



Brüssel, den 12. Mai 2016  
(OR. en)

8778/16

SAN 177

## ÜBERMITTLUNGSVERMERK

---

Absender:	Herr Jordi AYET PUIGARNAU, Direktor, im Auftrag des Generalsekretärs der Europäischen Kommission
Eingangsdatum:	10. Mai 2016
Empfänger:	Herr Jeppe TRANHOLM-MIKKELSEN, Generalsekretär des Rates der Europäischen Union
Nr. Komm.dok.:	COM(2016) 243 final
Betr.:	BERICHT DER KOMMISSION AN DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT, DEN RAT, DEN EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTS- UND SOZIALAUSSCHUSS UND DEN AUSSCHUSS DER REGIONEN Ex-post-Bewertung des zweiten Gesundheitsprogramms 2008-2013 gemäß dem Beschluss Nr. 1350/2007/EG über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008-2013)

---

Die Delegationen erhalten in der Anlage das Dokument COM(2016) 243 final.

---

Anl.: COM(2016) 243 final



EUROPÄISCHE  
KOMMISSION

Brüssel, den 10.5.2016  
COM(2016) 243 final

**BERICHT DER KOMMISSION AN DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT, DEN RAT,  
DEN EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTS- UND SOZIALAUSSCHUSS UND DEN  
AUSSCHUSS DER REGIONEN**

**Ex-post-Bewertung des zweiten Gesundheitsprogramms 2008-2013 gemäß dem  
Beschluss Nr. 1350/2007/EG über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im  
Bereich der Gesundheit (2008-2013)**

{SWD(2016) 148 final}

{SWD(2016) 149 final}

## 1. Einleitung

Die Kommission ist nach Artikel 13 Absatz 3 Buchstabe c des Beschlusses Nr. 1350/2007/EG<sup>1</sup> verpflichtet, dem Europäischen Parlament, dem Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und dem Ausschuss der Regionen einen externen, unabhängigen Bericht über die Ex-post-Bewertung<sup>2</sup> der Durchführung und der Ergebnisse des zweiten Gesundheitsprogramms vorzulegen.

Der vorliegende Bericht gibt einen kurzen Überblick über das Programm und fasst die wichtigsten Schlussfolgerungen der Zwischenbewertung und der Ex-post-Bewertung zusammen. Er weist außerdem auf drei Bereiche hin, in denen die Durchführung des laufenden dritten Gesundheitsprogramms verbessert werden kann.

## 2. Das zweite Gesundheitsprogramm (2008-2013)

Das zweite Gesundheitsprogramm war das wichtigste Instrument zur Koordinierung der Gesundheitspolitik und zur Umsetzung der EU-Gesundheitsstrategie 2008-2013 „Gemeinsam für die Gesundheit“<sup>3</sup> im Einklang mit den Prioritäten der Strategie Europa 2020<sup>4</sup>.

### 2.1 Die Ziele des Programms

**Das übergeordnete Ziel des Programms bestand darin, die Politik der Mitgliedstaaten zu ergänzen und zu unterstützen, für diese Politik einen Mehrwert zu erbringen und durch den Schutz und die Förderung der menschlichen Gesundheit und Sicherheit und die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit zur Steigerung der Solidarität und des Wohlstands in der Europäischen Union beizutragen.**

Die im Rahmen des Programms finanzierten Maßnahmen waren auf drei Hauptziele ausgerichtet:

- i. **Verbesserung der Gesundheitssicherheit** und Schutz der Bürger vor Gesundheitsgefahren und Krisensituationen wie Pandemien und Naturkatastrophen;
- ii. **Gesundheitsförderung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten** in Europa, sowohl in Bezug auf die Lebensführung, wie den Zugang zu Möglichkeiten der körperlichen Aktivität, als auch in Bezug auf die Gesundheitsversorgung, wie etwa den Zugang zu notwendigen medizinischen Behandlungen;
- iii. **Schaffung von Informationen und Wissen zu Gesundheitsfragen und Verbreitung** an die betroffenen Parteien, von der Öffentlichkeit bis zu politischen Entscheidungsträgern und Beschäftigten im Gesundheitswesen.

### 2.2 Durchführung des Programms durch prioritäre Maßnahmen und Finanzierungsmechanismen

---

<sup>1</sup> Beschluss Nr. 1350/2007/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2007 über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008-2013), ABl. L 301 vom 20.11.2007, S. 3.

<sup>2</sup> Dem externen Bewertungsbericht sind Zusammenfassungen in englischer und französischer Sprache beigelegt.

<sup>3</sup> KOM(2007) 630 endgültig, 23.10.2007.

<sup>4</sup> KOM(2010) 2020 endgültig, 3.3.2010.

Nach Artikel 168 AEUV fördert die Union die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und unterstützt deren Tätigkeit, indem sie unter anderem Leitlinien und Indikatoren festlegt, den Austausch bewährter Verfahren organisiert und die Überwachung und Bewertung unterstützt. Dabei sollten die Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik und die Organisation und Erbringung von Gesundheitsdiensten und medizinischer Versorgung respektiert werden.

Die Aktivitäten des Programms standen mit der Rolle der EU in der Gesundheitspolitik, wie in Artikel 168 AEUV festgelegt, in Einklang und berücksichtigten die darin festgelegten Grenzen. Die Maßnahmen verfolgten einen strategischen Ansatz und legten den Schwerpunkt auf Initiativen mit größtmöglichem EU-Mehrwert. Bei der Durchführung standen somit die für Wachstum und wirtschaftliche Entwicklung maßgeblichen Prioritäten im Vordergrund. Diese prioritären Maßnahmen leisteten einen Beitrag zu einer gesünderen Bevölkerung, gut funktionierenden Gesundheitssystemen, und zur technologischen und wissenschaftlichen Entwicklung.

Die Gesamtkonzeption des Programms ähnelte derjenigen des ersten Programms im Bereich der öffentlichen Gesundheit, jedoch wurde sein Anwendungsbereich erweitert. Über die „klassischen“ Themen wie Gesundheitsförderung und Schutz vor übertragbaren Krankheiten hinaus umfasste es auch neue Konzepte wie elektronische Gesundheitsdienste (eHealth), die Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitswesen und Arzneimittel. Innerhalb des zu behandelnden breitgefächerten Themenspektrums wurden die Programmprioritäten ab 2010 gestrafft und verstärkt auf die Strategie Europa 2020 ausgerichtet. Dem lag der Gedanke zugrunde, dass Gesundheit eine Grundvoraussetzung für die Erholung der Wirtschaft und integratives Wachstum ist und der Gesundheitsbereich ein attraktives Feld für Innovationen und „intelligente“ Investitionen darstellt.

Gemäß dem Beschluss Nr. 1350/2007/EG legte die Kommission in enger Abstimmung mit den Gesundheitsbehörden der Mitgliedstaaten im Programmausschuss die Prioritäten der jährlichen Arbeitspläne fest. Mit der Durchführung des Programms war die Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Lebensmittel (CHAFEA) betraut, die die Aufforderungen zur Einreichung von Vorschlägen organisierte und die Bewertungsverfahren zur Vergabe von Finanzhilfen für die besten Maßnahmen beaufsichtigte. Die CHAFEA führt die Verwaltung der noch laufenden Finanzhilfen und Vereinbarungen weiter und verbreitet die im Rahmen der Programmmaßnahmen erzielten Outputs und Ergebnisse.

Ein informelles Netzwerk nationaler Anlaufstellen wurde eingerichtet, um die CHAFEA bei ihren Arbeiten zur Förderung des Programms und die Verbreitung der Ergebnisse zu unterstützen. Mit Hilfe der Anlaufstellen wurden nationale Informationstage organisiert, Konferenzen zur Verbreitung der Ergebnisse abgehalten und Informationsmaterial übersetzt.

Zusätzlich zu den Finanzhilfen für Projekte und den Ausschreibungen kamen von Beginn des Programms an neue Finanzierungsmechanismen wie Betriebskostenzuschüsse, Finanzhilfen für gemeinsame Aktionen, Finanzhilfen für Konferenzen sowie direkte Finanzhilfen für internationale Organisationen zum Einsatz.

**Projekte** dienen dazu, ein weites Spektrum von Themenbereichen und Durchführungsmechanismen zu erschließen und gesundheitspolitische Initiativen auf innovative Weise, quasi als „Pilotprojekte“, vorzubringen. Auf sie entfiel der größte Anteil der verfügbaren Programmmittel. Im Laufe des Programms wurde jedoch der für Projekte bereitgestellte Anteil der Mittel zugunsten der Zuweisungen für gemeinsame Aktionen und

Ausschreibungen verringert. Dies war auch auf Bemühungen zurückzuführen, das Programm auf einige größere Maßnahmen zu konzentrieren, die möglichst viele Partner, im Idealfall aus allen Mitgliedstaaten, einbeziehen, um eine stärkere Breitenwirkung zu erzielen.

**Ausschreibungen** werden verwendet, um spezifische Studien, Bewertungen und Erhebungen zu beschaffen, die für die Ausarbeitung und Umsetzung der EU-Maßnahmen und -Rechtsvorschriften im Gesundheitsbereich notwendig sind, z. B. Vorschriften für die Herstellung, den Vertrieb und die Verwendung von Arzneimitteln. Sie werden außerdem für Aktionen mit klar umrissenen Anwendungsbereichen und Zielen verwendet, die auf Veranlassung der Kommission durchgeführt werden, wie zum Beispiel die Konzipierung und Durchführung von Schulungsprogrammen und Übungen mit den Mitgliedstaaten, um Kapazitäten für die Bewältigung extremer Krisensituationen aufzubauen.

Bei den **gemeinsamen Aktionen** handelt es sich um eine erstmals im Rahmen des zweiten Gesundheitsprogramms eingeführte Art von Finanzierungsmechanismus, mit der die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten in Bereichen von hoher Relevanz für die Gesundheitspolitik gefördert werden soll. Die ausgewählten gemeinsamen Aktionen trugen insbesondere zu den Zielen des intelligenten und integrativen Wachstums im Rahmen der Strategie Europa 2020 bei. Gemeinsame Aktionen sind oftmals das Ergebnis einer intensiven Zusammenarbeit zwischen Behörden und den entsprechenden Interessenträgern und sollen das politische Engagement der Behörden in den Mitgliedstaaten stärken, deren Unterstützung für die Ergebnisse sicherstellen und die politische Koordinierung verbessern. Gemeinsame Aktionen dienen für gewöhnlich der Entwicklung, dem Austausch und der Erprobung von Instrumenten, Methoden und Konzepten für spezifische Fragen oder Aktivitäten und umfassen in der Regel den Aufbau von Kapazitäten. Der Nutzen für die beteiligten Mitgliedstaaten in Bezug auf den Austausch von Wissen und Erfahrung sollte erheblich sein und in manchen Fällen zu spürbaren Kosteneinsparungen führen. Aus diesem Grund strebt das Programm eine möglichst umfassende Beteiligung aller Mitgliedstaaten an gemeinsamen Aktionen an.

**Betriebskostenzuschüsse** wurden erstmals im zweiten Gesundheitsprogramm eingesetzt, um die Betriebsaufwendungen gesamteuropäischer nichtstaatlicher Organisationen und spezialisierter Netze zu bezuschussen.

Die ebenfalls im Rahmen des Programms eingeführten **Finanzhilfen für Konferenzen** wurden eingesetzt, um die von den jeweiligen Ratspräsidentschaften organisierten zentralen Gesundheitskonferenzen zu unterstützen und gesamteuropäische Konferenzen zu wichtigen Gesundheitsfragen zu kofinanzieren, für die jährlich eine Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen nach wettbewerblichen Kriterien durchgeführt wurde.

**Direkte Finanzhilfen an internationale Organisationen** wurden schließlich vergeben, um die internationale Zusammenarbeit zu wichtigen Gesundheitsfragen (insbesondere auf dem Gebiet der Erhebung und Analyse von Gesundheitsdaten) zu fördern.

**Tabelle 1: Ausgaben des zweiten Gesundheitsprogramms, aufgeschlüsselt nach Finanzierungsmechanismus**

Finanzierungsmechanismus	Insgesamt	%
Projekte	106 293 671,24 EUR	36 %
Ausschreibungen	72 053 873,45 EUR	25 %
Gemeinsame Aktionen	63 962 704,38 EUR	22 %
Betriebskostenzuschüsse	20 825 185,85 EUR	7 %
Vereinbarungen über direkte Finanzhilfen	13 805 987,00 EUR	5 %
Finanzhilfen für Konferenzen	5 268 308,14 EUR	2 %
Sonstige Maßnahmen <sup>5</sup>	11 693 227,81 EUR	4 %
Insgesamt	293 902 957,87 EUR	100 %

### 2.3 Ergebnisse des Programms

Das Programm führte zu nützlichen Erkenntnissen und Daten, die als Grundlage für fundierte politische Entscheidungen und weitere Forschung dienen. So wurden bewährte Verfahren, Instrumente und Methoden entwickelt, die sowohl für die Fachkräfte im Gesundheitswesen als auch unmittelbar für die Bürgerinnen und Bürger Vorteile erbringen (z. B. durch die Verbesserung diagnostischer Verfahren, die Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Ausarbeitung nationaler Aktionspläne zur Krebsbekämpfung und die Verbesserung der Patientenversorgung). Das Programm förderte Sensibilisierungs- und nachhaltige Vernetzungsaktivitäten (etwa durch die Kofinanzierung gesamteuropäischer Konferenzen und Netzwerke wie zum Beispiel jener im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitsförderung). Es unterstützte außerdem die Erhebung von Vergleichsdaten in der Union, die zahlreiche Mitgliedstaaten erfassen und Informationen für politische Entscheidungsprozesse bereitstellen; Beispiele hierfür sind die europäischen Gesundheitsindikatoren (ECHI) und die ORPHANET-Datenbank zu seltenen Krankheiten. Darüber hinaus wurden Leitlinien erarbeitet und Schulungs-/Aufklärungsmaterialien erstellt (z. B. für die Schulung von Gesundheitsfachkräften zum Thema der Gesundheit von Migranten und ethnischen Minderheiten). Durch Schulungen und den Austausch von Wissen zwischen Gesundheitseinrichtungen der Mitgliedstaaten unterstützte das Programm schließlich auf verschiedenen Ebenen den Kapazitätenaufbau im Bereich der öffentlichen Gesundheit (z. B. Ausarbeitung von Bereitschaftsplänen in den Mitgliedstaaten zur Bewältigung gesundheitlicher Krisensituationen).

### 3. Programmbewertung

Das Programm wurde im Rahmen einer Halbzeitbewertung (2010-2011) und einer Ex-post-Bewertung (2014-2015) einer externen unabhängigen Prüfung unterzogen. Beide Bewertungen kamen mit Einschränkungen zu einer positiven Einschätzung des Programms.

<sup>5</sup> Darunter fallen Maßnahmen, die von der GD SANTE und der CHAFEA unterzeichnet und bewilligt wurden, zum Beispiel besondere Erstattungszahlungen an Sachverständige für die Teilnahme an und Mitarbeit in wissenschaftlichen Ausschüssen der EU, eine Verwaltungsvereinbarung mit der Gemeinsamen Forschungsstelle, Veröffentlichungen und verschiedene Kommunikationsmaßnahmen zur Förderung des zweiten Gesundheitsprogramms sowie die Übertragung von Aufgaben an Eurostat.

Sie bestätigten die Relevanz der finanzierten Maßnahmen und wiesen zugleich auf die Schwächen bei der Programmkonzeption hin (umfangreicher Anwendungsbereich und zu ungenaue Einzelziele). Den Bewertungen zufolge erbrachte das Programm einen EU-Mehrwert hauptsächlich in Bezug auf die Ermittlung bewährter Verfahren, die Erstellung von Benchmarks für eine bessere Entscheidungsfindung und den Aufbau von Netzwerken sowie, in geringerem Umfang, in Bezug auf Innovation, Ausarbeitung von EU-Rechtsvorschriften im Bereich Gesundheit sowie Größenvorteile. Maßnahmen, die sich mit grenzübergreifenden Gesundheitsgefahren und der Freizügigkeit von Personen befassten, waren unterrepräsentiert. Die Bewertungen gelangten zu dem Schluss, dass nicht jeder relevante Bedarf zu einer wirkungsvollen Maßnahme führen kann; nur Maßnahmen mit einem EU-Mehrwert haben das Potenzial, sich auf die Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten auszuwirken. Die Wirkung hängt von der Annahme und Nutzung der Ergebnisse durch die Mitgliedstaaten ab. Es ist daher wichtig, dass die Ergebnisse an die entsprechenden Interessenträger verbreitet werden, insbesondere an die nationalen Gesundheitsbehörden, die die nationale Gesundheitspolitik festlegen und umsetzen. Was das Erreichen der relevanten Interessenträger betrifft, so waren die Maßnahmen des Programms unterschiedlich erfolgreich. Ein weiterer Faktor, der die Annahme der Programmergebnisse durch die Mitgliedstaaten beeinflusst, ist deren Beteiligung an den Maßnahmen. Diese wurde in der zweiten Hälfte der Programmlaufzeit durch einen stärkeren Fokus auf gemeinsame Aktionen erhöht.

### **3.1 Gesamtbewertung**

Das zweite Gesundheitsprogramm spiegelt die Entwicklung in der EU-Gesundheitspolitik wider, indem es über das klassische Konzept für den Schutz der öffentlichen Gesundheit hinausgeht (nämlich Gesundheitsförderung und Verhütung von Krankheiten, Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und anderer grenzübergreifender Gesundheitsgefahren, Patientensicherheit) und stärkeres Gewicht auf Themen legt, die sich aus der Notwendigkeit ergeben, die Gesundheitssysteme unter Eindämmung der Gesundheitsausgaben zu erneuern und zu modernisieren und Maßnahmen im Bereich der Technikfolgenabschätzung im Gesundheitswesen, der elektronischen Gesundheitsdienste (eHealth) und der Umsetzung der Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung<sup>6</sup> zu verbessern. Das Programm mobilisierte entsprechende Interessenträger in allen 28 Mitgliedstaaten (wobei mehr aus Mitgliedstaaten der EU-15 stammten als aus EU-12) und drei EWR/EFTA-Ländern (Norwegen, Island und Liechtenstein). Es behandelte eine Reihe von gemeinsamen gesundheitlichen Anliegen (z. B. wichtige chronische Erkrankungen, die Gesundheit einer alternden Bevölkerung, den Aufbau von Kapazitäten für den Umgang mit grenzübergreifenden Gesundheitsgefahren) und lancierte ein breites Spektrum an Tools (z. B. die Informationsdatenbank der EU für seltene Krankheiten<sup>7</sup>) und Aktionen (z. B. zur Verhinderung der Verbreitung von HIV/AIDS<sup>8</sup>, zur Bekämpfung der Adipositas<sup>9</sup> und zur Anwendung von Krebsfrüherkennungsprogrammen), die für die nationalen und regionalen Ebenen nützlich sind. Schließlich förderte das Programm die Zusammenarbeit und Koordinierung der Gesundheitsbehörden der Mitgliedstaaten, wodurch erreicht werden sollte, dass Themen wie gesundheitliche

---

<sup>6</sup> Richtlinie 2011/24/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45.

<sup>7</sup> <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=DE>

<sup>8</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hiv-infopack\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hiv-infopack_en.pdf)

<sup>9</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/nutrition-physical-activity-2014\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/nutrition-physical-activity-2014_en.pdf)

Ungleichheiten<sup>10</sup>, psychische Gesundheit<sup>11</sup> und Altern weiterhin ganz oben auf der politischen Tagesordnung der Mitgliedstaaten stehen.

Beide Bewertungen wiesen jedoch darauf hin, dass das Fehlen von expliziten Zielen und Fortschrittsindikatoren in der Programmkonzeption zu einer Überfülle an Prioritäten geführt habe, welche es erschwere, verwertbare Aussagen über die Gesamtergebnisse zu machen.

### **3.2 Halbzeitbewertung<sup>12</sup>**

Die Halbzeitbewertung enthielt eine Reihe von Empfehlungen; demnach sollten die Auswahl vorrangiger Anforderungen verbessert, klarer ausgerichtet und konzentrierte Ziele festgelegt, weniger Aktionen gefördert, SMART-Indikatoren für die Überwachung verwendet und die Ergebnisse besser verbreitet werden.

Die entsprechende Empfehlung, die jährlichen Prioritäten zu straffen, die Antragsteller besser anzuleiten und die Maßnahmen und Ergebnisse besser zu verbreiten, wurde in den jährlichen Arbeitsplänen für die Jahre 2011 bis 2013 unmittelbar umgesetzt. Eine stärkere Fokussierung (im Sinne der Beschränkung der behandelten Gesundheitsthemen) und eine bessere Ausrichtung auf die Strategie Europa 2020 waren die Folge. Die CHAFEA verbesserte die Leitlinien für Antragsteller und die Helpdesk-Dienste für die Aufforderungen zur Einreichung von Vorschlägen und legte außerdem ein stärkeres Augenmerk auf die Verbreitung der Ergebnisse.

Die Lehren, die aus der Bewertung gezogen wurden, flossen in die Folgenabschätzung ein, die den Vorschlag der Kommission für das dritte Gesundheitsprogramm begleitete, und gaben bei der Konzeption des neuen Programms die Richtung vor. Dies schlug sich in der Verordnung (EU) Nr. 282/2014<sup>13</sup> folgendermaßen nieder:

- Sie legt explizit Einzelziele und Indikatoren fest (Artikel 3);
- sie benennt eine begrenzte Anzahl klarer thematischer Prioritäten (Anhang I);
- sie enthält spezifische Kriterien für die Bestimmung des EU-Mehrwerts (Erwägungsgrund 6) bei der Festlegung der Prioritäten (Anhang II) und bei der Vergabe der Finanzhilfen;
- sie erkennt ausdrücklich die Rolle der nationalen Anlaufstellen an (Artikel 15);
- sie unterstreicht die Notwendigkeit, die Ergebnisse der Maßnahmen besser zu verbreiten und die politischen Prioritäten der Union verstärkt nach außen zu vermitteln (Artikel 13 Absatz 4 und Artikel 9).

Im Rahmen der Halbzeitbewertung des dritten Gesundheitsprogramms wird geprüft werden, ob und inwieweit die oben genannten Änderungen wirksam zu einer besseren Umsetzung des Programms und zum Erreichen der Ziele beitragen.

---

<sup>10</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/health-inequality-brochure\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/health-inequality-brochure_en.pdf)

<sup>11</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/mental-health\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/mental-health_en.pdf)

<sup>12</sup> Die Feststellungen und Schlussfolgerungen der Halbzeitbewertung wurden zusammen mit der Arbeitsunterlage der Kommissionsdienststellen COM(2012) 83 final vom 29. März 2012 gemäß Beschluss Nr. 1350/2007/EG dem Europäischen Parlament, dem Rat, dem Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und dem Ausschuss der Regionen übermittelt.

<sup>13</sup> Verordnung (EU) Nr. 282/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. März 2014 über ein drittes Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit (2014-2020) und zur Aufhebung des Beschlusses Nr. 1350/2007/EG, ABl. L 86 vom 21.3.2014, S. 1.



### 3.3 Ex-post-Bewertung<sup>14</sup>

In der Ex-post-Bewertung wurden wesentliche Aspekte der Durchführung des Programms einer Prüfung unterzogen; dies schloss auch die Folgemaßnahmen im Zusammenhang mit den in der Halbzeitbewertung abgegebenen Empfehlungen ein. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Verwaltung des Programms, seiner Wirksamkeit, der Verbreitung der Ergebnisse und den Synergien mit anderen EU-Programmen. Dadurch war es möglich, sich auf Themen zu konzentrieren, die bei der Halbzeitbewertung noch nicht hinreichend beurteilt werden konnten, und eine Duplizierung früherer Evaluierungsarbeiten zu vermeiden. Da es im Gesundheitsbereich in der Regel sehr lange dauert, bis Ergebnisse und Auswirkungen spürbar werden, und die Wirkung des Programms in jedem Fall von der Nutzung der Ergebnisse durch die Mitgliedstaaten abhängt, was außerhalb der Kontrolle des Programms liegt, verfolgten die Evaluatoren einen auf den nächsten Programmplanungszeitraum ausgerichteten Ansatz, der darauf abzielte, Elemente zu ermitteln, die für ein besseres Verständnis dessen, wie das Programm auf die Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten einwirken könnte, wesentlich sind. In den Schlussfolgerungen wurden sowohl Erfolgsfaktoren hervorgehoben als auch Faktoren aufgezeigt, die die potenzielle Wirkung der im Rahmen des zweiten Gesundheitsprogramms finanzierten Maßnahmen beeinträchtigen. Die gewonnenen Erkenntnisse werden nicht nur zur Verbesserung der Durchführung des dritten Gesundheitsprogramms beitragen, sondern auch in die drei im Folgenden genannten zentralen Tätigkeitsbereiche einfließen, in denen die Kommission künftig ein stärker strategisch ausgerichtetes Vorgehen plant.

#### (a) Verbesserte Überwachung, Berichterstattung und Verbreitung der Ergebnisse

Die Verwaltung des Programms wurde erheblich verbessert. Die Programmprioritäten wurden in der zweiten Hälfte der Programmlaufzeit verstärkt auf die Europa-2020-Initiativen und die damit verbundenen Ziele des intelligenten, nachhaltigen und integrativen Wachstums ausgerichtet. Für die Überwachung wurden (und werden weiterhin) Daten gesammelt; ein systematischerer Ansatz bei der Datenerhebung, Datenanalyse und regelmäßigen Datennutzung wird künftig die Datenlage für die Festlegung der jährlichen Prioritäten, die Berichterstattung<sup>15</sup> über Outputs und Ergebnisse sowie die gezieltere Verbreitung der Ergebnisse an die relevanten Interessenträger verbessern.

Der Erfolg des Programms hängt in hohem Maße von der Bereitschaft der Mitgliedstaaten und der anderen beteiligten Länder ab, die Ergebnisse aufzugreifen und in nationale Initiativen und Maßnahmen zu integrieren (Beispiele hierfür sind die inzwischen von allen Mitgliedstaaten angenommenen Leitlinien für die Krebsfrüherkennung und die Bereitschaftspläne der Mitgliedstaaten für die Reaktion auf Gesundheitsbedrohungen und gesundheitliche Krisenfälle). Es ist daher wichtig, dass die Maßnahmen und ihre Ergebnisse den relevanten Interessenträgern ausführlich bekannt sind. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für die Außenwirkung und vor allem für den Nutzen des Programms und für den Nachweis der verantwortungsvollen Verwendung seiner Mittel.

Die Kommission hat ihre Aktivitäten zur Verbreitung der Ergebnisse in den vergangenen zwei Jahren intensiviert. Die wichtigsten Instrumente zur Verbreitung

---

<sup>14</sup> Die Feststellungen und Schlussfolgerungen der Schlussbewertung werden in der Arbeitsunterlage der Kommissionsdienststellen, die diesem Bericht beigelegt ist, detailliert erörtert.

<sup>15</sup> Die Kommission erstattet dem Europäischen Parlament und dem Rat jährlich über die Durchführung des Gesundheitsprogramms Bericht (siehe [http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index\\_de.htm](http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_de.htm)).

waren die Projektdatenbank der CHAFEA<sup>16</sup>, Broschüren<sup>17</sup> über die in den verschiedenen Politikbereichen kofinanzierten Maßnahmen (z. B. über gesundheitliche Ungleichheiten und seltene Krankheiten), die regelmäßige Veranstaltung von „Clustertreffen“<sup>18</sup> mit Journalisten (z. B. zur Organtransplantation<sup>19</sup> und HIV/AIDS)<sup>20</sup> und eine hochrangige Konferenz über das Programm im Jahr 2012<sup>21</sup>. Seit 2014 unterstützt das Programm die Behörden der Mitgliedstaaten bei der Organisation von Konferenzen und anderen Veranstaltungen<sup>22</sup>, die die Programmergebnisse zu bestimmten Gesundheitsthemen an ausgewählte Zielgruppen verbreiten sollen. Diese intensivierete Unterstützung für die Verbreitung der Ergebnisse einzelner Maßnahmen hat sich als nützlich erwiesen und dazu beigetragen, die Reichweite dieser Maßnahmen zu erhöhen. Angesichts der vielfältigen und breitgefächerten Maßnahmen können diese Ergebnisse gleichwohl nicht die Tatsache ausgleichen, dass einige Projekte ihre Ergebnisse nicht bei den Zielgruppen verbreitet haben, für die sie die größte Relevanz besitzen. Beim dritten Gesundheitsprogramm ist daher darauf zu achten, dass für alle Maßnahmen von Anfang an eine wirksame Strategie für die Weitergabe der Ergebnisse festgelegt ist.

**(b) Stärkere Beteiligung aller Mitgliedstaaten und der anderen teilnehmenden Länder**

Das Programm ist ein Instrument, mit dem die Entwicklung, Koordinierung und Umsetzung politischer Maßnahmen im Bereich der Gesundheit unterstützt werden sollte. Die Zuständigkeit für diesen Bereich liegt zwar weitgehend bei den Mitgliedstaaten, doch leistete das Programm Hilfestellung bei der Entwicklung EU-weiter Initiativen, die zu wirksameren und effizienteren Lösungen für gemeinsame Anliegen im Gesundheitsbereich führten; dies umfasst zum Beispiel den „Europäischen Leitfaden für hochwertige nationale Krebsbekämpfungsprogramme“, der politischen Entscheidungsträgern einen Überblick über die grundlegenden Prinzipien der Krebsbekämpfung zur Verfügung stellt; die Verbesserung des Wissens über die Qualität und die Wirksamkeit der Systeme für Organspende und -transplantation in den beteiligten Ländern; die Förderung diagnostischer Instrumente und eines Labornetzwerks zur Stärkung der Notfallbereitschaft und der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten im Falle von Gesundheitsgefahren; die Rechte der Patienten, die in einem anderen Mitgliedstaat als ihrem Herkunftsmitgliedstaat leben und arbeiten.

An dem Programm beteiligten sich in unterschiedlichem Maße alle Mitgliedstaaten, die drei EWR/EFTA-Staaten (Island, Liechtenstein und Norwegen) und Kroatien. Obwohl die Mitgliedstaaten der EU-15 generell in größerem Umfang als die Mitgliedstaaten der EU-12 am Gesundheitsprogramm beteiligt waren und insbesondere leitende Funktionen zur Koordinierung von Maßnahmen inne hatten, konnte das Programm Mitgliedstaaten mit niedrigem BIP/BNE stärker einzubeziehen als das FP7. Die Beteiligung und Vernetzung einer möglichst großen Zahl von

---

<sup>16</sup> <http://ec.europa.eu/chafea/projects/database.html>

<sup>17</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/publications/publications\\_for\\_health\\_programme.html](http://ec.europa.eu/chafea/publications/publications_for_health_programme.html)

<sup>18</sup> Treffen, die in Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten organisiert werden, um Journalisten und anderen interessierten Parteien die Möglichkeit zu geben, sich über die Gesundheitspolitik der EU und die einschlägigen Maßnahmen des Gesundheitsprogramms in ausgewählten Themenbereichen zu informieren.

<sup>19</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/health/EAHC\\_conference\\_2013\\_-\\_Transplantation\\_Blood\\_Transfusion.html](http://ec.europa.eu/chafea/health/EAHC_conference_2013_-_Transplantation_Blood_Transfusion.html)

<sup>20</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/health/hiv-athens-2014-presentations\\_en.html](http://ec.europa.eu/chafea/health/hiv-athens-2014-presentations_en.html)

<sup>21</sup> [http://ec.europa.eu/health/programme/events/ev\\_20120503\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/programme/events/ev_20120503_en.htm)

<sup>22</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/health/events\\_en.html](http://ec.europa.eu/chafea/health/events_en.html)

Ländern schafft die notwendigen Voraussetzungen für die Ermittlung gemeinsamer gesundheitspolitischer Anliegen, die Schärfung des Bewusstseins für bedeutende neu auftretende Gesundheitsprobleme und den Wissenstransfer für eine Verbesserung des Gesundheitszustands und die Bekämpfung von Ungleichheiten. Gesundheit kann ein intelligenter Investitionsanreiz in der Wirtschaft<sup>23</sup> sein und spielt eine wichtige Rolle für die europäische Kohäsion und Integration.

Schwierige wirtschaftliche Bedingungen werden als einer der Gründe für die geringe Beteiligung einiger Mitgliedstaaten angeführt. Aus diesem Grund hat die Kommission den Grundsatz der „außergewöhnlichen Zweckmäßigkeit“ als finanziellen Anreiz für die Beteiligung aller Mitgliedstaaten am laufenden dritten Gesundheitsprogramm<sup>24</sup> eingeführt. Zur Förderung des Programms sollten weiterhin Informationstage in allen Mitgliedstaaten und beteiligten Ländern organisiert werden, wobei mindestens die Hälfte dieser Veranstaltungen in Mitgliedstaaten stattfinden sollte, die in der vorangegangenen Programmperiode unterrepräsentiert waren. Außerdem sollte mehr Informationsmaterial in allen Sprachen der Union zur Verfügung gestellt werden.

Auch Beitrittsländer, Bewerberländer und potenzielle Bewerberländer können auf Kostenbasis an dem Programm teilnehmen. Indem es diesen Ländern die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit Mitgliedstaaten im Rahmen von Projekten und gemeinsamen Aktionen bietet, fungiert es als Instrument, das die Länder bei der Anpassung an den EU-Besitzstand im Gesundheitsbereich unterstützen kann.

### **(c) Durchführung des Programms unter Nutzung von Synergien mit anderen europäischen Programmen und Prioritäten der Kommission**

Der Erfolg des Programms hängt weiterhin maßgeblich davon ab, ob die Mitgliedstaaten Gebrauch von den Programmergebnissen machen und sie in ihre nationalen Maßnahmen integrieren. In Anbetracht der begrenzten Haushaltsmittel und der enormen Anforderungen und Herausforderungen im Gesundheitsbereich ist es für die Verbreitung der Ergebnisse und die Förderung ihrer Nutzung und Weiterentwicklung von großer Bedeutung, dass Synergien mit anderen Programmen geschaffen werden. Dieser Ansatz wurde in Bezug auf die Forschungsprogramme der Union (FP7 und Horizont 2020) bereits vermehrt umgesetzt und in geringerem Umfang auch in Bezug auf die europäischen Struktur- und Investitionsfonds (ESIF).

Das Schubladendenken aufbrechen und enger mit anderen Programmen der Union zusammenarbeiten – so möchte die Kommission die von ihr verfolgten zehn Prioritäten<sup>25</sup> auf koordinierte Weise umsetzen. Das dritte Gesundheitsprogramm bietet Möglichkeiten für eine solche Kooperation, indem es gesundheitliche Belange in verschiedenen Bereichen wie Migration, Bewältigung neu auftretender, durch Umweltfaktoren wie den Klimawandel bedingter Krankheiten, Innovation im Gesundheitsbereich, Reform des Gesundheitswesens und weltweite Gesundheit unterstützt. Schließlich umfasst das Programm die Bewertung von

---

<sup>23</sup> „Investing in health“ (Investitionen in die Gesundheit), Arbeitsunterlage der Kommissionsdienststellen SWD(2013) 43 final, 22.2.2013), [http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd\\_investing\\_in\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf).

<sup>24</sup> Die Kommission stellt Finanzhilfen von bis zu 80 % der förderfähigen Kosten als finanziellen Anreiz für gemeinsame Aktionen zur Verfügung, an denen mindestens 14 Länder teilnehmen, darunter mindestens vier Mitgliedstaaten mit einem BNE je Einwohner von weniger als 90 % des Unionsdurchschnitts, und bei denen 30 % der Mittel für die Beteiligung solcher Länder aufgewendet werden (Artikel 7 Absatz 3 der Verordnung (EU) Nr. 282/2014).

<sup>25</sup> Siehe [http://ec.europa.eu/priorities/index\\_de.htm](http://ec.europa.eu/priorities/index_de.htm).

Gesundheitssystemen und die Schaffung von länderspezifischem und länderübergreifendem Wissen, das in die Politikgestaltung auf nationaler und europäischer Ebene einfließt.

#### **4. Schlussfolgerung**

In den kommenden Jahren wird die Kommission besondere Anstrengungen unternehmen, um die Überwachung, die Berichterstattung sowie die Verbreitung der Programmergebnisse zu verbessern, die Beteiligung weniger aktiver Mitgliedstaaten am Programm zu fördern und Synergien mit anderen EU-Programmen zu schaffen. Die Ergebnisse und Ideen, die aus dem Programm hervorgehen, könnten über bestehende Netzwerke von Kontakten in den Gesundheitsministerien und durch eine kohärente und umfassende Koordinierung mit Akteuren in anderen Programmen der Union, die sich ebenfalls (aber nicht ausschließlich) mit Gesundheitsaspekten befassen, aktiver verbreitet werden.

Nach Abschluss des dritten Gesundheitsprogramms im Jahr 2020 wird die Kommission bewerten, inwieweit sich die EU-Gesundheitsprogramme mit einer Gesamtlaufzeit von bis dahin 18 Jahren auf wirksame, effiziente, kohärente und relevante Weise unter Schaffung eines EU-Mehrwerts positiv auf die Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten ausgewirkt haben. Die Überwachungsmaßnahmen im Rahmen des dritten Gesundheitsprogramms werden diese umfassendere Bewertung unterstützen.