundheitssysteme eine große Errungenschaft dar. Die Lebenserwartung ist in den letzten 50 Jahren stark angestiegen und wird auch in kommenden Jahrzehnten noch weiter steigen. Allerdings werden die demografischen Veränderungen für unsere Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme auch neue Herausforderungen mit sich bringen.

Als Ergebnis der niedrigen Geburtenraten und der zunehmenden Lebenserwartung wird die Bevölkerung Europas ständig älter. Zusätzlich werden die geburtenstarken Jahrgänge der 50er und 60er Jahre in den nächsten 10 bis 15 Jahren ins Seniorenalter eintreten. So wird die Zahl der alten Menschen in den kommenden Jahrzehnten stark ansteigen. Nach einer Projektion wird die Zahl der Menschen über 65 in der EU15 von 61 Millionen im Jahr 2000 auf rund 103 Millionen im Jahr 2050 zunehmen. Die Zahl der achtzigjährigen und älteren Menschen wird von knapp 14 Millionen im Jahr 2000 auf rund 38 Millionen im Jahr 2050 steigen. Gleichzeitig wird die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter deutlich schrumpfen (siehe Anlage 1 Abb. 1a, 1b und 1c.). Diese Eurostat-Projektionen basieren auf bestimmten Annahmen, beispielsweise der Fruchtbarkeitsziffer. Weitere, auf anderen Annahmen beruhende Projektionen liefern andere Angaben beispielsweise über den Umfang der Bevölkerungsgruppen im Erwerbsalter.

Was die Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme angeht, so werden die wichtigsten Auswirkungen der demografischen Alterung mit der in den kommenden Jahrzehnten steigenden Zahl alter pflegebedürftige Menschen zusammenhängen. Dies hat damit zu tun, das im Allgemeinen ältere Menschen wegen der größeren Inzidenz schwerer Krankheiten mehr Gesundheitsdienste benötigen als Menschen in der Blüte ihres Lebens. Die Altersprofile der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege zeigen, dass die Ausgaben für die älteren Altersgruppen deutlich höher sind als für die jüngeren (siehe Abb. 2a und 2b). Die Gesundheitssysteme werden sich auch an unterschiedliche Krankheitsmuster anpassen müssen, die mit dem veränderten Altersprofil der Patienten zu tun haben – die Prävalenz altersbedingter Erkrankungen wird voraussichtlich zunehmen. Was jedoch die Gesundheitsversorgung angeht, so dürfte der Umfang dieser wachsenden Nachfrage durch die Verbesserung des Gesundheitszustandes älterer Menschen gedämpft werden, in Fortsetzung des Trends, der die Zunahme der Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten begleitet hat. Nach einigen Theorien ist der Grund darin zu suchen, dass schwere, therapieintensive Erkrankungen eher gegen Ende des Lebens auftreten, dass also, wenn die Lebenserwartung steigt, dieser Bedarf an intensiverer Therapie ebenfalls hinausgezögert wird. Bestätigt sich dies, könnte es bedeuten, dass die Gesundheitsausgaben nicht im gleichen Maße steigen wie die Zahl alter Menschen. Auch für die Langzeitpflege bestehen Gründe zum Optimismus: für Länder, für die entsprechende Daten vorliegen, etwa die USA, deutet vieles darauf hin, dass die Behindertenquote unter alten Menschen mit der Zeit zurückgeht, auch wenn dies nicht notwendigerweise mit der Verlängerung der Lebenszeit zu tun hat. Andererseits sind, unabhängig von der Zunahme der Lebenserwartung, sehr alte Menschen häufig gebrechlich und benötigen Langzeitpflege.

Die Alterung wird auch dazu führen, dass sich die Gesundheits- und Sozialdienste an veränderte Krankheitsmuster (Zunahme chronischer Erkrankungen) und Kundenstrukturen anpassen müssen. Mehr Bedeutung muss auch dem Ziel beigemessen werden, ältere Menschen in die Lage zu versetzen, bis ins hohe Alter ein aktives, gesundes und unabhängiges Leben zu führen. Größerer Nachdruck muss daher auf Präventivstrategien liegen, etwa gesünderer Ernährung sowie körperlicher und mentaler Betätigung, wobei an der Lebensweise der Menschen in jüngeren und mittleren Jahren angesetzt werden muss.

Bewältigung dieser Herausforderungen: politische Verantwortung

Für die Gestaltung und Finanzierung der Gesundheitssysteme sind nach wie vor die Mitgliedstaaten zuständig, deren Aufgabe es auch sein wird, ihre unterschiedlichen Systeme an die oben angesprochenen gemeinsamen Herausforderungen anzupassen. Aber auch mehrere andere Gemeinschaftspolitiken wirken sich auf die nationalen Sozialschutzsysteme hinsichtlich Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege aus:

– Die nationalen Politiken müssen den Bestimmungen des **Binnenmarktes** entsprechen, einschließlich der Wettbewerbsregeln und der Grundsätze des freien Personen-, Waren- und Dienstleistungsverkehrs. In der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs[3] wird die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Gestaltung ihrer sozialen Sicherungssysteme anerkannt, aber mit der Maßgabe, dass jegliche Einschränkung der Freiheiten des Binnenmarktes entsprechend gerechtfertigt werden muss[4]. Zurzeit entsteht eine hochrangige Reflexionsgruppe, die die Fragen prüfen soll, die sich aus zunehmender Patientenmobilität und größerer Interaktion zwischen Gesundheitssystemen ergeben.

[3] Urteile vom 7. Februar 1984, Duphar und andere C-238/82, Slg. S. 523, Nummer 16; vom 17. Juni 1997, Sodemare und andere C-70/95, Slg. S. I-3395, Nummer 27, und vom 28. April 1998, Kohll, C-158/96, Slg. S. I-1931 Nummer 17.

[4] Rechtssachen C-157/99 (Smits/Peerbooms) und C-368/98 (Vanbraeckel).

– Gemäß Artikel 152 EGV zum **Gesundheitswesen** bemüht sich die EU, ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen. Die Kommission betont in ihrer Mitteilung über die „gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Gemeinschaft“[5], dass die Gesundheitsdienste den Bedürfnissen und Anliegen der Bevölkerung angepasst sein müssen, in einem Kontext, der charakterisiert ist durch die Herausforderungen einer älter werdenden Bevölkerung, die Zunahme neuer Medizintechniken und die stärker international geprägte Dimension der Gesundheitsversorgung (ansteckende Krankheiten, Umwelthygiene, stärkere Mobilität von Menschen, Dienstleistungen und Waren).

– Die EU überwacht auch die langfristige **Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen**. Da ein beträchtlicher Teil der öffentlichen Ausgaben auf die Gesundheitsversorgung entfällt, ist dieser Bereich ausschlaggebend für die Durchführung der Empfehlungen, die in den wirtschaftspolitischen Grundzügen und in den Stabilitäts- und Konvergenzprogrammen festgelegt sind.

So werden derzeit die drei Ziele der Zugänglichkeit, der Hochwertigkeit und der langfristigen Finanzierbarkeit als Aspekte der oben genannten Politikbereiche auf EU-Ebene eher zersplittert wahrgenommen. Mit dem vorliegenden Projekt soll unter voller Achtung des Subsidiaritätsprinzips ein stärker integrativ ausgerichteter kooperativer Austausch auf eine Weise gefördert werden, dass jeder von den Erfahrungen und guten Praxisbeispielen des anderen profitieren kann.

3. Die strategischen Antworten der Mitgliedstaaten auf die gemeinsamen Herausforderungen

Als Reaktion auf die Schlussfolgerungen des Europäischen Rates in Barcelona legte der Ausschuss für Sozialschutz in Zusammenarbeit mit dem Ausschuss für Wirtschaftspolitik den Mitgliedstaaten einen Fragebogen vor, um Informationen darüber zusammenzutragen, wie die Mitgliedstaaten an die drei im Orientierungsbericht festgestellten Ziele – Zugänglichkeit, Hochwertigkeit und langfristige Finanzierbarkeit – herangehen.

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Fragen und politischen Konzepte zusammengefasst, die aus den Antworten der Mitgliedstaaten auf den Fragebogen abgeleitet werden können.

[5] KOM(2000) 285 endg.

3.1. Zugang zur Gesundheitsversorgung

Mechanismen für die Gewährleistung der Zugänglichkeit

In allen Mitgliedstaaten gibt es ein allgemeines oder nahezu allgemeines Recht auf Gesundheitsversorgung für alle auf ihrem Hoheitsgebiet ansässigen Personen. Dabei lassen sich nach der Art der Finanzierung der Systeme und danach, wie der Anspruch der Menschen auf Gesundheitsversorgung entsteht, zwei große Gruppen von Mitgliedstaaten unterscheiden. Bei der einen Gruppe sind die Systeme steuerfinanziert, wobei die Anspruchsberechtigung entweder auf der Staatsangehörigkeit oder auf dem Wohnsitz beruht. Bei der zweiten Gruppe liegen berufliche Krankenversicherungssysteme für Arbeitnehmer und deren Familien zugrunde; hier erfolgt die Finanzierung hauptsächlich über die auf das Einkommen erhobenen Sozialversicherungsbeiträge. In der Praxis reduzierten sich die Unterschiede zwischen den beiden Konzepten, da die beschäftigungsbasierten Systeme häufig schrittweise auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt wurden und die Sozialversicherungsbeiträge eine gegenüber den Steuereinnahmen geringere Rolle für die Finanzierung spielen.

Das in der ganzen EU geltende nahezu allgemeine Recht auf Gesundheitsversorgung bedeutet, dass die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung gedeckt ist; in welchem Maße sie aber gedeckt ist, das ist unterschiedlich. Wenn das System auf der Erwerbsbeteiligung beruht, kann es beispielsweise Unterschiede bei der Behandlung verschiedener Berufsgruppen geben, etwa zwischen Arbeitnehmern und Selbstständigen. Allerdings werden diese Unterschiede immer geringer. Grundlegender ist, dass in allen Systemen der Deckungsgrad der Behandlungskosten oder die Deckung verschiedener Behandlungsarten begrenzt wird. So macht der von den Haushalten getragene Anteil an den Gesamtgesundheitskosten – sei es direkt, sei es über private Zusatzversicherungen – in den meisten Mitgliedstaaten rund 20-30 % aus.

Als Reaktion auf die steigenden Gesundheitskosten versuchen die Mitgliedstaaten, den von den Patienten getragenen Kostenanteil zu erhöhen, entweder direkt durch die Einführung von Gebühren und Zuzahlungen oder indirekt durch Einschränkung der gedeckten Leistungen. So haben einige Länder eine Liste der erstattungsfähigen Therapien aufgestellt und Regeln für Honorare und/oder Kostenerstattungen festgelegt. In anderen wurden die Erstattungskriterien ausgehend von einer „Grundversorgung“ definiert, oder der Patient muss die Leistungen zunächst selbst bezahlen und bekommt die Kosten anschließend erstattet. In mehreren Ländern wird den Patienten ein Festbetrag für verschiedene Gesundheitsleistungen in Rechnung gestellt, während sie in anderen Ländern die Differenz zwischen dem Preis einer Leistung oder eines Produktes und der entsprechenden festen oder variablen Erstattungsquote zu bezahlen haben. Die Erstattungsquote kann je nach Art der Leistung (Liste der erstattungsfähigen Leistungen) oder je nach der sie in Anspruch nehmenden Person (z. B. Einkommensniveau, jährliche Gesundheitsausgaben und Alter) variieren. Private Zusatzversicherungen können derartige Beiträge decken. Die Rolle der Zuzahlungen im Kontext der Tragfähigkeit von Systemen wird in Abschnitt 3.5 näher behandelt.

Die Tatsache, dass von den Patienten in irgendeiner Form eine Eigenbeteiligung verlangt wird, bringt die Gefahr mit sich, dass benachteiligte Gruppen sie nicht bezahlen können und daher nicht in der Lage oder bereit sein könnten, eine angemessene Gesundheitsversorgung in Anspruch zunehmen. Diese Frage wurde in dem im Dezember 2001 in Laeken angenommenen gemeinsamen Bericht über die soziale Eingliederung erörtert und erscheint auch in den Antworten mehrerer Mitgliedstaaten als wichtiges politisches Anliegen; zumeist wird versucht, mit entsprechenden Regelungen sicherzustellen, dass für Menschen, die besonders hohe Gesundheitskosten zu bewältigen haben, der Gesamtbeitrag begrenzt wird oder dass Personen mit geringem Einkommen einen niedrigeren Anteil an den Behandlungskosten übernehmen oder Anrecht auf kostenlose Behandlung haben.

So verweisen alle Mitgliedstaaten in der einen oder anderen Form auf Elemente des Solidaritätsprinzips in ihrem System, die sicherstellen sollen, dass ein schlechter Gesundheitszustand nicht zu Verarmung führt und andererseits niedriges Einkommen nicht den Zugang zur Gesundheitsversorgung einschränkt. Nach allgemeiner Auffassung besteht außerdem eine weitere Dimension der Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung darin, dass Angehörige benachteiligter Gruppen zweifellos eher zu einer weniger gesunden Lebensführung neigen.

In einigen Ländern werden ältere Menschen als Gruppe behandelt, die besonders Gefahr läuft, keinen ausreichenden Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu präventiven Leistungen zu haben. Hierfür gibt es beispielsweise besondere Bestimmungen, mit denen sichergestellt wird, dass die Gesundheitsversorgung nicht unerschwinglich wird, oder Maßnahmen, die gewährleisten, dass ältere Menschen medizinische Dienste in einer Weise in Anspruch nehmen, die ihren Bedürfnissen tatsächlich entspricht. In einigen Ländern werden regelmäßige Hausbesuche bei älteren Menschen durch Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe gefördert. Dieser Aspekt ist besonders wichtig im Hinblick auf eine gute Koordinierung der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege für ältere Menschen.

Aus den Antworten der Mitgliedstaaten geht wenig über andere potenzielle Dimensionen ungleichen Zugangs hervor, etwa regionale Ungleichheiten. In Beantwortung der Frage, ob es beim Zugang zu neuen Therapien zu Ungleichheiten kommt, werden zwar keine besonderen Ungleichheiten angeführt, es wird aber eingeräumt, dass die Steuerung des Zugangs zu derartigen Behandlungen im Kontext der Kostendämpfung derzeit und künftig eine wichtige und angesichts der rasch fortschreitenden technologischen Entwicklung ständig wachsende Managementherausforderung darstellt.

Überwachungs- und Bewertungssysteme

Mehrere Mitgliedstaaten verfügen über diverse Indikatoren zur Zugangsüberwachung oder planen ihre Einführung. Diese Indikatoren können auf Leistungsmessungen beruhen, z. B. Anzahl der Übernachtungen im Krankenhaus, Anzahl der einzelnen Eingriffe, Rehabilitation nach Bevölkerungsgruppen. Auf diese Weise sollen Effizienz-, Umsetzungs- oder Leistungsdefizite gemessen werden. In vielen Ländern gibt es für verschiedene Behandlungen Wartelisten, ihr Umfang ist aber je nach System Recht unterschiedlich. In Ländern mit versicherungsbasiertem Gesundheitssystem scheint es weniger Probleme mit Wartelisten zu geben.

Herausforderungen

Die demografischen und epidemiologischen Trends stellen eine große Herausforderung für die bestehenden Gesundheitssysteme dar. Sie müssen laufend angepasst werden, damit sie dem zu erwartenden Pflegebedarf entsprechen und den technischen und medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Weitere wichtige Herausforderungen:

- Die Palette neuer Behandlungen und Arzneimittel, die bereitgestellt oder erstattet werden, ist zu überprüfen.

- Es muss dafür gesorgt werden, dass die Wartezeiten für nicht akute Krankenhausbehandlung kürzer werden.

- Benötigt werden mehr und neuartige Gesundheitsdienste, die speziell auf die altersbedingten Krankheitsmuster eingestellt sind und die dazu beizutragen in der Lage sind, dass die alten Menschen ihr selbstständiges Leben weiterführen können.

- Es müssen Präventivstrategien entwickelt werden, mit denen alte Menschen in der Lage versetzt werden, bis ins hohe Alter ein aktives, gesundes und unabhängiges Leben zu führen.

- Es ist sicherzustellen, dass genügend gut ausgebildetes medizinisches Personal zur Verfügung steht.

Geplante strategische Änderungen

Die Mitgliedstaaten führen folgende Prioritäten an:

- Verbesserung des Zugangs für bestimmte Bevölkerungsgruppen (Selbstständige, ältere Menschen, Menschen mit niedrigem Einkommen);

- Beschleunigung des Zugangs (Reduzierung der Wartezeiten);

- bessere Verteilung geeigneter Gesundheitseinrichtungen über das Land (städtische/ländliche Gegenden, wohlhabende/arme Regionen);

- Verbesserung der Einstellung und Ausbildung qualifizierten medizinischen Personals (Ärzte, Pflegepersonal und anderes Personal) im Hinblick auf das Älterwerden des vorhandenen Personals, schwierige Arbeitsbedingungen und bevorstehende Personalengpässe.

Im Zusammenhang mit den besonderen Gesundheitsbedürfnissen älterer Menschen werden folgende Themen genannt:

- die Notwendigkeit, alternative geriatrische oder postakute Rehabilitationseinrichtungen außerhalb der Krankenhäuser bereitzustellen, um in Krankenhäusern Platz für akute Fälle zu schaffen und alten Menschen so weit wie möglich ein aktives und unabhängiges Leben zu ermöglichen;

- die Einrichtung oder Reaktivierung örtlicher Gesundheitszentren, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung und, über einen multidisziplinären Ansatz, zu angemessener Behandlung zu erleichtern.

Im Allgemeinen erkennen die Mitgliedstaaten an, dass durch die älter werdende Bevölkerung neue Probleme und Herausforderungen auftreten werden, wenn der allgemeine und umfassende Zugang zur Gesundheitsversorgung beibehalten werden soll, an den sich die Bürger inzwischen gewöhnt haben. Dennoch sprechen sich mehrere Mitgliedstaaten mit Nachdruck dafür aus, dass von diesem sehr grundlegenden Ziel der Gesundheitssysteme trotz der steigenden Kosten nicht abgerückt werden sollte, während andere auf die Tatsache verweisen, dass sie weitere Überarbeitungen und Verbesserungen ihrer Zugangsmechanismen planen. Daher dürfte es sich für die Mitgliedstaaten als notwendig erweisen, in Zukunft noch mehr auf Strategien zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Effizienz zu achten, wie in Abschnitt 3.5 näher ausgeführt.

3.2. Zugänglichkeit der Langzeitpflege

Anders als bei der Gesundheitsversorgung wird der Bedarf an Langzeitpflege erst heute als wichtiges soziales Risiko anerkannt, das durch die Sozialversicherungssysteme gedeckt werden muss. Die Langzeitpflege besteht in der Unterstützung von Menschen, die nicht in der Lage sind, autonom zu leben, und daher in ihrem Alltag von der Hilfe anderer abhängig sind. Ihr Hilfsbedarf reicht von der Erleichterung ihrer Mobilität über Einkaufen, Kochen und andere Hausarbeit bis zu Körperreinigung und Nahrungsaufnahme in den extremsten Fällen. Für derartige Langzeitpflege ist nicht unbedingt eine medizinische Qualifikation erforderlich. Daher wird sie oft den Angehörigen überlassen, normalerweise Ehepartnern und Nachkommen, auf die nach wie vor der größte Teil der Langzeitpflege entfällt.

Aus den in Abschnitt 2(2) dargestellten Gründen kann von den Angehörigen nicht länger erwartet werden, dass sie im gleichen Maße wie früher für Pflegeaufgaben zur Verfügung stehen. Eine steigende Zahl gebrechlicher alter Menschen ist daher auf professionelle Pflegekräfte angewiesen, die ihre Leistungen in der Wohnung der pflegebedürftigen Person oder in besonderen Einrichtungen erbringen. Die Kosten der Langzeitpflege übersteigen genauso wie die Kosten der Gesundheitsversorgung sehr häufig das laufende Einkommen der pflegebedürftigen Person und können rasch deren etwaiges Vermögen aufzehren. Daher ist der Langzeitpflegebedarf ein wichtiges soziales Risiko, und es ist eindeutig, dass hier Sozialschutzmechanismen nötig sind.

Derartige Sozialschutzmechanismen nehmen in den Mitgliedstaaten sehr unterschiedliche Formen an. In einigen Ländern bleiben die Familien verantwortlich für die Erbringung oder Finanzierung der Pflege. Öffentliche Unterstützung in Form von Sozialhilfe, über soziale Dienste oder durch Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung steht nur zur Verfügung, wenn es keine familiäre Unterstützung gibt. Nach dem Tod der pflegebedürftigen Person können die Kosten für die öffentlich finanzierte Pflege aus dem Vermögen der verstorbenen Person wieder hereingeholt werden. Dies ist die fundamentalste Form des Sozialschutzes, der den Familien den Hauptteil des Risikos der Langzeitpflege überlässt und nur dann greift, wenn die Familien nicht mehr in der Lage sind, für die Pflege zu sorgen. In anderen Ländern bestehen keine rechtlichen Verpflichtungen der Nachkommen gegenüber ihren alten Angehörigen, doch das Risiko wird doch hauptsächlich von den Einzelnen getragen, die für ihren Pflegebedarf aus ihrem Einkommen und Vermögen aufkommen müssen.

Mehr und mehr Länder gehen aber zu einer breiteren Risikoverteilung über. Dies lässt sich erreichen durch die direkte Bereitstellung von häuslicher Pflege oder Pflege in entsprechenden Einrichtungen oder über Versicherungsmechanismen. Dafür sind normalerweise die Kommunalbehörden zuständig, häufig in Zusammenarbeit mit gemeinnützigen Organisationen. Als alternatives Konzept der Risikoverteilung bietet sich ein Versicherungssystem an. In einigen Fällen wird der Langzeitpflegebedarf durch die gesetzliche Krankenversicherung gedeckt; einige Staaten haben vor kurzem eine Pflegeversicherung als neuen Zweig ihres sozialen Sicherungssystems eingeführt. Die Finanzierung der direkten Bereitstellung von Pflegediensten geschieht normalerweise über die Steuereinnahmen, während versicherungsbasierte Systeme eher über die Sozialabgaben finanziert werden. Mindestens ein Land jedoch greift auf die Erbschaftssteuer als Finanzierungsquelle zurück; dies erscheint insofern als gerechtfertigt, als durch eine Mutualisierung der Kosten für Langzeitpflege auch vermieden wird, dass die Nachkommen auf einen erheblichen Anteil ihres Erbes verzichten müssen.

Langzeitpflege kann auf unterschiedliche Weise erbracht werden. Abgesehen von der familiären Pflege kann professionelle Pflege zu Hause, in Tageszentren, in speziellen Pflegeeinrichtungen oder in Krankenhäusern geleistet werden. Beeinflusst wird die Art und Weise, wie die Pflege erbracht wird, auch von den Sozialschutzmechanismen. Wenn mehr Mittel für Pflegeeinrichtungen bereitgestellt werden als für die häusliche Pflege, dann werden wahrscheinlich auch mehr Menschen in derartigen Einrichtungen leben.

In einigen Mitgliedstaaten wird die Ansicht vertreten, dass die freie Wahl zwischen verschiedenen Leistungserbringern in Kombination mit dem Wettbewerb zwischen diesen die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege im Allgemeinen erhöht.

Einige Mitgliedstaaten bemühen sich darum, ihre Sozialschutzmechanismen hinsichtlich der Art und Weise, wie die Pflege erbracht wird, neutral zu gestalten. Dafür ist insbesondere eine Unterstützung für informelle Pflegepersonen vorzusehen. Pflegebedürftigen kann die Möglichkeit der Wahl gelassen werden zwischen Sachleistungen oder Geldleistungen, die für die familiäre Pflege aufgewendet werden können. Informelle Betreuung kann auch gefördert werden durch Steuervergünstigungen, Renten- und Sozialversicherungsansprüche für Pflegende, Ausbildung, Recht auf Freistellung von der Arbeit für die Betreuung eines Angehörigen, Bereitstellung einer Vertretung für die Erholungszeiten von Pflegenden und Bereitstellung von Tageszentren, um die Pflegenden zu entlasten. Rechte und Pflichten informeller Pflegepersonen können sogar vertraglich festgelegt werden. Eine Unterstützung informeller Pflegepersonen hat den Vorteil, kostengünstig zu sein (die Ausgaben für informelle Pflegende sind normalerweise geringer als für professionelle Pflegekräfte) und die Möglichkeit zu bieten, dass der/die Pflegebedürftige von einer vertrauten Person betreut wird. Darüber hinaus kann die pflegebedürftige Person in ihrer gewohnten Umgebung bleiben.

Alle Länder verfügen über Infrastrukturen für die professionelle Langzeitpflege, doch der Umfang dieser Einrichtungen variiert je nach der Rolle der Familien, den Sozialschutzmechanismen und dem Vorhandensein von Pflegediensten und -einrichtungen. Wenn es an Pflegeeinrichtungen und -diensten fehlt, kann dies dazu führen, dass pflegebedürftige Personen länger im Krankenhaus bleiben oder von Angehörigen gepflegt werden.

Herausforderungen

Die Sozialschutzmechanismen, die den Zugang zur Langzeitpflege gewährleisten, sind in vielen Mitgliedstaaten relativ neu und müssen in anderen erst noch über die Fürsorgemechanismen hinaus entwickelt werden. Mit steigender Nachfrage nach Langzeitpflege könnte es zu Engpässen bei den professionellen Pflegekräften kommen.

Auf Personalengpässe dürfte wenigstens zum Teil die zu geringe Aufnahmekapazität von Langzeitpflegeeinrichtungen zurückzuführen sein, was dazu führt, dass ältere Menschen länger als notwendig die für die Akutversorgung vorgesehenen Betten in Krankenhäusern besetzen. Die Versorgung in einer Einrichtung ist besonders wichtig für Menschen, die an der Alzheimerkrankheit oder anderen Demenzformen leiden, also Krankheiten, bei denen intensive Pflege und ständige Überwachung erforderlich sind.

Eine weitere Herausforderung stellt die notwendige Koordinierung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern dar. Pflegebedürftige Personen benötigen normalerweise mehrere Formen medizinischer und nicht medizinischer Betreuung, was eine gute Zusammenarbeit zwischen Familien, professionellen Pflegekräften und medizinischem Personal voraussetzt. Es könnte vorteilhaft sein, einen Koordinator zu bestimmen, der auch die Verantwortung für die Verwaltung der Kosten der verschiedenen Arten von Betreuung übernehmen kann.

Geplante strategische Änderungen

Für mehrere Mitgliedstaaten besteht die erste Priorität darin, die wichtigen in der letzten Zeit eingeführten Änderungen konkret umzusetzen. Andere planen neue Maßnahmen, insbesondere zur besseren Unterstützung der häuslichen Pflege. Einige Länder planen neue Strukturen, durch die eine integrierte und laufende Betreuung sichergestellt werden soll. Dies bedeutet auch, den komplexen Bedürfnissen hinsichtlich Pflege und sozialer Unterstützung von Menschen gerecht zu werden, die ihre Selbstständigkeit durch chronische Krankheiten verloren haben.

3.3. Qualität der Gesundheitsversorgung

Bei der Organisation und Bereitstellung der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege die Qualität sicherzustellen, das wird als strategisches Anliegen aller Mitgliedstaaten erkannt.

Es erscheint angebracht, zwischen den verschiedenen Kontexten zu unterscheiden, in denen Qualitätskriterien angewandt werden. Erstens gibt es strukturelle Qualitätskriterien im Zusammenhang mit der Art und Weise, wie die entsprechenden Dienste personell und materiell ausgestattet werden, und mit den Fällen, für die sie gedacht sind. Verfahrensbezogene Qualitätskriterien betreffen den Vorgang der Leistungserbringung und die Art und Weise, wie bestimmte Maßnahmen durchgeführt werden. Schließlich versucht man mit Ergebniskriterien die Qualität der Dienstleistungen zu messen, indem das Ergebnis spezifischer Maßnahmen geprüft wird – beispielsweise hinsichtlich der langfristigen Überlebensrate oder des Auftretens von Komplikationen.

In fast allen Mitgliedstaaten wurden für die stationäre Betreuung z. B. in Krankenhäusern ***strukturelle Qualitätskriterien*** erarbeitet. Sie erfassen beispielsweise das Personal (Anzahl, Ausbildung und Erfahrung), Ausrüstungen, Zahl der Fälle, Gebäudenormen usw. Diese Kriterien sind normalerweise verbindlich und werden von öffentlichen Stellen oder Versicherungsträgern festgelegt. Strukturelle Kriterien für die nicht stationäre Betreuung festzulegen scheint aber schwieriger zu sein. Im Allgemeinen werden nur die grundlegenden Anforderungen erfasst, z. B. wenn es um formelle Ausbildungsanforderungen für medizinisches Personal geht.

Bei den ***verfahrensbezogene Qualitätskriterien*** ist die Situation vielfältiger. Während es vielen Angehörigen von Gesundheitsberufen völlig normal erscheint, sich an von Fachverbänden und anderen Einrichtungen festgelegte Normen und Leitlinien zu halten, hinkt man bei der Erarbeitung formeller Leitlinien für Therapien und Verfahren von politischer Seite noch weit hinterher. Allerdings bemühen sich die Mitgliedstaaten in diesem Bereich sehr und sie machen beträchtliche Fortschritte, in erster Linie was die stationäre Betreuung angeht. Einige Mitgliedstaaten vertreten die Ansicht, dass auch die Bedeutung der klinischen Unabhängigkeit und ärztlichen Freiheit in diesem Kontext berücksichtigt werden muss.

In diesem Bereich bestehen große Unterschiede in der Frage, wie formell Normen angewandt werden. Häufig legt der Staat einen rechtlichen Rahmen fest oder gibt Empfehlungen heraus, und auf dieser Grundlage werden dann auf kommunaler und regionaler Ebene detailliertere Leitlinien entwickelt, etwa von den Gesundheitsbehörden, den Sozialversicherungsträgern, von medizinischen Fachverbänden und anderen Gremien.

Einige Leitlinien und Normen werden auf freiwilliger Basis eingeführt, durch Pilotprojekte, Empfehlungen oder finanzielle Anreize. Im Allgemeinen können nationale Gesundheitssysteme wie etwa im Vereinigten Königreich verbindlichere Normen einführen, indem sie ihre zentralen Regelungsinstrumente einsetzen, auf deren Grundlage sie auch Sanktionen verhängen können, um die Einhaltung sicherzustellen. Es versteht sich von selbst, dass die Anwendung von Qualitätsstandards in der klinischen Praxis das zentrale Element einer Qualitätspolitik im Gesundheitssektor ist. Dieses Ziel verfolgen viele Mitgliedstaaten. Um die Verfahrenqualität in den Mitgliedstaaten auf vergleichbare Weise überwachen zu können, wäre es notwendig, die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung systematisch anhand der durchgeführten medizinischen Verfahren und behandelten Krankheiten zu beschreiben, und außerdem müssten diese Zusammenstellungen von Krankheit und Verfahren mit entsprechenden Qualitätsbeurteilungsmechanismen verbunden werden. Die Bemühungen in diese Richtung sind noch nicht sehr weit fortgeschritten

Eine systematische Vorgehensweise bei der Bewertung der ***Ergebnisse*** der Gesundheitsversorgung als Teil der Qualitätspolitik gibt es nur in einigen wenigen Mitgliedstaaten. Auch wenn die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung im Prinzip ein gutes Maß für die Qualität der Maßnahmen ist, so gibt es dabei doch eine Reihe praktischer Probleme. Dazu gehören unzureichende oder unzuverlässige Daten, und hinzu kommen die politischen Schwierigkeiten, die auftreten, wenn sich der Staat in einen Bereich einmischt, in dem man die Zuständigkeit der medizinischen Berufe für zentral hält. So gibt es z. B. nur in wenigen Staaten auf der Qualität ihrer Leistungen beruhende Ranglisten für Krankenhäuser.

Das wachsende Interesse für Qualitätsfragen hat die Mitgliedstaaten veranlasst, spezielle Einrichtungen oder Gremien zu schaffen, die mit der Qualitätsförderung, der Durchführung von Beurteilungen und der Erarbeitung von Leitlinien oder Zulassungssystemen beauftragt werden. Zentrale Einrichtungen dieser Art gibt es inzwischen in den meisten Mitgliedstaaten.

Häufig kann der Staat nur den rechtlichen Rahmen schaffen, der dann auf regionaler oder kommunaler Ebene umgesetzt werden muss. Ein bemerkenswerter Trend in den Reaktionen der Mitgliedstaaten ist die Konzentration auf die Rolle der Patienten. In nahezu allen Ländern bemüht man sich um Maßnahmen, mit denen die Rechte der Patienten geschützt werden, insbesondere im Krankenhaussektor. Die Patienten in die Lage zu versetzen, gut informiert ihre Entscheidungen zu treffen, indem für angemessene Patienteninformation und Transparenz hinsichtlich der Gesundheitsdienste, der Behandlungsmöglichkeiten und des Zugangs zu ärztlichen Aufzeichnungen gesorgt wird, sind in diesem Kontext als besonders wichtig zu nennen. Inzwischen gibt es in mehreren Mitgliedstaaten eigene Gesetze über die Patientenrechte.

Schließlich ist es wichtig zu verstehen, wie Zugangs- und Qualitätsüberlegungen miteinander zusammenhängen. Mängel und Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung sind auch eine wichtige Qualitätsfrage, und es ist ausschlaggebend, diese Zugangs- und Gleichheitsüberlegungen bei der Ausarbeitung von Qualitätsnormen zu berücksichtigen. Um diese Herausforderungen zu bewältigen, müssen in verschiedenen Politikbereichen Maßnahmen getroffen werden.

3.4. Qualität der Langzeitpflege

Die meisten Mitgliedstaaten verfügen über nationale Qualitätsstandards für die Altenpflege. Unterschiede bestehen aber darin, wieweit diese rechtlich verbindlich sind oder nur in Form von Empfehlungen vorliegen. Darüber hinaus lässt sich aus zahlreichen Antworten auf den Fragebogen ableiten, dass verglichen mit der Gesundheitsversorgung der Bereich der Langzeitpflege stark dezentralisiert betrieben wird und dass Regional- und Kommunalbehörden weitestgehend frei in der Anwendung von Standards sind. Interessant ist allerdings, dass das Vereinigte Königreich hier die Verantwortung auf die nationale Ebene zurückgeholt hat durch Einrichtung eines unabhängigen nationalen Gremiums, der National Care Standards Commission (NCSC), das Regeln für die Sozialdienste und unabhängigen Gesundheitsdienste aufstellen soll. Ziel dieser neuen Regelung ist eine Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen und des Schutzes benachteiligter Gruppen sowie die Sicherung und Beibehaltung guter Altenheime.

In mehreren Mitgliedstaaten scheint es Probleme im Zusammenhang mit der Dezentralisierung zu geben; z. B. sind die Programme zu wenig zielgerichtet und die Überwachung uneinheitlich, während Initiativen zur Verbesserung der Qualität fehlen.

Für die stationäre Pflege haben die meisten Mitgliedstaaten strukturelle Qualitätskriterien festgelegt, beispielsweise was die Qualifikation des Personals sowie Gebäudenormen angeht. In diesen Ländern ist die Einhaltung dieser Standards Voraussetzung für eine Erstattung durch das Sozialversicherungssystem.

Einige Länder haben außerdem verfahrensbezogene Qualitätskriterien für Altenheime erarbeitet. Dieses Qualitätskonzept für die Pflege in Heimen umfasst spezifische Qualitätsziele und die Festlegung einer „hauseigenen Strategie“ mit Bezug auf Spezifikationen, durch die für die wichtigsten Qualitätskriterien Ziele gesteckt werden. Andere Länder nennen für das Langzeitpflegesystem das Fehlen genormter Methoden zur Gewährleistung von Mindestpflegestandards als wichtigste Herausforderung.

Die meisten Mitgliedstaaten gaben in ihren Antworten an, dass es zu wenig festgelegte Heimpflegestandards gibt, aber es werden auch einige Beispiele angeführt. Einige Pilotprogramme für Qualitätsstandards wurden in Belgien durchgeführt, während in Dänemark ein System lokaler Qualitätssicherung eingeführt wurde. In Frankreich wurde ein Leistungsstandard für Heime aufgestellt, mit dem die Qualität der Dienstleistungen sichergestellt werden soll. Außerdem wurde in Frankreich eine externe Organisation eingerichtet, die für die Einhaltung dieser Standards sorgen wird. Was die Ausbildung von Pflegepersonen angeht, so gibt es in Österreich Rechtsvorschriften über die Ausbildung von, auch in Heimen tätigen, Leistungserbringern für ältere Menschen.

Gleichzeitig nimmt die Nachfrage nach Heimplätzen wegen der demografischen Entwicklung und als Folge der zunehmenden Deckung durch die sozialen Sicherungssysteme laufend zu. Wie bereits erwähnt, wird die Altenpflege in manchen Mitgliedstaaten als Familienangelegenheit angesehen. Das Problem der sich verändernden Familienstrukturen versucht man u. a. mit der Entwicklung von Programmen für die häusliche Pflege in den Griff zu bekommen.

Die meisten Mitgliedstaaten geben an, dass die Rechte der Leistungsempfänger durch die Qualitätskriterien oder die Bestimmungen über Patientenrechte gesichert sind, während es in einigen Fällen eigene Gesetze zur Förderung der Rechte von Benutzern/Kunden gibt.

Einige Mitgliedstaaten melden Personalengpässe, hohe Personalfluktuation und wachsende Arbeitsbelastung als diejenigen Aspekte, die zu besonderer Sorge Anlass geben. Mehrere Länder stellen fest, dass der demografische Wandel mit der älter werdenden Bevölkerung einen wachsenden Bedarf an entsprechend ausgebildetem Personal und neuen Konzepten für eine Verbesserung der Attraktivität dieser Berufe zur Folge hat.

Es wurde auch Maßnahmen ergriffen, um die arbeitsbedingte Erschöpfung beim Heimpersonal zu reduzieren. Mitgliedstaaten, in denen es Schwierigkeiten mit der Einstellung von Pflegepersonal gibt, ziehen Lohnsteigerungen, eine Erhöhung der Personaldichte, Programme für die Ausbildung am Arbeitsplatz und Verbesserungen der Arbeitsumgebung von Langzeitpflegepersonal in Betracht.

Einige Mitgliedstaaten weisen auf das Fehlen angemessener Qualitätsindikatoren und Qualitätskontrollen hin und sehen deren Entwicklung als unmittelbarste Herausforderung an. Um einige dieser Probleme zu lösen, beabsichtigt ein Mitgliedstaat 2003 eine neue Politik für ältere Menschen zu lancieren; sie soll Werkzeuge zur Beurteilung des Pflegebedarfs älterer Menschen umfassen, die auch für die Überwachung und Bewertung der Ergebnisse dienen sollen. Ein weiterer Mitgliedstaat beabsichtigt ein allgemeines Modell für bessere Methoden, Follow-up-Verfahren und die Verankerung von Qualitätsstandards bei den Kommunalbehörden zu entwickeln.

3.5. Langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung

Die Finanzierung der Gesundheitssysteme in der EU

Die Art und Weise der Finanzierung der Gesundheitssysteme variiert zwischen den Mitgliedstaaten beträchtlich, ähnlich wie es verschiedene Modelle für die Gestaltung der Gesundheitssysteme gibt. Im Allgemeinen handelt es sich in der EU um gemischte Systeme, die aus einem Teil staatlicher Finanzierung (der überwiegt) und einigen Elementen privater Finanzierung bestehen. Die meisten Systeme, wenn auch nicht alle, umfassen eine (Pflicht-)Krankenversicherung, und nahezu alle werden in bestimmten Teilen direkt über die allgemeinen Steuereinnahmen finanziert. Häufig werden die Mittel für die Finanzierung der Gesundheitssysteme auf regionaler Ebene erhoben. Alle Systeme umfassen irgendeine Form von Gebühren für Patienten, die zur Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsversorgung beitragen, wobei aber die Hauptfunktion dieser Gebühren oft darin besteht, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und -produkten zu begrenzen.

Gemeinsame Herausforderungen für die langfristige Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitssysteme

Was die Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitssysteme angeht, führten die Mitgliedstaaten mehrere Herausforderungen an, vor denen ihre jeweiligen Systeme stehen. Trotz der Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen in der EU lassen sich doch einige gemeinsame Herausforderungen ausmachen.

Im Zusammenhang mit den *langfristigen Herausforderungen* hinsichtlich der Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme verwiesen die Mitgliedstaaten mit Nachdruck auf die grundlegenden gesellschaftlichen Entwicklungen, die bereits in Abschnitt 2 präsentiert wurden:

- Der von den Angehörigen der Gesundheitsberufe und von den Patienten ausgeübte beträchtliche Druck im Hinblick auf eine **allgemeinere Einführung neuer, kostspieliger Medizintechnik**.

- Die langfristige Tendenz der Bevölkerung, mit zunehmendem Wohlstand mehr zu konsumieren, was mit der Zeit eine Quelle steigender Gesundheitskosten darstellt.

- Der demografische Wandel, verbunden mit einer **älter werdenden Bevölkerung.**

In ihren Antworten auf den Fragebogen führten die Mitgliedstaaten folgende besonders dringliche **kurzfristige Herausforderungen** im Hinblick auf die Finanzierung der öffentlichen Gesundheitssysteme an:

- Einige Mitgliedstaaten führen die Notwendigkeit an, den ***übermäßigen Konsum*** von Gesundheitsleistungen und -produkten einzudämmen, wenn er über das hinaus geht, was eine Verbesserung der Gesundheit bewirkt, wobei auch die Frage zu beantworten ist, wer entscheidet, was übermäßiger Konsum ist.

- In einigen Mitgliedstaaten besteht die dringende Notwendigkeit, akute ***Kostenüberschreitungen*** zu bewältigen, die das finanzielle Gleichgewicht der Krankenversicherungsfonds gefährden und/oder das gesamte staatliche Finanzmanagement belasten.

- In anderen Mitgliedstaaten ist der Druck anders gelagert und richtet sich eher auf die Notwendigkeit, das Dienstleistungsvolumen zu erhöhen, u. a. durch Reduzierung der Wartezeiten, ohne jedoch die Finanzverwaltung des Systems zu gefährden.

Angesichts dieser kurz- und langfristigen Trends bei der langfristigen Finanzierbarkeit ihrer Gesundheitssysteme verweisen viele Mitgliedstaaten auf die Herausforderungen, die sich ihnen bei der Reform ihrer Gesundheitssysteme stellen. Genannt werden u. a.:

- Mittel, die eine effizientere Nutzung der Ressourcen ermöglichen, beispielsweise durch Verbesserung von Anreizstrukturen einschließlich Nutzung von Marktmechanismen;

- aktivere Einbeziehung der Ärzte und sonstigen Angehörigen der Gesundheitsberufe in das Ressourcenmanagement.

Kostentrends

Zwar thematisierten viele Mitgliedstaaten in ihren Antworten auf den EPC/SPC-Fragebogen die neuesten Entwicklungen der Gesundheitskosten, sie boten aber nicht systematisch nähere quantitative Angaben zu den Trends im Gesamtniveau der Gesundheitsausgaben. Darüber hinaus sind die angegebenen Kosten nicht notwendigerweise einheitlich oder zwischen den Mitgliedstaaten vergleichbar. Folglich können diese Angaben nicht ohne weiteres zu einem Vergleich der Ausgaben für die Gesundheitssysteme in der EU herangezogen werden. Stattdessen werden zur Illustration in Anhang 1, Tabelle 4, die neuesten Informationen aus der OECD-Gesundheitsdatenbank angeführt.

Die Antworten auf den Fragebogen lassen aber bis zu einem gewissen Grad einen qualitativen Vergleich zu – vorbehaltlich der Einschränkungen, die sich aus dem oben erwähnten Mangel an Konsistenz und Vergleichbarkeit ergeben. Es scheint so, als bestünden Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten, was die neuesten Trends bei den Gesundheitsausgaben und ihre politischen Antworten darauf angeht:

- In mehreren Mitgliedstaaten ist man besorgt über die Kostenexplosion, die bewirkt, dass die öffentlichen Ausgaben oft stärker wachsen als das BIP, wobei die Gesundheitskosten eine bedeutende Rolle spielen. Häufig wirken sich die Kostenüberschreitungen im Gesundheitswesen Besorgnis erregend auf die gesamten Staatsfinanzen aus. In einigen Mitgliedstaaten bestehen diese Kostenüberschreitungen trotz zahlreicher Kostendämpfungsmechanismen weiter. In anderen Ländern wurden die Mittel für die Gesundheitsversorgung aufgestockt, ohne aber die Kostendämpfungsmaßnahmen zu lockern. Es ist aber zu beachten, dass der rasche Anstieg der Ausgaben in einigen wenigen Ländern in einem Kontext relativ niedriger öffentlicher Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung geschieht.

- In einigen anderen Mitgliedstaaten wachsen die Ausgaben ebenfalls rasch, doch als Ergebnis **politischer Maßnahmen mit dem ausdrücklichen Ziel, dem Gesundheitswesen größere Mittel zuzuleiten**, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

- Für eine dritte Gruppe zeigen die Antworten auf den Fragebogen, dass **das Ausgabenniveau vergleichsweise stabil** ist, so dass Kostendämpfung kein so dringliches Anliegen darstellt.

Was die Hauptkomponenten der Kostenexplosion angeht, heben viele Mitgliedstaaten den raschen Anstieg der Arzneimittelkosten hervor.

Langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung

Auch hier lieferten nicht alle Mitgliedstaaten quantitative Daten zur voraussichtlichen langfristigen Entwicklung der Gesundheitsausgaben. In denjenigen Fällen, in denen quantitative Schätzungen geliefert wurden, handelt es sich oft um eine Zusammenfassung der EPC-Projektionen aus dem Jahr 2001[6]. Einige Länder lieferten auch Daten auf der Grundlage anderer langfristiger Projektionen. In den meisten Fällen gehen aus anderen nationalen Projektionen Schätzungen der langfristigen Steigerungen der Gesundheitsausgaben hervor, die über den Schätzungen des EPC liegen. Dies überrascht nicht, da die EPC-Schätzungen nur die Auswirkungen des demografischen Wandels bei ansonsten als neutral angenommenen Kostenfaktoren messen sollten. Allerdings ist davon auszugehen, dass diese anderen Faktoren, darunter vor allem die weitere Einführung neuer, kostspieliger Medizintechnik, zu einem zusätzlichen generellen Kostendruck führen werden. Die EPC-Projektionen sind in Anhang 1, Tabelle 3 zusammengefasst. Allerdings müssen derartige langfristige Projektionen mit Vorsicht gelesen werden, worauf auch im EPC-Bericht verwiesen wird.

[6] Bericht des Ausschusses für Wirtschaftspolitik über „Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances“. http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm

Die EPC-Projektionen legen zusammen mit den anderen oben erwähnten nationalen Projektionen die Vermutung nahe, dass der künftige Anstieg der Kosten für Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege signifikant sein und somit langfristig eine bedeutende zusätzliche Belastung für die Staatsfinanzen darstellen könnte. EPC-Projektionen zu den öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen zeigen, dass sich der demografische Wandel über einen Zeitabschnitt von fünfzig Jahren mit etwa 0,7 bis 2,3 Prozentpunkten des BIP auswirken würde. In einigen Mitgliedstaaten wird ein Ausgabenanstieg von rund 2 Prozentpunkten des BIP oder mehr über den Projektionszeitraum erwartet. (Österreich hat seine Projektionen 2002 revidiert. Die revidierten Projektionen sind einer Anmerkung im Anschluss an Tabelle 3 zu entnehmen.)

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass langfristig mit einem bedeutenden zusätzlichen Ausgabendruck im Gesundheitsbereich zu rechnen ist. Einige Mitgliedstaaten weisen darauf hin, dass die Politik tätig werden muss, um das Land auf die finanziellen Folgen des Alterungsprozesses der Bevölkerung vorzubereiten, insbesondere angesichts der langfristig erwarteten Zunahme anderer altersbedingter Ausgaben, wie etwa der Renten.

Kostendämpfungsmechanismen

Im Allgemeinen beinhalteten die Antworten auf den Fragebogen eine große Menge von qualitativen Angaben über Kostendämpfungsmechanismen in den Mitgliedstaaten. Nicht immer ging aber aus den Antworten hervor, welche Maßnahmen wirksam waren. Nachfolgend eine Übersicht über die in verschiedenen Mitgliedstaaten ergriffenen Maßnahmen auf der Grundlage einer von der OECD verwendeten Kategorisierung[7].

[7] OECD ([1994]), Economics Department Working Paper No. 149, H. Oxley & M. MacFarlan, „Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency“.

(1) Maßnahmen zur Verlagerung der Kosten auf die Verbraucher

Nahezu alle Mitgliedstaaten sehen für Gesundheitsdienstleistungen irgendeine Form von Eigenbeteiligung vor – manchmal kann es sich um einen Beitrag zu den Krankenhaus- oder Arztkosten handeln, doch zumeist geht es um einen Beitrag beim Kauf von Arzneimitteln, die im Rahmen der medizinischen Grundversorgung verschrieben werden. Maßnahmen zur Kostenverlagerung haben zwei Ziele: erstens soll die finanzielle Last direkt von den öffentlichen Finanzen auf private Quellen verlagert werden. Zweitens soll dadurch auch erreicht werden, die Nachfrage nach Dienstleistungen vonseiten der Verbraucher zu begrenzen und damit indirekt die öffentlichen (und Gesamt-) Ausgaben zu begrenzen. Allerdings werden Eigenbeteiligung keine Begrenzung der Nachfrage vonseiten der Verbraucher bewirken, wenn sie durch Zusatzversicherungen aufgefangen werden.

(2) Preis- und Mengenkontrollen auf der Angebots- und Nachfrageseite

In einigen Mitgliedstaaten gibt es nationale Festpreisvereinbarungen zwischen den Bereitstellern von Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen (z. B. Erzeuger oder Verbände der Gesundheitsberufe) und den für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung zuständigen Stellen. Insbesondere gibt es in nahezu allen Mitgliedstaaten besondere Vereinbarungen über Arzneimittel. Diese Vereinbarungen sehen häufig Preisbindung bei den Arzneimitteln, die Verwendung von Generika anstelle von Originalpräparaten und in einigen Fällen sogar Maximalausgaben für diese Produkte insgesamt vor.

In einigen Ländern gibt es bestimmte Barrieren, die den Zugang zu bestimmten Gesundheitsdiensten verhindern. Für den Zugang zu bestimmten Fachärzten ist hier eine Überweisung eines Allgemeinmediziners erforderlich. Die Erfahrung hat gezeigt, dass dieser Mechanismus wirksam zur Gesundheitskostendämpfung beiträgt.

(3) Reformen zur Förderung einer wirksamen Nutzung der Ressourcen

In einigen Fällen verlangen die für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung zuständigen Stellen unmittelbare Top-down-Kontrollen der Ausgaben – einschließlich eines festen Budgets für regionale Gesundheitsämter oder Krankenhäuser. Zunehmend setzen sich im Rahmen der Gesundheitssysteme in der EU Verträge zwischen Käufern von Gesundheitsdienstleistungen (entweder die finanzierenden Stellen oder Dritte wie etwa Versicherungsgesellschaften) und Dienstleistungserbringern durch, um eine möglichst effiziente Nutzung der finanziellen Ressourcen zu erreichen. In einigen Fällen ist in diesen Verträgen vorgesehen, dass Kostenüberschreitungen auf das Budget des nächsten Jahres übertragen werden müssen. Dieser Ansatz scheint ziemlich wirkungsvoll zu sein, um die Effizienz zu steigern. In anderen Ländern wird die Zuteilung finanzieller Ressourcen zunehmend mit Leistungsmessungen verbunden, bei den Krankenhäusern kombiniert mit Fallpauschalen. Auch diese Maßnahmen scheinen ziemlich wirkungsvoll im Hinblick auf eine Verbesserung der Effizienz zu sein, was das Beispiel eines Mitgliedstaats zeigt, wo die Einführung derartiger Verträge zu einem deutlichen Rückgang der durchschnittlichen Dauer der Krankenhausaufenthalte geführt hat.

3.6. Langfristige Finanzierbarkeit der Langzeitpflege

Die Finanzierungsformen für die Langzeitpflege in der EU

Die Finanzierung der Langzeitpflegesysteme in der in EU lässt sich noch schwerer in Kategorien fassen als die Finanzierung der Gesundheitssysteme. Der Grund dafür besteht darin, dass die Langzeitpflege häufig auf mehrere verschiedene öffentliche Strukturen und Haushalte aufgeteilt ist, zumeist auf das Gesundheitsbudget und das Sozialbudget. Darüber hinaus lässt sich die im Rahmen des Gesundheitssystems erbrachte Langzeitpflege häufig nur schwer von traditionelleren Gesundheitsleistungen unterscheiden. Und schließlich werden Langzeitpflegedienste oft auf sehr lokaler Ebene erbracht, weshalb es zuweilen schwierig ist, nationale Trends auszumachen. In einigen Mitgliedstaaten gibt es eine Pflegeversicherung, in anderen sind derartige Versicherungssysteme in der Entwicklung.

Herausforderungen

Wie aus den Antworten der Mitgliedstaaten auf den Fragebogen deutlich wird, sehen diese im Älterwerden der Bevölkerung die wichtigste Herausforderung für die Finanzierung der Langzeitpflege. Erstens wird die Alterung dazu führen, dass es eine sehr viel größere Zahl von älteren und sehr alten Menschen gibt. Zweitens ist die Langzeitpflege ein äußerst arbeitsintensiver Bereich. Von einigen Mitgliedstaaten wird darauf hingewiesen, dass der Sektor voraussichtlich unter akutem Personalmangel leiden wird (was ebenfalls mit der Alterung zu tun hat), und dies treibt schon für sich allein die Lohnkosten in die Höhe. Wie in einem Bericht vermerkt, wird der alterungsbedingte Druck auf die Langzeitpflegesysteme zu einem großen Teil durch die starke Zunahme der Inzidenz chronischer Krankheiten wie Demenz verursacht, für die nicht notwendigerweise eine intensive traditionelle medizinische Versorgung erforderlich ist, die aber hohe Pflege- und Unterstützungsansprüche stellen. Abgesehen von der Alterung könnte, wie aus einigen Berichten hervorgeht, sofern sich die bisherigen Trends fortsetzen, ein steigender Bedarf an professionellen Pflegediensten entstehen, da aus Gründen des gesellschaftlichen Wandels weniger informelle Pflegepersonen zur Verfügung stehen.

Zwei südliche Mitgliedstaaten führen eine Reihe von Herausforderungen an, die sich bei der Gestaltung eines kohärenten Altenpflegesystems stellen. Eine der wichtigsten Herausforderungen besteht darin, integrierte, die vollständige Palette erforderlicher Dienstleistungen einschließlich der Gesundheitsversorgung abdeckende Lösungen für Patienten anzubieten. Eine weitere Herausforderung stellt die Gewährleistung der häuslichen Pflege für ältere Menschen in einer Form dar, die zum einen deren Wünschen besser entspricht und zum anderen kostengünstiger ist.

Neueste Trends bei den Ausgaben

Die Angaben zu diesem Thema sind in den nationalen Berichten eher lückenhaft, was zum Teil auf die Schwierigkeit zurückzuführen ist, die Kosten der Langzeitpflege, die aus vielen verschiedenen Budgets finanziert wird, zu quantifizieren. Unter den Mitgliedstaaten, die quantitative Angaben vorlegen, lassen sich kaum klare Trends ausmachen. In Dänemark sind die Ressourcen für diesen Sektor real gestiegen, auch wenn der Anstieg unterhalb des realen BIP-Wachstums liegt. Diese Kostenzuwächse wurden verursacht zum einen von der größeren Zahl älterer Menschen, zum anderen vom Anstieg der Pro-Kopf-Kosten.

Projektionen der Langzeitpflegekosten

Auch hier sind die Angaben über die langfristigen Aussichten sehr lückenhaft. Die Projektionen derjenigen Mitgliedstaaten, die irgendwelche Angaben über die Zukunftsaussichten machen, basieren im Wesentlichen auf den EPC-Projektionen. Weitere Informationen sind Anhang 1, Tabelle 3 zu entnehmen.

Kostendämpfungsmechanismen

In einigen Mitgliedstaaten ist man noch dabei, eine integrierte Strategie für die Langzeitpflege zu entwickeln. Daher besteht noch kein Bedarf an Maßnahmen zur Kostendämpfung.

In anderen Mitgliedstaaten erfolgen die Mittelzuweisungen auf der Grundlage nationaler Pläne und Zielsetzungen. In Frankreich sind diese Zielsetzungen Teil der allgemeinen Zielsetzungen für die gesamte Gesundheitsversorgung. Diese Zuweisungen und Zielsetzungen sind bereits im Hinblick auf Kostendämpfung gestaltet. In Deutschland ist für die Kostendämpfung bis zu einem gewissen Grad die Pflegeversicherung zuständig.

In einigen Ländern werden die zu erbringenden Dienstleistungen im Voraus festgelegt, womit Kostenanstiege bis zu einem gewissen Grad begrenzt werden. In einigen Mitgliedstaaten basieren sie auf einem personalisierten bedarfsorientierten Pflegeplan. Es gibt auch Mitgliedstaaten, in den der politische Schwerpunkt auf der häuslichen Pflege liegt, die weniger kostet und normalerweise auch den Wünschen des alten Menschen entgegenkommt.

4. Fazit

Die Antworten der Mitgliedstaaten bestätigen die Gültigkeit der drei großen Ziele Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit als Grundlage für die Behandlung der Strategien für die Gesundheitsversorgung und die Altenpflege. Alle Mitgliedstaaten bemühen sich, mit einem integrierten Ansatz den optimalen Weg hin zu diesen drei Zielen zu finden: Wie lassen sich ausreichende Mittel mobilisieren, um eine angemessene, qualitativ hochwertige Versorgung für alle sicherzustellen? Wie können die Dienstleistungen kostengünstiger gestaltet werden? Diese Herausforderungen werden noch größer durch die älter werdende Bevölkerung in allen Mitgliedstaaten.
Wie die Antworten der Mitgliedstaaten zeigen, stellt die Suche nach diesem Gleichgewicht eine große Herausforderung für die gesamte Verwaltung der Systeme dar. So verwiesen viele nationaler Antworten auf die Notwendigkeit, einen guten Entscheidungsprozess an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsversorgung und der immer wichtiger werdenden Langzeitpflege sowie eine bessere Koordinierung der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege für alte Menschen sicherzustellen. Das Bemühen um ein optimales Gleichgewicht hat auch mit Governance-Fragen zu tun; es muss ein Gleichgewicht bestehen zwischen der zentral betriebenen Suche nach Qualität, Standards und Kostendämpfung auf der einen Seite und dem lokalen Management und dem konkreten Erbringen von Leistungen auf der anderen Seite.

Es war zwar kein ausdrücklich im Fragebogen genanntes Thema, doch in einigen Antworten von Mitgliedstaaten wird darauf hingewiesen, dass es für die Beschäftigung im Pflegebereich sowohl große Herausforderungen als auch ein bedeutendes Potenzial gibt. Die Herausforderungen: Wie lässt sich das Personal bei zuweilen ziemlich schweren Arbeitsbedingungen halten? Wie kann man neues Personal einstellen und ausbilden, wenn der Bedarf in den nächsten Jahrzehnten steigt? Wie kann die Arbeitsqualität in diesem Bereich durch Qualifizierung und Aufstiegsmöglichkeiten ausgebaut werden? Ohne Zweifel wird es Möglichkeiten für ein Beschäftigungswachstum geben. Der Gesundheits- und Sozialdienstsektor ist bereits jetzt ein großer Arbeitgeber, auf den im Jahr 2001 9,7 % der Gesamtbeschäftigung in der Europäischen Union entfielen[8].
Was den Zugang angeht, so bringen die Mitgliedstaaten ihre Entschlossenheit zum Ausdruck, den allgemeinen und umfassenden Zugang selbst bei steigenden Kosten als Eckpfeiler ihres Systems beizubehalten, wobei mehrere Staaten planen, ihre Zugangsmechanismen weiter zu verfeinern und zu verbessern.

---

[8] Beschäftigung in Europa 2002, S. 32.
http://europa.eu.int/comm/dgs/employment_social/key_en.htm

Im Zusammenhang mit der Qualität zeigen die Antworten, dass hier Raum ist für eine engere Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten zur Gewährleistung einer besseren Qualität der Dienstleistungen sowohl im Bereich der Gesundheitsversorgung als auch bei der Langzeitpflege. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die wachsende grenzüberschreitende Mobilität der Patienten und auf die Erweiterung. Das Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit, das im Januar 2003 anlaufen soll, wird zur Entwicklung von Qualitätsbewertungsinstrumenten beitragen. Was die Finanzierbarkeit angeht, verweisen die Mitgliedstaaten darauf, welche Herausforderung es bedeutet, sicherzustellen, dass die Ressourcen und insbesondere die neuen Technologien im Interesse einer größeren Effizienz und Wirtschaftlichkeit eingesetzt werden können, wobei gleichzeitig sichergestellt werden soll, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe und die Patienten Kostenüberlegungen in ihre Entscheidungen einbeziehen.

Empfehlungen für die nächsten Schritte

Die Kommission ersucht den Rat, auf der Grundlage dieser Mitteilung den vom Europäischen Rat in Barcelona angeforderten gemeinsamen Bericht anzunehmen und ihn auf der Frühjahrstagung 2003 des Europäischen Rates vorzulegen.

Ausgehend von den im gemeinsamen Bericht aufgezeigten Themen sollte ein Prozess wechselseitigen Lernens und kooperativen Austausches fortgesetzt werden. Die Kommission wird im Herbst 2003 weitere Vorschläge für die Fortsetzung dieser Zusammenarbeit vorlegen. Diese Mitteilung sollten auch die mit der Erweiterung der Europäischen Union zusammenhängenden besonderen Aspekte dieser Problematik behandeln. Dies wird umso wichtiger sein, als viele der im vorliegenden Bericht behandelten Herausforderungen in den meisten Beitrittsländern wohl noch schwerwiegender sind.

Bei der weiteren Arbeit werden auch die Erörterungen im Rahmen des auf hoher Ebene stattfindenden Reflexionsprozesses über die Patientenmobilität und die künftige gesundheitliche Versorgung berücksichtigt, bei dem im Hinblick auf die künftige Rolle der Union ein breiteres Spektrum von Aspekten der Gesundheitsversorgung geprüft wird. Es wird anerkannt, dass mit der Weiterführung der Arbeit auf der Grundlage dieses Berichts den Ergebnissen dieses Reflexionsprozesses nicht vorgegriffen werden soll. Die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten sollte sich auf den Austausch von Erfahrungen und guten Praxisbeispielen zu den drei großen Zielen konzentrieren. Bei dieser Zusammenarbeit sollen die Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten im Bereich der Gesundheitsversorgung voll und ganz berücksichtigt werden. Besondere Beachtung könnten dabei die Verbesserung der Informationsbasis und die Erörterung der Modalitäten einer derartigen Zusammenarbeit finden, wobei u. a. auf die bereits bestehende enge Zusammenarbeit mit Eurostat, der OECD und der WHO in diesem Bereich zurückgegriffen werden sollte. Besonders nützlich wäre es auch, wenn der Beschäftigungsaspekt besondere Beachtung finden würde.

ANHANG 1

ANHANG 1: TABELLEN UND ABBILDUNGEN

Abbildung 1a:

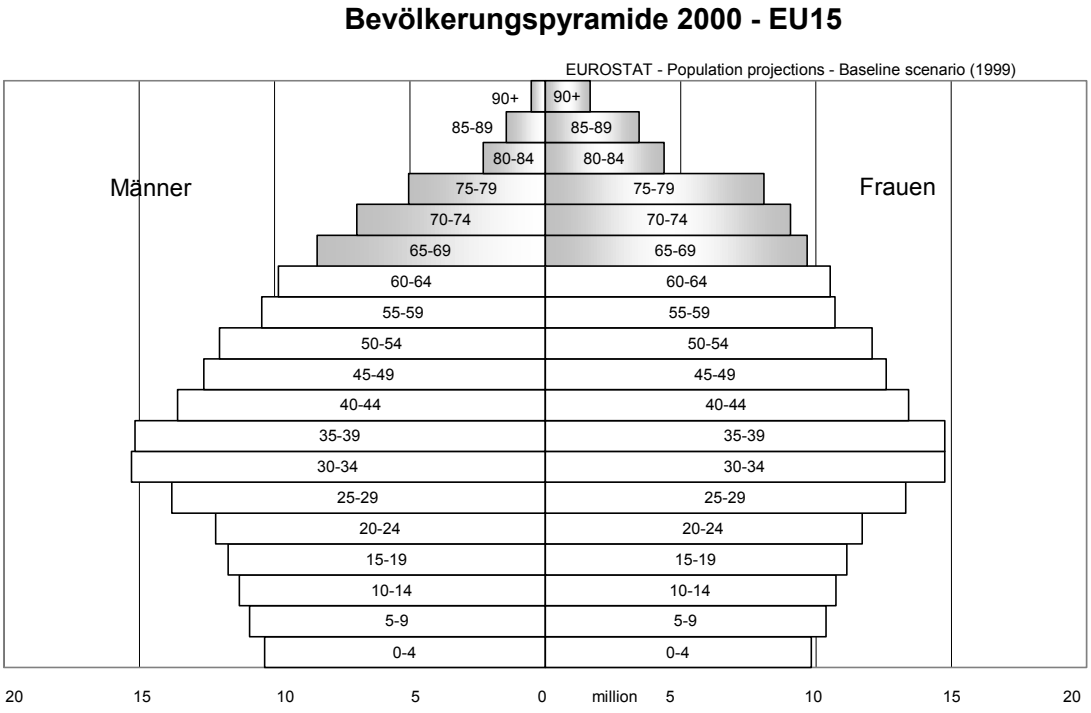
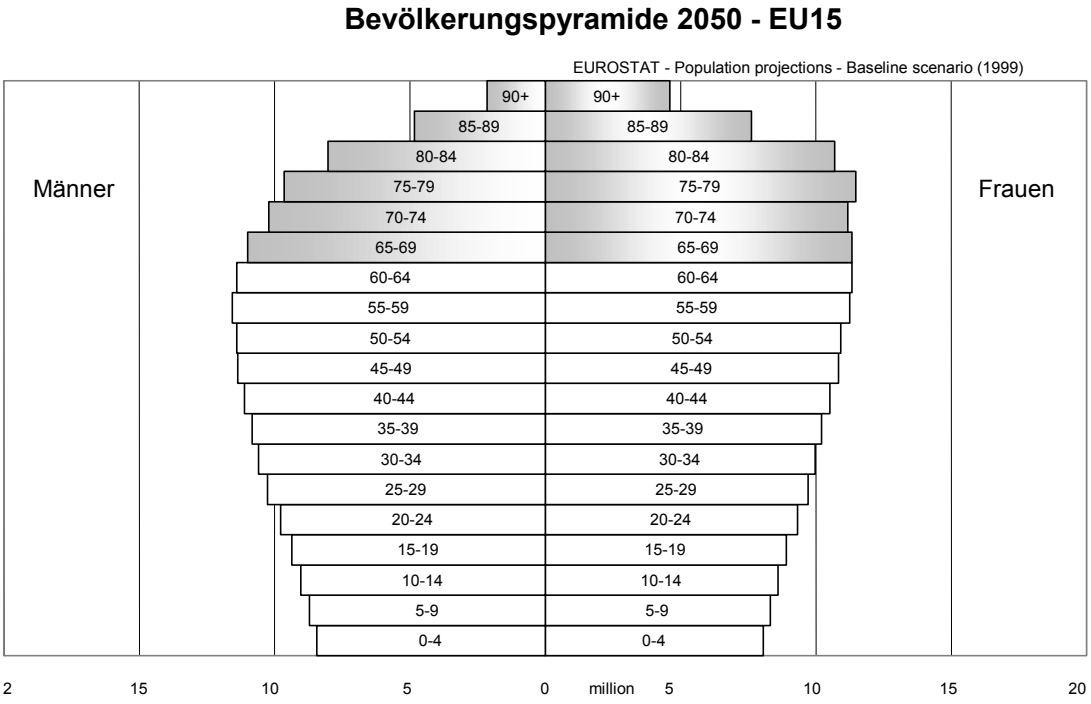
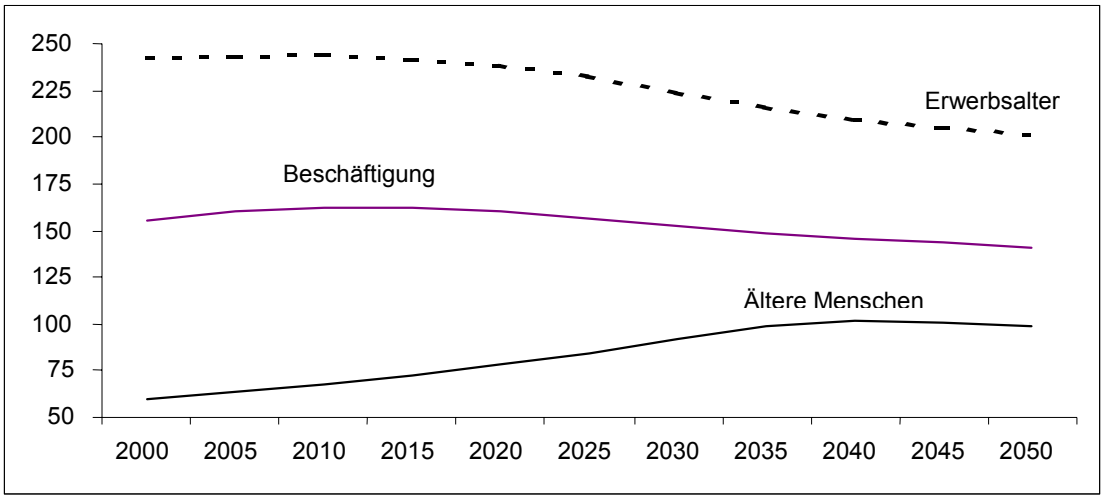


Abbildung 1b:



Quelle: EUROSTAT

Abbildung 1c: Projektion – Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter und ältere Menschen in der EU (Millionen)

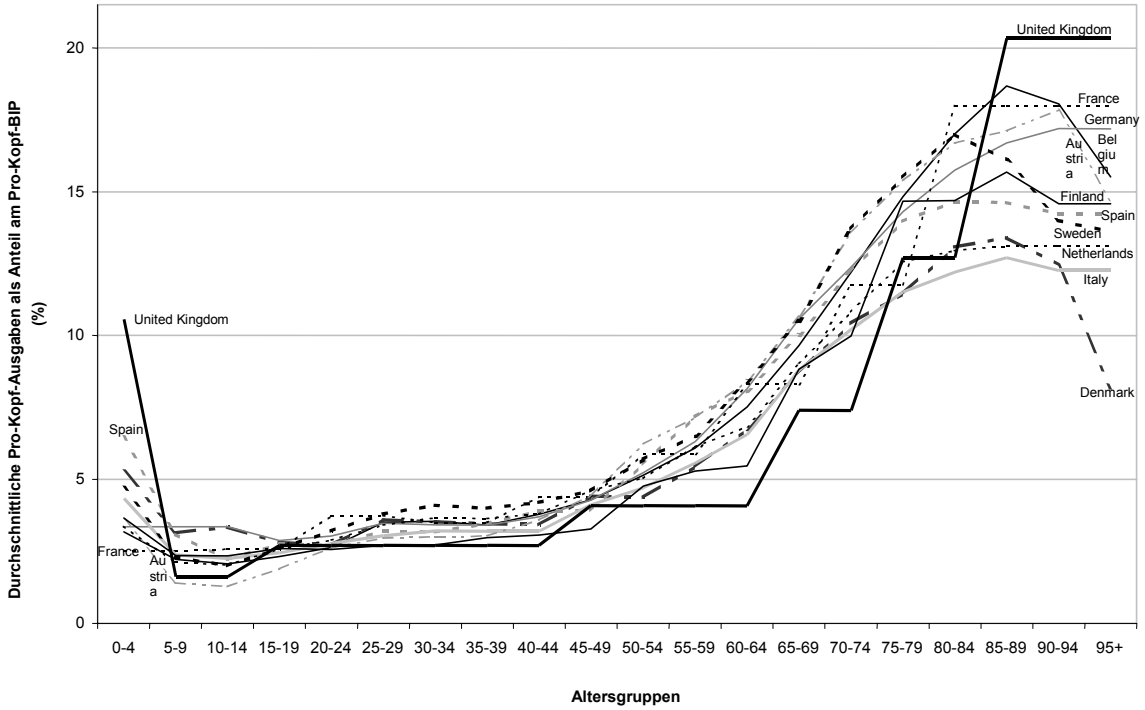


Anm.: Zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter gehören die 15-bis 64-Jährigen.

Ältere Menschen sind Personen ab 65.

Quelle: Ausschuss für Wirtschaftspolitik (2001) „Budgetary challenges posed by ageing populations“, Eurostat und Projektionen der EPC-Arbeitsgruppe für Bevölkerungsalterung.

Abbildung 2a: Altersprofile zu den öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsversorgung



Anmerkungen:

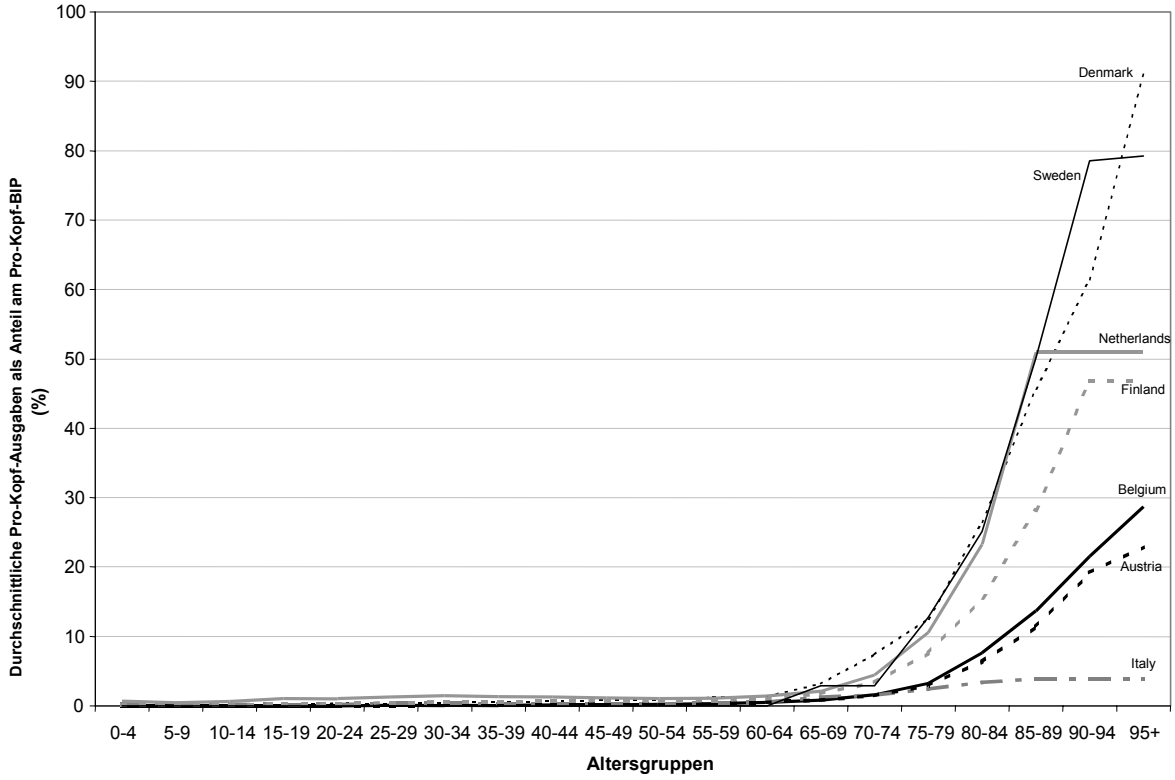
(1) Die altersbezogenen Profile als Anteil des Pro-Kopf-BIP sind die gleichen wie die für die Projektionen der Gesundheitskosten verwendeten. In den Mitgliedstaaten werden für die Projektionen leicht unterschiedliche Basisjahre verwendet, weshalb sich die Profile in der obigen Grafik auf unterschiedliche Jahre beziehen: 1997 für Frankreich, 1998 für Belgien, Dänemark, Spanien und das Vereinigte Königreich; 1999 für Italien; 2000 für Deutschland, Finnland, die Niederlande, Österreich und Schweden (für Portugal werden keine Profile angegeben, da eine andere Altersklassifikation verwendet wird).

(2) Die Ausgabenprofile beziehen sich hier ausschließlich auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben. Insbesondere umfassen sie weder die privaten Ausgaben noch die öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege. Siehe Definition der Ausgaben für Projektionen im Anhang 4.

(3) Ein flaches Profil am Ende der Altersverteilung ist im Allgemeinen darauf zurückzuführen, dass in den betreffenden Mitgliedstaaten für die höchste Altersklasse eine weitere Aufgliederung nicht vorliegt.

Quelle: Ausschuss für Wirtschaftspolitik (2001) „Budgetary challenges posed by ageing populations“

Abbildung 2b: Altersprofile zu den öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege



Anmerkungen:

(1) Die altersbezogenen Profile als Anteil des Pro-Kopf-BIP sind die gleichen wie die für die Projektionen der Kosten für Langzeitpflege verwendeten. In den Mitgliedstaaten werden für die Projektionen leicht unterschiedliche Basisjahre verwendet, weshalb sich die Profile in der obigen Grafik auf unterschiedliche Jahre beziehen: 1998 für Belgien und Dänemark; 1999 für Italien; 2000 Österreich, Finnland, die Niederlande und Schweden.

(2) Die Ausgabenprofile beziehen sich hier ausschließlich auf die öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege. Sie umfassen also keine privaten Ausgaben.

(3) Ein flaches Profil am Ende der Altersverteilung ist im Allgemeinen darauf zurückzuführen, dass in den betreffenden Mitgliedstaaten für die höchste Altersklasse eine weitere Aufgliederung nicht vorliegt.

Quelle: Ausschuss für Wirtschaftspolitik (2001) „Budgetary challenges posed by ageing populations“

Tabelle 3: Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege

Ausgedrückt als Anteil am BIP. Zentrale demografische Variante,

	GESUNDHEITSVERSORGUNG UND LANGZEITPFLEGE GESAMT			GESUNDHEITSVERS.			LANGZEITPFLEGE		
	Ausgaben als Anteil am BIP, 2000	Ausgaben-anstieg in Prozent des BIP von 2000 bis 2050		Ausgaben als Anteil am BIP, 2000	Ausgaben-anstieg in Prozent des BIP von 2000 bis 2050		Ausgaben als Anteil am BIP, 2000	Ausgaben-anstieg in Prozent des BIP von 2000 bis 2050	
		pro Kopf	pro Arbeitn.		pro Kopf	pro Arbeitn.		pro Kopf	pro Arbeitn.
B	6.1%	**+2.1**	**+2.4**	5.3%	**+1.3**	**+1.5**	0.8%	**+0.8**	**+0.8**
DK	8.0%	**+2.7**	**+3.5**	5.1%	**+0.7**	**+1.1**	3.0%	**+2.1**	**+2.5**
D (1)				5.7%	**+1.4**	**+2.1**			
EL (1)				4.8%	**+1.7**	**+1.6**			
E (1)				5.0%	**+1.7**	**+1.5**			
F	6.9%	**+1.7**	**+2.5**	6.2%	**+1.2**	**+1.9**	0.7%	**+0.5**	**+0.6**
IRL (2)	6.6%		**+2.5**	5.9%		**+2.3**	0.7%		**+0.2**
I	5.5%	**+1.9**	**+2.1**	4.9%	**+1.5**	**+1.7**	0.6%	**+0.4**	**+0.4**
NL	7.2%	**+3.2**	**+3.8**	4.7%	**+1.0**	**+1.3**	2.5%	**+2.2**	**+2.5**
A	5.8%	**+2.8**	**+3.1**	5.1%	**+1.7**	**+2.0**	0.7%	**+1.0**	**+1.1**
P (1)				5.4%	**+0.8**	**+1.3**			
FIN	6.2%	**+2.8**	**+3.9**	4.6%	**+1.2**	**+1.8**	1.6%	**+1.7**	**+2.1**
S	8.8%	**+3.0**	**+3.3**	6.0%	**+1.0**	**+1.2**	2.8%	**+2.0**	**+2.1**
UK	6.3%	**+1.8**	**+2.5**	4.6%	**+1.0**	**+1.4**	1.7%	**+0.8**	**+1.0**
EU (gewogenes Mittel) (3)	6.6%	**+2.2**	**+2.7**	5.3%	**+1.3**	**+1.7**	1.3%	**+0.9**	**+1.0**

Langfristige Projektionen wie die obige sind, unter Beachtung der zugrunde liegenden Annahmen, mit großer Vorsicht zu betrachten, wie auch aus der Quelle, dem Bericht des Ausschusses für Wirtschaftspolitik (2001) „Budgetary challenges posed by ageing populations“, deutlich hervorgeht. Der Bericht ist verfügbar unter:

http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm

Anm.: (1) Für mehrere Mitgliedstaaten liegen noch keine Angaben über die öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege vor.

(2) Angaben für Irland ausgedrückt als Anteil am BSP.

(3) Die gewogenen Mittelwerte wurden je nach Anzahl der Mitgliedstaaten berechnet, für die Angaben vorliegen. Folglich wurde bei der Gesundheitsversorgung das gewogene Mittel für EU-14 berechnet, bei der Langzeitpflege und den Gesamtausgaben für Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege für 10 Mitgliedstaaten.

Quelle: Economic Policy Committee (2001) „Budgetary challenges posed by ageing populations“

Anm. 13/11/2002: Neue Projektionen auf der Grundlage neuer demografischer Vorhersagen des österreichischen statistischen Amtes 2002.

Österreich (2002)	5,6%	+2.4	+2.5	4,9%	+1.5	+1.6	0,7%	+0.9	+0.9

Tabelle 4 a: Gesamtausgaben für Gesundheitsversorgung als Anteil am BIP (%)

Tabelle	Gesamtausgaben für Gesundheitsversorgung - % BIP													
	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Belgien	6,4	7,2	7,4	7,7	7,9	8,1	7,9	8,7	8,8	8,5	8,5	8,7	8,7	
Dänemark	9,1	8,7	8,5	8,4	8,5	8,8	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,3	8,4
Deutschland	8,8	9,3	8,7		9,9	9,9	10,2	10,6	10,9	10,7	10,6	10,7	10,6	
Finnland	6,4	7,2	7,9	9	9,1	8,3	7,8	7,5	7,7	7,3	6,9	6,9	6,6	
Frankreich			8,6	8,9	9,1	9,5	9,4	9,6	9,6	9,4	9,3	9,4	9,5	
Griechenland	6,6		7,5	7,8	7,2	8,1	8,9	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,3	
Irland	8,4	7,6	6,6	7	7,6	7,5	7,5	7,2	7	6,9	6,8	6,8	6,7	
Italien			8	8,3	8,4	8,1	7,8	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	8,1
Luxemburg	5,9	5,9	6,1	6	6,2	6,4	6,1	6,4	6,4	5,9	5,8	6		
Niederlande	7,5	7,3	8	8,2	8,4	8,5	8,4	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,1	
Österreich	7,6	6,6	7,1	7,1	7,5	7,9	7,9	8,6	8,7	8	8	8,1	8	
Portugal	5,6	6	6,2	6,8	7	7,3	7,3	8,3	8,5	8,6	8,3	8,4	8,2	
Schweden	9,1	8,7	8,5	8,4	8,6	8,6	8,2	8,1	8,4	8,1	7,9			
Spanien	5,4	5,4	6,6	6,8	7,2	7,5	7,4	7,7	7,7	7,6	7,6	7,7	7,7	
Verein. Königreich	5,6	5,9	6	6,5	6,9	6,9	7	7	7	6,8	6,8	7,1	7,3	
Tschech.Republik			5	5,2	5,4	7,2	7,3	7,3	7,1	7,1	7,1	7,2	7,2	
Ungarn				7,1	7,7	7,7	8,3	7,5	7,2	7	6,9	6,8	6,8	
Polen			5,3	6,6	6,6	6,4	6	6	6,4	6,1	6,4	6,2		
Slowak.Republik										6,1	5,9	5,8	5,9	
Türkei	3,3	2,2	3,6	3,8	3,8	3,7	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8			
USA	8,7	10	11,9	12,6	13	13,3	13,2	13,3	13,2	13	12,9	13	13	
Kanada	7,1	8,2	9	9,7	10	9,8	9,5	9,1	8,9	8,9	9,1	9,2	9,1	9,3
Copyright OECD HEALTH DATA 2002 4th ed.														

Tabelle 4 b: Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsversorgung als Anteil am BIP (%)

	Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsversorgung - % BIP													
	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Belgien								6	6,4	6	6	6,2	6,2	
Dänemark	8	7,4	7	7	7	7,2	7	6,8	6,8	6,8	6,9	7	6,8	6,9
Deutschland	6,9	7,2	6,7		7,7	7,6	7,8	8,1	8,4	8,1	7,9	8	8	
Finnland	5	5,6	6,4	7,3	7,3	6,3	5,9	5,7	5,8	5,6	5,3	5,2	5	
Frankreich			6,6	6,7	7	7,3	7,2	7,3	7,3	7,2	7,1	7,1	7,2	
Griechenland	3,7		4,7	4,7	4,2	4,7	4,7	4,8	4,9	4,8	4,7	4,7	4,6	
Irland	6,8	5,8	4,8	5,2	5,5	5,5	5,5	5,3	5,1	5,3	5,2	5,2	5,1	
Italien			6,4	6,6	6,5	6,2	5,9	5,3	5,4	5,6	5,6	5,7	5,9	6,1
Luxemburg	5,5	5,3	5,7	5,6	5,8	5,9	5,6	5,9	5,9	5,4	5,4	5,6		
Niederlande	5,2	5,2	5,4	5,7	6,1	6,3	6,1	6	5,5	5,5	5,5	5,4	5,5	
Österreich	5,2	5	5,2	5,2	5,5	5,9	5,9	6,1	6,1	5,6	5,7	5,6	5,6	
Polen			4,8	5	5,1	4,7	4,3	4,4	4,7	4,4	4,2	4,4	4,2	
Portugal	3,6	3,3	4,1	4,3	4,2	4,6	4,6	5,1	5,5	5,5	5,6	5,9	5,8	
Schweden	8,4	7,9	7,6	7,4	7,5	7,4	7	6,9	7,1	6,8	6,6			
Slowak. Republik										5,6	5,4	5,2	5,3	
Spanien	4,3	4,4	5,2	5,3	5,6	5,8	5,6	5,5	5,5	5,4	5,4	5,4	5,4	
Tschech. Republik			4,8	5,1	5,2	6,8	6,9	6,8	6,5	6,5	6,5	6,5	6,6	
Türkei	0,9	1,1	2,2	2,4	2,5	2,5	2,5	2,4	2,7	3	3,5			
Ungarn				6,4	6,8	6,7	7,2	6,3	5,9	5,6	5,5	5,3	5,1	
Verein. Königreich	5	5	5	5,4	5,8	5,9	5,9	5,8	5,8	5,4	5,5	5,7	5,9	
USA	3,6	4	4,7	5,2	5,5	5,7	5,9	6	6	5,9	5,8	5,7	5,8	
Kanada	5,4	6,2	6,7	7,2	7,4	7,2	6,8	6,5	6,3	6,2	6,5	6,5	6,5	6,8
Copyright OECD HEALTH DATA 2002 4th ed.														

Quelle: OECD Health Data 2002, © OECD, Aug. 2002