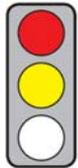


KERNPUNKTE

Ziel der Mitteilung: Die Kommission strebt den Abbau „gesundheitlicher Ungleichheit“ zwischen den Mitgliedstaaten, verschiedenen Bevölkerungsgruppen sowie Männern und Frauen an.

Betroffene: Alle Bürger, insbesondere Patienten und Angehörige von Gesundheitsberufen, Mitgliedstaaten.



Pro: Die Datenbasis über Ausmaß und Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit soll erweitert und der Austausch bewährter Verfahren zwischen den Mitgliedstaaten verbessert werden.

Contra: (1) Die Kommission legt nicht dar, welche gesundheitlichen Ungleichheiten genau sie bekämpfen will – und welche nicht.

(2) Die Kommission will die Kohäsionspolitik stärker gegen gesundheitliche Ungleichheit einsetzen.

(3) Die Pläne der Kommission können zu einer schleichenden Erosion der Kompetenzverteilung zwischen EU und Mitgliedstaaten führen.

INHALT

Titel

Mitteilung [KOM\(2009\) 567](#) vom 20. Oktober 2009: Solidarität im Gesundheitswesen – **Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU** und begleitendes Arbeitsdokument [SEC\(2009\) 1396](#)

Kurzdarstellung

► Ziel und Gegenstand der Mitteilung

- Die Kommission sieht in der Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit in der EU ein zentrales politisches Anliegen für die Mitgliedstaaten und die EU. Die gesundheitliche Ungleichheit ist für sie eine „Herausforderung an ihr Engagement für Solidarität, sozialen und wirtschaftlichen Zusammenhalt, Menschenrechte und Chancengleichheit“ (S. 2).
- Dem begleitenden Arbeitsdokument [SEC(2009) 1396, S. iv] zufolge geht es der Kommission nicht um „Ungleichheit“ („inequality“) der Gesundheit, sondern – ohne weitere Präzisierung – um „Unterschiede“, die als vermeidbar, „unfair und ungerecht“ gelten („inequity“). Eine solche Aussage findet sich in der Mitteilung selbst nicht.
- Nach Auffassung der Kommission wird das Ziel einer größeren Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen durch die Lissabon-Strategie verstärkt, die „Wirtschaftswachstum bei gleichzeitiger sozialer Solidarität“ (S. 5) zum Gegenstand hat.

► Gesundheitliche Ungleichheit in der EU

- Die Kommission stellt fest, dass sich der Gesundheitszustand der EU-Bürger im Durchschnitt der letzten Jahrzehnte stetig verbesserte.
- Gleichwohl gibt es gesundheitliche Unterschiede zwischen
 - den verschiedenen Mitgliedstaaten
 - verschiedenen Bevölkerungsgruppen
 - Männern und Frauen.
- Die jüngste Wirtschaftskrise kann die gesundheitliche Ungleichheit noch vergrößern.
- **Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten**
 - Die Lebenserwartung der Bürger unterscheidet sich deutlich zwischen den Mitgliedstaaten.
 - So leben Männer in Schweden und Zypern durchschnittlich 14 Jahre länger als Männer in Litauen und Lettland. Frauen in Spanien, Frankreich und Italien leben durchschnittlich 8 Jahre länger als Frauen in Bulgarien, Lettland und Rumänien. [SEC(2009) 1396, S. 71]
 - In Bulgarien, Dänemark und Litauen hat sich der Abstand zum EU-Durchschnitt in den vergangenen zwanzig Jahren noch vergrößert [SEC(2009) 1396, S. 74].
 - Die Kindersterblichkeit ist in Rumänien über fünfmal höher als in Luxemburg [SEC(2009) 1396, S. 76].
- **Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen**
 - Insbesondere folgende Gruppen sind von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen: Obdachlose, Menschen in Armut, insbesondere Kinder, benachteiligte Einwanderer- und ethnische Minderheitengruppen, insbesondere Roma, Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen.
 - Die Kommission sieht gesundheitliche Ungleichheit zwischen Bevölkerungsgruppen insbesondere durch folgende Faktoren beeinflusst: Lebensbedingungen, Gesundheitsverhalten, Bildungsstand und Zugang zu Bildung, Beruf und Einkommen, Gesundheitsversorgung, Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen.

- Durch politische Maßnahmen können diese Faktoren beeinflusst werden. Daher ist gesundheitliche Ungleichheit nicht unvermeidbar.
- **Unterschiede zwischen den Geschlechtern**
 - Frauen leben im statistischen Durchschnitt länger als Männer.
 - Sie verbringen aber einen größeren Teil ihres Lebens in „schlechtem“ Gesundheitszustand.
- ▶ **Handlungsfelder zum Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit**
 - **Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitsbereich**
 - Obwohl es Anhaltspunkte dafür gibt, dass ein höherer allgemeiner Wohlstand bessere gesundheitliche Bedingungen mit sich bringt, bezweifelt die Kommission, dass dieser Zusammenhang immer für alle Bevölkerungsteile gilt.
 - Die Kommission will, dass insbesondere die Kohäsionsfonds der EU eine wichtige Rolle zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit spielen.
 - Für den Zeitraum 2007–2013 stehen ca. 5 Mrd. € aus den Kohäsionsfonds für das Gesundheitswesen zur Verfügung. Dies entspricht 1,5 % der verfügbaren Gesamtsumme.
 - Nach 2013 will die Kommission die Kohäsionspolitik stärker am Thema Gesundheit ausrichten.
 - **Verbesserung der Datenbasis**
 - Derzeit fehlen allgemein verfügbare und vergleichbare Daten und Forschungsergebnisse über gesundheitliche Ungleichheit in der EU.
 - Die Kommission will die Datenbasis über gesundheitliche Ungleichheit in der EU ausweiten und EU-Forschungsarbeiten auf das Thema ausrichten.
 - Sie sieht darin einen „ersten Schritt“ (S. 6) für wirksame Maßnahmen.
 - Die Mitgliedstaaten sollen in Zusammenarbeit mit der Kommission Indikatoren zur Überwachung gesundheitlicher Ungleichheit und ein Verfahren zur Prüfung des Gesundheitszustandes in den Mitgliedstaaten entwickeln.
 - Maßnahmen der EU sollen darauf untersucht werden, wie sie auf gesundheitliche Ungleichheit wirken.
 - **Engagement in allen Bereichen der Gesellschaft**
 - Da die Gesundheit durch viele Faktoren beeinflusst wird, muss man nach Auffassung der Kommission das Thema im Alltag, am Arbeitsplatz, in der Schule und in der Freizeit angehen.
 - Das Gesundheitswesen muss nach Auffassung der Kommission eine Schlüsselrolle spielen, indem es
 - einen „gerechten“ Zugang zur Gesundheitsversorgung sicherstellt und
 - Angehörige der Gesundheitsberufe beim Wissenserwerb und der Weiterbildung unterstützt.
 - Die Kommission will den Austausch der Mitgliedstaaten und „einschlägiger Interessengruppen“ (S. 9) über bewährte Verfahren in den genannten Bereichen unterstützen.
 - **Eingehen auf die Bedürfnisse besonderes schutzbedürftiger Gruppen**
 - Die Kommission betont, dass Maßnahmen „zum Abbau des Gesundheitsgefälles“ (S. 9) auf „besonders schutzbedürftige Gruppen“ zugeschnitten sein müssen. Insbesondere betrifft dies Menschen in Armut, benachteiligte Einwanderer und ethnische Minderheiten, Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen und Kinder in Armut.
 - Bei einigen Gruppen sieht die Kommission durch den eingeschränkten Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung Grundrechte berührt. Sie verweist auf die Charta der Grundrechte der Europäischen Union, die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes sowie die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte der Menschen mit Behinderungen.
 - Nach Auffassung der Kommission soll die Kohäsionspolitik „weiter ausgebaut werden“, um besonders schutzbedürftige Gruppen zu fördern.
 - Die Kommission möchte in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten Maßnahmen fördern, die der „Sensibilisierung“ für das Thema dienen und die den Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung schutzbedürftiger Gruppen verbessern.
 - Es soll untersucht werden, wie die Agentur für Grundrechte Informationen über das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit bei besonders schutzbedürftigen Gruppen erheben kann.
 - **Weiterentwicklung des Beitrags der EU-Politik**
 - Die Kommission bemängelt, dass mehr als der Hälfte der Mitgliedstaaten keinen politischen Schwerpunkt auf die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit legt.
 - Es fehlt außerdem an „umfassenden sektorübergreifenden Strategien“ (S. 10).
 - Die EU kann daher die Aufgabe übernehmen, die Koordinierung der politischen Maßnahmen zu verbessern und den Austausch bewährter Verfahren zu fördern.
 - Die EU soll die Mitgliedstaaten dabei unterstützen, einen „gerechten“ Zugang zu „hochwertiger Gesundheitsversorgung“ und zu „hochwertigen Präventions- und Gesundheitsförderungsdienstleistungen“ zu schaffen (S. 11).
 - Bei der Förderung der Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen soll der gesundheitlichen Benachteiligung der Frauen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.
 - Auch die Umweltpolitik und die Agrarpolitik können nach Auffassung der Kommission dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheit abzubauen.
 - **Fortschrittsbericht**
 - Die Kommission sieht den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit als langfristigen Prozess.
 - Ein erster Fortschrittsbericht zu diesem Thema soll im Jahr 2012 verfasst werden.

Subsidiaritätsbegründung

Nach Auffassung der Kommission ist EU-Handeln zum einen erforderlich, um eine EU-weit harmonisierte Datensammlung und -überwachung zu gewährleisten; insbesondere kann die EU besser als die einzelnen Mitgliedstaaten die Verfügbarkeit, Zuverlässigkeit und Vergleichbarkeit von Daten sicherstellen. Zum anderen ist für die Kommission eine finanzielle Unterstützung der EU im Rahmen der Kohäsionspolitik notwendig, damit die Mitgliedstaaten in die „Schlüsselfaktoren für die gesundheitliche Ungleichheit“, wie Lebensbedingungen, Fortbildung, Arbeitsvermittlung und Gesundheitsversorgung, investieren könnten. [SEK(2009) 1397, S. 5]

Politischer Kontext

Die Mitgliedstaaten haben sich mittels der Methode der offenen Koordinierung, die beim Sozialschutz und der sozialen Eingliederung angewandt wird, auf das Ziel verständigt, gegen Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung tätig zu werden [KOM(2005) 706]. In einem Weißbuch hat die Kommission ihre Vorstellungen für die Gesundheitspolitik der EU für die Zeit 2008–2013 dargelegt [KOM(2007) 630].

Seit 2005 arbeitet auf EU-Ebene eine Sachverständigengruppe über die Ursachen und Möglichkeiten zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit. Im „Europäischen Verzeichnis bewährter Verfahren zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit“ werden erfolgreiche Maßnahmen der Mitgliedstaaten aufgelistet. Der Rat hat am 8. Juni 2009 festgestellt, dass zusätzliche Maßnahmen für die Gesundheit von Migranten, Roma und benachteiligten Jugendlichen erforderlich sind.

Politische Einflussmöglichkeiten

Federführende Generaldirektion:
Konsultationsverfahren:

GD Gesundheit und Verbraucherschutz
Es ist kein Konsultationsverfahren vorgesehen.

BEWERTUNG

Ökonomische Folgenabschätzung

Ordnungspolitische Beurteilung

In einem dynamischen System sind – durch Vorreiter entstehende – Ungleichheiten unvermeidbar und unverzichtbar. Dies gilt auch für die Gesundheit: **Fortschritte in der Gesundheit** in einzelnen Mitgliedstaaten oder bei einer Bevölkerungsgruppe **gehen zwangsläufig mit einer Erhöhung der gesundheitlichen Ungleichheit einher. Gesundheitliche Gleichheit auf niedrigem, statischem Niveau kann niemand wünschen.** Die Forderung nach einem sowohl hohen als auch für alle Menschen gleichen Niveau aber ist in einer sich dynamisch verändernden Welt widersprüchlich.

Die Kommission erweckt den Eindruck, dass es ihr letztlich um die Beseitigung jeder Ungleichheit geht, indem sie auf die Ziehung einer klaren Grenze zwischen zu beseitigenden und hinzunehmenden gesundheitlichen Unterschieden verzichtet. In dem der Mitteilung vorausgehenden Weißbuch „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008–2013“ hatte sie sich noch auf gesundheitliche Ungleichheit konzentriert, die „vermeidbar und ungerecht“ ist [KOM(2007) 630, S. 5]. In der nun vorgelegten Mitteilung sieht sie gesundheitliche Ungleichheit generell als „nicht unvermeidbar“ (S. 4) an. Dass sie in dem begleitenden Arbeitsdokument, also ausdrücklich nicht in der Mitteilung, darlegt, es gehe ihr um Unterschiede, die als „unfair und ungerecht“ (S. iv) gelten, räumt diesen Verdacht gerade nicht aus.

Folgen für Effizienz und individuelle Wahlmöglichkeiten

Dass nicht alle Mitgliedstaaten den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit als Priorität sehen, muss nicht, wie die Kommission es offenbar sieht, als ein Problem gewertet werden. Ebenso kann man es auch als Ausdruck unterschiedlicher politischer Prioritäten interpretieren. Aus der Tatsache, dass Gesundheit von vielen Faktoren abhängt, die wiederum auch durch die EU-Politik beeinflusst werden, sollte keine faktische Allzuständigkeit der EU gefolgert werden. **Gegen einen Austausch bewährter Verfahren zwischen den Mitgliedstaaten und eine Verbesserung der Datenlage zur gesundheitlichen Ungleichheit spricht zunächst nichts.** Mitgliedstaaten mit ähnlichen Problemlagen können so voneinander lernen und erfolgreiche Lösungsstrategien adaptieren. Es muss jedoch vermieden werden, dass die Mitgliedstaaten einem Handlungsdruck unterworfen werden, der nicht ihren Präferenzen und Knappheitsbedingungen entspricht.

Folgen für Wachstum und Beschäftigung

Im Rahmen der Kohäsionspolitik sollte vorrangig die ökonomische Entwicklung unterstützt werden. Es ist Sache der Mitgliedstaaten, zu entscheiden, ob und wie sie die dadurch verbesserten ökonomischen Bedingungen für ihre Gesundheitspolitik nutzen wollen. Gesundheitspolitik kann positiv auf das Wirtschaftswachstum wirken, indem sie die Produktivität der Arbeitnehmer erhöht oder durch präventive Maßnahmen die Gesundheitsausgaben insgesamt senkt. Dies gilt aber nicht pauschal für Maßnahmen, die gesundheitlicher Ungleichheit entgegenwirken sollen. Außerdem könnte durch solche Maßnahmen die finanzielle Abhängigkeit der betroffenen Mitgliedstaaten von der EU – entgegen den Zielen der Kohäsionspolitik – festgeschrieben werden.

Folgen für die Standortqualität Europas

Unproblematisch.

Juristische Bewertung

Kompetenz

Wie die Kommission selbst zutreffend feststellt (S. 6), sind grundsätzlich die Mitgliedstaaten für die Gesundheitspolitik zuständig; die EU darf jedoch Maßnahmen der Mitgliedstaaten ergänzen und unterstützen; zudem darf die Kommission Initiativen zur Koordination der Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten ergreifen, sofern sie auf die Festlegung von Leitlinien und Indikatoren, auf den Austausch bewährter Verfahren oder auf eine regelmäßige Überwachung und Bewertung abzielen (Art. 168 AEUV; ex-Art. 152 EGV).

Auch die weiteren von der Kommission pauschal genannten Kompetenzvorschriften [SEC(2009) 1396, S. 25 und 108; SEK(2009) 1397, S. 5] sind grundsätzlich als Basis für das vorgeschlagene EU-Handeln geeignet:

- Förderung der Qualifizierung, Ausbildung und Anpassungsfähigkeit von Arbeitnehmern (Art. 145 AEUV; ex-Art. 125 EGV),
- Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, sozialer Schutz, Bekämpfung von Ausgrenzungen (Art. 151 und 153 AEUV; ex-Art. 136 und 137 EGV),
- wirtschaftlicher, sozialer und territorialer Zusammenhalt (Art. 174, 175 AEUV; ex-Art. 158, 159 EGV) sowie
- Diskriminierungsverbot (Art. 18 und 19 AEUV; ex-Art. 12 und 13 EGV).

Bei der konkreten Festlegung hierauf gestützter EU-Maßnahmen wird allerdings darauf zu achten sein, dass der Hauptzweck dieser Ermächtigungen nicht in der Gesundheitspolitik liegt. **EU-Maßnahmen dürfen** zudem – wie die Kommission selbst betont [SEK(2009) 1397, S. 5] – **lediglich der „Unterstützung und Ergänzung der Maßnahmen der Mitgliedstaaten“ dienen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die primäre Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Gesundheitspolitik unterlaufen wird.**

Eine schleichende Erosion der EU-Kompetenzordnung droht auch bei denjenigen Maßnahmen, die außerhalb des AEUV mit **der Methode der offenen Koordinierung** auf EU-Ebene entwickelt und freiwillig durch die Mitgliedstaaten eingeführt werden sollen. Da hierfür das Prinzip der begrenzten Einzelermächtigung (Art. 5 Abs. 1 EUV) nicht einschlägig ist, bedarf EU-Handeln keiner Kompetenzgrundlage. Wenngleich **diese Vorgehensweise** aufgrund der „freiwilligen Selbstbindung“ der teilnehmenden Mitgliedstaaten formaljuristisch keinen Verstoß gegen den AEUV darstellt, so **ist** sie jedoch **aufgrund der Umgehung der EU-Kompetenzverteilung und des faktischen Umsetzungsdrucks politisch sehr fragwürdig.**

Subsidiarität

Nicht stichhaltig ist die Behauptung der Kommission, die finanzielle Unterstützung der EU im Rahmen der Kohäsionspolitik sei unter Subsidiaritätsgesichtspunkten „notwendig“ [SEK(2009) 1397, S. 5]. Es obliegt den Mitgliedstaaten zu entscheiden, ob eigene Haushaltsmittel in „Schlüsselfaktoren für die gesundheitliche Ungleichheit“ wie die Gesundheitsversorgung investiert werden. Die Kommission begründet nicht, warum die Mitgliedstaaten hierzu nicht in der Lage sein sollten.

Verhältnismäßigkeit

Da die Eingriffstiefe der Maßnahmen derzeit nicht absehbar ist, lässt sich deren Verhältnismäßigkeit noch nicht abschließend beurteilen.

Vereinbarkeit mit EU-Recht

Derzeit nicht vorhersehbar.

Vereinbarkeit mit deutschem Recht

Derzeit nicht vorhersehbar.

Alternatives Vorgehen

–

Mögliche zukünftige Folgemaßnahmen der EU

–

Zusammenfassung der Bewertung

Die Kommission legt nicht dar, welche Form gesundheitlicher Ungleichheit sie tatsächlich bekämpfen möchte und welche nicht. Stattdessen erweckt sie den Eindruck, dass sie gegen jede Form von gesundheitlicher Ungleichheit ist. Dies ist auch angesichts der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen in den Mitgliedstaaten nicht sachgerecht. Die Mitgliedstaaten sollten über die Prioritäten ihrer Gesundheitspolitik selbst entscheiden und nicht in einen Handlungszwang zu von der Kommission gesetzten Prioritäten getrieben werden. Die Kohäsionspolitik sollte der ökonomischen Entwicklung dienen. Von Maßnahmen zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit kann aber nicht pauschal behauptet werden, dass sie das Wachstum unterstützen. Die verstärkte Nutzung der offenen Methode der Koordinierung droht zu einer schleichenden Erosion der EU-Kompetenzverteilung zu führen. Positiv ist allein, dass die Datenbasis über Ausmaß und Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit erweitert und der Austausch bewährter Verfahren zwischen den Mitgliedstaaten verbessert werden soll.