



Brüssel, den 3.4.2017
COM(2017) 149 final

**BERICHT DER KOMMISSION AN DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT UND DEN
RAT**

**Durchführung des Dritten Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der
Gesundheit im Jahr 2014**

{SWD(2017) 119 final}

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Aktion des Jahres — thematischer Schwerpunkt 2014: chronische Krankheiten.....	5
1.1 Projekt PATHWAYS — Beteiligung an gesunden Arbeitsplätzen und inklusiven Strategien in der Arbeitswelt	5
Initiativen, die direkt zur Umsetzung des EU-Rechts beitragen	6
1.2 Dienstleistungsanfrage — Umsetzung der Grenzüberschreitenden Gesundheitsrichtlinie 2011/24/EU	6
Ausführung des Budgets	7
1.3 Budget.....	7
1.4 Prioritäten für 2014 und Finanzierungsmechanismen	8
1.5 Ausführung des operativen Budgets je Finanzierungsmechanismus	9
1.6 Vereinbarungen mit internationalen Organisationen über direkte Finanzhilfen	14
1.7 Auftragsvergabe (Dienstleistungsverträge)	14
1.8 Sonstige Maßnahmen	15
1.9 Ausschöpfung der Mittel 2014	16
1.10 Art der Begünstigten.....	17
Abschliessende Bemerkung	17

EINLEITUNG

Dieser Bericht befasst sich mit der Durchführung des Dritten Gesundheitsprogramms im Jahr 2014. Dies war das erste Jahr der Durchführung des mit der Verordnung (EU) Nr. 282/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. März 2014¹ aufgelegten Dritten Gesundheitsprogramms. Diese Verordnung gilt ab dem 1. Januar 2014 für ein Programm mit einer Laufzeit von sieben Jahren bis zum 31. Dezember 2020. Gemäß Artikel 13 der Verordnung erstattet die Kommission dem Ausschuss für das Gesundheitsprogramm Bericht über alle programmfinanzierten Aktionen und informiert das Europäische Parlament und den Rat laufend. Mit diesem Bericht wird dieser Forderung entsprochen. Er enthält genaue Informationen über das Budget für 2014 und die Ausgaben.

Die in Anhang 1 beigefügte Arbeitsunterlage der Kommissionsdienststellen enthält eine Reihe von Beispielen für die wichtigsten Maßnahmen mit mehrjähriger Laufzeit, die im Rahmen des Zweiten Gesundheitsprogramms² kofinanziert wurden und deren endgültige Ergebnisse 2014 zur Verfügung gestellt wurden. Er enthält darüber hinaus Beispiele von im Rahmen des Arbeitsprogramms 2014 finanzierten Aktionen in weiteren Bereichen wie die Evaluierung und Verbreitung. Übersichtstabellen über alle kofinanzierten Maßnahmen und bereitgestellten Verträge sind den Anhängen 2 bis 10 zu entnehmen.

Das Dritte Gesundheitsprogramm verfügt über eine Mittelausstattung in Höhe von insgesamt 449 400 000 EUR. Es hat vier besondere Ziele:

1. Förderung der Gesundheit, Vorbeugung von Krankheiten und Stärkung unterstützender Umfelder für **gesunde Lebensweisen**, unter Berücksichtigung der Gesundheit in allen Politikbereichen;
2. Schutz der Bürger der Union vor schweren **grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohungen**;
3. Beitrag zu innovativen, effizienten und nachhaltigen **Gesundheitssystemen**;
4. Erleichterung des Zugangs zu einer **besseren und sichereren Gesundheitsversorgung** für die Bürger der Union.

Das Programm legt die Fortschrittsindikatoren für jedes Ziel fest. Zur Erreichung dieser Ziele verfügt das Programm über eine breite Palette an Finanzierungsinstrumenten. Dabei handelt es sich um:

- mit den Behörden der Mitgliedstaaten kofinanzierte Aktionen („gemeinsame Aktionen“);
- Projekte und Betriebskostenzuschüsse speziell zur Unterstützung von Nichtregierungsorganisationen und Netzen;
- direkte Vereinbarungen mit internationalen Organisationen, öffentliche Aufträge; und
- sonstige Maßnahmen.

Im Einklang mit dem 2013 aufgestellten Mehrjahresplan wurde der Schwerpunkt des Jahresarbeitsprogramms 2014 auf chronische Krankheiten gelegt. Daher wurden 2014 mehrere Aktionen zur Behandlung chronischer Krankheiten kofinanziert; eine wird in diesem Bericht hervorgehoben. Das Programm kofinanziert darüber hinaus Initiativen, die einen Beitrag zur

¹ ABl. L 86 vom 21.3.2014, S. 1.

² ABl. L 301 vom 20.11.2007, S. 3.

Umsetzung des EU-Rechts leisten. Dieser Bericht enthält zwei Beispiele für Erfolge des Programms in diesem Bereich im Jahr 2014.

Ausblick ...

In diesem ersten Jahr des Dritten Gesundheitsprogramms wurden dank des Kofinanzierungsprogramms eine Reihe wichtiger Initiativen, einschließlich acht gemeinsamer Aktionen, unterstützt und eingeleitet. Im Einklang mit den Schlussfolgerungen der Ex-Post-Evaluierung des Zweiten Gesundheitsprogramms gewährleistet die Kommission, dass die Durchführung des Dritten Gesundheitsprogramms eng überwacht wird und dass die Ergebnisse in weiten Kreisen bekannt gemacht werden. Die Kommission fördert und stärkt darüber hinaus weiterhin die Beteiligung aller Mitgliedstaaten und Länder, die am Programm beteiligt sind, und strebt Synergien mit anderen EU-Finanzierungsprogrammen an.

AKTION DES JAHRES — THEMATISCHER SCHWERPUNKT 2014: CHRONISCHE KRANKHEITEN

Das vorrangige Gesundheitsthema des Jahresarbeitsprogramms 2014 war „chronische Krankheiten“. Insgesamt wurden drei Aufforderungen zur Einreichung von Vorschlägen zu Projekten für die verschiedenen Aspekte der Vorbeugung und des Managements von chronischen Krankheiten eingeleitet, die zu fünf kofinanzierten Projekten geführt haben. Eine gemeinsame Aktion zum Thema Ernährung und körperliche Betätigung und eine andere zum Thema Demenz wurden abgeschlossen genau wie sechs Projekte für aktives und gesundes Altern. Das unten beschriebene Projekt PATHWAYS ist ein gutes Beispiel dafür. Es behandelt das wichtige Thema von Patienten mit chronischen Krankheiten in der Arbeitswelt. Dies steht voll im Einklang mit der Agenda der Kommission für Beschäftigung und Wachstum.

1.1 Projekt PATHWAYS — Beteiligung an gesunden Arbeitsplätzen und inklusiven Strategien in der Arbeitswelt

1.1.1 Hintergrund

PATHWAYS — Beteiligung an gesunden Arbeitsplätzen und inklusiven Strategien in der Arbeitswelt war eines der 2014 im Rahmen des Schwerpunkts „chronische Krankheiten“ kofinanzierten Projekte. PATHWAYS wurde im Sommer 2015 ins Leben gerufen, hat eine Laufzeit von 36 Monaten und erhält im Rahmen der Kofinanzierung eine Mittelzuweisung von bis zu 969 379,00 EUR. Es umfasst 12 Partner aus 10 verschiedenen europäischen Ländern (Österreich, Belgien, Tschechische Republik, Deutschland, Griechenland, Italien, Norwegen, Polen, Slowenien und Spanien), von denen alle umfassende Kenntnisse im Bereich der chronischen und psychischen Krankheiten und der Beschäftigung haben.

1.1.2 Kurzbeschreibung

Menschen mit chronischen Krankheiten und psychischen Störungen haben oft Probleme im Arbeitsleben, wie Arbeitslosigkeit, Fehlzeiten, verringerte Produktivität und Stigmatisierung am Arbeitsplatz. Die zunehmende Verbreitung chronischer Krankheiten und psychischer Störungen in Zeiten von Sparpolitik erfordern innovative Strategien, um diesen Menschen die Teilnahme am Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Es mangelt uns jedoch an Erkenntnissen zu vorhandenen Strategien und ihrer Effizienz. Wir müssen also die Anforderungen von Menschen mit chronischen Krankheiten und psychischen Störungen an die Arbeitswelt klären. Als Antwort darauf stellt das Projekt PATHWAYS die Integrations- und Wiedereingliederungsstrategien fest, die es in Europa und darüber hinaus gibt, und ermittelt ihre Effizienz. Im Rahmen dieses Projekts werden außerdem die besonderen Anforderungen von Menschen mit chronischen Krankheiten und psychischen Störungen an die Arbeitswelt bewertet. Schließlich werden Richtlinien erarbeitet, um die Umsetzung wirksamer beruflicher Integrations- und Wiedereingliederungsstrategien zu unterstützen. Zu den angewandten Methoden zählen Gespräche mit den Betroffenen.

1.1.3 Erwartete Ergebnisse

PATHWAYS wird eine Reihe von Berichten liefern, darunter:

- ein Bericht, in dem die vorhandenen Strategien basierend auf den fünf Kategorien der Sozialfürsorge- und Gesundheitsversorgungsmodelle in Europa verglichen werden; und
- ein Bericht zu den unerfüllten Anforderungen von Menschen mit chronischen Krankheiten an die Arbeitswelt, einschließlich Empfehlungen zur Behebung dieses Problems.

In einer Datenbank werden die Erkenntnisse zur bestehenden Integration und Wiedereingliederung in Arbeitsstrategien für Menschen mit chronischen Krankheiten zusammengetragen; darüber hinaus werden die Erkenntnisse in einem Rahmendokument beschrieben.

Schließlich werden im Rahmen von PATHWAYS politische Empfehlungen zur Umsetzung inklusiver Strategien für einen inklusiveren Arbeitsmarkt ausgegeben, an dem Menschen mit chronischen Krankheiten und psychischen Störungen sinnvoll beteiligt werden können.

INITIATIVEN, DIE DIREKT ZUR UMSETZUNG DES EU-RECHTS BEITRAGEN

Das Gesundheitsprogramm finanziert Dienstleistungen externer Auftragnehmer, die die Kommission bei der Umsetzung der Beschlüsse und Richtlinien im Gesundheitssektor unterstützen. Nachstehend ein Beispiel für solche im Jahr 2014 ausgeführten Dienstleistungen.

1.2 Dienstleistungsanfrage — Umsetzung der Grenzüberschreitenden Gesundheitsrichtlinie 2011/24/EU

1.2.1 Hintergrundinformationen

Diese Studie betraf die Auswirkungen der Grenzüberschreitenden Gesundheitsrichtlinie 2011/24/EU³. Ihr allgemeines Ziel war, Bericht über die Umsetzung der Richtlinie in den Mitgliedstaaten zu erstatten, wie in Artikel 20 Absatz 1 gefordert, und die Lücken und Verbesserungspotenziale aufzuzeigen. Die Studie griff auf die Situation vor Ort und andere nützliche externe Quellen zurück. Diese Dienstleistungen wurden im Rahmen eines Dienstleistungsvertrags mit KPMG Advisory N.V., Technopolis Group und Empirica GmbH im Rahmenvertrag SANCO/2012/02/011 — Los 1 erbracht. Der Vertrag mit einer Laufzeit vom 21. Juli 2014 bis zum 21. März 2015 belief sich auf 179 026 EUR.

1.2.2 Kurzbeschreibung

Zusätzlich zur Sekundärforschung und Aufbereitung der Literatur wurden Websites geprüft und weit verbreitete partizipatorische Forschungsmethoden angewandt. Aufbauend auf den vorherigen Forschungsarbeiten wurden alle Websites der 32 nationalen Kontaktstellen für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung analysiert (32 Länder oder Hoheitsgebiete wie Schottland, Wales, England, Nordirland und Gibraltar wurden getrennt für das Vereinigte Königreich einbezogen).

³ ABl. 88 vom 4.4.2011, S. 45

Zur Berücksichtigung der ‚Endbenutzer‘-Perspektive wurde die ‚Pseudo-Patienten‘-Forschungsmethode angewandt. Die Bewerter wandten sich an die nationalen Kontaktstellen in 12 Mitgliedstaaten (Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Ungarn, Italien, Litauen, Malta, Niederlande, Slowenien, Spanien und Schweden) sowohl per E-Mail als auch per Telefon und nutzten dazu die verschiedenen vorgesehenen Szenarien.

Darüber hinaus wurden subjektive, meinungsbasierte Daten in den Schwerpunktländern sowie auf europäischer Ebene im Rahmen von 59 Gesprächen mit Betroffenen und einer Online-Umfrage an die nationalen Kontaktstellen in den Schwerpunktländern erfasst. Circa 50 % der kontaktierten Betroffenen erklärten sich damit einverstanden, über den vierwöchigen Zeitraum befragt zu werden. Sie repräsentierten verschiedene Krankenversicherer, Gesundheitsdienstleister, Patientenbeauftragte, nationale und regionale Behörden, Patientengruppen, Prüfstellen, Gewerkschaften und Verschreiberorganisationen von Gesundheitsleistungen. Alle nationalen Kontaktstellen füllten mindestens einen Teil der Online-Umfrage aus. Eine SWOT-Analyse (Stärken, Schwächen, Chancen, Risiken) mit dem Schwerpunkt „Dienstleistungen am Patienten“ ergänzt die Schlussfolgerungen der Studie.

1.3.3 Spezielle Ergebnisse

Diese Studie ist Teil fortlaufender Arbeiten zur Schaffung einer Nulllinie als Ausgangspunkt für die Messung und Bewertung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der Union. Ein allgemeines Ergebnis ist, dass alle Betroffenen die geringe Anzahl der Patienten, die die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im Rahmen der Richtlinie genutzt haben, bestätigten.

Diese Studie liefert einen bedeutsamen, wenn auch qualitativen Beitrag zur Basisanalyse und zu zukünftigen Bewertungsarbeiten im Einklang mit dem Prinzip, dass die Bewertung an erster Stelle steht. Die Erkenntnisse der Studie wurden im Mai 2015 auf der Website der Europäischen Kommission veröffentlicht und auf der Sitzung der nationalen Kontaktstellen vorgestellt, die am 2. Dezember 2015 von der Europäischen Kommission organisiert wurde; dort wurden die Ergebnisse mit großem Interesse aufgenommen. Es ist zu hoffen, dass die methodischen Ansätze der Studie von den Betroffenen und der breiten Forschungsgemeinschaft weiter verfolgt werden.

Diese Studie ist jedoch keine formelle Bewertung. Beschwerden, Zuwiderhandlungen und Umsetzungsmaßnahmen wurden nicht behandelt. Angesichts der vor kurzem verabschiedeten Richtlinie und des Mangels an sofort verfügbaren Daten zur Patientenmobilität wäre eine formelle Bewertung der Richtlinie verfrüht.

AUSFÜHRUNG DES BUDGETS

1.3 Budget

Das Dritte Gesundheitsprogramm 2014-2020 ist mit Mitteln in Höhe von 449,4 Mio. EUR ausgestattet. Darin enthalten sind 33,48 Mio. EUR für die Funktionsweise der Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Lebensmittel (Chafea), die die Kommission mit der Verwaltung des Gesundheitsprogramms 2014-2020 beauftragt hat. Die Chafea hat die Kommission technisch, fachlich und administrativ bei der Durchführung

des Gesundheitsprogramms seit 2005 unterstützt⁴. Sie organisiert jährliche Aufforderungen zur Einreichung von Vorschlägen, koordiniert die Bewertung von Anträgen und verhandelt, unterzeichnet und verwaltet die entsprechenden Finanzhilfvereinbarungen. Die Agentur ist außerdem für zahlreiche Auftragsvergabeverfahren zuständig.

Die im Arbeitsplan für 2014⁵ eingestellten Mittel betragen 58 579 000 EUR und verteilen sich wie folgt:

- Operative Ausgaben: 52 870 000 EUR, entsprechend der Haushaltslinie 17 03 01 *Förderung der Innovation im Gesundheitswesen und der Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme, Verbesserung der Gesundheit der Unionsbürger und Schutz vor grenzübergreifenden Bedrohungen für die Gesundheit*;
- Verwaltungsausgaben: 1 500 000 EUR — entsprechend der Haushaltslinie 17 01 04 02 — Unterstützungsausgaben für das Programm „Gesundheit für Wachstum“⁶.

Die operativen Mittel – einschließlich Darlehen für EFTA/EWR-Mittel sowie wiedereingezogene Darlehen vorhergehender Haushaltsjahre – betragen insgesamt 54 856 308,05 EUR, und das Verwaltungsbudget belief sich auf insgesamt 1 547 747,69 EUR.

2014 verwaltete die Chafea 44 541 244,83 EUR dieser Mittel, während die Kommission 9 409 832,88 EUR verwaltete, womit die Auftragsvergabe, direkte Finanzhilfen und andere Maßnahmen abgedeckt wurden.

1.4 Prioritäten für 2014 und Finanzierungsmechanismen

Die Prioritäten für 2014 wurden mit dem Durchführungsbeschluss C(2014) 3383 der Kommission vom 26. Mai 2014 über die Annahme des Arbeitsprogramms 2014 und damit zusammenhängende Kriterien festgelegt⁷.

Mehrere Finanzierungsmechanismen wurden zur Durchführung des Arbeitsplans 2014 eingesetzt. Diese sind im Einzelnen nachstehend beschrieben.

Die Initiativen wurden anhand wettbewerblicher Auswahl- und Vergabeverfahren für eine Finanzierung ausgewählt. Wettbewerbliche Auswahl- und Vergabeverfahren werden nicht für

⁴ Beschluss 2004/858/EG vom 15. Dezember 2004 (ABl. L 369 vom 16.12.2004, S. 73), geändert durch den Beschluss 2008/544/EG vom 20. Juni 2008 (ABl. L 173 vom 3.7.2008, S. 27).

⁵ Beschluss C(2014) 3383 der Kommission vom 26.5.2014, http://ec.europa.eu/health/programme/events/adoption_workplan_2014_en.htm.

⁶ Der ursprünglich für das Dritte Gesundheitsprogramm vorgeschlagene Name war Programm, Gesundheit für Wachstum: daher der Name der Haushaltslinie. Da dieser Name letztendlich nicht gewählt wurde, wurde die Haushaltslinie für das Arbeitsprogramm 2016 umbenannt.

⁷ http://ec.europa.eu/health/programme/events/adoption_workplan_2014_en.htm.

Vereinbarungen über gemeinsame Aktionen, direkte Finanzhilfen und Konferenzen der Ratsvorsitze eingesetzt, da in diesen Fällen wettbewerbsorientierte Verfahren nach den Besonderen Bestimmungen entweder nicht erlaubt sind oder in der Praxis nicht genutzt werden, zum Beispiel aufgrund einer Monopolsituation.

Die Verwaltungsunterstützung deckt Ausgaben beispielsweise für Studien, Sachverständigensitzungen, Informations- und Veröffentlichungskosten sowie für technische und administrative Hilfe für IT-Systeme.

1.5 Ausführung des operativen Budgets je Finanzierungsmechanismus

Art des Finanzierungsmechanismus	Ausführung (EUR)	Anteil des Mechanismus an den eingesetzten Gesamtmitteln
Aufforderungen zur Einreichung von Vorschlägen	17 393 292,88	31,7 %
Finanzhilfen für Projekte	12 677 193,08	23,1 %
Betriebskostenzuschüsse	4 716 099,80	8,5 %
Finanzhilfen für gemeinsame Aktionen	18 506 972,39	33,7 %
Finanzhilfen für Konferenzen in den Mitgliedstaaten, die den Ratsvorsitz in der EU innehaben	157 901,00	0,2 %
Direkte Finanzhilfevereinbarungen	3 849 825,96	7 %
<i>Verwaltung durch CHAFEA</i>	2 700 000,00	
<i>Verwaltung durch GD SANTE</i>	1 149 825,96	
Auftragsvergabe (Dienstleistungsverträge)	12 769 292,44	23,3 %
<i>Verwaltung durch CHAFEA</i>	5 283 078,56	9,7 %
<i>Verwaltung durch GD SANTE</i>	7 486 213,88	13,6 %
Sonstige Maßnahmen	1 273 793,04	2,3 %
<i>Verwaltung durch CHAFEA</i>	500 000,00	
<i>Verwaltung durch GD SANTE</i>	773 793,04	
Eingesetzte Mittel im Jahr 2014	53 951 077,71	
Insgesamt verfügbare Mittel	54 856 307,05	

Nicht verwendete Mittel⁸		
<i>durch CHAFEA</i>	711 310,68	
<i>durch GD SANTE</i>	193 918,66	
Stand der Mittelausführung	98,3 %	

Vergleichend zeigt die nachstehende Tabelle den Prozentsatz der zur Verfügung stehenden Mittel, der pro Finanzierungsmechanismus durchschnittlich im Zweiten Gesundheitsprogramm und im Jahr 2014 ausgegeben wurde. 2014 wurde ein geringerer Prozentsatz für Projekte ausgegeben, aber mehr für gemeinsame Aktionen. Die Prozentsätze für andere Finanzierungsinstrumente sind ähnlich.

Art des Finanzierungsmechanismus	Anteil des Mechanismus an den 2014 eingesetzten Gesamtmitteln	Anteil des Mechanismus an den im Zweiten Gesundheitsprogramm eingesetzten Gesamtmitteln
Finanzhilfen für Projekte	23,1 %	36 %
Betriebskostenzuschüsse	8,5 %	7 %
Finanzhilfen für gemeinsame Aktionen	33,7 %	22 %
Direkte Finanzhilfevereinbarungen	4,9 %	7 %
Auftragsvergabe (Dienstleistungsverträge)	23,0 %	25 %
Sonstige Maßnahmen	2,3 %	4 %

Aufforderungen zur Einreichung von Vorschlägen

Aufforderungen zur Einreichung von Vorschlägen — für Projekte und Aktionen im Rahmen von Betriebskostenzuschüssen — wurden am 6. Juni 2014 auf dem teilnehmenden Portal des Programms Horizon 2020,⁹ der Website „Öffentliche Gesundheit“ des Europa-Servers¹⁰ und auf der Website der Chafea¹¹ veröffentlicht. Die meisten Anträge gingen von den wichtigsten

⁸ Noch nicht eingesetzte Heranführungshilfen, Unterschiede zwischen im Finanzhilfebeschluss aufgeführten und tatsächlich vertraglich vergebenen Beträgen.

⁹

<http://ec.europa.eu/research/participants/portal/desktop/en/opportunities/3hp/index.html#c,calls=hasForthcomingTopics/t/true/0/1/0&hasOpenTopics/t/true/0/1/0&allClosedTopics/t/true/1/1/0&+PublicationDate/desc>

¹⁰ http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_en.html.

¹¹ <http://ec.europa.eu/chafea/health/index.html>.

Partnern der EU-15-Mitgliedstaaten ein; diese machten 86 % der Projektanträge, 100 % der Anträge auf Betriebskostenzuschüsse und 100 % der Anträge auf gemeinsame Aktionen aus. 41 % aller Partner der gemeinsamen Aktionen kommen aus den EU-13-Mitgliedstaaten, genau wie 16 % der Projektpartner.

Die Chafea organisierte im Oktober 2014 einen Workshop zu gemeinsamen Aktionen sowie im Februar 2015 einen Workshop zur Qualitätssicherung bei gemeinsamen Aktionen. Die nationalen Kontaktstellen für das Gesundheitsprogramm organisierten darüber hinaus nationale Informationstage in BG, HR, CZ, EL, HU, IE, IT, LT, NL, NO, PL, PT, RO, SK, ES und UK. Leitfäden für Antragsteller wurden auf dem Teilnehmerportal zur Verfügung gestellt. Der Chafea-Helpdesk bot darüber hinaus Unterstützung und praktische Hilfe.

Insgesamt gingen 50 Vorschläge für Projekte und 40 Vorschläge für Betriebskostenzuschüsse für einen Gesamtbetrag von 42 887 771 EUR ein. Die Anträge wurden gemäß den im Durchführungsbeschluss C(2014) 3383 der Kommission und in den Aufforderungen zur Einreichung von Vorschlägen aufgeführten Regeln und Kriterien bewertet. 37 externe Sachverständige aus 18 Ländern beteiligten sich an dem Bewertungsverfahren. Die Sachverständigen wurden aus einer Liste ausgewählt, die nach einem Aufruf zur Interessensbekundung mit der Bezeichnung ‚Aufruf zur Interessensbekundung im Bereich der öffentlichen Gesundheit‘¹² erstellt wurde.

Die Bewertung erfolgte in zwei Phasen.

In der **ersten Phase** wurde jeder Vorschlag von drei externen Bewertern geprüft. In einer von der Chafea organisierten Sitzung wurde ein konsolidierter Bewertungsbericht für jeden Vorschlag erstellt.

In der **zweiten Phase** prüfte der Bewertungsausschuss, ob die Bewerber die einschlägigen Vorschriften und Kriterien berücksichtigt hatten. Anschließend erstellte er endgültige Listen der Vorschläge, die für eine Finanzierung empfohlen werden, zusammen mit einer Reserveliste. Der Bewertungsausschuss setzte sich aus Vertretern der Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (GD SANTE), der Generaldirektion Forschung und Innovation sowie der Chafea zusammen. Die Finanzhilfebeschlüsse für Projekte¹³ und Betriebskostenzuschüsse¹⁴ wurden von der Chafea gefasst.

1.5.1 Finanzhilfen für Projekte

Finanzhilfen für Projekte wurden an Maßnahmen vergeben, an denen mehrere Partner beteiligt sind, in der Regel öffentliche Gesundheitsbehörden und Nichtregierungsorganisationen (NRO). Der Anteil des EU-Beitrags beträgt höchstens 60 %

¹² ABl. S 040-065407 vom 26.2. 2014 und <http://ec.europa.eu/chafea/ami/>.

¹³ http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/list-projects-2014_en.pdf.

¹⁴ http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/award-fpa-agreements-2014_en.pdf und http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/specific-grant-agreements-2014_en.pdf.

der förderfähigen Kosten. In Fällen außergewöhnlicher Zweckdienlichkeit kann der EU-Beitrag auf 80 % erhöht werden. 2014 wurden zwei Projekte aufgrund außergewöhnlicher Zweckdienlichkeit ausgewählt.

Insgesamt wurden im Anschluss an die Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen für Projekte 50 Vorschläge eingereicht. Davon wurden sechs Vorschläge in der Screening-Phase ausgeschlossen. 12 der 44 verbleibenden Anträge wurden zur Finanzierung empfohlen, und vier weitere wurden auf eine Reserveliste gesetzt. Letztendlich wurden 13 Projekte mit einem Gesamtbetrag von 11 567 617 EUR finanziert. Die Mittel verteilten sich wie folgt auf die Programmziele:

1. Gesundheitsförderung: 3 535 947 EUR (5 Projekte)
2. Gesundheitsbedrohungen: keine Projekte finanziert;
3. Gesundheitssysteme: 8 031 670 EUR (7 Projekte);
4. bessere und sicherere Gesundheitsversorgung: keine Projekte finanziert.

Im Anhang sind alle finanzierten Projekte aufgeführt.

1.5.2 Betriebskostenzuschüsse

Die Betriebskostenzuschüsse wurden Organisationen ohne Erwerbszweck oder Netzen gewährt, die

- Nichtregierungsorganisationen sind;
- gemeinnützig und von Industrie, Handel und Wirtschaft oder anderen gegensätzlichen Interessen unabhängig sind;
- im Bereich der öffentlichen Gesundheit arbeiten;
- eine wirksame Rolle in Zivildialogprozessen auf Unionsebene spielen;
- mindestens eines der besonderen Ziele des Programms verfolgen;
- auf Unionsebene und in mindestens der Hälfte der Mitgliedstaaten aktiv sind; und
- eine ausgewogene geografische Deckung der Union aufweisen.

Der Anteil des EU-Beitrags beträgt höchstens 60 % ihrer jährlichen Betriebskosten. In Fällen außergewöhnlicher Zweckdienlichkeit kann der EU-Beitrag auf 80 % erhöht werden. 2014 wurden nur vier Betriebskostenzuschüsse für außergewöhnliche Zweckdienlichkeit ausgewählt.

Mit dem Beginn des Dritten Gesundheitsprogramms hat die Chafea die Aufforderung für einen mehrjährigen ‚Partnerschaftsrahmenvertrag‘ eingeleitet. Die Inhaber von dreijährigen Partnerschaftsrahmenverträgen können dann einen Antrag auf jährliche Kofinanzierung stellen. Insgesamt wurden im Anschluss an die Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen für Betriebskostenzuschüsse 40 Vorschläge eingereicht. Von diesen erhielten 14 einen Partnerschaftsrahmenvertrag (35 % der eingegangenen Vorschläge). Alle erhielten

einen jährlichen Betriebskostenzuschuss für 2015. Insgesamt wurde ein Betrag von 4 716 099,80 EUR kofinanziert.

Im Anhang sind alle finanzierten Betriebskostenzuschüsse aufgeführt.

1.5.3 Gemeinsame Aktionen

Finanzhilfen für gemeinsame Aktionen wurden den zuständigen Behörden oder öffentlichen Stellen oder Nichtregierungsstellen gewährt, die von diesen zuständigen Behörden beauftragt wurden. Der Anteil des EU-Beitrags beträgt höchstens 60 %. In Fällen außergewöhnlicher Zweckdienlichkeit kann der EU-Beitrag auf 80 % erhöht werden. 2014 wurden nur zwei gemeinsame Aktionen für außergewöhnliche Zweckdienlichkeit ausgewählt.

Das Verfahren für gemeinsame Aktionen im Rahmen des Dritten Gesundheitsprogramms hat sich geändert. Im Hinblick auf mehr Transparenz und Inklusivität ernennen die am Dritten Gesundheitsprogramm teilnehmenden Mitgliedstaaten und Länder in einem ersten Schritt die zuständigen Behörden oder Stellen. Dann werden diese benannten Behörden oder Stellen aufgefordert, einen Vorschlag im Rahmen des direkten Finanzhilfeverfahrens einzureichen.

Acht gemeinsame Aktionen wurden mit einem Gesamtbetrag von 18 506 972,39 EUR kofinanziert. Sie verteilten sich wie folgt auf die Programmziele:

1. Gesundheitsförderung: 5 698 457,39 EUR (drei gemeinsame Aktionen);
2. Gesundheitsbedrohungen: 3 499 873,00 EUR (eine gemeinsame Aktion);
3. Gesundheitssysteme: 2 599 999,00 EUR (zwei gemeinsame Aktionen);
4. Bessere und sicherere Gesundheitsversorgung: 6 708 643,00 EUR (zwei gemeinsame Aktionen).

An diesen gemeinsamen Aktionen sind jeweils zwischen 10 und 24 Mitgliedstaaten und andere Länder beteiligt, die an dem Programm teilnehmen; im Durchschnitt sind 19 pro gemeinsame Aktion beteiligt.

Die von den gemeinsamen Aktionen abgedeckten Gesundheitsthemen sind:

- unausgewogene Ernährungsgewohnheiten und mangelnde körperliche Betätigung;
- Verbesserung der Vorbeugung von HIV- und damit zusammenhängenden Infektionen und Behandlung von vorrangigen Regionen und Gruppen in der Europäischen Union;
- koordinierte Aktion zur Verbesserung der Lebenssituation und beruflichen Laufbahn von demenzkranken Menschen;
- hoch gefährliche und neue Pathogene;
- technische und wissenschaftliche Zusammenarbeit für medizinische Geräte und In-Vitro-Diagnosegeräte;
- Unterstützung für das eHealth-Netz;

- Umsetzung der Empfehlung des Rates und der Kommunikation der Kommission zu seltenen Krankheiten¹⁵; und
- Überwachung und Kontrolle im Bereich der Bluttransfusion und Gewebe- und Zelltransplantation.

Im Anhang sind alle finanzierten gemeinsamen Aktionen aufgeführt.

1.6 Vereinbarungen mit internationalen Organisationen über direkte Finanzhilfen

Direkte Finanzhilfvereinbarungen mit internationalen Organisationen wurden internationalen Organisationen gewährt, die im Bereich der öffentlichen Gesundheit tätig sind. Die direkten Finanzhilfen umfassen auch Dienstleistungsvereinbarungen. Der Anteil des EU-Beitrags beträgt höchstens 60 %.

Insgesamt wurden sieben direkte Finanzhilfvereinbarungen unterzeichnet, und zwar über einen Gesamtbetrag von 3 849 825,96 EUR, der sich wie folgt verteilt:

Vier wurden von der Chafea unterzeichnet:

- 1) die Beitragsvereinbarung mit dem Europarat für die Integration der EU-Gesetzgebung zu Substanzen menschlichen Ursprungs (500 000 EUR);
- 2) die jährliche direkte Finanzhilfvereinbarung mit dem Europäischen Arzneibuch (1 100 000 EUR);
- 3) zwei direkte Finanzhilfvereinbarungen mit der Weltgesundheitsorganisation:
 - Überwachung der nationalen Politiken in Bezug auf Ernährung, mangelnde körperliche Betätigung, Übergewicht und Obesität (600 000 EUR); und
 - Überwachung der nationalen Politiken in Bezug auf Alkoholverbrauch und Schadensbegrenzung (500 000 EUR).

Drei wurden von der GD SANTE unterzeichnet:

- 1) zwei direkte Finanzhilfen (durch Anweisungsbefugte/Dienstleistungsvereinbarung) an Eurostat für Morbiditätsstatistiken mit einem Gesamtbetrag von 1 099 825,96 EUR; und
- 2) eine direkte Finanzhilfe für die PIC/S (Pharmaceutical Inspection Cooperation Scheme) zur Schulung im Bereich der pharmazeutischen Wirkstoffe in Höhe von 50 000 EUR.

Im Anhang sind alle finanzierten direkten Finanzhilfvereinbarungen aufgelistet.

1.7 Auftragsvergabe (Dienstleistungsverträge)

Die Auftragsvergabe (Dienstleistungsverträge) wurde für den Erwerb von Dienstleistungen genutzt. Die Kosten der Auftragsvergabe werden über das Programm vollständig gedeckt.

Diese Verträge decken die folgenden gemäß dem Arbeitsplan für 2014 erforderlichen Dienstleistungen ab:

¹⁵ http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/docs/rare_com_de.pdf

- Bewertung und Überwachung der Aktionen und Politiken;
- Studien;
- Beratung;
- Daten und Informationen zur Gesundheit;
- wissenschaftliche und technische Unterstützung;
- Kommunikation;
- Verbreitung;
- Sensibilisierungsmaßnahmen; und
- IT-Anwendungen zur Unterstützung der Politiken.

2014 unterzeichnete die GD SANTE mehrere Dienstleistungsverträge und spezielle Anfragen im Rahmen von bestehenden Rahmenverträgen. Die meisten dieser Verträge und Anfragen betrafen horizontale Maßnahmen wie Kommunikations- und IT-Dienstleistungen für Pflege und Betrieb bestehender IT-Instrumente (z. B. die EMP-Datenbank, EUDAMED, Plattform für Gesundheitspolitik etc.). Zu den im Rahmen einer Auftragsvergabe abgeschlossenen Verträgen gehören auch Verträge mit Sachverständigen, die für wissenschaftliche Ausschüsse arbeiten, sowie Bewertungs- und Überwachungsstudien. Die von der GD SANTE verwalteten Mittel für die öffentliche Auftragsvergabe beliefen sich insgesamt auf 7 486 213,88 EUR.

2014 verwaltete Chafea 22 neue Vergabeverfahren für den Erwerb von Dienstleistungen (vier Verträge für Gesundheitsförderung, vier Verträge für Gesundheitsbedrohungen, sechs Verträge für Gesundheitssysteme, fünf für bessere und sicherere Gesundheitsversorgung) und drei für horizontale Kommunikation mit einem Gesamtbetrag von 5 283 078,56 EUR.

Die Beträge verteilten sich wie folgt auf die Ziele und bewilligenden Stellen:

Ziel des Gesundheitsprogramms	Von der GD SANTE verwaltete Auftragsvergabe (EUR)	Von der Chafea verwaltete Auftragsvergabe (EUR)
Gesundheitsförderung	1 353 200,72	1 280 967,00
Gesundheitsbedrohungen	0	1 802 209,40
Gesundheitssysteme	1 327 335,79	864 927,50
Bessere und sicherere Gesundheitsversorgung	733 684,35	1 213 163,00
Horizontal	4 071 993,02	121 811,66
INSGESAMT	8 260 006,92	5 283 078,56

Im Anhang sind alle unterzeichneten Dienstleistungsverträge aufgelistet.

1.8 Sonstige Maßnahmen

2 184 000 EUR wurden für sonstige Maßnahmen im Jahr 2014 bereitgestellt. Die ‚sonstigen Maßnahmen‘ umfassen Honorare für Sachverständige, zum Beispiel:

- Sachverständigengremium zu wirksamen Investitionsmöglichkeiten im Gesundheitsbereich;

- Sachverständige, die eine Systemprüfung für pharmazeutische Inhaltsstoffe durchführen;
- Sachverständige, die an den internationalen Konferenzen zur Harmonisierung der technischen Anforderungen für Registrierung von Pharmazeutika für die Anwendung bei Mensch und Tier teilnehmen.

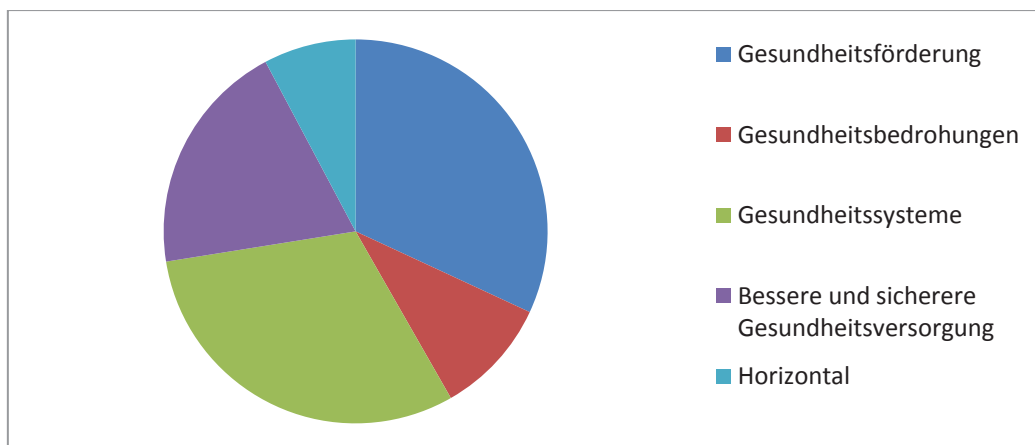
Dazu gehören auch die Kosten für Verwaltungsvereinbarungen mit der Gemeinsamen Forschungsstelle; darüber hinaus wird damit der Mitgliedsbeitrag der Kommission beim Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik abgedeckt. Weitere Informationen dazu, welche Sondermaßnahmen in den Bereich ‚sonstige Maßnahmen‘ fallen, sind im Anhang zu finden.

1.9 Ausschöpfung der Mittel 2014

Insgesamt wurden die operativen Mittel 2014 auf die vier spezifischen Ziele des Dritten Gesundheitsprogramms wie folgt aufgeteilt:

1. Gesundheitsförderung: 16 113 811,99 EUR (30,6 % der operativen Mittel für 2014);
2. Gesundheitsbedrohungen: 5 302 082,40 EUR (10,1 % der operativen Mittel für 2014);
3. Gesundheitssysteme: 16 537 850,33 EUR (31,4 % der operativen Mittel für 2014);
4. Bessere und sicherere Gesundheitsversorgung: 10 653 702,35 EUR (20,2 % der operativen Mittel für 2014);
5. Horizontale Aktionen (IT, Kommunikation): 4 193 804,68 EUR (7,8 % der operativen Mittel für 2014).

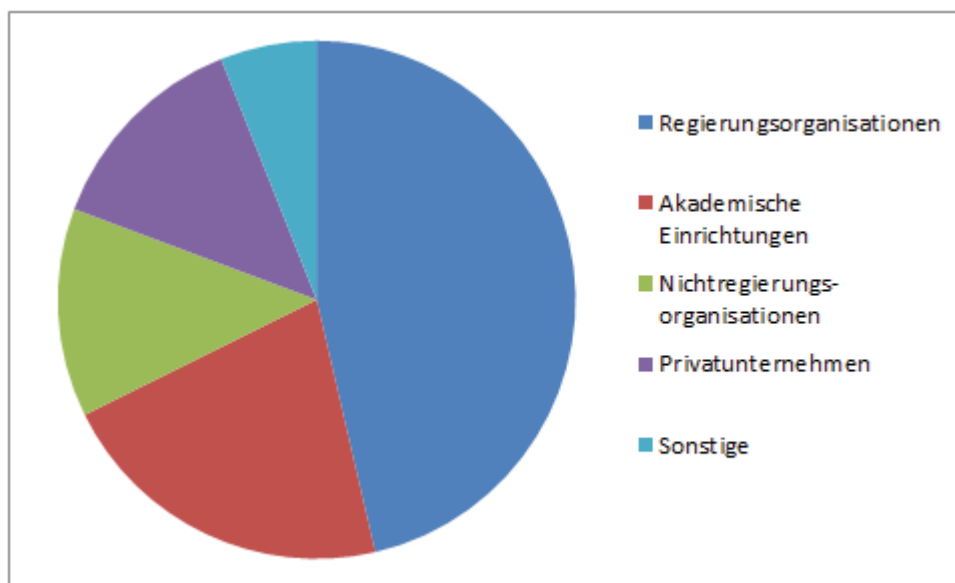
Schaubild 1 — Nutzung der operativen Mittel 2014 für das Ziel des Dritten Gesundheitsprogramms



1.10 Art der Begünstigten

2014 wurden fast 400¹⁶ verschiedene Finanzhilfen und Verträge mit unterschiedlichen Begünstigten und Dienstleistungsanbietern unterzeichnet, zu denen Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen sowie akademische Einrichtungen und Privatunternehmen gehören. Die Kategorie ‚Sonstige‘ umfasst Begünstigte wie Gesundheitsdienstleister und internationale Organisationen. Schaubild 2 gibt einen Überblick über die verschiedenen Begünstigtengruppen.

Diagramm 2 — Arten der Begünstigten des Dritten Gesundheitsprogramms 2014



ABSCHLIESSENDE BEMERKUNG

2014 war das erste Jahr des Dritten Gesundheitsprogramms, das vom Europäischen Parlament und Rat am 11. März 2014 angenommen wurde. Folglich wurde das Jahresarbeitsprogramm zwei Monate später am 26. Mai 2014 angenommen, dadurch hat sich der gesamte Durchführungszyklus verzögert. Daher wurden die meisten Finanzhilfvereinbarungen und mehrere Dienstleistungsverträge im ersten Quartal 2015 unterzeichnet. Die Verordnung zum Dritten Gesundheitsprogramm enthält einige bedeutende Verbesserungen im Vergleich zum Zweiten Gesundheitsprogramm. Dazu gehören:

- spezielle Ziele mit entsprechenden Indikatoren;

¹⁶ Davon ausgeschlossen sind Verträge, die mit einzelnen Sachverständigen abgeschlossen wurden, z. B. mit den an den wissenschaftlichen Ausschüssen teilnehmenden Sachverständigen.

- eine eindeutige Definition des Begriffs ‚EU-Mehrwert‘; und
- Einführung von Kriterien zur Festlegung der ‚außergewöhnlichen Zweckdienlichkeit‘ für gemeinsame Aktionen.

Das bedeutet zum Beispiel, dass Antragsteller und Bewerber durch die Definition von ‚EU-Mehrwert‘ besser angeleitet wurden und es für Konsortien im Rahmen gemeinsamer Aktionen einfacher war, den Vorschlag so zu gestalten, dass er für eine außergewöhnliche Zweckdienlichkeit, d. h. eine 80%ige Kofinanzierung, in Frage kommen würde.

Es gab also mehrere positive Änderungen hinsichtlich der Durchführung des Dritten Gesundheitsprogramms. Zu diesen gehörte auch die Einführung der Einreichung von Online-Anträgen über das Teilnehmerportal; sowie die Online-Bewertung und die elektronische Unterzeichnung von Finanzhilfevereinbarungen. Mit der Verordnung wurden darüber hinaus vereinfachte Verwaltungsverfahren und direkte Finanzhilfevereinbarungen für gemeinsame Aktionen und Partnerschaftsrahmenverträge für Begünstigte von Betriebskostenzuschüssen eingeführt, um den Empfängern dieser Finanzhilfen eine längerfristige Planung zu ermöglichen.

Dieses neue Verfahren für gemeinsame Aktionen ist also transparenter, da das Konsortium zunächst einmal durch Nominierung durch die Mitgliedstaaten/Länder, die am Dritten Gesundheitsprogramm teilnehmen, zusammen gestellt werden muss. Dies bedeutet jedoch auch, dass EU-Dachverbände von Nichtregierungsorganisationen insbesondere vor der Herausforderung stehen, nominiert zu werden, während sie im Zweiten Gesundheitsprogramm von der Kommission nominiert wurden.

Die Anzahl der Teilnehmer an gemeinsamen Aktionen ist weiterhin relativ hoch, wie bereits im Zweiten Gesundheitsprogramm: durchschnittlich 25 Teilnehmer pro gemeinsame Aktion im Jahr 2014 — die Teilnehmerzahl reicht von 12 bis 39. Dies stellt eine große Herausforderung für das allgemeine Management und die Koordination der gemeinsamen Aktionen dar. Wenn man die Aufforderungen zur Einreichung von Vorschlägen für Projekte betrachtet, stellt man fest, dass für zwei Aufforderungen keine Projekte gewährt wurden. Im ersten Fall war der Grund, dass keine Anträge eingegangen sind, möglicherweise weil das Thema relativ eng definiert und die angebotene Kofinanzierung relativ niedrig war. Im zweiten Fall gingen mehrere Vorschläge ein, doch alle wurden bei der Bewertung aufgrund ihrer unzureichenden Qualität ausgeschlossen.

Gemäß den Empfehlungen der Ex-Post-Evaluierung müssen in den kommenden Jahren weitere Verbesserungen umgesetzt werden, einschließlich eines erweiterten elektronischen Überwachungs- und Reporting-Systems, einer besseren und gezielteren Verbreitung und fortlaufender Bemühungen zur Erhöhung der Beteiligung von Organisationen und Institutionen aus den Ländern, die bis jetzt unter den Begünstigten unterrepräsentiert sind.