



# THEMENBLATT ZUM EUROPÄISCHEN SEMESTER

## GESUNDHEITSSYSTEME

### 1. EINLEITUNG

**Die Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedstaaten nehmen bei den hohen Niveaus des Sozialschutzes und des sozialen Zusammenhalts in Europa einen zentralen Platz ein.**

Die Gesundheitssysteme in der EU sind vielfältig und spiegeln unterschiedliche gesellschaftliche Entscheidungen wider. Trotz unterschiedlicher Organisation und Finanzierung bauen sie jedoch auf gemeinsamen Werten auf, die der Rat der Gesundheitsminister 2006 anerkannt hat<sup>1</sup>: Universalität, Zugang zu einer Gesundheitsversorgung von guter Qualität, Gleichbehandlung und Solidarität.

Es ist auch weithin anerkannt, dass die finanzielle Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme sichergestellt werden muss, sodass diese Werte für die Zukunft gesichert sind<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Schlussfolgerungen des Rates zum Thema „Gemeinsame Werte und Prinzipien in den Europäischen Union-Gesundheitssystemen“ (2006/C 146/01): <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:DE:PDF>

<sup>2</sup> Schlussfolgerungen des Rates betreffend Gesundheitssysteme und finanzielle Tragfähigkeit (8.11.2016): <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14182-2016-INIT/de/pdf>

**Im vergangenen Jahrzehnt sahen sich die europäischen Gesundheitssysteme wachsenden gemeinsamen Herausforderungen gegenüber:**

- Die Bevölkerung in der EU altert und damit steigt das Risiko chronischer Mehrfacherkrankungen. Dies führt zu einer stärkeren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und einem höheren Druck auf die Haushalte.
- Die Kosten für innovative Technologie und Arzneimittel steigen und belasten die öffentlichen Finanzen.
- Die Fachkräfte im Gesundheitswesen sind ungleichmäßig verteilt, wobei in einigen Bereichen der Gesundheitsversorgung Fachkräftemangel besteht.
- Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist nicht überall gleich, was in der Gesellschaft zu Ungleichheiten bei den Gesundheitsergebnissen führt.

Die Kommission hat in ihrer Mitteilung zu wirksamen, zugänglichen und belastbaren Gesundheitssystemen<sup>3</sup> eine strategische Agenda für die Gesundheitssysteme in der EU festgelegt.

---

<sup>3</sup> COM(2014) 215 final: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/com2014\\_215\\_final\\_de.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_de.pdf).

Mit dem gemeinsam von der Europäischen Kommission und dem Ausschuss für Wirtschaftspolitik verfassten Bericht über Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme und Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen<sup>4</sup> wurde ein wichtiger Beitrag zu dieser Agenda geleistet.

In der im April 2017 proklamierten europäischen Säule sozialer Rechte ist unter dem Grundsatz 16 festgehalten, dass jede Person das Recht auf rechtzeitige, hochwertige und bezahlbare Gesundheitsvorsorge und Heilbehandlung hat.

„Rechtzeitiger Zugang“ bedeutet, dass jede Person in der Lage ist, eine Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen, wann immer sie sie braucht. Die Verwirklichung des Grundsatzes erfordert eine ausgewogene geografische Lage der Gesundheitseinrichtungen und der im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte sowie Maßnahmen zur Minimierung langer Wartezeiten.

„Bezahlbare Gesundheitsvorsorge“ bedeutet, dass die Menschen aufgrund der Kosten nicht von der Inanspruchnahme der benötigten Versorgung abgehalten werden.

„Hochwertige Gesundheitsversorgung“ bedeutet, dass die Gesundheitsversorgung angemessen, sicher und wirksam sein sollten.

Die Gesundheitssysteme in der EU treten zunehmend miteinander in Wechselwirkung. Einen Meilenstein stellte hier die Richtlinie über die Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung<sup>5</sup> dar, denn damit erhielt diese Zusammenarbeit einen rechtlichen Rahmen und politische

---

<sup>4</sup> European Economy, Institutional Paper 37 (nur EN), Oktober 2016: [https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en).

<sup>5</sup> Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (ABl. L 88 vom 4.4.2011).

Instrumente. Die Richtlinie sieht insbesondere klare Regeln für den Zugang zur Gesundheitsversorgung in einem anderen EU-Land und die Kostenerstattung für die dort erhaltenen Gesundheitsdienstleistungen sowie diesbezügliche zuverlässige Informationen für Patienten vor.

## 2. ERMITTLUNG DER HERAUSFORDERUNGEN

### 2.1. Das Gesundheitswesen – ein wichtiger Arbeitgeber

**Das „Gesundheits- und Sozialwesen“ ist der Sektor, in dem die Zahl der Arbeitsplätze in jüngster Zeit am stärksten gestiegen ist:** Zwischen dem ersten Quartal des Jahres 2009 und dem ersten Quartal des Jahres 2017 sind hier über **2,6 Millionen neue Arbeitsplätze** entstanden. Die Zunahme der Arbeitsplätze im Gesundheits- und Sozialwesen lässt sich wie folgt aufschlüsseln:

- 960 500 neue Stellen entfallen auf den Teilsektor „Gesundheitswesen“, was 36 % der im gesamten Sektor neu geschaffenen Stellen entspricht;
- 946 500 neue Stellen bzw. 35 % aller Stellen, wurden im Teilsektor „Heime“ geschaffen;
- und 776 700 neue Arbeitsplätze bzw. 29 % aller neuen Stellen sind im Teilsektor „Sozialwesen (ohne Heime)“ entstanden.

Im Sektor „Gesundheits- und Sozialwesen“ waren im ersten Quartal 2017 24 014 500 Menschen beschäftigt. Die meisten von ihnen – nämlich 13 601 700 Beschäftigte – arbeiteten im Teilsektor „Gesundheitswesen“. In der stationären Pflege waren 5 066 800 Personen tätig, während sich die Zahl der Beschäftigten im Teilsektor „sonstiges Sozialwesen (ohne Heime)“ auf 5 346 000 belief.

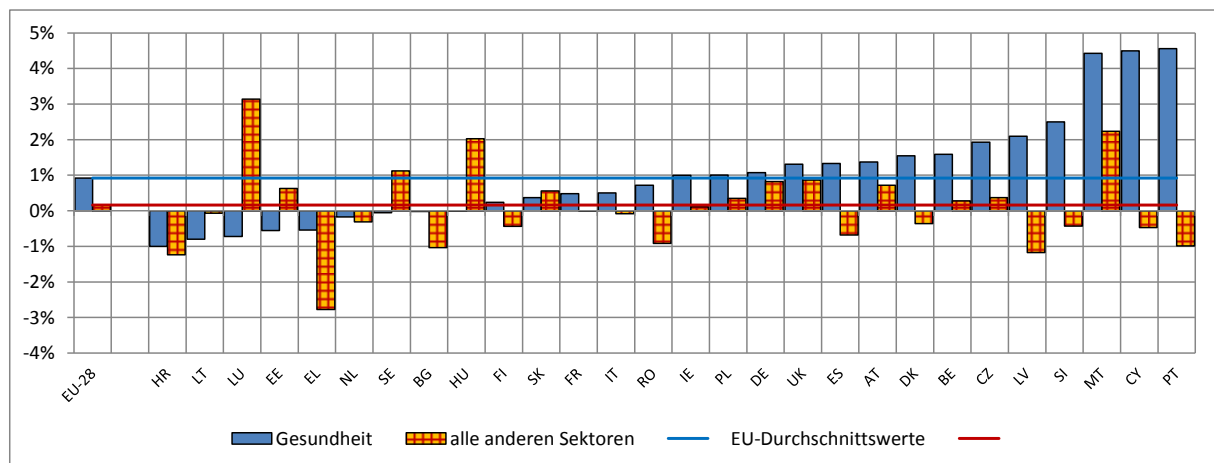
Allerdings stehen nicht alle neuen Arbeitsplätze im Zusammenhang mit der neuen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, denn wegen der Bevölkerungsalterung in Europa werden für eine wirksame

Gesundheitsversorgung unterschiedliche Qualifikationsprofile und unterschiedliche Arten der sektorübergreifenden und interdisziplinären Zusammenarbeit benötigt.

Es besteht ein Missverhältnis zwischen Qualifikationsangebot und -nachfrage, das sowohl die Art der Qualifikationen als auch ihre Verteilung auf die verschiedenen Gesundheitsberufe

betrifft. Neue Arten von Gesundheitsdienstleistungen, die mit einer Verlagerung von Aufgaben (z.B. von der Ärzteschaft auf das Krankenpflegepersonal) einhergehen, und eine bessere Integration können eine sicherere und wirksamere Gesundheitsversorgung zu niedrigeren Kosten bewirken.

**Abbildung 1 – Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen und in allen anderen Sektoren**



Durchschnittliche jährliche Veränderungen der Beschäftigungszahlen im Teilsektor „Gesundheitswesen“ und in allen anderen Sektoren im Zeitraum 2009 (1. Quartal) bis 2017 (1. Quartal)  
Quelle: Eurostat, Arbeitskräfteerhebung.

Die Arbeitskräfte im Sektor Gesundheits- und Sozialwesen verfügen über ein Bildungsniveau, das weit über dem Durchschnitt in allen anderen Sektoren liegt. Die Zahl der Beschäftigten mit akademischem Grad (d.h. einem Universitäts- oder einem anderen Hochschulabschluss) ist im Sektor Gesundheits- und Sozialwesen durchweg höher als in der Wirtschaft insgesamt (siehe Anlage).

2016 verfügten 33,9 % aller Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen in der EU über einen akademischen Grad; im Sektor Gesundheits- und Sozialwesen lag dieser Wert bei 43,4 %. Der Anteil der Beschäftigten, die die Sekundarstufe II abgeschlossen oder nach der Sekundarstufe eine Ausbildung absolviert hatten, betrug in der Wirtschaft insgesamt 48 %, im Gesundheits- und Sozialwesen 45 %. Um das Bild zu vervollständigen: 17,9 %

aller Beschäftigten hatten höchstens die Sekundarstufe I abgeschlossen, im Sektor Gesundheits- und Sozialwesen belief sich dieser Wert auf nur 11,5 %.<sup>6</sup>

Das Gesundheits- und Sozialwesen ist nach wie vor ein Sektor mit einer überwiegend weiblichen Arbeitnehmerschaft: vier von fünf Beschäftigten sind Frauen. Dieser Anteil ist während des Betrachtungszeitraums im Wesentlichen unverändert geblieben.

Eine wirksame und zugängliche Gesundheitsversorgung trägt indirekt auch zu Wirtschaftswachstum und Wohlstand bei, denn sie unterstützt die Menschen dabei, einen guten Gesundheitszustand wiederherzustellen

<sup>6</sup> Der akademische Grad entspricht den ISCED-Niveaus 5 und 6. Der Abschluss der Sekundarstufe II entspricht den ISCED-Niveaus 3 und 4. Der Abschluss der Sekundarstufe I (und weniger) entspricht den ISCED-Niveaus 0, 1 und 2.

oder zu erhalten und sorgt so bei den Arbeitskräften für eine breitere Teilhabe am Erwerbsleben und für höhere Produktivität.

## 2.2. Finanzielle Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme

**Der öffentliche Sektor spielt eine wichtige Rolle bei der Finanzierung der Gesundheitsdienstleistungen, denn in zwei Dritteln der Mitgliedstaaten trägt der öffentliche Sektor mehr als 70 % der Ausgaben im Gesundheitswesen.** Insbesondere vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung könnte diese Situation die Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen vor Herausforderungen stellen.

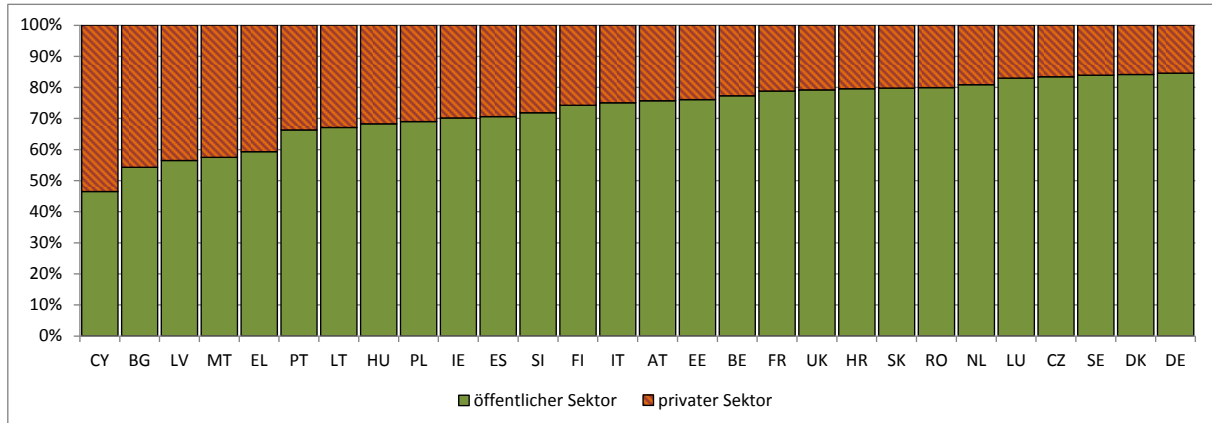
Abbildung 2 zeigt den Anteil der öffentlichen und der privaten Haushalte an der Finanzierung der Gesundheitssysteme in den EU-Mitgliedstaaten. Zu den Mitgliedstaaten, in denen die privaten Haushalte einen relativ hohen Anteil an den Gesundheitsausgaben tragen, zählen Bulgarien (46 % aller Gesundheitsausgaben), Griechenland (mehr als 41 %), Zypern (54 %), Lettland (44 %) und Malta (43 %).<sup>7</sup>

Demgegenüber liegt der Anteil der über öffentliche Haushalte finanzierten Gesundheitsausgaben am höchsten in der Tschechischen Republik (83 %), in Dänemark (84 %), Deutschland (85 %), Luxemburg (83 %), den Niederlanden (81 %) und in Schweden (84 %).

---

<sup>7</sup> Die angebotsinduzierte Nachfrage und dadurch bedingte Wahlentscheidungen der Patienten können zu einer Zunahme des von den Patienten zu tragenden Kostenanteils führen. Es ist daher möglich, dass der tatsächliche Finanzierungsbedarf zu hoch angesetzt wird.

## Abbildung 2 – Finanzierung der Gesundheitsausgaben



Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger – Quelle: OECD, Eurostat, WHO – 2016 oder neueste Date

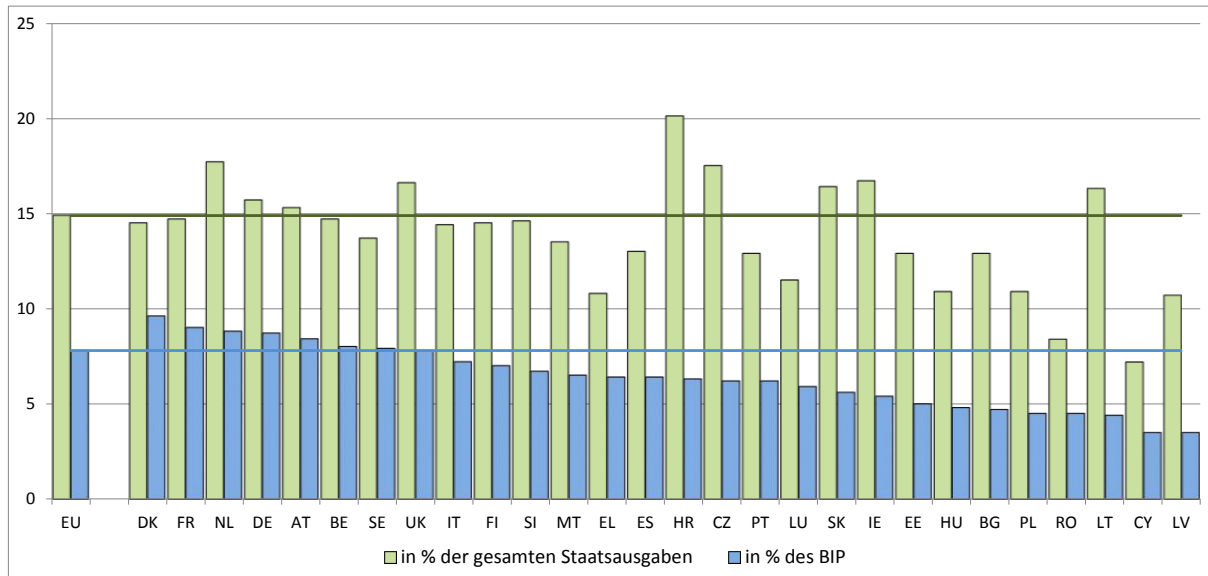
Abbildung 3 zeigt die öffentlichen Gesundheitsausgaben in den EU-Mitgliedstaaten (als prozentualer Anteil am BIP bzw. an den gesamten Ausgaben des Staates).

2015 lagen die öffentlichen Gesundheitsausgaben in der gesamten EU bei 7,8 % des BIP. In acht Mitgliedstaaten, nämlich Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, Österreich, Schweden und dem Vereinigten Königreich, entsprach das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum BIP dem gewichteten EU-Durchschnitt oder lag darüber. Zypern und Lettland waren mit 3,5 % die Mitgliedstaaten mit dem niedrigsten BIP-Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben, und in Bulgarien, Estland, Litauen, Ungarn, Polen und Rumänien lag der Anteil unter 5 %.

2015 beliefen sich die öffentlichen Gesundheitsausgaben in der EU im Durchschnitt auf 15 % der gesamten Ausgaben des Staates. Über dem EU-Durchschnittswert lagen die Tschechische Republik, Deutschland, Kroatien, Irland, Litauen, die Niederlande, Österreich, die Slowakei und das Vereinigte Königreich. Die niedrigsten Werte waren in Zypern (7,2 %) und Rumänien (8,4 %) zu verzeichnen, gefolgt von Griechenland, Lettland, Ungarn und Polen (alle unter 11 %) sowie Luxemburg (11,5 %).<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Einige Länder haben jedoch bei den Gesundheitsausgaben in vielen Bereichen ein Rückforderungssystem. Das bedeutet, dass die ausgewiesenen öffentlichen Ausgaben möglicherweise unter dem tatsächlichen Niveau liegen.

**Abbildung 3 – Öffentliche Gesundheitsausgaben**



Prozentualer Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Ausgaben des Staates bzw. am BIP

Quelle: Eurostat, Statistikabteilung der Vereinten Nationen; 2013 oder neueste Daten – Berechnungen der Kommissionsdienststellen

**Die öffentlichen Gesundheitsausgaben zählen für die Staaten zu den größten und am schnellsten wachsenden Ausgabenposten.**

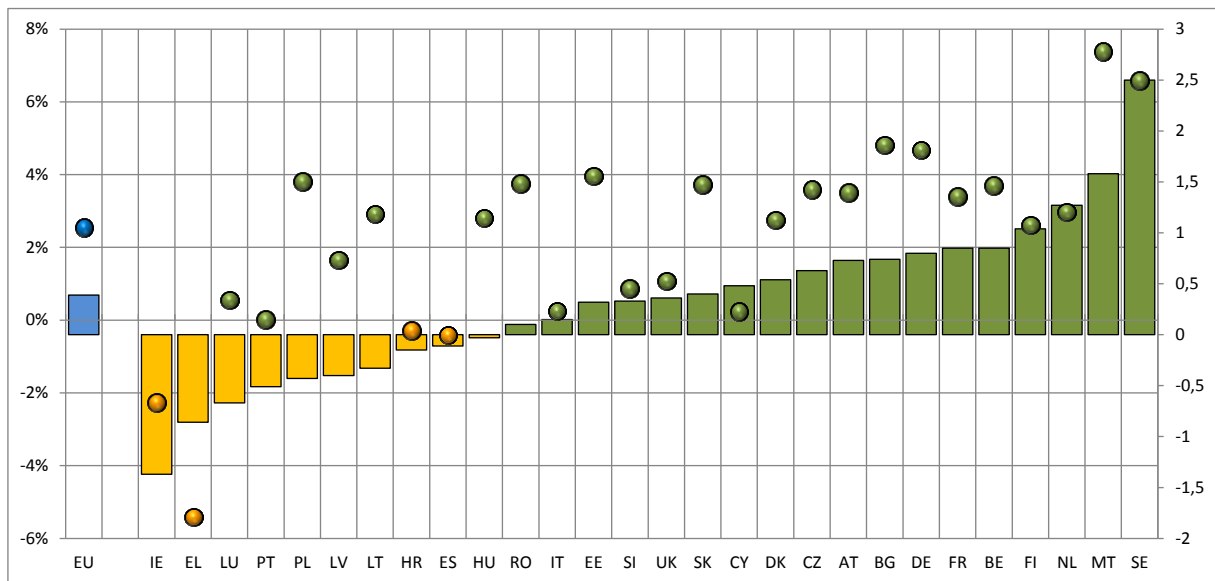
Abbildung 4 zeigt die Zunahme der öffentlichen Gesundheitsausgaben ausgedrückt als Prozentsatz des BIP im Zeitraum 2008 bis 2014 (in Prozentpunkten). Dieselbe Abbildung zeigt für den gleichen Zeitraum die durchschnittliche jährliche Zunahme der realen öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf, dargestellt durch Kreise.

Die Kombination dieser beiden Werte ermöglicht ein besseres Verständnis der öffentlichen Gesundheitsausgaben. Die unterschiedlich hohen Anteile der Gesundheitsausgaben am BIP ergeben sich in der Tat aus der Kombination der Entwicklungen beider Werte, nämlich der öffentlichen Gesundheitsausgaben und des BIP.

Eine relative Zunahme bei den Gesundheitsausgaben ausgedrückt als Anteil am BIP kann tatsächlich der Nettoeffekt einer Abnahme beider Werte sein: Das BIP sinkt stärker als die Ausgaben oder umgekehrt. Die Pro-Kopf-Werte geben daher zusätzliche Informationen, die eine Einordnung der Entwicklungen ermöglichen: Steigen die Gesundheitsausgaben als Anteil des BIP, während sie als Pro-Kopf-Wert sinken, so ist davon auszugehen, dass das BIP des betreffenden Landes schneller sinkt als die Gesundheitsausgaben.

Bei der Analyse der Verläufe der Zunahmen ist der Ausgangswert zu berücksichtigen. Unterschiedliche Interpretationen steigender oder sinkender Gesundheitsausgaben ergeben sich je nachdem, ob der Ausgangswert unter oder über dem Durchschnittswert lag.

**Abbildung 4 – Zunahme der öffentlichen Gesundheitsausgaben als prozentualer Anteil am BIP und als Pro-Kopf-Wert**



Zunahme der öffentlichen Gesundheitsausgaben, ausgedrückt als Anteil am BIP (in Prozentpunkten, rechte Achse) (2008-2014) und als durchschnittliche jährliche Zunahme der realen öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf (dargestellt in Kreisen, linke Achse) (2008-2014)  
 Quelle: WHO-Datenbank „Gesundheit für alle“ – Berechnungen der Kommissionsdienststellen.

### **Der Druck bezüglich höherer Gesundheitsausgaben wird nicht nachlassen.**

Dem Bericht über die Bevölkerungsalterung 2015 zufolge ist davon auszugehen, dass der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP bis zum Jahr 2060 weiter zunehmen wird. Diese Zunahme ist in erster Linie auf folgende Ursachen zurückzuführen:

- steigende Einkommen und höhere Erwartungen an hochwertige Gesundheitsdienstleistungen;
- Bevölkerungsalterung und
- technologische Fortschritte.

Nach dem von der Arbeitsgruppe „Bevölkerungsalterung“ erstellten Referenzszenario werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben in der EU bis zum Jahr 2060 um 0,9 Prozentpunkte des BIP steigen (Abbildung 5). Die durchschnittliche Zunahme der Ausgaben wird in dem Risikoszenario dieser Arbeitsgruppe bis zum Jahr 2060 auf 1,6 Prozentpunkte des BIP veranschlagt (Anlage).

Ein wesentliches Ziel der EU ist es, die Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen – auch mittel- und langfristig – zu gewährleisten. In vielen EU-Mitgliedstaaten hängen die Risiken für die Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen in wesentlichem Maße mit den projizierten Auswirkungen der alterungsbedingten öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege zusammen.

Neben Haushaltszwängen stehen die Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme oft vor den gleichen strukturellen Herausforderungen, die mit einer ineffizienten Verteilung und Nutzung von Ressourcen über funktionelle Ausgabenbereiche hinweg zusammenhängen. Die OECD schätzt, dass ein Fünftel der Gesundheitsausgaben sich nicht oder nur geringfügig gesundheitsfördernd auswirkt. In einigen Fällen sind die gesundheitlichen Ergebnisse sogar negativ. Die Länder könnten demnach bedeutend weniger für die Gesundheitsversorgung ausgeben, ohne die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme oder die gesundheitlichen Ergebnisse zu gefährden<sup>9</sup>.

Zusätzlich bestehen noch folgende Herausforderungen:

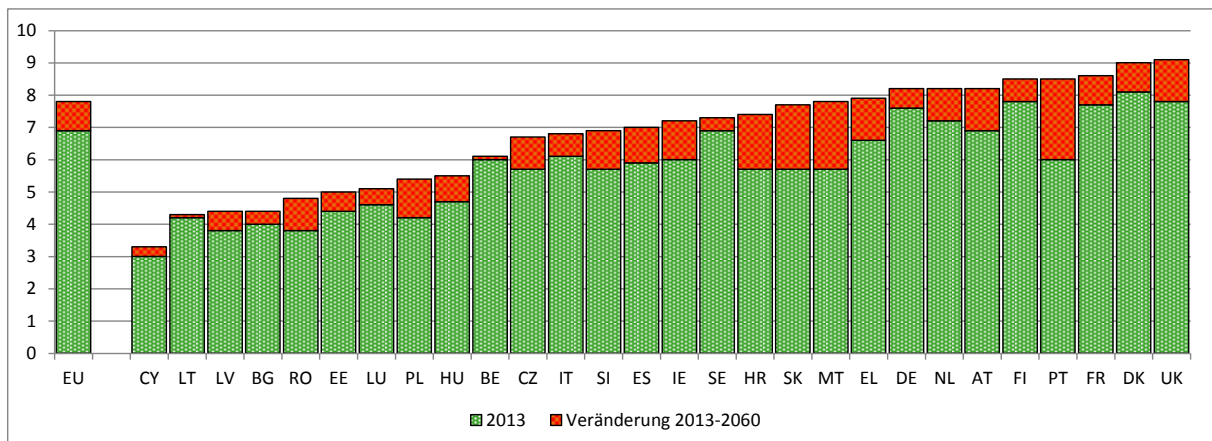
- ungleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung;
- häufige Budgetüberschreitungen;
- konkurrierende strenge Haushaltsvorgaben aus verschiedenen Ministerien;
- wechselnde politische Prioritäten;
- Betrug oder Korruption sowie Mangel an Informationen über das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Investitionen in Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme.

---

<sup>9</sup> OECD: *Tackling Wasteful Spending on Health*, Januar 2017 – <http://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>.



**Abbildung 5 – Ausgangssituation und projizierte Ausgaben für das Gesundheitswesen in den EU-Mitgliedstaaten im Zeitraum 2013-2060 (Referenzszenario der Arbeitsgruppe „Bevölkerungsalterung“)**



Quelle: Auf Grundlage des Berichts über die Bevölkerungsalterung – Kommissionsdienststellen.

### 2.3. Stärkung des sozialen Zusammenhalts durch Zugang zu wirksamen Gesundheitssystemen

Die am meisten verbreiteten Hürden beim Zugang zur Gesundheitsversorgung sind darauf zurückzuführen, dass die Patienten nicht in der Lage und/oder nicht bereit sind, für medizinische Produkte und Dienstleistungen zu bezahlen. In einigen Ländern stellt auch die Wartezeit oder der Anfahrtsweg ein Problem dar. Wartezeiten können aus verschiedensten Gründen entstehen, unter anderem wegen unzureichender oder unangemessener Ressourcenzuweisung oder als Folge aktiver Verwaltungsentscheidungen der Entscheidungsträger im Gesundheitssystem.

Ein Indikator, der häufig eingesetzt wird, um Hürden beim Zugang zur Gesundheitsversorgung aufzuzeigen, ist der nach Aussage des Patienten ungedeckte Bedarf<sup>10</sup>. Dieser Indikator ist nunmehr in das sozialpolitische Scoreboard aufgenommen worden, das Bestandteil der Säule sozialer Rechte ist.

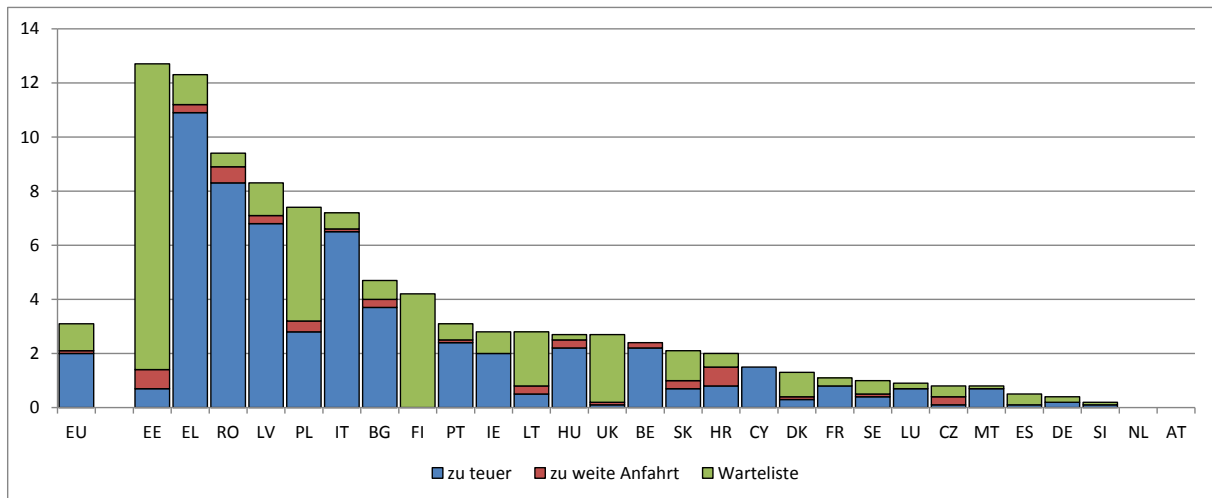
**In vier von fünf europäischen Ländern geben weniger als 5 % der Bevölkerung einen ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung an.** Allerdings lag der Anteil der Bevölkerung mit einem nach eigener Aussage ungedeckten Bedarf in einigen Ländern beträchtlich höher.<sup>11</sup>

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung kann auch durch unzureichende Verfügbarkeit von Gesundheitsinfrastruktur und von Gesundheitspersonal eingeschränkt

sein. In dem nach eigener Aussage nicht gedeckten Bedarf an ärztlicher Versorgung geht es um eine nach eigener Einschätzung bestimmte Bereich der ärztlichen Versorgung, die die betreffende Person nicht erhielt oder aus einem der folgenden drei Gründe nicht in Anspruch genommen hat: „Finanzielle Gründe“, „Warteliste“ und „zu weite Anfahrt“. Die Probleme, die nach Aussage von Personen auftreten, wenn diese im Krankheitsfall eine ärztliche Versorgung erhalten wollen, sind oftmals Ausdruck erheblicher Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung.

<sup>11</sup> Dies gilt in besonderem Maße für Griechenland, wo die dramatische Kürzung der Löhne und Gehälter und der Anstieg der Arbeitslosigkeit in einem fragmentierten Gesundheitsversicherungssystem mit geringer Umverteilung zu einem beträchtlichen Rückgang der Reichweite und der Anspruchsberechtigung auf Leistungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung geführt hat. Während es Anhaltspunkte (in Form des hohen Niveaus an Zahlungen aus eigener Tasche) für eine übermäßige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vor der Krise gibt, waren Letztere mit Eintreten der Krise nicht mehr erschwinglich. Mit den aufeinander folgenden Reformen von 2014 und 2016 wurde eine universelle Gesundheitsversorgung eingeführt. Die Wirkung dieser Reformen auf den ungedeckten Bedarf ist in den zur Verfügung stehenden Daten noch nicht erfasst.

**Abbildung 6 – Von Patienten angegebener ungedeckter Bedarf an medizinischer Versorgung wegen der Kosten, der Wartezeit oder der weiten Anfahrt**



Quelle: EU-SILC (2015)

### Ungleichheiten beim Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung lassen sich in allen EU-Mitgliedstaaten finden,

obwohl die Mitgliedstaaten vereinbart haben, dass Gleichbehandlung in den Gesundheitssystemen zu den gemeinsamen Prinzipien zählt. Eine Vielzahl von Faktoren, darunter finanzielle, administrative, geografische, rechtliche, kulturelle und organisatorische, wirken sich negativ auf die Gleichbehandlung beim Zugang zur Gesundheitsversorgung aus.

Der nach eigener Aussage nicht gedeckte Bedarf an medizinischer Versorgung sollte auch im Zusammenhang mit objektiven Messungen der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsausgaben gesehen werden. So gibt beispielsweise auch die Höhe der öffentlichen und privaten Ausgaben sowie der Zahlungen aus eigener Tasche<sup>12</sup> für die Gesundheitsversorgung

<sup>12</sup> Zahlungen aus eigener Tasche bezeichnen unmittelbare, aus dem Primäreinkommen oder Ersparnissen der Haushalte geleistete Zahlungen für Waren und Dienstleistungen, bei denen die Zahlung zum Zeitpunkt des Gütererwerbs bzw. der Inanspruchnahme der Dienstleistung entweder ohne jegliche Erstattung oder nach Abzug eines Selbstbehalts von einem organisierten System heraus erfolgt. Wahlentscheidungen der Patienten können sich auf diesen Indikator auswirken. Die

Aufschluss über den finanziellen Schutz der Bevölkerung vor krankheitsbedingten Risiken und die gegenwärtige Nutzung der Gesundheitsdienstleistungen.

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Nachfrage und begrenzter Ressourcen **ist es für einen nachhaltigen universellen Zugang zu einer hochwertigen**

**Gesundheitsversorgung erforderlich, dass Effizienz und Wirksamkeit bei den Gesundheitsausgaben gesteigert werden.** Die Herausforderung besteht darin, zu ermitteln, wie Gesundheitsversorgung kosteneffizient finanziert, organisiert und erbracht werden kann, damit durch eine rationellere Nutzung der verfügbaren Ressourcen bessere Gesundheitsergebnisse erzielt werden.

Ausgabenkürzungen in allen Bereichen, die auf kurzfristige Einsparungen ausgelegt sind und nicht die Kosteneffizienz des Systems anvisieren, könnten mittel- bis langfristig zu höheren Ausgaben führen.

Viele Mitgliedstaaten sehen es insbesondere als eine Herausforderung an, den Zugang zu erschwinglichen

grenzüberschreitende Vergleichbarkeit der Daten ist zur Zeit begrenzt, da SHA 2011 in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten mit unterschiedlicher Genauigkeit umgesetzt wurde.

Arzneimitteln zu verbessern. Tatsächlich aber ist in den nächsten Jahren mit der Einführung einer Vielzahl neuer Arzneimittel zu rechnen, wodurch der Finanzierungsbedarf im Vergleich zu den letzten zehn Jahren noch steigen wird.

Denn bei diesen neuen Arzneimitteln vollzieht sich eine allmähliche Veränderung: Innovationen basieren auf komplexen und kostspieligen Biopharmazeutika und zielen in zunehmendem Maße auf kleinere Bevölkerungsgruppen ab. Die steigende Zahl dieser Arzneimittel stellt staatliche ebenso wie private Träger der Gesundheitsversorgung in zunehmenden Maße vor das Problem, wie sie diese Kosten tragen können.

**Immer noch sterben in Europa viele Menschen zu früh.** 2014 starben in der EU 1,69 Millionen Menschen im Alter von unter 75 Jahren. 562 034 dieser Sterbefälle könnten als vorzeitig betrachtet werden. Diese Sterbefälle hätten in Anbetracht des heutigen medizinischen Wissens und der vorhandenen Technologie vermieden werden können. Fast die Hälfte dieser vermeidbaren Sterbefälle sind auf

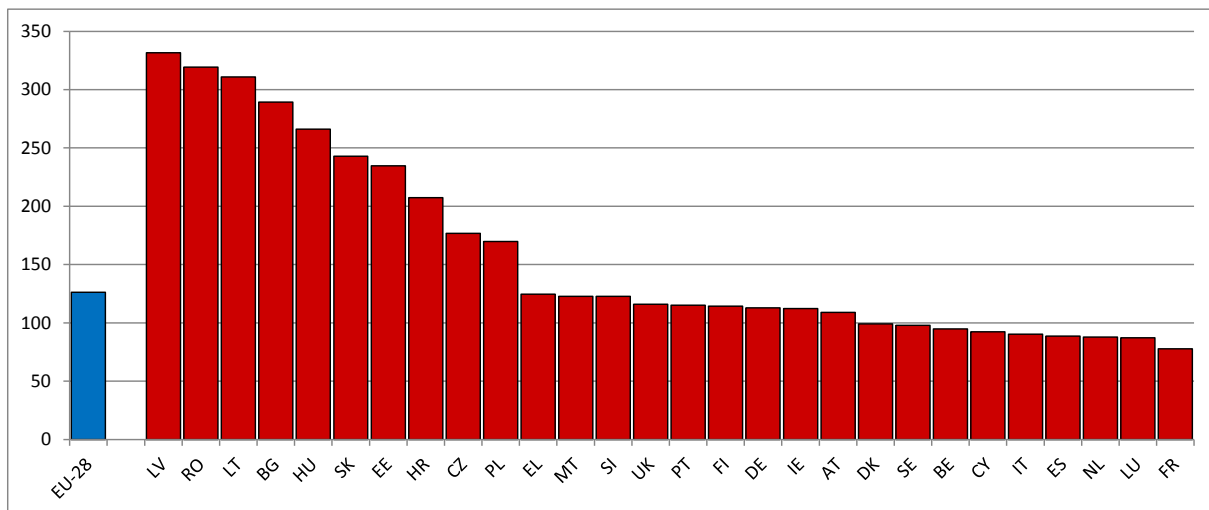
Herzinfarkte und Schlaganfälle zurückzuführen.

Das Konzept der durch Gesundheitsfürsorge vermeidbaren Sterblichkeit beruht auf der Prämisse, dass bestimmte Todesfälle (in spezifischen Altersgruppen und bei spezifischen Erkrankungen) „vermieden“ werden könnten. Oder anders ausgedrückt: Bestimmte Todesfälle wären bei einer rechtzeitigen und wirksamen Gesundheitsversorgung nicht zu diesem Zeitpunkt eingetreten.

Der Indikator der vermeidbaren Sterbefälle wird allgemein zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen angewandt und gibt Hinweise auf die Qualität und Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgungspolitik.

Die Anteile der Sterbefälle, die bei einer optimalen Gesundheitsversorgung in der gesamten Altersgruppe der unter 75-jährigen im Jahr 2013 als vermeidbar gelten, sind je nach Mitgliedstaat sehr unterschiedlich.

**Abbildung 7 – Durch Gesundheitsfürsorge vermeidbare Sterblichkeit**



Quelle: Eurostat-Datenbank (2014)

### **3. ERMITTLUNG GEEIGNETER POLITISCHER ANSÄTZE MIT HEBELWIRKUNG ZUR BEWÄLTIGUNG DER HERAUSFORDERUNGEN**

Zur Unterstützung nationaler Reformen schlägt die Kommission in ihrer Mitteilung zu wirksamen, zugänglichen und belastbaren Gesundheitssystemen eine EU-Agenda mit einer Reihe von Mechanismen für eine Zusammenarbeit vor. Ziel ist es, die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in der EU zu verbessern. Zu den Mechanismen zählen die Bewertung von Gesundheitstechnologien, elektronische Gesundheitsdienste (eHealth) und digitales Gesundheitswesen, Bewertung der Leistung von Gesundheitssystemen, Planung des Arbeitskräftebedarfs, europäische Referenznetze, usw.<sup>13</sup>

Durch eine solche Zusammenarbeit soll die Effizienz und Wirksamkeit der Gesundheitssysteme verbessert werden, damit die finanzielle Tragfähigkeit und der Zugang zu Gesundheitsdiensten von guter Qualität für alle gewährleistet ist.

In dem gemeinsamen Bericht der Kommission und des Ausschusses für Wirtschaftspolitik über Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme (2016) werden eine Reihe von Bereichen aufgezeigt, in denen Verbesserungen die Kosteneffizienz der Gesundheitssysteme mittel- und langfristig steigern und deren langfristige Tragfähigkeit stärken könnten.

Es bieten sich folgende politische Ansätze mit Hebelwirkung an:

#### **Verbesserung der Verwaltung der Systeme**

1. Verstärkung der Zusammenarbeit zwischen den Haushalts- und den Gesundheitsbehörden und Nutzung einer Vielzahl verschiedener Instrumente der Haushaltsplanung zur Förderung von Effizienz, Transparenz und Rechenschaftspflicht;

2. Entwicklung von Strategien im Bereich Informationstechnologie und Datenverwaltung zur Unterstützung von Überwachungs- und Verwaltungsmaßnahmen und zur stärkeren Bekämpfung von Korruption, Betrug und Missbrauch öffentlicher Mittel;

3. systematische und formalisierte faktengestützte Ex-ante- und Ex-post-Bewertung von Reformen sowie Anwendung der Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme;

4. klare Definition der Aufgaben von Behörden bei der Bereitstellung von Langzeitpflegediensten mit dem Ziel, medizinische und soziale Dienstleistungen über einen rechtlichen Rahmen miteinander zu verknüpfen und die Verwaltungseffizienz zu erhöhen;

5. Verbesserung der zahlenmäßigen Angemessenheit und der Qualifizierung der im Gesundheitswesen tätigen Arbeitskräfte durch eine bessere Abstimmung der Planung auf den Bedarf, eine Anpassung der Anreize, Sondierung der Möglichkeiten für eine Einstellung von Ärzten auf grenzüberschreitender Basis und eine langfristige Planung;

#### **Förderung von Tragfähigkeit und Effizienz bei Finanzierung und Ausgaben**

6. Gewährleistung der Zugrundelegung der Kriterien Kosteneffizienz und Gleichbehandlung bei Leistungspaketen, die mit öffentlichen Mitteln erstattet werden, und des Einsatzes von Kostenteilungssystemen, um zur Eindämmung der öffentlichen Ausgaben beizutragen und dabei zugleich den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu bewahren;

7. Entwicklung von Mechanismen für Vergütung und Beschaffung zur Steigerung der Effizienz und der Gleichbehandlung;

8. Verlagerung der Gesundheitsversorgung weg vom traditionellen krankenhauszentrierten Modell, indem die Erstanlaufstellen und die medizinische Grundversorgung eine

<sup>13</sup> [https://ec.europa.eu/health/home\\_de](https://ec.europa.eu/health/home_de).

gewichtigere Rolle erhalten, sowie Förderung einer Koordinierung und Integration der Versorgung;

9. Verbesserung der finanziellen Tragfähigkeit der Krankenhausversorgung durch bessere Finanzierungsvereinbarungen, Senkung der operativen Kosten und Verbesserung des Vergleichs von Krankenhausleistungen und der vergleichenden Leistungsbewertung;

10. Stärkung der kosteneffizienten Nutzung und Erschwinglichkeit von Arzneimitteln durch die Förderung der öffentlichen Beschaffung und der Rolle von Generika und Biosimilars<sup>14</sup>, angemessener Preiskontrolle und eines vernünftigen Umgangs mit Arzneimitteln;

11. weitere Prüfung von Mechanismen für eine länderübergreifende Zusammenarbeit, um die Probleme der Verfügbarkeit und der Zugänglichkeit von Arzneimitteln in EU-Ländern anzugehen. Dies sollte geeignete Regulierungsmechanismen auf EU-Ebene und gemeinsamer Beschaffungsvereinbarungen einschließen;

12. Ermöglichung von in Kenntnis der Bewertung von Gesundheitstechnologien getroffenen, kosteneffizienten Entscheidungen über die Kostenübernahme für neue und vorhandene Technologien, einschließlich durch eine Zusammenarbeit zwischen Mitgliedstaaten;

### **Verbesserung des Zugangs, der Qualität und der Wirksamkeit der Gesundheitsversorgung**

13. Ausbau politischer Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention: Förderung von Kampagnen zu Risikofaktoren,

---

<sup>14</sup> Bei einem *Generikum* handelt es sich um ein pharmazeutisches Erzeugnis, das einem bereits zugelassenen Arzneimittel (dem „Referenzarzneimittel“) entspricht. Es enthält denselben Wirkstoff oder dieselben Wirkstoffe wie das Referenzarzneimittel. Ein *Biosimilar* ist einem bereits zugelassenen biologischen Arzneimittel in allen wesentlichen Aspekten höchst ähnlich.

Entwicklung integrierter, sektorenübergreifender Initiativen mehrerer Interessenträger und Abstimmung der Finanzpläne auf die Zeitpläne für politische Maßnahmen;

14. Verbesserung der Zugänglichkeit zu hochwertiger Gesundheitsversorgung durch Reduzierung der Wartezeiten und der von den Privathaushalten zu tragenden Gesundheitsausgaben, einschließlich der informellen Zahlungen;

15. Berücksichtigung der Bedürfnisse schutzbedürftiger Bevölkerungsgruppen, insbesondere durch geeignete fiskalische und Sozialschutzmaßnahmen, bereichsübergreifende Zusammenarbeit bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen und die jeweilige Kultur berücksichtigenden Dienstleistungen;

16. Bereitstellung eines angemessenen Gesundheitsversorgungsniveaus für Bedürftige durch Förderung und Bewertung von Qualität und Wirksamkeit;

17. Unterstützung einer eigenständigen Lebensführung und der Erbringung von Gesundheits- und Langzeitpflegedienstleistungen zuhause und in der Gemeinschaft anstatt in Einrichtungen, sofern angebracht;

18. Förderung des gesunden Alterns und Vorbeugung gegen den körperlichen und geistigen Abbau bei Menschen mit chronischen Krankheiten.

### **4. AKTUELLER STAND DER POLITIK: DIE MITGLIEDSTAATEN IM VERGLEICH**

Um den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen bei gleichzeitiger Wahrung der Qualität und Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems zu verbessern, haben mehrere Mitgliedstaaten substantielle Maßnahmen eingeführt und umgesetzt.

Bulgarien, Estland, Malta, Österreich und Polen haben tiefgreifende Reformen in Angriff genommen, um die medizinische Grundversorgung zu stärken und besser auf die Krankenhaus- und

Facharztversorgung abzustimmen. Schweden hat außerdem mehr Mittel bereitgestellt, um die Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern.

In Zypern wurde damit begonnen, das Gesundheitssystem so umzustrukturieren, dass die gesamte Bevölkerung einen Anspruch auf Zugang zur Gesundheitsversorgung hat und hohe Zahlungen aus eigener Tasche sinken.

Portugal hat in den Jahren 2016 und 2017 bedeutende Reformen umgesetzt, um eine universelle Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Bulgarien wiederum hat Maßnahmen ergriffen, um die ambulante Patientenversorgung dort zu verbessern, wo die bestehende Unterdeckung es für einige Menschen schwierig macht, Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erhalten.

In Österreich wurde ein neues diagnosebezogenes gruppenbasiertes Entgeltsystem im Ambulanzbereich von Krankenhäusern eingeführt, mit dem die stationäre Pflege entlastet und Tagesklinik- sowie ambulante Dienste gefördert werden sollen.

In Lettland und Polen wurden Reformen zur Erhöhung der Verfügbarkeit von Personal im Gesundheitswesen eingeleitet.

Rumänien und Ungarn haben erste Maßnahmen für eine Erhöhung der Gehälter des Gesundheitspersonals ergriffen.

Lettland, Polen, Portugal und Rumänien kündigten Maßnahmen an, damit Mediziner und Krankenpfleger/innen ihren Beruf verstärkt in Stadtrandbereichen oder ländlichen Gebieten ausüben.

In Lettland und Malta wurden die Wartezeiten verkürzt, während in Rumänien gewisse Teile des Systems der ambulanten Pflege umorganisiert wurden.

In Italien, Malta, Portugal und Slowenien wurden ICT-Systeme entwickelt und eingesetzt, um die Wartezeiten für Gesundheitsversorgungsleistungen zu verkürzen.

In Spanien, Italien, Portugal und der Slowakei werden derzeit Reformen, wie die zentralisierte Beschaffung, die Nutzung von Generika und die Einrichtung von Gremien zur Gesundheitstechnologiebewertung, umgesetzt. Ziel hierbei ist es, den Zugang zu Arzneimitteln zu verbessern und ihren kostengünstigen Einsatz sicherzustellen.

In Lettland und Rumänien gibt es Pläne, um die in Bezug auf Zurechenbarkeit und Transparenz im Gesundheitssystem bestehenden Mechanismen zu verbessern.

Informationen über die Gesundheitspolitik in Europa finden sich im Zyklus „Gesundheitszustand in der EU“<sup>15</sup>. Insbesondere die länderspezifischen Gesundheitsprofile bieten detailliertere Analysen des gesundheitspolitischen Sachstands in den einzelnen Mitgliedstaaten.

Der Begleitbericht stützt sich auf die Ergebnisse der länderspezifischen Profile und beleuchtet die Auswirkungen der bereichsübergreifenden Politik.

Datum: 26.9.2017

---

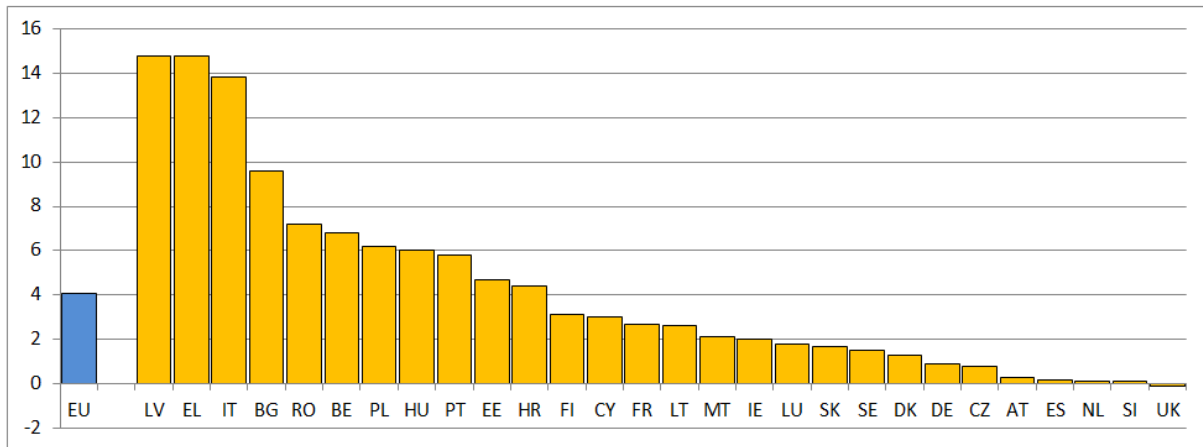
<sup>15</sup> [https://ec.europa.eu/health/state/summary\\_de](https://ec.europa.eu/health/state/summary_de).

## 5. NÜTZLICHE INFORMATIONSQUELLEN

- Mitteilung der Kommission zu wirksamen, zugänglichen und belastbaren Gesundheitssystemen (COM(2014) 215 final)  
[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/com2014\\_215\\_final\\_de.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_de.pdf)
- GD Wirtschaft und Finanzen und Ausschuss für Wirtschaftspolitik: Gemeinsamer Bericht über Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme und Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen  
[https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en)
- Gesundheitszustand in der EU: Länderspezifische Gesundheitsprofile  
[https://ec.europa.eu/health/state/country\\_profiles\\_de](https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_de)
- Health at a Glance (Gesundheit auf einen Blick): Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle (Europa 2016 – Gesundheitszustand in der EU), OECD Publishing, Paris  
[https://ec.europa.eu/health/state/glance\\_en](https://ec.europa.eu/health/state/glance_en)
- Themenblatt zum Europäischen Semester: Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen
- WHO-Datenbank „Gesundheit für alle“
- OECD-Gesundheitsdatenbank
- Datenbank ECHI der Europäischen Kommission  
[https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators\\_en](https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en)
- Stellungnahme des Sachverständigenrats für effektive Gesundheitsinvestitionen zum Thema „Typology of health policy reforms and framework for evaluating reform effects“ (Typologie der gesundheitspolitischen Reformen und Rahmen für die Bewertung der Auswirkung der Reformen)  
[https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/013\\_healthpolicy\\_reforms\\_reformeffects\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/013_healthpolicy_reforms_reformeffects_en.pdf)
- Stellungnahme des Sachverständigenrats für effektive Gesundheitsinvestitionen zum Thema „Access to health services in the European Union“ (Zugang zu den Gesundheitssystemen in der Europäischen Union)  
[https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/015\\_access\\_healthservices\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf)
- Stellungnahme des Sachverständigenrats für effektive Gesundheitsinvestitionen zum Thema „Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems“ (Definition eines Referenzrahmens für die medizinische Grundversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Finanzierungs- und Überweisungssysteme)  
[https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/004\\_definitionprimarycare\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definitionprimarycare_en.pdf)
- Bericht der Expertengruppe zur Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme: „So What? Strategies across Europe to assess quality of care“ (Strategien zur Qualitätsbewertung der Gesundheitsversorgung in Europa)  
[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/sowhat\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf)
- Bericht der Expertengruppe zur Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme: „Blocks: Tools and methodologies to assess integrated care in Europe“ (Instrumente und Methoden zur Bewertung der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa)  
[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/2017\\_blocks\\_en\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf)

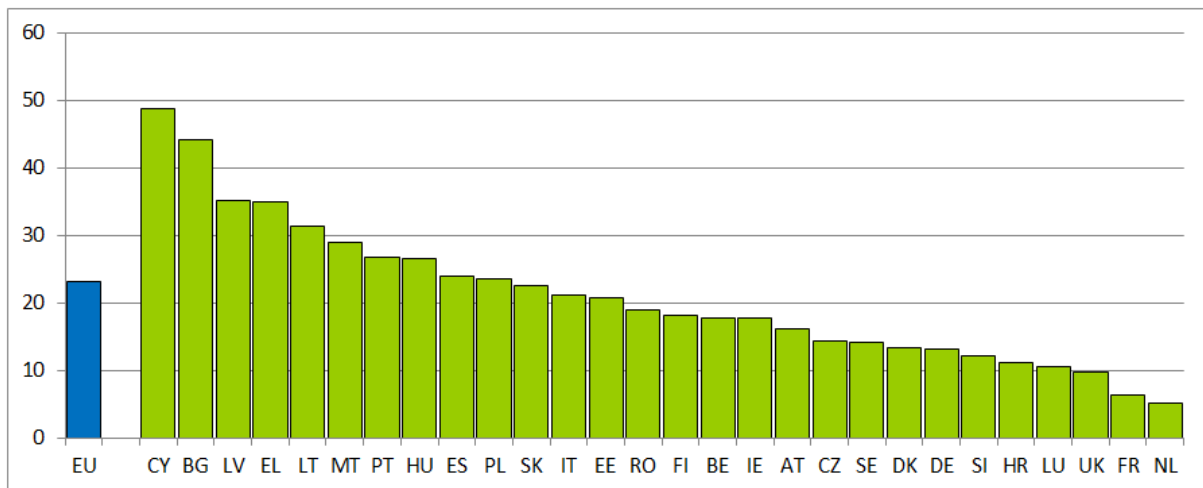
## ANHANG

**Abbildung A: Nach eigener Aussage nicht gedeckter Bedarf an ärztlicher Versorgung, dargestellt als Differenz zwischen oberstem und unterstem Einkommensquintil<sup>16</sup>**



Quelle: Eurostat, SILC. Anmerkungen: alle Gründe; Angabe der Differenz in Prozentpunkten.

**Abbildung B: Von Privathaushalten geleistete Zahlungen aus eigener Tasche, ausgedrückt als Prozentsatz der gegenwärtigen Gesamtausgaben im Gesundheitswesen, 2014 oder jüngste verfügbare Daten**

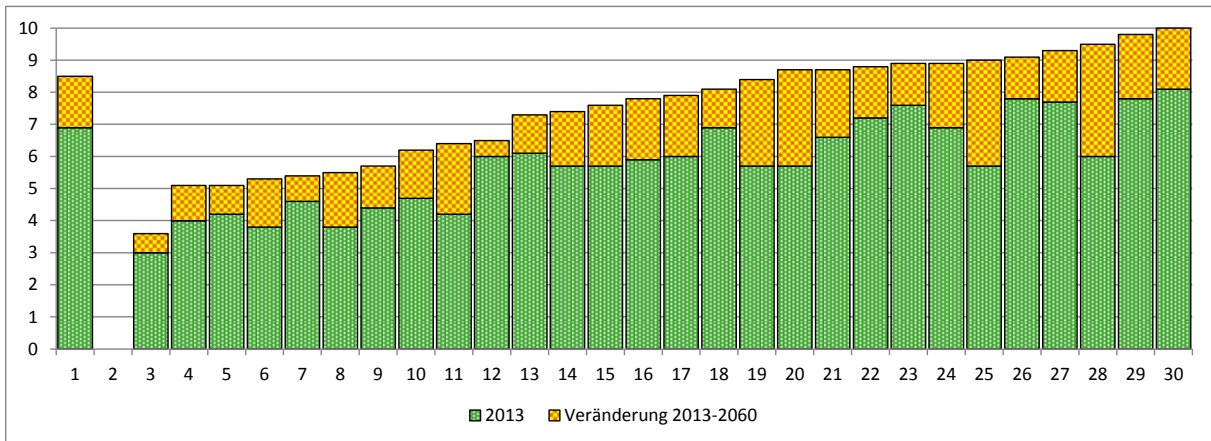


Quelle: WHO-Datenbank „Gesundheit für alle“

<sup>16</sup> Differenz zwischen dem Prozentsatz der Menschen im niedrigsten (q1) und im höchsten Einkommensquintil (q2), die in den vorangegangenen 12 Monaten nach eigener Aussage einen nicht gedeckten Bedarf an ärztlicher Versorgung hatten. Das erste Einkommensquintil steht für die 20 % der Bevölkerung mit dem niedrigsten Einkommen, das fünfte Quintil für die 20 % der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen.

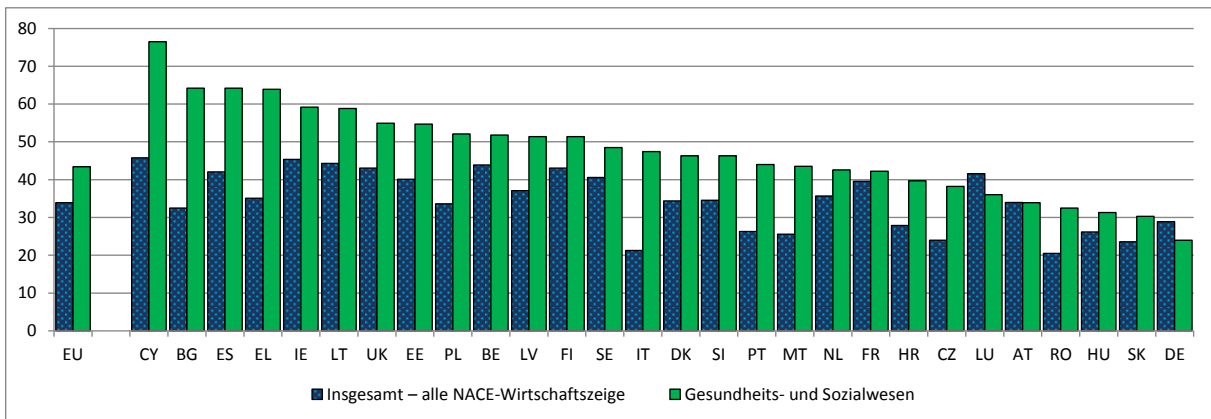


**Abbildung C: Projizierte Ausgaben für das Gesundheitswesen in den EU-Mitgliedstaaten im Zeitraum 2013-2060 (Risikoszenario der Arbeitsgruppe „Bevölkerungsalterung“)**



Quelle: Auf Grundlage des Berichts über die Bevölkerungsalterung 2015 – Kommissionsdienststellen.

**Abbildung D: Bildungsniveau der Beschäftigten**



Beschäftigte mit akademischem Grad im Gesundheits- und Sozialwesen und in allen Sektoren (in %), 2016 – Quelle: Eurostat