

**10.02.03**

## **Unterrichtung**

durch das  
Europäische Parlament

---

**Entschließung des Europäischen Parlaments zu der Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen zur Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern**

---

Zugeleitet mit Schreiben des Generalsekretärs des Europäischen Parlaments - 301604 - vom 6. Februar 2003. Das Europäische Parlament hat die Entschließung in der Sitzung am 15. Januar 2003 angenommen.

Stellungnahme des Bundesrates: Drs. 53/02 (Beschluss)

**Entschließung des Europäischen Parlaments zu der Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen zur Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern (KOM(2001) 723 – C5-0163/2002 – 2002/2071(COS))**

*Das Europäische Parlament,*

- in Kenntnis der Mitteilung der Kommission (KOM(2001) 723 – C5-0163/2002),
- unter Hinweis auf Artikel 13 und 152 des EG-Vertrags in der durch den Vertrag von Amsterdam geänderten Fassung,
- gestützt auf die Charta der Grundrechte der Europäischen Union<sup>1</sup> und insbesondere auf Artikel 21 und 25 sowie Artikel 34, 35 und 38,
- in Kenntnis der Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament „Die Reaktion Europas auf die Alterung der Weltbevölkerung – wirtschaftlicher und sozialer Fortschritt in einer alternden Welt“ – Beitrag der Europäischen Kommission zur 2. Weltkonferenz über das Altern (KOM(2002) 143),
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 15. Dezember 2000 zur Mitteilung der Kommission „Ein Europa für alle Altersgruppen - Wohlstand und Solidarität zwischen den Generationen“<sup>2</sup>,
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 25. Oktober 2000 zur Sozialpolitischen Agenda<sup>3</sup>,
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 9. März 1999 zur Mitteilung der Kommission "Die gesundheitliche Situation der Frauen in der Europäischen Gemeinschaft"<sup>4</sup>,
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 16. November 2000 zu der Zusatzkrankenversicherung<sup>5</sup>,
- in Kenntnis der Richtlinie 2000/78/EG des Rates zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf<sup>6</sup> und zum Beschluss 2000/750/EG des Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur

---

<sup>1</sup> ABl. C 364 vom 18.12.2000, S. 1.

<sup>2</sup> ABl. C 232 vom 17.8.2001, S. 381.

<sup>3</sup> ABl. C 197 vom 12.7.2001, S. 180.

<sup>4</sup> ABl. C 175 vom 21.6.1999, S. 68.

<sup>5</sup> ABl. C 223 vom 8.8.2001, S. 339.

<sup>6</sup> ABl. L 303 vom 2.12.2000, S. 16.

Bekämpfung von Diskriminierungen<sup>1</sup>,

- in Kenntnis der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern<sup>2</sup>, und der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates<sup>3</sup> mit den einschlägigen Durchführungsbestimmungen, die derzeit überarbeitet werden,
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 10. März 1999<sup>4</sup> und die Mitteilungen der Kommission über die Entwicklung der Gemeinschaftspolitik im Bereich der öffentlichen Gesundheit (KOM(1998) 230) und über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (KOM(2000) 285), den Vorschlag für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001-2006)<sup>5</sup> und auf den Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008)<sup>6</sup>,
- in Kenntnis der Mitteilung der Kommission „Eine konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes“ (KOM(1999) 347),
- unter Hinweis auf den Beschluss Nr. 1513/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über das Sechste Rahmenprogramm der Europäischen Gemeinschaft im Bereich der Forschung, technologischen Entwicklung und Demonstration als Beitrag zur Verwirklichung des Europäischen Forschungsraums und zur Innovation (2002-2006)<sup>7</sup>,
- in Kenntnis der relevanten Schlussfolgerungen der Europäischen Räte von Lissabon, Göteborg und Barcelona, des ersten Berichts des Rates über das Gesundheitswesen und die Altenpflege sowie der Schlussfolgerungen des Rates für Gesundheit vom 26. Juni 2002 zur Freizügigkeit von Patienten,
- in Kenntnis der von den Europäischen Räten von Nizza und Laeken vereinbarten Ziele und Indikatoren zur Bekämpfung der Armut und der sozialen Ausgrenzung,
- in Kenntnis der Schlussfolgerungen der beiden UN-Weltkonferenzen über das Altern und insbesondere des von der 2. Weltkonferenz über das Altern verabschiedeten neuen Aktionsplans<sup>8</sup>,
- gestützt auf Artikel 47 Absatz 2 seiner Geschäftsordnung,
- in Kenntnis des Berichts des Ausschusses für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten sowie der Stellungnahmen des Ausschusses für Wirtschaft und Währung und des Ausschusses-

---

<sup>1</sup> ABl. L 303 vom 2.12.2000, S. 23.

<sup>2</sup> ABl. L 149 vom 5.7.1971, S. 2.

<sup>3</sup> ABl. L 74 vom 27.3.1972, S. 1.

<sup>4</sup> ABl. L 175 vom 24.5.1999, S. 135.

<sup>5</sup> ABl. C 337 E Vom 28.11.2000, S. 122.

<sup>6</sup> ABl. L 271 vom 9.10.2002, S. 1.

<sup>7</sup> ABl. L 232 vom 29.8.2002, S. 1.

<sup>8</sup> Bericht der 2. Weltkonferenz über das Altern vom 8.-12. April 2002, veranstaltet von den Vereinten Nationen und der spanischen Regierung, mit den von der Konferenz angenommenen EntschlieÙungen und dem Aktionsplan, A/CONF 197/9.

ses für Umweltfragen, Volksgesundheit und Verbraucherpolitik (A5-0452/2002),

- A. in der Erwägung, dass die demographische Entwicklung der Überalterung der Bevölkerung eine weltweite Erscheinung darstellt, deren signifikanten und komplexen Auswirkungen auf nationaler Ebene allein nicht wirksam begegnet werden kann,
- B. in der Erwägung, dass die Strategie und das Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) ein integriertes Konzept für Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen bieten, das u.a. auf Gesundheitsförderung und Prävention, der Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der Gesundheit, der Einbeziehung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus bei der Festlegung und Durchführung der gesamten sektorspezifischen politischen Maßnahmen und der Bekämpfung der Unterschiede im Gesundheitszustand basiert,
- C. in der Erwägung, dass verschiedene Schätzungen zum demographischen Wandel in den Mitgliedstaaten um bis zu 60% voneinander abweichen, was uns zeigt, dass Prognosen sozialer Entwicklungen über einen Zeitraum von fünfzig Jahren mit Vorsicht zu behandeln sind und unter keinen Umständen als „gesicherte Erkenntnisse“ betrachtet werden dürfen,
- D. in der Erwägung, dass die Charta der Grundrechte der Union das Recht älterer Menschen auf ein würdiges und unabhängiges Leben und auf Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben und am Arbeitsleben sowie das Recht jeder Person auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung anerkennt,
- E. unter Hinweis darauf, dass die Europäische Union wiederholt die Notwendigkeit betont hat, eine umfassende europäische Strategie auszuarbeiten, die die wirtschaftlichen, beschäftigungspolitischen und sozialen Auswirkungen der Überalterung berücksichtigt, indem das gesamte Potenzial der Menschen aller Altersgruppen mobilisiert und die Solidarität zwischen den Generationen gestärkt wird,
- F. in der Erwägung, dass das Gesundheitswesen in der Europäischen Union auf den Grundsätzen der Solidarität, Gerechtigkeit und Universalität beruht und die historisch gewachsenen Gesundheitssysteme hinsichtlich Organisation und Finanzierung auch zukünftig in der Verantwortung der Mitgliedstaaten verbleiben,
- G. in der Erwägung, dass die Überalterung der Bevölkerung, der medizinisch-technische Fortschritt und die steigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen zu einer erheblichen Zunahme der Kosten für das Gesundheitswesen und die Altenpflege geführt haben, so dass sich alle Mitgliedstaaten heute mit dem Problem der Eindämmung und Deckung der Kosten im Gesundheitswesen konfrontiert sehen,
- H. in der Erwägung, dass Prävention ein zentraler Baustein einer vorausschauenden Gesundheitspolitik ist und systematische Präventionsmaßnahmen die allgemeine Lebenserwartung erhöhen, soziale Unterschiede bei den Gesundheitserwartungen abbauen, die Entstehung chronischer Krankheiten verhindern und damit Behandlungskosten eingespart werden können,
- I. in der Erwägung, dass der Europäische Rat von Barcelona vom März 2002 die Notwendigkeit unterstrichen hat, die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten im Bereich des sozialen Schutzes im Laufe der Jahre 2002 und 2003 durch den Austausch bewährter Verfahren und Informationen einzuleiten und auszubauen, und als eines seiner

vorrangigen Ziele die Gewährleistung eines hohen und nachhaltigen Niveaus des Gesundheitsschutzes festgelegt hat,

- J. in der Erwägung, dass der Europäische Rat von Barcelona auch einen einführenden Bericht des Rates über Gesundheitswesen und Altenpflege zur Kenntnis genommen und die Kommission und den Rat aufgefordert hat, die Themen Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit rechtzeitig vor dem Europäischen Rat im Frühjahr 2003 gründlicher zu erörtern,
- K. in der Erwägung, dass der Europäische Rat von Laeken vom Dezember 2001 den Rat gebeten hat, bei der öffentlichen Gesundheit und der Altenpflege ein vergleichbares Konzept zu befolgen wie bei der Modernisierung der Rentensysteme, wenn er den gemeinsamen Bericht über öffentliche Gesundheit und Altenpflege ausarbeitet, d.h. eine ausgewogene Vorgehensweise in Bezug auf die Aspekte Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit; in der Erwägung, dass der Ausschuss für Sozialschutz diesen gemeinsamen Bericht zurzeit erörtert, der auf der Grundlage der nationalen Berichte erstellt wird, die die Mitgliedstaaten im Juli 2002 übermittelt haben,
- L. in der Erwägung, dass Artikel 152 des EG-Vertrags festlegt, dass bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt wird und dass die Tätigkeit nicht nur auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und die Verhütung von Krankheiten gerichtet ist, sondern auch auf die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit,
- M. in der Erwägung, dass in der Mitteilung der Kommission über die Zukunft des Gesundheitswesens betont wird, dass die Gesundheitssysteme und die Gesundheitspolitik der Europäischen Union vor schwierigen Herausforderungen stehen und dass, auch wenn die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten und Altenpflege im Wesentlichen in der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten verbleiben, diese Fragen dennoch in den Rahmen einer breiteren europäischen Zusammenarbeit gestellt werden müssen, um wirksame Ergebnisse zu erzielen, und zwar unter genauester Berücksichtigung der Grundsätze und Ziele des gemeinschaftlichen Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der im Aktionsplan der Vereinten Nationen festgelegten spezifischen Ziele (u.a. Reduzierung der kumulativen Auswirkungen der Risikofaktoren und Entwicklung präventiver politischer Maßnahmen, allgemeiner und gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, kontinuierliche Verbesserung der Gesundheitsdienste und Förderung der sozialen Einbindung behinderter Menschen und der anfälligsten Bevölkerungsgruppen),
- N. in der Erwägung, dass es nicht zuletzt in Folge der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften zu einer Zunahme der Patientenmobilität und Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen kommen wird und dass diese Entwicklung zusammen mit dem Ausbau des Binnenmarkts immer stärkere Auswirkungen auf die nationalen Gesundheitssysteme haben wird,
- O. in der Erwägung, dass sich der Rat angesichts der wachsenden Patientenmobilität als erste Felder für eine Zusammenarbeit auf die Schaffung von hochspezialisierten Referenzzentren, in denen Patienten aus der gesamten Union die Behandlung für spezifische Krankheiten in Anspruch nehmen können, die Inanspruchnahme freier Kapazitäten für Wartelisten-Patienten in anderen Mitgliedstaaten, die Verstärkung der Zusammenarbeit in den Grenzregionen und die Versorgung von Patienten, die sich für längere Zeit in einem

- anderen Mitgliedstaat niederlassen, wie z.B. Personen im Ruhestand, geeinigt hat,
- P. in der Erwägung, dass der Gesundheitszustand von Frauen in höherem Maße von sozioökonomischen Unterschieden bestimmt wird und dass Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung die Mehrzahl der älteren Menschen bilden,
- Q. in der Erwägung, dass die Mitteilung der Kommission den Titel „Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege“ trägt,
- R. in der Erwägung, dass der Rat "Wirtschaft und Finanzen" in seinen Schlussfolgerungen vom 6. November 2000 festhält, dass die Strategien der Mitgliedstaaten, um die wirtschaftlichen und haushaltspolitischen Herausforderungen aufgrund des Alterns der Bevölkerung zu bewältigen, im Einklang mit den Programmen zu Stabilität und Konvergenz festgelegt werden sollten,
1. ist der Ansicht, dass die Mitteilung der Kommission eine gute Diskussionsgrundlage zum Thema der Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege in den Mitgliedsstaaten infolge der Alterung der Bevölkerung darstellt, zumal alle diese Systeme in der Europäischen Union vor ähnlichen großen Herausforderungen stehen, wenn auch in unterschiedlichem Maße;
  2. ist der Auffassung, dass die Zusammenarbeit der Gemeinschaft bei der Ausarbeitung geeigneter politischer Strategien, um der Überalterung zu begegnen, insbesondere auf dem Gebiet der Entwicklung und der Verbesserung der Pflege und der Gesundheitsdienste für alle älteren Menschen, verbessert werden muss; ist der Ansicht, dass die Unterstützung einer Politik zugunsten eines aktiven Alterns eine bessere Koordinierung der nationalen Systeme des Gesundheitsschutzes, der Volksgesundheit und der Bekämpfung der Diskriminierung erfordert;
  3. bedauert, dass die Strategie der Europäischen Gemeinschaft und das Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008), das sich auf Gesundheitsförderung und Prävention stützt, in dem Konzept der Kommission zur Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege nicht berücksichtigt wird;
  4. fordert den griechischen Ratsvorsitz auf, im Einklang mit den Schlussfolgerungen der Europäischen Ratstagungen von Laeken und Barcelona dieses Thema (Gesundheitswesen und Altenpflege) zu einer Priorität zu machen;
  5. unterstreicht die Notwendigkeit, ein wahrheitsgetreues Bild der älteren Menschen zu zeichnen, nicht nur als ein Kostenfaktor für das Gesundheitswesen, sondern auch als Ressource und Potenzial für die Gesellschaft; weist insbesondere darauf hin, dass es von großer Bedeutung ist, diskriminierende Begriffe wie zum Beispiel das Wort „Überalterung“ in Gesetzestexten und deren Begründungen zu vermeiden;
  6. weist darauf hin, dass das Wohlergehen und die Gesundheit der älteren Menschen eine umfassende Antwort nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch im Sozial- und Wirtschaftsbereich, erfordern;
  7. erinnert die Kommission und den Rat in diesem Zusammenhang an die Empfehlungen des Europäischen Gesundheitsberichts 2002 der WHO, der sowohl in die europäische Politik als auch in die der Mitgliedstaaten Eingang finden sollte: „Der Gesundheit ist am ehesten in

sozial homogenen, egalitären Gesellschaften mit einer geringen Last relativer Armut gedient. (...) Daher ist die Verbindung zwischen Gesundheitspolitik und anderen Politikfeldern wie Beschäftigung, Einkommenswahrung und Wohlfahrt, Wohnung und Bildung in allen europäischen Mitgliedstaaten von zentraler Bedeutung. Um die sozioökonomische Ungleichheit abzubauen, ist es notwendig, sowohl den Bevölkerungsanteil, der zurückfällt, als auch den Abstand, mit dem er zurückfällt, zu verringern. Erwiesenermaßen tragen eine größere Einkommensgleichheit und das damit einhergehende verbesserte soziale Umfeld dazu bei, das seelische Wohlergehen der Bevölkerung zu steigern;“

8. warnt vor der Gefahr, das Ziel der finanziellen Nachhaltigkeit auf Kosten der Zugänglichkeit und Qualität zu überschätzen; weist darauf hin, dass Prognosen über den voraussichtlichen Anstieg der Kosten schwierig sind und stark von den zu Grunde gelegten Annahmen abhängen;
9. ist der Meinung, dass die Hauptpunkte der Mitteilung der Kommission sorgfältig zu prüfen sind; aufgrund der sehr unterschiedlichen Bedürfnisse und Systeme im Bereich der Gesundheitsfürsorge und der Altenpflege innerhalb der Europäischen Union und in den Beitrittsländern sollten die zu treffenden Maßnahmen möglichst bald festgelegt werden und auf fundierten Studien beruhen sowie ebenso auf einer angemessenen politischen und wirtschaftlichen Debatte; die gesamte Problematik der Gesundheitsfürsorge und der Altenpflege sollte zukünftig fester Bestandteil des Arbeitsprogramms der Kommission sein;
10. ist der Ansicht, dass, um die Ziele der Nachhaltigkeit, der Zugänglichkeit und der Qualität der Gesundheitsdienste zu erreichen, u.a. Folgendes notwendig ist:
  - a) die Beibehaltung und Verbesserung eines Sozialschutzes und von für alle zugänglichen Gesundheitsdiensten von hoher Qualität in den Mitgliedstaaten, die auf Solidarität beruhen,
  - b) eine korrekte und unparteiische Unterrichtung der Bürger über die vorhandenen Pflegemöglichkeiten,
  - c) die Schaffung eines Binnenmarktes für Gesundheitsdienste und -produkte, der an erster Stelle eine für jeden zugängliche und bezahlbare Gesundheitsfürsorge von hoher Qualität garantieren muss, wobei die Finanzierbarkeit und die Leistungsfähigkeit der Systeme in den Mitgliedstaaten berücksichtigt werden, und der dabei auch die Freizügigkeit der Bürger und den Zugang zu den Diensten in allen Ländern der Union gewährleistet, mit den oben genannten Grundsätzen der nationalen Gesundheitssysteme vereinbar sein muss und die gesundheitspolitischen Ziele der Mitgliedstaaten nicht gefährden darf,
  - d) die Garantie einer größeren Wahlfreiheit der Patienten und einer wirklichen Teilhabe der sozialen Akteure;
11. empfiehlt, dass die weitergefassten Grundsätze und Ziele der europäischen Strategie im Bereich der öffentlichen Gesundheit zum zentralen Bezugspunkt für Richtlinien, den Austausch bewährter Praktiken usw. in der vorgeschlagenen offenen Koordinierungsmethode für das Gesundheitswesen und die Altenpflege werden müssen, was Folgendes voraussetzt:



- Festlegung von Indikatoren und Bedarfsanalysen,
  - Ausarbeitung qualitativer und quantitativer gemeinsamer Standards zur Überwachung der Gesundheitsdienste,
  - Ausarbeitung von Entwicklungsstrategien der Gesundheitsdienste und systematische Bedarfsanalysen im Hinblick auf die Planung, Durchführung und Bewertung der auf nationaler und lokaler Ebene umgesetzten Gesundheitspläne;
- b) es ist notwendig, eine Datenbank für den Sozial- und Gesundheitssektor mit statistischen Analysen und Planungen sowohl auf europäischer als auch nationaler Ebene einzurichten, damit diejenigen, die sich mit der Planung und der Erbringung von Dienstleistungen befassen, die Lage des Sektors begreifen können;
- c) die Kommission wird aufgefordert, eine allgemeine Bestandsaufnahme über die Mobilität von Patienten vorzunehmen und eine Studie über die bisher in den Grenzregionen gemachten Erfahrungen vorzulegen;
- d) die Durchführung von Fortbildungs- und Informationskampagnen für das Personal sowie von Präventions- und Förderungskampagnen für die Gesundheit, wie z.B. über altersabhängige Makuladegeneration, auf nationaler und gemeinschaftlicher Ebene ist vorzusehen, und es muss anerkannt werden, dass der Gesundheitszustand älterer Menschen künftig ein lebenslanges Konzept erfordert, und junge Menschen müssen im Hinblick auf die Folgen ihres Handelns für ihr späteres Leben sensibilisiert werden;
- e) der Zugang zu den Gesundheitsdiensten muss für ältere Menschen nicht nur für Langzeitpflege und Krankenhausaufenthalte oder für rein medizinische Dienste gewährleistet sein, sondern auch in Bezug auf Präventivkuren, Physiotherapie, Rehabilitation und jeder anderen Dienstleistung, die am ehesten geeignet ist, die Unabhängigkeit so lange wie möglich zu garantieren, den Ausbruch von Krankheiten zu verhüten und hinauszuzögern und behinderte Menschen so zu unterstützen, dass ihre Lebensqualität verbessert wird;
- f) besondere Aufmerksamkeit verdient die Untersuchung multipler Risikofaktoren und insbesondere solcher im Zusammenhang mit den sozialen und wirtschaftlichen Umständen, darunter das physische und geographische Umfeld, insbesondere Umweltverschmutzung, Rauchen, Bildungsniveau, Beruf, Einkommen, soziale Unterstützung, Kultur, Geschlecht, Ernährung usw.;
- g) auch wenn klar ist, dass die Erbringung von Gesundheitsdiensten nicht den Familien, den NRO oder den lokalen Gemeinschaften überlassen werden kann, sind Maßnahmen vorzusehen, die dazu dienen, deren Pflegeleistungen zu fördern, zu erleichtern und zu unterstützen, und zwar durch:
- Ausbildung und Information der mit Pflegeaufgaben betrauten Personen,
  - Schaffung von auf ältere Menschen spezialisierten Diensten auf lokaler und Gemeinschaftsebene,
  - Beteiligung der NRO und der Nutzer selber an der Planung und an der Verbesserung der Gesundheitsdienste,
  - Entwicklung von kulturellen und sozialen Aktivitäten, die die Vereinsamung von älteren Menschen verhindern,
  - psychologische, wirtschaftliche, juristische und soziale Unterstützung der Familien oder einzelner Personen, die einen älteren Menschen pflegen;

- h) ist der Ansicht, dass das Pflegepersonal von grundlegender Bedeutung ist, um die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung effizienter und funktionierender Gesundheitsstrukturen sowie ein hohes Pflege- und Gesundheitsniveau zu gewährleisten, und betont, dass der Pflegenotstand – wenn auch in unterschiedlicher Dimension – in allen Mitgliedstaaten zu verzeichnen ist;
- i) schlägt vor, dass die Europäische Union Kampagnen finanziert, die das Bewusstsein der Öffentlichkeit für die Pflegeberufe wecken, die zur Weiterentwicklung der Dienstleistungen und zur Aufrechterhaltung eines hohen Pflege- und Gesundheitsniveaus in den Mitgliedstaaten erforderlich sind;
- j) fordert die Kommission auf, ein besonderes Programm für die Finanzierung von Ausbildungsvorhaben vorzuschlagen, die den Zugang zu und den Besuch von Ausbildungsgängen in Heilkunde und postgradualen spezialisierten Fächern (Organtransplantationen, Onkologie, Herzchirurgie, Geriatrie, Notfallversorgung, Rehabilitation, Telemedizin und Telebetreuung, Neurowissenschaften) vereinfachen;
- k) besondere Aufmerksamkeit muss der Weiterbildung des Pflegepersonals und der sozialen Dienste in der Geriatrie und der Gerontologie gewidmet werden, und zwar nicht nur bei den Ärzten, sondern auch bei den Krankenschwestern und Krankenpflegern und ganz allgemein bei den Pflegediensten;
- l) die möglichen Antworten auf das Problem von Geisteskrankheiten bei älteren Menschen, von dem vor allem Frauen betroffen sind, sind zu analysieren, insbesondere in Bezug auf die Prävention, die Diagnose und die Frühbehandlung, die Anfertigung von Diagnoseprotokollen, die Behandlung durch Arzneimittel und die Psychotherapie, die Ausarbeitung von Programmen für die Selbsthilfe und für die häusliche Pflege von Menschen, die von Alzheimer oder anderen Formen der Altersdemenz betroffen sind;
- m) erforderlich sind Maßnahmen, die das Auftreten von Behinderungen bei älteren Menschen verzögern und den behinderten älteren Menschen Lösungen bieten können, die die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit (Wohnung, Verkehrsmittel usw.) erleichtern; dafür können One-Stop-Shops (OSS), in denen sich fachübergreifende Teams mit den Bedürfnissen der älteren Menschen von einem ganzheitlichen Ansatz her beschäftigen und in vertrauensvoller Beratung mit der betroffenen Person alle Aspekte ihres Lebens berücksichtigen, sehr nützlich sein;
- n) es muss nach Lösungen und Instrumenten, auch ökonomischer Art, gesucht werden, die geeignet sind, Sicherheit, Würde und Lebensqualität der Menschen, die nicht für sich selber sorgen können, zu gewährleisten, um zu verhindern, dass nur die betroffenen Familien belastet werden;
- o) die Gemeinschaftsforschung, die auf das Wohlbefinden und die Erhaltung der Gesundheit und der Selbstständigkeit der älteren Menschen ausgerichtet ist, ist auszubauen und zu unterstützen wie auch die Didaktik und die Informationstechnologie zu verstärken und zu verbessern sind, weil Prävention und Bildung zu einer höheren Lebenserwartung beitragen;
- p) vorzusehen ist die Koordinierung eines breit gefächerten Dienstleistungsangebots in einer permanenten Struktur, die die Gesundheitsförderung und Prävention, die Grundversorgung, die Intensivpflege, die Rehabilitation, die Langzeitpflege und die

Palliativmedizin umfasst;

- q) besonderes Augenmerk muss dem Kampf gegen Misshandlung, den körperlichen, psychologischen, sexuellen und finanziellen Missbrauch und die Vernachlässigung von alten Menschen in ihren Wohnungen, in Heimen und in Krankenhäusern durch Angehörige, Pfleger und Gesundheits- oder Sozialarbeiter gewidmet werden, sowohl durch auf die Allgemeinheit und die Nutzer der Gesundheits- und Sozialdienste ausgerichtete Sensibilisierungskampagnen als auch durch die Einrichtung von Diensten speziell für die Opfer von Misshandlungen und von Umerziehungsprogrammen; begrüßt, dass Untersuchungen auf diesem Gebiet angestellt werden; fordert die Kommission auf, die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen zu ersuchen, die gemeinsame Nutzung und die Verbreitung von diesbezüglichem Wissen sowie politische Maßnahmen in diesem Bereich zu koordinieren; sieht dringenden Handlungsbedarf bei der Einrichtung eines Überprüfungsnetzes in den jeweiligen Mitgliedstaaten, damit eine Person, die in einen anderen Mitgliedstaat zieht und eine Tätigkeit in der Altenbetreuung sucht, Sicherheitsüberprüfungen in dem Mitgliedstaat, aus dem er oder sie gekommen ist, unterzogen werden kann;
  - r) besondere Aufmerksamkeit sollte auch dem Bedarf an Gesundheitsdiensten für Menschen in ländlichen Gemeinden und in Bergregionen gewidmet werden;
  - s) frauenspezifische Aspekte müssen bei allen gesundheitsbezogenen Maßnahmen eine ausreichende Berücksichtigung finden;
  - t) die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege sollte zukünftig fester Bestandteil des Arbeitsprogramms der Kommission sein;
15. betont, dass eine Verbesserung des Qualitätsstandards im Gesundheitswesen und in der Altenpflege mit einer Erweiterung der Kapazitäten und einem entsprechenden qualitativen Angebot einhergehen muss, da sich Wartezeiten im Gesundheitswesen negativ auf die Lebensqualität älterer Menschen und ihrer Angehörigen und somit auch negativ auf die Produktivität und die gesamtwirtschaftliche Produktion auswirken; zur Erhaltung und Verbesserung des Qualitätsstandards und der Angebotsvielfalt bei gleichzeitiger Erweiterung der Kapazitäten sind beträchtliche öffentliche und private Investitionen erforderlich;
16. fordert die Kommission und den Rat auf,
- a) die europäischen und nationalen Systeme zur Überwachung des Gesundheitswesens und zur Datenerhebung zu verbessern und anzugleichen, damit sich Stärken und Schwächen eines Gesundheitssystems und der Altenpflege ablesen, Ansatzpunkte für Verbesserungen erkennen und bewährte Praktiken feststellen lassen;
  - b) den Ausbau von allgemeinen Präventionsangeboten in Schulen, Betrieben und bei der Bevölkerung und die Einführung von nationalen Präventionsprogrammen für die großen Volkskrankheiten zu fördern;
  - c) einen Erfahrungsaustausch über die Frage von Patienteninformationen und Patientenrechten zu beginnen und gemeinsame Kriterien festzulegen;

- d) eine grundlegende Überarbeitung des Rechtsrahmens für den grenzüberschreitenden Zugang zu Gesundheitsdiensten in der Europäischen Union vorzunehmen, die zu einer Systematisierung von Kostenerstattung, Qualitätsstandards und Patienteninformationen führen sollte; begrüßt in diesem Zusammenhang als ersten Schritt die Überarbeitung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und den für das Frühjahr angekündigten Vorschlag zur Einführung eines europäischen Krankenausweises,
  - e) die Beitrittsländer schon jetzt so weit wie möglich in die gesundheitspolitischen EU-Programme einzubeziehen und weitere Mittel für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zur Verfügung zu stellen;
17. begrüßt es, dass der Rat im Bereich des Gesundheitswesens und der Altenpflege eine verstärkte Zusammenarbeit, den Austausch von Informationen und Erfahrungen und die Feststellung der besten nationalen Praktiken beschlossen hat, und fordert, dass der Rat auf dem Europäischen Rat im Frühjahr 2003 einen Vorschlag der Kommission und des Ausschusses für Sozialschutz annimmt, grundsätzlich die Anwendung der offenen Koordinierungsmethode sowie einen konkreten Zeitplan beschließt und bis zum Europäischen Rat im Frühjahr 2004 gemeinsame Ziele und Indikatoren vereinbart;
18. befürwortet eine Interinstitutionelle Vereinbarung, in deren Rahmen Regelungen für die Beteiligung der Gemeinschaftsorgane an allen Schritten der offenen Koordinierungsmethode (Formulierung von Zielen, Definition von Indikatoren, Konsultationen zu Berichten) festgelegt werden, und zwar einschließlich Regelungen für den Zugang zu Dokumenten und der Teilnahme an Sitzungen;
19. erwartet, dass der Ausschuss für Sozialschutz seine Arbeiten zur Prüfung von Möglichkeiten zur Messung der qualitätsbereinigten Lebenserwartung, der vorzeitigen Mortalität nach sozioökonomischem Status und des Zugangs zur Gesundheitsfürsorge bis Anfang 2003 abschließt, und fordert den Rat auf, entsprechende Indikatoren im Jahr 2003 zu vereinbaren;
20. fordert den Europäischen Konvent auf, ein hohes Gesundheitsschutzniveau als allgemeines Ziel in den Entwurf für einen Verfassungsvertrag aufzunehmen und die Gesundheitspolitik als Bereich anzugeben, in dem die Zuständigkeit zwischen Europäischer Union und Mitgliedstaaten geteilt ist, damit die Europäische Union wie bisher in Ergänzung zur Politik der Mitgliedstaaten auch gesetzgeberisch tätig werden kann;
21. fordert die Kommission und den Rat auf, bei der Festlegung der Grundzüge der Wirtschaftspolitik und der Vorbereitung des gemeinsamen Syntheseberichts für den Europäischen Rat im Frühjahr 2003 die Beschlüsse des gemeinsamen Berichts, der jetzt ausgearbeitet wird, zu berücksichtigen;
22. ersucht die Kommission und den Ausschuss für Sozialschutz, es rechtzeitig und regelmäßig über ihre Aktivitäten zu unterrichten;
23. unterstreicht, dass beim Streben nach einer stärkeren Koordinierung der in der Europäischen Union bestehenden Modelle die künftigen Bedürfnisse der europäischen Rentner und Pensionäre berücksichtigt werden müssen, z. B. dass die von ihnen während ihrer Erwerbstätigkeit erworbenen Ansprüche beim Eintreten in den Ruhestand ungeachtet ihres Wohnsitzlandes gewahrt bleiben; hält diesbezüglich die Schaffung von Mechanismen für erforderlich, mit denen sich die Wahrnehmung dieser Rechte mit der Struktur der derzeit in

der Union geltenden unterschiedlichen Renten- und Pensionssysteme vereinbaren lässt;

24. wiederholt in diesem Zusammenhang seine Forderung nach Einbindung des Europäischen Parlaments in die Ausarbeitung der Grundzüge der Wirtschaftspolitik;
25. betont die Notwendigkeit, die Herausforderungen durch die EU-Erweiterung hinsichtlich der Gesundheitsfürsorge und der Altenpflege zu berücksichtigen;
26. beauftragt seinen Präsidenten, diese Entschließung dem Rat, der Kommission und dem Ausschuss für Sozialschutz sowie den Parlamenten der Mitgliedstaaten zu übermitteln.