



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa  
Neunundfünfzigste Tagung**

**Kopenhagen, 14.–17. September 2009**

Punkt 7 a) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC59/7  
+EUR/RC59/Conf.Doc./2  
24. Juli 2009  
90420  
ORIGINAL: ENGLISCH

**Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise:  
Folgen für die Europäische Region der WHO**

Das WHO-Regionalbüro für Europa beteiligt sich in seinem anhaltenden Bestreben, die Zusammenhänge zwischen Gesundheitssystemen, Gesundheit und Wohlstand zu dokumentieren und hervorzuheben, aktiv an der Beobachtung und Bewertung der Auswirkungen der aktuellen Finanz- und Wirtschaftskrise auf die Gesundheitssysteme und die Gesundheit der Bevölkerung in der Europäischen Region der WHO. In diesem Papier wird die Arbeit des vergangenen Jahres konsolidiert und durch eine aktuelle Bestandsaufnahme ergänzt, um Themen und Optionen für die weitere Diskussion auf der 59. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa herauszuarbeiten. Das Papier knüpft an die Ergebnisse der vom WHO-Regionalbüro für Europa gemeinsam mit der Regierung Norwegens organisierten hochrangigen Konferenz „Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Folgen für die Europäische Region der WHO“ an, die am 1. und 2. April 2009 in Oslo stattfand. Das für diese Konferenz erstellte Hintergrunddokument mit dem Titel *Überblick über die Situation in der Europäischen Region der WHO* ist als Anhang beigefügt, ebenso eine Reihe von Empfehlungen, die auf der Konferenz zur Diskussion gestellt wurden.

Die wesentliche Aussage dieses Papiers ist, dass in Krisenzeiten die Gesundheitssysteme auch weiterhin die unentbehrlichen Gesundheitsleistungen für alle erbringen können und sollten und dass sie so zur Aufwertung des Humankapitals sowie zur Verbesserung des Wohlstands beitragen und damit als umsichtige Akteure in der Wirtschaftspolitik zur gesamtwirtschaftlichen Erholung beitragen können. Das Papier liefert die Evidenzgrundlage für die Prüfung der im beigefügten Resolutionsentwurf enthaltenen zentralen Grundsatzoptionen durch das Regionalkomitee.



## Inhalt

	<i>Seite</i>
Einführung.....	1
Eine vielgestaltige und ernste Krise .....	2
Beobachtete und potenzielle Folgen für Gesundheit und Gesundheitssysteme .....	7
Bewältigung besonders schwerer Herausforderungen .....	10
Literatur.....	21
Anhang 1: Überblick über die Situation in der Europäischen Region der WHO .....	22
Anhang 2: Allgemeine Empfehlungen für Krisenpakete .....	36



## Einführung

1. Die Welt erlebt gegenwärtig eine schwere Finanz- und Wirtschaftskrise, die nachhaltig bewältigt werden muss, und steht gleichzeitig vor gewaltigen demografischen (Bevölkerungsalterung, Migration), sozialen (wachsende Kluft zwischen Besitzenden und Mittellosen) und ökologischen (Klimawandel) Herausforderungen.
2. Die Symptome, Größenordnung und Folgen der Krise, der verheerendsten Rezession seit dem Zweiten Weltkrieg, fallen je nach Region und Land stark unterschiedlich aus. Der Konjunkturunbruch macht sich in den hoch entwickelten Volkswirtschaften besonders stark bemerkbar und hat entsprechende Auswirkungen auf die exportorientierten Schwellenländer.
3. Dank des entschlossenen Handelns von Regierungen und Zentralbanken konnte ein völliger Zusammenbruch der Finanzmärkte abgewendet werden. Dennoch bleibt die Weltwirtschaft auch trotz verstärkter staatlicher Interventionen zur Stützung der Konjunktur (durch Investitionsprogramme und Maßnahmen zur Belebung des Konsums) schwach und damit anfällig für weitere Schockwellen. In vielen hoch entwickelten oder stark exportorientierten Volkswirtschaften ist die Arbeitslosigkeit in kürzester Zeit rapide angestiegen. Der Ausblick auf die unmittelbare ökonomische Zukunft ist von Ungewissheit geprägt, und die steigende Staatsverschuldung wird die öffentlichen Finanzen auf Jahre erheblich belasten.
4. In einer solchen Situation wird bereits jetzt der Lebensstandard von Millionen von Menschen und ihren Familien in der Europäischen Region der WHO beeinträchtigt oder ist gar ernsthaft bedroht; Gleiches gilt für die Einkommensgrundlage von Gesundheits- und Sozialsystemen. Erkenntnisse über die Auswirkungen der Krise auf die Gesundheitssituation gibt es bisher nur wenig; es wird möglicherweise noch einige Zeit dauern, bevor diese offen zutage treten. Dennoch ist zu erwarten, dass die Krise erhebliche – positive wie negative – Veränderungen an sozialen Normen, am Lebensstil der Bevölkerung und an der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – und damit eine Verschärfung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich – zur Folge haben wird. Die Beobachtung, Mitverfolgung und Analyse dieser Veränderungen muss intensiviert werden; dies gilt in besonderem Maße für die einkommensschwachen und gefährdeten Bevölkerungsschichten in den Ländern der Europäischen Region.
5. Voraussetzung für eine Bewältigung der Krise sind rechtzeitige, zielgerechte, gut gestaffelte und optimal abgestimmte Maßnahmen. Es werden solide makroökonomische und fiskalische Handlungskonzepte benötigt. Dennoch gilt: Gesundheit ist Wohlstand; deshalb muss eine Erosion des Humankapitals um jeden Preis vermieden werden, wenn eine soziale und gesundheitliche Rezession verhindert werden soll. Investitionen in die Gesundheit und die Gesundheitssysteme sind somit in Krisenzeiten mehr denn je das Gebot der Stunde und sollten bei der gesellschaftlichen Antwort auf die Krise eine wesentliche Rolle spielen.
6. Die Konferenz von Oslo<sup>1</sup> Anfang April 2009 war eine von mehreren Tagungen, die von der WHO organisiert oder unterstützt wurden, um die potenziellen Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf Gesundheit und Gesundheitssysteme abzuschätzen und ihnen entgegenzuwirken und tragfähige kurz- und längerfristige Handlungsoptionen zu untersuchen. Sie knüpfte an die Ergebnisse der hochrangigen Konsultation vom 19. Januar 2009 in Genf über die Folgen der Finanzkrise für die Gesundheitssituation an und diente zur Vorbereitung der Debatte über Gesundheit zu Zeiten einer Wirtschaftskrise, die auf der 59. Tagung des Regionalkomitees stattfinden wird. Die in Oslo versammelten Gesundheitspolitiker waren sich über die Notwendigkeit der Sicherung der Gesundheitsetats einig, um die Gefahren für die öffentliche Gesundheit wirksam

---

<sup>1</sup> Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise: Folgen für die Europäische Region der WHO. Oslo (Norwegen), 1.–2. April 2009

bekämpfen, den Zugang zu unentbehrlichen Gesundheitsleistungen verbessern und Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abbauen und die Leistung und Effizienz der Gesundheitssysteme verbessern zu können.

7. In diesem Papier wird die im vergangenen Jahr in der Europäischen Region geleistete Arbeit konsolidiert und durch eine schnelle aktuelle Bestandsaufnahme ergänzt, um Themen und Optionen für die weitere Diskussion auf der Tagung des Regionalkomitees herauszuarbeiten. Es sollte in Verbindung mit dem für die Konferenz von Oslo erstellten Hintergrunddokument mit dem Titel *Überblick über die Situation in der Europäischen Region der WHO* (Anhang 1) gelesen werden.

8. Neben dieser Einführung gliedert sich das Papier in drei Abschnitte: Im ersten Abschnitt wird die aktuelle Situation geschildert, im zweiten werden die Auswirkungen der Krise auf öffentliche Gesundheit und Gesundheitssysteme analysiert. Im dritten und letzten Teil werden anhand der Empfehlungen der Konferenz von Oslo eine Reihe von möglichen Strategien aufgezeigt und Vorschläge für mögliche Krisenpakete zugunsten der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitssysteme erläutert.

## **Eine vielgestaltige und ernste Krise**

9. Seit 2008 hat die Weltwirtschaft nach einem drastischen Rückgang der weltweiten Nachfrage nach Rohstoffen, Gütern und Dienstleistungen infolge der Liquiditätskrise und des Vertrauensverlusts im Finanz- und Bankensektor in den Vereinigten Staaten wie auch in Europa einen schwerwiegenden Einbruch erlitten. Der Internationale Währungsfonds (IWF) rechnet für 2009 mit einem Rückgang der weltweiten Produktion um 1,4%, für 2010 jedoch mit einer allmählichen Erholung und einer Wachstumsrate von 2,5%. Die Prognosen für die Euro-Zone sowie für die Länder Mittel- und Osteuropas und der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) fallen weniger optimistisch aus; hier wird für 2009 mit einem Rückgang der Produktion um 4,8%, 5% bzw. 5,8% und einer anschließenden langsamen Erholung im kommenden Jahr gerechnet, die jedoch in der Euro-Zone (-0,3%) nach wie vor im negativen Bereich liegen und in Mittel- und Osteuropa (1%) mäßig und in den GUS-Staaten (2%) geringfügig besser ausfallen dürfte.

10. Zwar wird sich die Weltwirtschaft infolge der staatlichen Interventionen allmählich erholen, doch wird diese Erholung insgesamt nur in tragem Tempo erfolgen und je nach der Gesundheit des Finanzsektors auch unterschiedlich ausfallen.

- So wird für die Vereinigten Staaten, Japan und andere hoch entwickelte Volkswirtschaften mit einer stärkeren Stabilisierung gerechnet als für die Euro-Zone und den Rest der Europäischen Region der WHO. Die Vereinigten Staaten und Japan dürften 2010 in der Produktion wieder einen Anstieg verzeichnen.
- Die Entwicklungs- und Schwellenländer erlebten 2008 ein verringertes Wirtschaftswachstum, doch wurden die Wachstumsprognosen für Asien für den Rest von 2009 sowie für 2010 vor kurzem nach oben korrigiert: auf 5,5% (2009) bzw. 7,0% (2010). Für Lateinamerika, den Mittleren Osten und Afrika liegen sie allerdings nach wie vor deutlich niedriger.
- Trotz des Erfolgs politischer Interventionen zur Verhinderung eines weiteren Konjunkturrückgangs stecken die Länder der Europäischen Union weiterhin in einer tiefen Rezession. So wird für 2009 mit einem Rückgang des Bruttoinlandsprodukts (BIP) um 4,2% in der Euro-Zone und um 4,9% in den Transformationsländern Europas prognostiziert; für die baltischen Länder wird dagegen mit einem Rückgang um ca. 10% gerechnet. Der Aufschwung wird längere Zeit dauern. Um die durch die demografische Entwicklung bedingten öffentlichen Ausgaben einzudämmen, sind möglicherweise weitere strukturelle

Anpassungen auf dem Arbeitsmarkt erforderlich, aber es muss mit einem insgesamt niedrigeren Wohlstandsniveau gerechnet werden.

11. Die Finanz- und Wirtschaftskrise hat auch zur Abwertung einer Reihe von nationalen Währungen geführt. So hat seit November 2008 das britische Pfund innerhalb von weniger als einem Jahr gegenüber dem Euro um ca. 30% an Wert verloren; ähnliche Verluste mussten der polnische Zloty (32%), die tschechische Krone (18%), der rumänische Lei (17%) und der ungarische Forint (15%) hinnehmen. Weitere Anpassungen der Wechselkurse im Zuge der Umstellung der Währungspolitik in den Ländern sind unvermeidbar. Die neuen EU-Mitgliedstaaten in Mittel- und Osteuropa müssen auch weiterhin strukturelle Anpassungen im öffentlichen Sektor wie auch im Bankenwesen vornehmen, da sich ihre Fähigkeit zur Beschaffung günstiger Finanzmittel deutlich verringert hat.

12. Ein relativ geringer Rückgang der weltweiten Nachfrage hat zum Zusammenbruch bestimmter Rohstoffpreise geführt. So sind beispielsweise die Preise für Erdöl und Weizen seit Januar 2008 um über 60% gesunken. Seitdem hat sich allerdings der Ölpreis im Vorausgriff auf insgesamt günstigere Wachstumserwartungen etwas erholt. Andere Preise stagnieren oder steigen nur mäßig. Nach Einschätzung des IWF wird die Inflationsrate in den entwickelten Volkswirtschaften 2009 auf ein Rekordniveau von 0,1% sinken und 2010 nur 0,9% betragen. Auch die Gefahr einer Deflation kann für einige EU-Länder nicht mehr vollständig ausgeschlossen werden.

13. Der abrupte Rückgang der Investitionen und der Industrieproduktion im Zuge der derzeitigen globalen Wirtschaftsflaute hat zu einer rapiden Zunahme der Arbeitslosigkeit geführt. In der verarbeitenden Industrie wie auch im Dienstleistungssektor sind Millionen von Arbeitsplätzen entweder verloren gegangen oder zumindest gefährdet. Die Internationale Arbeitsorganisation (IAO) geht davon aus, dass die weltweite Arbeitslosenrate 2009 auf 7,1% anwachsen könnte. In der EU wird für 2010 mit einem Anstieg der Arbeitslosenquote auf 9,5% (2007: 7,5%) und damit dem Verlust von möglicherweise über 20 Mio. Arbeitsplätzen gerechnet. Die Arbeitslosenrate in den nicht der EU angehörenden Staaten Mittel- und Südeuropas sowie der ehemaligen Sowjetunion, die 2008 noch bei 8,8% lag, dürfte sich 2009 ebenfalls erhöhen.

14. Durch die schnellen Reaktionen und die außergewöhnlichen Anstrengungen der Zentralbanken und der Regierungen konnte ein weltweiter Zusammenbruch des Finanz- und Bankensystems abgewendet werden, doch bleibt die globale Finanzarchitektur weiterhin anfällig. Einige Banken sind immer noch stark von Zahlungsunfähigkeit bedroht; in manchen Fällen kann eine zumindest partielle Verstaatlichung notwendig werden. Auch Versicherungsunternehmen und Rentenfonds sind in erheblichem Maße betroffen. Die anfänglich meist weniger stark betroffenen Banken und Versicherungsunternehmen der Länder Mittel- und Osteuropas müssen sich nun auf erheblich reduzierte Kapitalzuflüsse von ihren Mutterbanken in anderen Ländern Europas einstellen.

15. Die Regierungen (und durch sie die Steuerzahler und die Gesellschaft insgesamt) unternehmen auch beträchtliche Anstrengungen, um sämtlichen anderen Wirtschaftssektoren finanzielle Unterstützung zukommen zu lassen, den Konsum anzukurbeln, Arbeitsplätze zu erhalten und der schnell wachsenden Schar der Arbeitslosen sozial unter die Arme zu greifen. In den reichsten Ländern der Europäischen Region wurde eine Vielzahl von ökonomischen Rettungspaketen aus der Traufe gehoben, mit deren Umsetzung inzwischen begonnen wurde. In anderen Ländern verfügen die Regierungen nur über begrenzten Spielraum für die Bewältigung der Krise durch Steuersenkungen und eine Lockerung der Ausgabendisziplin.

16. Der Konjunkturabschwung und die Kosten für die genannten Rettungspakete führen zu einer rapiden Verschlechterung der öffentlichen Finanzen mit beträchtlich wachsenden staatlichen Defiziten und öffentlichen Schulden. Dies ist bereits in nahezu allen Industrie- und

Schwellenländern der Fall, und in einigen Ländern mit mittlerem Einkommen kann sich die Situation bald noch verschärfen. So wird für die baltischen Staaten und für die Länder Mittel- und Osteuropas 2009 eine signifikante Verschlechterung des fiskalischen Gleichgewichts erwartet. Für die meisten Länder der Europäischen Region, einschließlich der EU-Staaten, wird für 2010 eine weitere Verschlechterung der Haushaltssituation prognostiziert.

17. Aufgrund von Erfahrungen mit Krisen in der Vergangenheit ist davon auszugehen, dass die einkommensschwachen und anfälligsten Bevölkerungsschichten in Krisenzeiten am stärksten betroffen sein werden. Tatsächlich ist schon jetzt ein signifikanter Teil der Bevölkerung der Europäischen Region von einem Abrutschen in die Armut bedroht. So sind in den EU-Staaten 16% der Bevölkerung (der Anteil reicht von 10% in den nordischen Ländern bis zu fast 25% in Italien und den baltischen Staaten) davon bedroht, auch nach staatlichen Transferleistungen noch unter die offiziell festgelegte Armutsgrenze zu fallen. Ferner ist es auch eine bekannte Tatsache, dass der Lebensstandard einkommensschwacher Menschen innerhalb der Region sehr uneinheitlich ist und dass Armut generell in denjenigen Ländern am schlimmsten ist, in denen die Zahl der Einkommensschwachen am höchsten ist. Kinder und ältere Menschen sind gewöhnlich einem höheren Armutsrisiko ausgesetzt. Nach den bisher vorliegenden Informationen sind offenbar Männer häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Frauen und Personen unter 24 bzw. über 50 Jahren, vielleicht deshalb, weil sich die Krise im verarbeitenden Gewerbe besonders stark bemerkbar macht.

18. Glücklicherweise scheinen die meisten Regierungen in der Europäischen Region auch weiterhin erheblichen Wert auf sozialen Zusammenhalt und soziale Sicherheit zu legen. Es scheint klar zu sein, dass die Krise nicht nur Auswirkungen auf Lebensbedingungen und Lebensstil haben, sondern auch Veränderungen beschleunigen und Verlagerungen in Bezug auf soziale Normen oder wirtschaftspolitische Maßnahmen nach sich ziehen wird. So wird inzwischen die Notwendigkeit einer abgestimmten weltweiten Regulierung des Finanz- und Bankensektors zunehmend anerkannt, und die bisher als tabu geltende Erhöhung von Staatsdefiziten und Verschuldungsquoten wird nun als nötiges Übel angesehen.

19. Die intensive politische und fachliche Diskussion befasst sich auch eingehend mit der ethischen Dimension der Finanz- und Wirtschaftskrise. Während sich die Einzelnen stärker gefährdet fühlen, scheint sich dadurch in vielen Ländern auch die Wahrnehmung sozialer Ungleichheiten zu verändern und zu konkretisieren und geht inzwischen weit über Themen wie Bonuszahlungen und goldene Handschläge hinaus. Meinungsumfragen und soziale Barometer zeigen einen weit verbreiteten Pessimismus und eine starke Verletzung des Gerechtigkeitsempfindens. Dementsprechend fordern viele Bürger, die ethische Dimension der Krise zu einem wichtigeren Teil der politischen Debatte wie auch der fiskalischen Lösungen zu machen. Hier sei der Hinweis erlaubt, dass Überlegungen über Wege zu mehr sozialer Gerechtigkeit heute, da die WHO-Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit auf vorhandene Ungleichheiten im Gesundheitsbereich hinweist und eine Beseitigung bestehender Defizite fordert, einen höheren Stellenwert erhalten.

**Kasten 1: Sozioökonomische Veränderungen und Gesundheit: Fallstudien aus Estland (Krise von 1990) und Finnland (Krise von 1986 bis 1994)**

Es steht außer Zweifel, dass jeder rasche soziale und wirtschaftliche Übergang Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung nach sich zieht. Diese dürften sich jedoch in ihrem Ausmaß, ihrer Schwere und ihrer Verteilung stark unterscheiden und davon abhängen, wie gut die jeweilige Gesellschaft und ihre Institutionen darauf vorbereitet und dafür gerüstet sind, die Krise durchzustehen und ihre Folgen zu bewältigen. Das Vorhandensein und der Erfassungsgrad sozialer Sicherungsnetze sowie die Robustheit der Reaktion des Gesundheitssystems (d. h. seine Widerstandsfähigkeit gegenüber Bedrohungen seiner Grundwerte, seines finanziellen Spielraums und seines Leistungsvermögens) scheinen hier von ausschlaggebender Bedeutung zu sein. Im Falle



Estlands und Finnlands jedoch, also zweier Länder mit ähnlichem soziokulturellem Hintergrund, aber auch durch die jüngere Geschichte bedingten unterschiedlichen politischen und gesellschaftlichen Organisationsformen, treten solche Unterschiede drastisch zutage.

### **Estland**

Der politische und gesellschaftliche Übergang nach dem Zerfall der Sowjetunion verlief natürlich in Estland in vielfacher Hinsicht nach eigenen Gesetzmäßigkeiten. So ist er mit anderen wirtschaftlichen Krisen insofern nicht vergleichbar, als er auch mit allgemeinen Veränderungen in der gesamtgesellschaftlichen Realität einherging. Überdies ist beim Studium einer derartigen Krise stets die Gefahr gegeben, dass unzutreffende kausale Schlussfolgerungen gezogen werden: Ursächliche Prozesse, die bereits Jahrzehnte zuvor einsetzten, können manchmal später zutage treten und fälschlicherweise jüngeren Perioden zugerechnet werden – so lag beispielsweise die Lebenserwartung bei Geburt in Estland 1980 bei 69,1 Jahren und 1990 bei 69,5 Jahren und damit unter der von 1970 (70,0 Jahre). Auch die Größenverteilung der Bildungskategorien innerhalb der Gesamtbevölkerung hat sich in den meisten Ländern verändert, wodurch jeder Vergleich erschwert würde.

Unter Berücksichtigung dieser Vorbehalte wurden jedoch einige Studien durchgeführt, die ein gewisses Licht auf die Folgen der turbulenten wirtschaftlichen Verhältnisse in Estland nach der Wiedererlangung seiner politischen Autonomie im Jahr 1991 werfen. So wurden beispielsweise die Veränderungen der Mortalitätsrate zwischen 1989 und 2000 aufgeschlüsselt nach Bildungsstand analysiert, um die Auswirkungen der Veränderungen an sich und die verzögerten Auswirkungen der vor dem Übergang eingetretenen Entwicklungen auf Gruppen mit hohem, mittlerem und niedrigem Bildungsstand zu bewerten. Im ersten Jahrzehnt nach der Wiedererlangung seiner Unabhängigkeit blieb die Lebenserwartung in Estland insgesamt stabil, doch war die Sterblichkeitsrate vom sozioökonomischen Status abhängig, der hauptsächlich am Bildungsgrad gemessen wird. Die Mortalität aufgrund aller Ursachen sank für alle Altersgruppen, insbesondere für Personen über 60 Jahre und Personen mit niedrigem und mittlerem Bildungsgrad, stieg jedoch für Personen mit höherem Bildungsgrad an.

Hier ist der Hinweis wichtig, dass eine verbesserte Bildungsstruktur einen noch stärkeren Rückgang der Lebenserwartung verhinderte. Dies bedeutet, dass Esten mit hohem Bildungsgrad möglicherweise als Katalysatoren für umfassendere Fortschritte im Gesundheitsbereich fungieren können, und in der Tat haben sich die Gesundheitsindikatoren seitdem erheblich verbessert: Die Lebenserwartung bei der Geburt stieg bis 2000 auf 70,9 und bis 2005 auf 72,6 Jahre. Zwar sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs noch immer für eine signifikante Anzahl vorzeitiger Todesfälle verantwortlich, doch war der Rückgang der Säuglingssterblichkeit – von 12,4 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburten im Jahr 1990 auf 8,4 im Jahr 2000 und 6,0 im Jahr 2005 – bemerkenswert.

Daraus lässt sich u. a. die wichtige methodologische Erkenntnis gewinnen, dass bei Trendanalysen in Bezug auf Ungleichgewichte im Gesundheitsbereich in den mittel- und osteuropäischen Ländern die veränderte Zusammensetzung der Bevölkerung berücksichtigt werden sollte. Klare Schlussfolgerungen zu Kausalzusammenhängen sind, wie bereits angedeutet, nicht möglich, da neben gesellschaftlichen Turbulenzen und zunehmendem Wohlstandsgefälle (mögliche neuere Determinanten) auch Langzeittrends aus der Vergangenheit zur Verbreiterung der Kluft beigetragen haben könnten. Als Hypothese für die Zwecke dieses Papiers ist zu erwähnen, dass die Verringerung der Lebenserwartung für bestimmte Gruppen (ein Trend, der weder in Finnland noch in Spanien zu beobachten war) auch auf das Fehlen sozialer Sicherungsnetze, für deren Aufbau das Land keine Zeit hatte, sowie auf den Zusammenbruch des Gesundheitssystems selbst zurückzuführen sein könnte. Die Tatsache, dass eine derartige Verschlechterung in der Tschechischen Republik ausgeblieben ist, verlangt jedoch nach einer alternativen Erklärung.

Hier sind weitere Untersuchungen notwendig.

### **Finnland**

Seit den 1950er Jahren hat sich die Gesellschaftsstruktur in Finnland erheblich verändert, was zum Teil auf die extrem rasche Verstädterung zurückzuführen war. Über einen längeren Zeitraum hinweg ging der Anteil der in der Landwirtschaft Beschäftigten erheblich zurück, während gleichzeitig der Anteil der Angestellten (darunter viele Frauen) zunahm. Die strukturelle Veränderung der Gesellschaft manifestierte sich aber auch durch den steigenden Bildungsstand von Männern wie Frauen.

Anfang der 1990er Jahre sorgte dann eine wirtschaftliche Rezession dafür, dass Arbeitslosigkeit zum ersten Mal seit Jahrzehnten zum großen gesellschaftlichen Problem wurde. Seit Ende der 1970er Jahre hatte die Arbeitslosigkeit zwischen 3% und 8% gelegen; 1994 stieg sie jedoch sprunghaft auf 18% an. Insbesondere erhöhte sich der Anteil der Langzeitarbeitslosen 1994 auf 27%.

Dennoch verzeichnete Finnland zwischen 1986 und 1994 einen Rückgang der Säuglingssterblichkeitsrate von 6,3 auf 4,0 Totgeburten auf 1000 Lebendgeburten, und der Gesundheitsstatus der Bevölkerung im Erwachsenenalter blieb insgesamt stabil bzw. verbesserte sich leicht; somit blieb der Gesundheitsstatus der finnischen Bevölkerung von der Rezession und der Krise auf dem Arbeitsmarkt relativ unberührt.

Bei den sozialen Ungleichheiten (Unterschiede bezüglich Schichtzugehörigkeit und Bildungsgrad zwischen finnischen Männern und Frauen) im Gesundheitsbereich, gemessen an beeinträchtigenden Langzeiterkrankungen und einer Einstufung des eigenen Gesundheitszustands unterhalb von „gut“, gab es kaum Veränderungen. Der Gesundheitszustand der Bürger im Großraum Helsinki, der modernsten Region des Landes mit etwa einem Fünftel der Bevölkerung, war nach wie vor besser als der der Bevölkerung im Rest des Landes, doch blieben die relativen sozialen Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheitsprobleme während des achtjährigen Untersuchungszeitraums generell nach Muster und Umfang stabil. Die gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen hatten sich nach acht Jahren im Vergleich zum Beginn des Untersuchungszeitraums verringert. Die Unterschiede zwischen sozialen Schichten hatten sich sowohl bei Erwerbstätigen als auch bei Arbeitslosen kaum verändert.

Für die beobachteten Haupttrends bezüglich des Gesundheitsstatus in einer Zeit des Strukturwandels in Finnland kann bestenfalls der Versuch einer Erklärung unternommen werden. Zwei Hauptgründe könnten hierfür verantwortlich sein. Erstens wäre es möglich, dass negative Gesundheitsfolgen der Rezession erst später zutage treten – eine plausible Erklärung für chronische Krankheiten (mit beeinträchtigenden Langzeiterkrankungen als Indikator), jedoch weniger plausibel für die stark subjektive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit – oder dass gleichzeitig stattfindende, jedoch gegenläufige Prozesse (höherer Bildungsgrad, geringere Gefährdung durch körperliche Schäden usw.) den beobachteten Entwicklungen zugrunde liegen. Überdies ist es auch denkbar, dass sich negative Gesundheitstrends ausschließlich in benachteiligten und besonders anfälligen Untergruppen manifestieren. Zweitens könnten die Ergebnisse auf das Vorhandensein sozialstaatlicher Institutionen, auf wirtschaftliche und politische Maßnahmen und auf die Ergebnisse der Sozialpolitik im Land zurückzuführen sein, die allesamt während des Untersuchungszeitraums bei bestimmten Indikatoren überraschend stabil blieben. Aus der Wohlfahrtsperspektive gesehen, legt dies den Schluss nahe, dass das Land ungeachtet der strukturellen Veränderungen gut abgeschnitten hat.

Dies würde bedeuten, dass trotz der sozioökonomischen Turbulenzen und der anschließenden strukturellen Anpassungen die Werte, Prinzipien und Grundlagen des Sozialstaats mit seinem dichten sozialen Sicherungsnetz und seinem flächendeckenden Gesundheitssystem mit allen

unentbehrlichen Leistungen intakt blieben und sich damit gegenüber externen Bedrohungen als widerstandsfähig erwiesen.

Solche Aussagen sind zugegebenermaßen oft zu verallgemeinernd, um systembedingte Verzerrungen und alternative Erklärungen auszuschließen, und die Herstellung von Kausalzusammenhängen an sich ist bestenfalls prekär. Dennoch deuten das Beispiel dieser und anderer Länder und die daraus gewonnenen Erkenntnisse darauf hin, dass die Auffangrolle starker sozialer Sicherungsnetze und Gesundheitssysteme sowie der Themenbereich evidenzbasierte Grundsatzmaßnahmen noch einer näheren Untersuchung bedürfen.

**Quellen:**

Koppel A et al. (2008). *Estonia: Health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, Vol. 10, No. 1).

Lahelma E et al. (1997). Changes in the social patterning of health? The case of Finland 1986–1994. *Social Science and Medicine*, 44 (6):789–799.

Lahelma E et al. (2001). Changing health inequalities in the Nordic countries? *Scandinavian Journal of Public Health*, 29 (suppl. 55):1–5.

Leinsalu M, Vägerö D, Kunst AE (2003). Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*, 32:1081–1087.

Manderbacka K et al. (2001). Structural changes and social inequalities in health in Finland, 1986–1994. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29 (suppl. 55): 41–54.

Shkolnikov V et al. (2006). The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:875–881.

Stuckler D et al. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, published on line 8 July 2009 (DOI:10.1016/S0140-6736(09)61124-7).

Vuorenkoski L (2008). *Finland: Health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, Vol. 10, No. 4).

## **Beobachtete und potenzielle Folgen für Gesundheit und Gesundheitssysteme**

20. Die Erfahrung hat uns gelehrt, dass in Krisenzeiten gesundheitliche Ergebnisse wie auch das Risiko durch Gesundheitsausgaben bedingter finanzieller Härten durch eine Veränderung der verfügbaren Mittel für die Gesundheitssysteme (finanzielle und personelle Ressourcen, Arzneimittel und medizinische Geräte, laufende Kosten und Infrastruktureinrichtungen), durch Veränderungen in Bezug auf Lebensbedingungen, Lebensstil und Konsumverhalten sowie durch Veränderung sozialer Normen und Wertvorstellungen beeinflusst werden können. Idealerweise kann und sollte ein Gesundheitssystem drei Aufgaben erfüllen: 1) Schutz der Bedürftigsten; 2) Schwerpunktlegung auf Bereiche, in denen es wirksam arbeiten und einen Mehrwert schaffen kann; und 3) Auftreten als umsichtiger Akteur in der Wirtschaftspolitik in Bezug auf Investition, Ausgaben und Beschäftigung.

## **Kasten 2: Anzeichen für die Auswirkungen von Wirtschaftskrisen und Rezessionen auf Gesundheit und Gesundheitssysteme**

### *Inländische Gesundheitsausgaben*

- Die Gesundheitsausgaben privater Haushalte gehen fast immer zurück, wenn das verfügbare Haushaltseinkommen sinkt.
- Auch die staatlichen Gesundheitsausgaben sind oft, jedoch nicht immer rückläufig, was zum Teil auf sinkende Staatseinnahmen oder überproportionale Kürzungen des Gesundheitsetats zurückzuführen ist. Manche Regierungen jedoch haben während vergangener Rezessionen die Ausgaben im Gesundheits- und Sozialwesen erhöht.
- Kapitalinvestitionen (Infrastruktur, Gebrauchsgüter) werden zurückgestellt; die entsprechenden Mittel fließen entweder in die Ersparnisse oder in andere, dringendere Ausgabenkategorien.
- Bei einer Abwertung der Landeswährung steigen die Inlandspreise für Importgüter (z. B. Arzneimittel und Verbrauchsgüter), die somit weniger erschwinglich werden.

### *Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen*

- Daten aus der Vergangenheit belegen übereinstimmend für alle Länder eine sinkende Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen, die entgeltliche Leistungen anbieten.
- Stattdessen werden vermehrt staatliche, subventionierte oder gemeinnützige Einrichtungen genutzt.
- Es kommt zu einem zunehmenden Missverhältnis zwischen der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im öffentlichen Bereich, der Angebotsrationierung und der aufgrund von Haushalts- und anderen Ressourcenengpässen sinkenden Versorgungsqualität.

### *Mortalität und Morbidität*

- Negative Auswirkungen auf die Gesundheit werden häufig gemeldet.
- In Ländern mit niedrigem Einkommen steigt häufig die Säuglings- und Kindersterblichkeit, und Frauen leiden häufiger unter Mikronährstoffmangel und Anämie.
- In Ländern mit höherem Einkommen nehmen psychische Erkrankungen zu, und die Suizidrate sowie manchmal die Sterblichkeit erwachsener Männer steigen an.
- Einkommensschwache und anderweitig gefährdete Menschen tragen eine höhere Krankheitslast.
- In Ländern mit funktionierendem sozialem Sicherungs- und Hilffsystem sind je nach Schwere, Dauer und Hartnäckigkeit der Krise nur mäßige oder gar keine negativen gesundheitlichen Auswirkungen zu verzeichnen.

### **Quelle:**

Nach Evans D (2009). *The Impact of the Economic and Financial Crisis on Global Health* (Presentation at the high level meeting on the global crisis), Geneva

21. Bei Ländern, deren Gesundheitssystem aus allgemeinen Steuereinnahmen finanziert wird, kann ein Sinken des Bruttoinlandsprodukts und der Wirtschaftsleistung zu einem signifikanten Rückgang der staatlichen Einnahmen für das Gesundheitswesen führen. Ebenso dürfte sich in Ländern, deren Gesundheitswesen primär aus lohnabhängigen Beiträgen finanziert wird, ein Anstieg der Arbeitslosigkeit negativ auf die Höhe der für das Gesundheitswesen bestimmten Einnahmen auswirken. Die Weltmarktpreise für Arzneimittel und andere Konsumgüter können sich aufgrund einer Inflation bzw. eines Wertverlusts der Währung erhöhen. Diese Verringerung

des Einnahmeaufkommens bzw. der Kaufkraft kann wiederum die Politik dazu veranlassen, Haushaltskürzungen vorzunehmen, Zuzahlungen oder andere Formen von Privatfinanzierung einzuführen bzw. zu erhöhen, Leistungspakete zu kürzen oder längere Wartezeiten in Kauf zu nehmen.

22. Tatsächlich jedoch sind – trotz der Tatsache, dass detaillierte und überblicksartige Untersuchungen und Prognosen mindestens vierteljährlich veröffentlicht werden – die unmittelbaren Auswirkungen dieser vielfältigen Krise auf die Gesundheitssituation immer noch nicht geklärt. Bisher sind die vorhandenen Informationen und Anhaltspunkte über die konkreten Auswirkungen auf Einzelpersonen, gefährdete Gruppen und das Gesundheitssystem insgesamt nur sporadisch und stückhaft. Zudem erweist es sich als schwer, diese Art von Daten zusammenzustellen und zu analysieren; in vielen Ländern sind die bestehenden Gesundheitsinformations- und -überwachungssysteme offenbar für die Anforderungen der Politik in Bezug auf diese zentralen Themen nur wenig geeignet.

23. Bei den Ausgaben der Gesundheitssysteme sind nur wenige Veränderungen zu beobachten. Der Gesundheitssektor in der Europäischen Region<sup>2</sup> (in dem ca. 10% der gesamten arbeitenden Bevölkerung beschäftigt sind) hat offenbar nicht allzu viele Arbeitsplätze eingebüßt, sondern scheint vielmehr ein stabilisierender Faktor auf dem Arbeitsmarkt zu sein. Wie auch in den Vereinigten Staaten, so ist auch in unserer Region der Gesundheitssektor eine der wenigen Wirtschaftsbranchen, in der noch immer Arbeitsplätze entstehen. Die sog. „Kreditklemme“ scheint überwiegend private Krankenversicherungsunternehmen zu betreffen und bestimmte Formen öffentlich-privater Partnerschaften zu gefährden. Haushaltskürzungen oder andere Haushaltsmaßnahmen mit erheblichen Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik und andere soziale Bereiche wurden bisher erst von einer geringen Zahl von Ländern durchgeführt, auch wenn es Anzeichen dafür gibt, dass es hier in naher Zukunft zu häufigeren (und auch drastischeren) Einschnitten kommen könnte.

24. Durch den Wertverlust von Währungen erhöhen sich in den betroffenen Ländern die Preise für importierte Arzneimittel und medizinische Geräte, was in den weniger wohlhabenden Ländern anfänglich Probleme verursachen kann. Die pharmazeutische Industrie, die bereits wegen des Auslaufens von Patenten auf sog. „Blockbuster-Medikamente“ sowie steigender Kosten für Forschung und Entwicklung unter Druck steht, berichtet von Schwierigkeiten beim Zugang zu Krediten und erwartet offenbar einen weiteren Druck auf die Arzneimittelpreise.

25. Die vorhersehbare Verringerung der Haushaltseinkommen kann sich – unabhängig davon, ob sie durch Arbeitslosigkeit bedingt ist oder nicht – auf die Ausgaben der Privathaushalte für Gesundheit und auf die Fähigkeit von Familien, für ihre Gesundheitsversorgung zu zahlen, auswirken. Es ist eine bekannte Tatsache, dass weltweit jährlich 150 Mio. Menschen durch ruinöse Gesundheitsausgaben in Form von Zahlungen für den Zugang zur Gesundheitsversorgung in die Armut getrieben werden, doch liegen im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten, wo es bereits erkennbare Warnsignale gibt, aus der Europäischen Region bisher keine zuverlässigen Daten, sondern lediglich vereinzelte Hinweise auf eine wesentliche Verschlechterung

---

<sup>2</sup> Grundsätzlich umfasst der Gesundheitssektor das Gesundheitssystem gemäß seiner Definition in der Charta von Tallinn über Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand („Gesundheitssystem ist die Gesamtheit aller öffentlichen und privaten Organisationen, Einrichtungen und Ressourcen in einem Land, deren Auftrag darin besteht, unter den dortigen politischen und institutionellen Rahmenbedingungen auf die Verbesserung, Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit hinzuarbeiten. Die Gesundheitssysteme umfassen sowohl die individuelle als auch die bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung, aber auch Maßnahmen, mit denen andere Politikbereiche dazu veranlasst werden sollen, in ihrer Arbeit an den sozialen wie auch den umweltbedingten und ökonomischen Determinanten von Gesundheit anzusetzen“) und schließt auch die Privatwirtschaft und die allgemeinen Angebote ein, die in unmittelbarem Zusammenhang mit diesem System stehen.

der Bezahlbarkeit von Gesundheitsleistungen vor; dafür wird aber teilweise von einer Beeinträchtigung des Zugangs zur Zusatzkrankenversicherung berichtet.

26. Es ist bekannt, dass eine mangelhafte Einhaltung medikamentöser Therapien langfristig zu einer höheren Prävalenz bestimmter Krankheiten, zu Komplikationen bei chronischen Erkrankungen und zu einer Zunahme der Arzneimittelresistenz von Infektionskrankheiten führen kann. Jedoch wurden bisher nur in geringem Maße Veränderungen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bzw. des Konsums von Arzneimitteln beobachtet – eine wichtige Tatsache, da in Ländern der Europäischen Region mit mittlerem Einkommen individuelle Direktzahlungen für Arzneimittel bei chronisch Kranken den größten Risikofaktor für einen durch Gesundheitsausgaben bedingten finanziellen Ruin darstellen.

27. Der Anstieg der Arbeitslosigkeit und die Verschlechterung der Lebensbedingungen von Millionen von Menschen können zusammen mit der durch die Krise bedingten zusätzlichen Belastung dazu führen, dass die Betroffenen ihren Lebensstil auf für die Gesundheit ungünstige Weise verändern oder riskantere Verhaltensweisen wie erhöhten Drogen- oder Alkoholkonsum annehmen. Es ist eine bekannte Tatsache, dass selbst geringe, heute einsetzende Verhaltensänderungen sich durch einen Kumulationseffekt viele Jahre später auf die Gesundheit auswirken können. Die beobachteten Anzeichen für Verhaltensänderungen bei Individuen können sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. So wird einerseits beispielsweise von einer Zunahme von billigem Fast Food berichtet, andererseits lassen offenbar in manchen Ländern die Menschen das Auto immer öfter stehen und wählen stattdessen öffentliche Verkehrsmittel oder körperlich aktive Arten der Fortbewegung.

28. Über die Auswirkungen der Krise auf die Migration liegen zwar noch keine eindeutigen Statistiken vor, doch dürfte die gegenwärtige Situation eine Verlagerung der bisherigen Migrations- und Mobilitätsmuster auslösen, aufgrund derer Arbeitskräfte (und ihre Familien) in Länder ziehen, in denen ihre beruflichen Aussichten am besten sind, bzw. aus Ländern zurückkehren, in denen sich ihre Aussichten verschlechtert haben. Dementsprechend wird ein weltweiter Rückgang der Rückreisen prognostiziert, der allerdings auch gering (unter 6%) ausfallen könnte, auch wenn einzelne Länder davon stärker betroffen sein dürften. Bisher wurden jedoch erst sehr geringe Veränderungen hinsichtlich der Mobilität von Gesundheitsfachkräften festgestellt.

## **Bewältigung besonders schwerer Herausforderungen**

29. Die wirtschaftlichen Prognosen des IWF, der Weltbank, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), der Europäischen Kommission und einiger weiterer Institutionen enthalten weitgehend übereinstimmende Aussagen. Danach könnten die weltweiten Wachstumsraten 2010 allmählich wieder ansteigen, allerdings werden sie das Niveau von 2007 nicht erreichen, sondern lediglich bis zu 2% betragen. Angesichts der derzeitigen Wirtschaftslage ist sich die Fachwelt jedoch darüber einig, dass derartige Prognosen mit einem sehr hohen Unsicherheitsfaktor verbunden sind, da die Risiken zahlreich sind, die Normalisierung der Finanzmarktkonditionen unabhängig von der verfolgten Strategie geraume Zeit in Anspruch nehmen wird und die betroffenen Branchen bei der Einstellung neuer Mitarbeiter zurückhaltender vorgehen als bei der Entlassung. Die Aussichten für die Zukunft sind nicht rosig, mehr noch: Auch die Möglichkeit einer langen und tief greifenden Rezession oder gar Depression kann nicht ausgeschlossen werden.

30. Im Zuge der Krise werden neue Fragen in Bezug auf verschiedene mögliche Lösungsansätze und Maßnahmen zur Bewältigung der Krise aufgeworfen. Beispielsweise ist zu entscheiden, ob in den Programmen zur Wiederbelebung der Wirtschaft die Investitionsförderung einen relativen Vorrang vor der Ankurbelung des Konsums erhalten soll. Eine weitere Frage lautet, wie der gesellschaftliche Schaden möglichst gering gehalten werden kann und wie besonders

gefährdete Bevölkerungsgruppen zu schützen sind. Nicht zuletzt ist zu überlegen, welche Rolle der Gesundheitsbereich als Wirtschaftssektor spielen kann, um die Länder bei der Bewältigung der Krise zu unterstützen. Die Mitgliedstaaten prüfen gegenwärtig verschiedene Konzepte zur Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit und halten es für fragwürdig, ob es sinnvoll ist, die Krise als Gelegenheit zur Einführung drastischer, oft lange hinausgeschobener Veränderungen an bestimmten Funktionen bzw. der Gesamtarchitektur ihrer Gesundheitssysteme zu nutzen.

31. Die Auswirkungen der rapiden Verschlechterung der öffentlichen Finanzlage auf die Gesundheitssituation werden wahrscheinlich erst Ende 2009 in vollem Ausmaß zu spüren sein, wenn die Haushaltsdebatten für 2010 anstehen. Angesichts des öffentlichen Schuldenbergs ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der fiskalische „Spielraum“ beschränkt bleiben wird. Aufgrund der Verschärfung der öffentlichen Finanzlage und der zunehmenden Einschränkung der staatlichen Handlungsmöglichkeiten könnten sich die Regierungen genötigt sehen, drastische Anpassungs- und Kürzungsmaßnahmen vorzunehmen. Die Ressourcen der Gesundheitssysteme könnten in den kommenden Jahren großen Belastungen ausgesetzt sein. Die Gesundheitsbehörden und die anderen maßgeblichen Akteure werden auf absehbare Zeit mit außergewöhnlich schwierigen Herausforderungen zu kämpfen haben und sich mit der Frage auseinandersetzen müssen, was nach der Krise geschehen soll (Stichwort: Schuldenlast).

### **Kasten 3: Ungarn: Gemischte Erfahrungen aus der Reaktion des Gesundheitssystems auf die Finanzkrise von 1995**

Nach dem politischen Übergang Anfang der 1990er Jahre wuchsen Ungarns Staatsausgaben schneller als seine Wirtschaft. Auch wenn das BIP-Wachstum nie negativ wurde, kam es doch 1995 zu einer schweren Finanzkrise. In dem Versuch, den Staatshaushalt auszugleichen, wurden erhebliche Einschnitte im Gesundheitsbereich vorgenommen; zwischen 1994 und 1998 ging die Gesamthöhe der Staatsausgaben für das Gesundheitswesen (ohne Investitionen und Gesundheitsschutz) real um 26% zurück. Barleistungen aus dem Krankenversicherungsfonds wurden real um mehr als 50% gekürzt; Leistungen der Zahnversicherung um 30%. Die Ausgaben für stationäre Versorgung wurden um 15% gekürzt, die Zahl der Krankenhausbetten um 20%, jedoch wurde dadurch weder die Höhe der Fixkosten noch die Zahl der Einrichtungen wesentlich reduziert. Auch das Budget für die Primärversorgung und die ambulante Versorgung durch Fachärzte wurde um 24% gekürzt. Dennoch blieb die Zahl der Kontakte zwischen Ärzten und Patienten in der Primärversorgung konstant und nahm in der stationären Versorgung sogar noch zu, d. h. die Produktivität der Krankenhäuser stieg durch den finanziellen Druck an.

Von entscheidender Bedeutung für dieses Ergebnis, so die verbreitetste Erklärung, waren finanzielle Anreize in einem neuen, hochentwickelten und auf den Einzelfall zugeschnittenen System der Kostenübernahme für die stationäre Behandlung; eine bessere Steuerung des Prozesses der Leistungserbringung wurde zur wichtigsten Triebfeder der Produktivitätssteigerung. Die staatlichen Kapitalinvestitionen sanken jedoch um fast 40%, wodurch sich notwendige Investitionen und Instandhaltungsarbeiten verzögerten. Es gab teilweise Anzeichen für Probleme mit der Dienstleistungsqualität (und auch gelegentlich der Qualität der ärztlichen Versorgung). Die Zufriedenheit der Bürger mit dem Gesundheitssystem nahm ab.

Die Ausgaben für Arzneimittel blieben trotz des Plans, sie um 10% zu kürzen, stabil, was möglicherweise auf den Druck von Lobbyisten und auf die Marketingmaßnahmen der Pharmaindustrie zurückzuführen war. Damit stieg ihr Anteil an den Gesamtausgaben im öffentlichen Sektor zu Lasten anderer Gesundheitsleistungen an. Auch entfiel ein höherer Anteil der Kosten auf die Patienten selbst, hauptsächlich in Form höherer Zuzahlungen für Medikamente; zusammen mit den bereits genannten Gründen hatte dies zur Folge, dass die Gesamtverkaufszahlen für pharmazeutische Produkte auch während der Finanzkrise weiter stiegen. Der einzige Bereich, in dem die Ausgaben weiter zunahmen, waren Dialyseleistungen, die fast ausschließlich von Privatbietern bereitgestellt wurden. Diese waren in der Lage, zu einer Zeit Preissteigerungen

auszuhandeln, da es selbst in der Notfallversorgung zu drastischen Mittelkürzungen kam.

Allerdings wurden aufgrund dieser Kürzungen auch keine erheblichen Beeinträchtigungen der Gesundheit der Bevölkerung registriert. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt liegt in Ungarn nach wie vor weit unter den Höchstwerten in der Europäischen Region; aufgrund der hohen Mortalität durch Krebs und Lebererkrankungen/Zirrhose bei Männern mittleren Alters stagnierte die Lebenserwartung bei Geburt für Männer mehr als zwei Jahrzehnte lang (1970 betrug sie 66,3 Jahre, sank bis 1980 auf 65,5, bis 1991 auf 65,0 und bis 1993 auf 64,5), stieg dann jedoch allmählich wieder an (1995: 65,3 Jahre; 1997: 66,4 Jahre; 1999: 66,3 Jahre; 2001: 68,2 Jahre). Auch die Kindersterblichkeit liegt nach wie vor über dem EU-Durchschnitt; von 23,2 Todesfällen je 1000 Lebendgeburten im Jahr 1980 und 15,6 im Jahr 1991 sank sie auf 12,5 im Jahr 1993, 10,7 im Jahr 1995, 9,9 im Jahr 1997, 8,4 im Jahr 1999 und 8,1 im Jahr 2001.

Einige weitere interessante Erkenntnisse zeichnen sich bei der Analyse der Gesundheitsausgaben während der Krise ab. Zum Ersten ist der Ausgangspunkt wichtig: Großzügige Barleistungen und der überdimensionierte Krankensektor ließen relativ sichere Kürzungen zu, sodass weder die Gesundheitsergebnisse noch die Nutzung der Dienste beeinträchtigt wurden. Zweitens erbrachten leistungsstarke Mechanismen zur Kosteneindämmung bei der staatlichen Krankenversicherung durch eine einzelfallbasierte Deckelung der Zahlungen an Krankenhäuser erhebliche Effizienzgewinne in der Krankenhausproduktivität (in Ungarn wurde das System zur Leistungserbringung allerdings anschließend nicht neu strukturiert). Drittens führte eine relativ schwache staatliche Kontrolle und Regulierung zu größeren Effizienzmängeln auf dem Gebiet der Arzneimittelausgaben, die sich in selbst im Vergleich zu Westeuropa hohen Verkaufszahlen und -preisen äußerten.

**Quellen:**

Gaál P (2004). *Health care systems in transition: Hungary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, Vol. 6, No. 4).

National Health Insurance Fund Administration of Hungary (1994–1999). [Statistical yearbooks]. Budapest.

Orosz É et al. (1998). Hungarian health care system in transition: the unfinished agenda. In: Bokros L, Dethier J, eds. *Public finance reform during the transition: the experience of Hungary*. Washington DC, World Bank.

32. Auch wenn einige Konjunkturprogramme „grüne“ Komponenten beinhalten, die sich auf den Gesundheitssektor mittel- bis langfristig positiv auswirken könnten, sind doch gesundheits-spezifische Konjunkturprogramme bislang kaum auszumachen. In vielen Ländern wurde diese Chance in den ersten Paketen zur Ankurbelung der Wirtschaft nicht genutzt, da in vielen Programmen die Bewältigung gesundheitlicher und umweltpolitischer Herausforderungen auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wurde. Doch Investitionen zugunsten von Gesundheits- und Umweltschutz schonen die Energieressourcen und die Umwelt, verringern die mit übertragbaren Krankheiten verbundenen Sicherheitsrisiken, berücksichtigen wirksamer die Bedürfnisse älterer und besonders schutzbedürftiger Menschen und führen zu einer erheblichen Kostenersparnis sowohl zugunsten privater Haushalte als auch zum Vorteil der gesamten Gesellschaft. Insbesondere lässt sich jedoch das Potenzial energiesparender Investitionen in die Gesundheitsinfrastruktur ausbauen, durch die sich speziell die laufenden Kosten von Krankenhäusern, aber auch die Ausgaben der Gesundheitssysteme insgesamt senken ließen. Auf diese Weise wäre ein größerer Teil der verfügbaren öffentlichen Gelder nicht mehr durch Fixkosten (z. B. Heizung, Strom) gebunden, sondern könnte für unterschiedliche Posten, die der Behandlung von Patienten dienen (z. B. Medikamente und Hilfsmittel), verwendet werden.



33. Die Auswirkungen der Krise auf die Gesundheitssituation und die Gesundheitssysteme werden von Land zu Land unterschiedlich ausfallen und von der Struktur der jeweiligen Volkswirtschaft, ihrer Exportabhängigkeit, den Schwankungen der einheimischen Währung und den Handlungskonzepten ihrer Regierungen abhängig sein. Eine Patentlösung kann es hier nicht geben. Vielmehr sind in der gegenwärtigen Situation maßgeschneiderte Lösungen gefragt, die den besonderen Bedürfnissen der betroffenen Länder gerecht werden. Zwar sind ein Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Ländern und eine Abstimmung der Maßnahmen durchaus erforderlich, doch muss die Unterstützung der Erstellung und Durchführung landesspezifischer Programme an oberster Stelle stehen.

34. Die Erkenntnisse, die während vergangener Krisen gewonnen wurden, lassen uns zuversichtlich in die Zukunft blicken, fordern aber auch zu entschiedenem Handeln auf. Nicht immer bewahrheiten sich die schlimmsten Befürchtungen; manchmal haben Krisen Regierungen sogar in die Lage versetzt, Reformen durchzusetzen, die wohl unter normalen Umständen politisch undenkbar gewesen wären. In dieser Hinsicht und auch unter sonstigen Gesichtspunkten können Krisen sich sowohl positiv als auch negativ auf gesundheitliche Ergebnisse und Gesundheitssysteme auswirken. Darüber hinaus gibt es Anzeichen dafür, dass manche Betroffene sehr wirksame Bewältigungsstrategien entwickeln, die auch lange nach Überwindung der Krise noch ihre Wirkung entfalten. Fazit: Selbst wenn das Wort „Krise“ negative Assoziationen wie die Zunahme von Krankheit und Leiden weckt, so bestehen doch immer Gelegenheiten und Chancen, die nicht verpasst werden sollten.

35. Im Gegensatz zu früheren Krisensituationen ist den Regierungen mittlerweile auch bewusst, wie wichtig der Gesundheitssektor ist und dass Gesundheit einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor darstellt. Aufgrund der Kampagnen „Gesundheit für alle“ und „Gesundheit in allen Politikbereichen“, die sich für die primäre Gesundheitsversorgung einsetzen, sowie der Arbeit der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit und der Charta von Tallinn „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“ haben viele politische Entscheidungsträger in der Europäischen Region der WHO nun erkannt, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung der wirksamste und effizienteste Weg zur Verringerung von Armut und sozialer Ungerechtigkeit darstellt und dass Investitionen in die Gesundheit die gesellschaftliche und wirtschaftliche Stabilität erhöhen. Die Erfahrungen Finnlands während der Krise in den 1990er Jahren werden täglich bestätigt, was darauf hindeutet, dass in wirtschaftlichen Krisensituationen solide Gesundheitssysteme zum Schutz der Bürger beitragen können und so viele von ihnen davon abhalten, sich durch krankheitsbedingte Ausgaben finanziell zu ruinieren.

36. In den kommenden Wochen und Monaten bleibt noch ein ausreichendes Zeitfenster, um die Gesundheitssysteme für den bevorstehenden Sturm zu rüsten. Wie stets in Zeiten knapper öffentlicher Kassen werden sich bestimmte Rationierungsmaßnahmen (Verschiebung oder Anpassung geplanter Investitionen, Ausschluss bestimmter Leistungen, höhere Zuzahlungen oder längere Wartezeiten) nicht vermeiden lassen. Die Gesundheitsministerien müssen die zentralen Bereiche, Leistungen und Aktivitäten identifizieren, die einen umfassenden Schutz genießen sollen; sie müssen ein Verständnis für die Krise entwickeln und unter den wichtigsten Akteuren im Gesundheitsbereich einen Konsens hinsichtlich geeigneter Lösungskonzepte herbeiführen; in vielen Fällen ist hier Eile geboten, um die Umsetzung überfälliger, jedoch komplexer grundlegender Reformen zu ermöglichen. Das vorliegende Papier beleuchtet einige der Aspekte, die in diesem Zusammenhang zu beachten sind.

**Kasten 4: Kirgisistan: Aufbau eines universellen Systems der Gesundheitsfinanzierung zur Überwindung künftiger Krisen**

Die Erfahrungen Kirgisistans als unabhängiger Staat waren von einer Abfolge von Wirtschaftskrisen gekennzeichnet, denen zum Teil Perioden gesellschaftlicher Instabilität folgten: So führte beispielsweise die sog. „Tulpenrevolution“ vom März 2005 zum Sturz der damaligen Regierung.

Bis 1995 hatte der Einbruch der Staatseinnahmen der dazu geführt, dass diese insgesamt lediglich 15% des BIP (gegenüber 41% im Jahr 1989) ausmachten; 1998 waren die realen Gesundheitsausgaben des Staates nur noch halb so hoch wie 1991, und ab Ende der 1990er Jahre wurde Kirgisistan von der Weltbank als Niedrigeinkommensland eingestuft. Die Situation war auf Dauer nicht mehr tragbar: Im Jahr 2000 entfielen mehr als 21% der Gesundheitsausgaben im Staatshaushalt auf Strom, Heizung und andere öffentliche Versorgungsleistungen, während für Medikamente und Verbrauchsgüter kaum mehr Geld übrig blieb.

Eine Neugestaltung der Infrastruktur kam aufgrund zweier wesentlicher Merkmale des historisch gewachsenen Systems nicht in Frage: Die Finanzierung war am Input ausgerichtet, ihre Struktur fragmentiert (jede staatliche Verwaltungsebene finanzierte und verwaltete ihr eigenes Gesundheitssystem). Der Rückgang der Steuereinnahmen führte in Verbindung mit dem Umfang der Infrastruktur zu einer beträchtlichen Kluft zwischen dem Finanzierungsbedarf und den vorhandenen Mitteln. Infolgedessen entwickelten sich in einem nominell kostenlosen Gesundheitsversorgungssystem informelle Zahlungen des Einzelnen zu einem erheblichen Zugangshindernis zur Gesundheitsversorgung und zu einer großen finanziellen Belastung für Privathaushalte, die das System in Anspruch nahmen.

Ab 1997 führte das Land im Rahmen einer Reform einen gesetzlichen Krankenversicherungsfonds (MHIF) ein, dessen Aufgabe darin besteht, auf nationaler Ebene Mittel zusammenzufassen und mit Hilfe neuer Informationssysteme den Übergang von inputorientierten zu ergebnisorientierten Zahlungsmethoden zu vollziehen. Gleichzeitig wurde auch ein einheitliches Krankenhausinformationssystem für alle Patienten ungeachtet ihres Versicherungsschutzes eingerichtet. Dies bildete die Grundlage für den Übergang zu einem universellen System im Jahr 2001, als ein einheitliches Krankenversicherungssystem eingeführt wurde: Die allgemeinen Budgets, die die Kommunalverwaltungen für die Gesundheitsversorgung verabschiedet hatten, wurden in einem Oblast- bzw. regionalen Posten des MHIF zusammengefasst und anschließend vom MHIF so verteilt, dass eine universelle Abdeckung der gesamten Oblast-Population gewährleistet war. Dies beinhaltete ergebnisbasierte Zahlungsmethoden und eine erhöhte Autonomie der Leistungserbringer und auf diese Weise konnten Fragmentierungstendenzen vermieden und Anreize für einen Ausbau der vorhandenen Kapazitäten geschaffen werden.

Die Reformierung zum einheitlichen Krankenversicherungssystem wurde 2004 in allen Bezirken durchgeführt. 2006 wurden die Mittel in einer weiteren Reform auf nationaler Ebene zentralisiert. Dieses System vereint in komplementärer Weise Merkmale des Beveridge- und des Bismarck-Modells, indem es einen allgemeinen Versicherungsschutz für Staatsbürger und dauerhaft Ansässige gewährleistet und gleichzeitig auf Beitragsbasis zusätzliche Leistungen (niedrigere Zuzahlungen und ein Arzneimittelprogramm für ambulante Patienten) für „zusatzversicherte“ Patienten anbietet. Dies geschah zur Anpassung an die Rahmenbedingungen einer Volkswirtschaft mit einem niedrigen Anteil von Erwerbstätigen im formalen Sektor. So stammten beispielsweise 2007 84% der öffentlichen Mittel aus dem Staatshaushalt und nur 16% aus der Einkommensteuer. Durch die komplementäre Zusammenlegung dieser beiden Mittelquellen konnte Kirgisistan jedoch rasche Fortschritte bei der Einrichtung eines universellen Systems erzielen.

Die Reformen führten zu Verbesserungen, da die Fragmentierung des Systems verringert und kontraproduktive Budgetanreize ausgeräumt wurden. Dies äußerte sich in einer höheren Verteilungsgerechtigkeit: Im Anschluss an die Zentralisierung der Mittel im Jahr 2006 verringerte sich der Abstand bei den öffentlichen Pro-Kopf-Mitteln zwischen der Hauptstadt und den anderen Bezirken mit einer einzigen Ausnahme; auch die finanziellen Hürden beim Zugang zur Versorgung wurden stetig abgebaut, und die Eigenleistungen gingen insbesondere für die beiden einkommensschwächsten Quintile zurück (nach einer Analyse von Haushaltsbefragungen aus den Jahren 2001, 2004 und 2007); der Anteil der Patienten, die informelle Zahlungen leisteten, ging

für alle Kategorien von Patientenausgaben deutlich zurück. Ferner waren auch Effizienzgewinne zu verzeichnen: Die Zahl der nicht voll ausgelasteten Krankenhausgebäude sank im ersten Jahr um mehr als 30%, und der Anteil der Einnahmen der Krankenhäuser, der als Vorleistung in die Behandlung von Patienten floss (Medikamente, Verbrauchsgüter, Lebensmittel), verdoppelte sich. Schließlich wurde auch die Transparenz verbessert: Die finanzielle Belastung der Patienten, insbesondere durch Medikamente und medizinische Hilfsgüter, ging zurück, und informelle Zahlungen wurden durch offizielle Zuzahlungen ersetzt.

Dennoch hat Kirgisistan noch einen langen Weg vor sich, da die verfügbaren öffentlichen Mittel immer noch in erheblichem Maße eine private Kostenbeteiligung erforderlich machen. Eine weitere Verbesserung der finanziellen Absicherung bleibt eine längerfristige Herausforderung für die Reformierung der Gesundheitsfinanzierung.

**Quellen:**

Falkingham J, Akkazieva B, Baschieri A (2007). *Health, health seeking behavior and out of pocket expenditures in Kyrgyzstan*. Bishkek, World Health Organization (Policy research paper 46, MANAS health policy analysis project).

Kutzin J et al. (2009). Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 87:549–554.

Meimanaliev et al. (2005). *Kyrgyzstan: Health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, Vol. 7, No. 2).

Ministry of Health (2008). *Mid-term review report: Manas Taalimi health sector strategy*. Bishkek.

37. Da zur Bewältigung der Krise leistungsstarke Gesundheitssysteme erforderlich sind, ist das Engagement der Mitgliedstaaten der Europäischen Region zur Stärkung ihrer Gesundheitssysteme auf der Grundlage der Werte und Grundsätze der Charta von Tallinn („unsere gemeinsamen Werte Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe in der Gesundheitspolitik sowie bei der Umverteilung von Ressourcen und bei sonstigen Maßnahmen zu fördern und dafür zu sorgen, dass dabei die Bedürfnisse einkommensschwacher und anderer benachteiligter Bevölkerungsgruppen gebührend berücksichtigt werden“) heute wichtiger denn je. Bei der Beantwortung der Frage, wie genau eine gerechte Verteilung des Zugewinns an Gesundheit sowie finanzielle Absicherung, Bedarfsgerechtigkeit und Effizienzverbesserungen erreicht werden sollen, muss der jeweilige gesellschaftliche Kontext gebührend berücksichtigt werden. Die Mitgliedstaaten müssen sorgfältig überprüfen, wie sie die Leistungserbringung regeln, die nötigen Inputs schaffen, ihre Leistungen finanzieren und die Aufsicht über die Gesamtheit aller öffentlichen und privaten Organisationen, Einrichtungen und Ressourcen ausüben, deren Auftrag darin besteht, unter den herrschenden politischen und institutionellen Rahmenbedingungen auf die Verbesserung, Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit hinzuarbeiten.

38. Da die Gesundheitsministerien für ihre jeweiligen Gesundheitssysteme die Gesamtverantwortung tragen, gehört es zu ihrer Aufgabe, den anderen beteiligten Akteuren ein Angebot zu unterbreiten und sich innerhalb ihrer Regierungen für Konzepte einzusetzen, bei denen die Aufsichtsfunktion und die Gesundheitsfinanzierung sowie die Belange von Gesundheitsförderung und Armutsbekämpfung in allen Politikbereichen im Mittelpunkt stehen. Dies gilt zum Beispiel für Verhandlungen mit den Finanzministerien, wenn im Rahmen von Programmen zur Ankurbelung der Wirtschaft darüber gesprochen wird, welcher Anteil am Gesamtpaket an den Gesundheitssektor und andere soziale Bereiche fließen soll. Hier sollte der Schwerpunkt nicht ausschließlich auf Wachstum oder den kurzfristigen Schutz von Arbeitsplätzen gelegt werden.

39. Die Mitgliedstaaten erwarten von der WHO die Übernahme einer zentralen Rolle auf diesem Gebiet, Angebote gemäß den spezifischen Bedürfnissen der Länder und jeweils aktuelle Gesundheitsinformationen und Empfehlungen durch einen innovativen, konstruktiven Grundsatzdialog mit den Ländern. Zu den häufigsten Vorschlägen gehören: 1) freiwillige Zielvorgaben; 2) Bildung von Netzwerken interessierter Länder zu bestimmten Themen; 3) ein allseitiger Informationsaustausch; und 4) ein Minimalkatalog sachdienlicher gemeinsamer Indikatoren zur Weiterverfolgung.

#### **Kasten 5: Spanien: Die Krise in den 1990er Jahren im Kontext der Dezentralisierung nach dem politischen Übergang**

In den vergangenen drei Jahrzehnten haben sich in Spanien tief greifende Änderungen vollzogen, darunter der Übergang zur parlamentarischen Demokratie und eine umfassende politische Dezentralisierung. Dabei wurden 17 Autonome Gemeinschaften geschaffen, die über umfangreiche Zuständigkeiten bei der Bereitstellung und Steuerung öffentlicher Dienstleistungen einschließlich des Gesundheitswesens verfügen.

Während dieses Zeitraums hatte Spanien auch unter wirtschaftlichen Turbulenzen zu leiden, wobei Anfang der 1990er Jahre eine schwere Wirtschaftskrise mit einem strukturellen Anpassungsprozess („industrielle Rekonversion“) zusammentraf. Nach einer erstmals negativen Wachstumsrate des BIP von -0,4% im Jahr 1979 verzeichnete Spanien 1993 mit -1,1% erneut negatives Wachstum. Die vierteljährlich vom Nationalen Institut für Statistik (INE) veröffentlichten, aus der Erhebung der Erwerbsbevölkerung stammenden, amtlichen Arbeitslosenzahlen zeigten 1980 mit 11,41% erstmals eine zweistellige Arbeitslosenquote, die 1985 auf 21,45% anstieg und 1994 einen Höchststand von 24,11% erreichte. Seitdem bewegte sich die amtliche Arbeitslosenquote weiter im zweistelligen Bereich und sank trotz robusten Wirtschaftswachstums erst 2005 mit 9,13% in den einstelligen Bereich.

Während dieses gesamten Zeitraums verbesserten sich jedoch die Gesundheitsindikatoren in Spanien. So sank beispielsweise die Säuglingssterblichkeit von 20,78 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburten im Jahr 1970 auf 12,41 im Jahr 1980, 7,6 im Jahr 1990, 4,38 im Jahr 2000 und 3,46 im Jahr 2007. Entsprechend stieg auch die Lebenserwartung bei Geburt – von 72,88 Jahren 1970 auf 75,6 im Jahr 1980, 77 im Jahr 1990, 79,49 im Jahr 2000 und 80,34 im Jahr 2007.

Zwar wird die Genauigkeit der amtlichen Arbeitslosenzahlen Spaniens häufig in Frage gestellt, doch geben sie die Auswirkungen der Krise wohl recht genau wider, und es deutet nichts darauf hin, dass etwaige systembedingte Fehler in einzelnen Perioden unterschiedlich gewesen wären.

Wodurch erklärt sich also das Missverhältnis zwischen den Wirtschafts- und Beschäftigungsdaten einerseits und den Gesundheitsdaten andererseits? Aller Wahrscheinlichkeit nach ist es auf soziale Sicherungsmechanismen zurückzuführen. Spanien hat trotz der sich wandelnden Wirtschaftslage durchgehend eine kostenlose Gesundheitsversorgung am Wohnort für die gesamte Bevölkerung angeboten. Eine gesetzliche Krankenversicherung für Arbeitnehmer wurde 1943 eingerichtet und seitdem ausgeweitet; seit 1989 umfasst sie auch Mittellose, und die allgemeine Versorgung wurde etwa 1991 erreicht.

Die Übertragung von Gesundheitsdiensten auf die Autonomen Gemeinschaften als regionale Gebietseinheiten mit gewählter Regierung garantiert allen einen Rechtsanspruch für den Zugang zur Gesundheitsversorgung und umfasst eine Verpflichtung, Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zu beseitigen. Es ist nach wie vor unklar, wie sich die Dezentralisierung im Hinblick auf die Minderung der Ungleichheiten im Gesundheitsbereich genau auswirkt. Eine zwischen 1980 und 2001 durchgeführte Studie, bei der die Lebenserwartung bei Geburt und die Säuglingssterblichkeit als Indikatoren dienten, ergab, dass der Dezentralisierungsprozess entweder

keine Auswirkungen auf die Angleichung der Bedingungen im Gesundheitsbereich hatte oder die Ungleichheiten sogar verschärfte. Tatsächlich hatten einige Provinzen, deren Indikatoren für die Säuglingssterblichkeit anfangs schlecht waren, derartige Verbesserungen erzielt, dass sie Provinzen mit besserer Ausgangsposition überflügelten. Das Endergebnis zeigt jedoch eine gegenüber dem Beginn der Studie größere Streuung. Den Autoren der Studie zufolge müssen deren Schlussfolgerungen anhand weiterer Studien unter Verwendung alternativer Indikatoren oder unterschiedlicher methodologischer Spezifikationen überprüft werden, bilden jedoch einen ersten Schritt auf dem Weg zum Verständnis der komplexen Wechselbeziehungen zwischen Gesundheitsergebnissen und territorialer Dezentralisierung; zumindest ist dies im institutionellen Kontext der allgemeinen Versorgung und der Finanzierung des Gesundheitssystems aus Steuergeldern der Fall.

**Quellen:**

Duran A et al. (2006). *Spain: Health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, Vol. 8, No. 4).

Freire Campo JM (2005). La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento [Die Reichweite des nationalen Gesundheitssystems: Bedeutung und Problematik von Universalität und Gerechtigkeit des Versicherungswesens]. In: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA. *Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible* [Ein neuer Gesellschaftsvertrag für ein nachhaltiges nationales Gesundheitssystem]. Barcelona, Ariel:61–99.

Montero-Granados R et al. (2007). Decentralisation and convergence in health among the provinces of Spain (1980–2001). *Social Science and Medicine* 64:1253–1264.

SESPAS (2000). Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo [Informe SESPAS 2000: Die öffentliche Gesundheit und die Herausforderungen des nächsten Jahrhunderts]. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública ([http://www.sespas.es/ind\\_lib04.html](http://www.sespas.es/ind_lib04.html), eingesehen am 22. Juli 2009).

40. Um Risiken rechtzeitig zu erkennen, sollten die wirtschaftliche und gesellschaftliche Lage und die Auswirkungen auf Gesundheit und Gesundheitssysteme auf nationaler und internationaler Ebene regelmäßig analysiert werden. Oft sind die bestehenden Informationssysteme der Mitgliedstaaten nicht in der Lage, den Entscheidungsträgern und anderen maßgeblichen Akteuren die benötigten Gesundheitsdaten rechtzeitig zu liefern. Um den Ministerien und sonstigen Akteuren Zugang zu relevanten Informationen und Beratungsangeboten zu verschaffen, wird mit Unterstützung der WHO auf regionaler Ebene ein virtuelles Netzwerk und eine Austauschplattform einschließlich „Hotline“ eingerichtet. Darüber hinaus kann es unter bestimmten Umständen erforderlich sein, dass Ministerien und sonstige Gesundheitsbehörden in einer Art „Krisenmanagementmodus“ arbeiten, in dem sie verstärkt Daten (einschließlich Fallbeispiele) erheben, regelmäßige Lageanalysen anfertigen, strategische Lösungsoptionen ausarbeiten und Krisenmaßnahmen und -interventionen vorschlagen.

41. Wie bereits erwähnt, sind nur wenige Daten verfügbar und daher kann nicht genau vorhergesagt werden, in welcher Form die Bevölkerung der Mitgliedstaaten betroffen sein wird. Die bisherigen Erfahrungen und Erkenntnisse aus vergangenen Krisen lassen jedoch eine Auseinandersetzung mit bestimmten Fragestellungen geraten erscheinen, die es ermöglicht, Probleme vorherzusehen, Alternativen zu untersuchen und Krisenmaßnahmen vorzubereiten. Anhang 2 enthält eine Reihe allgemeiner Empfehlungen, mit deren Hilfe sich Ideen entwickeln lassen, die die Mitgliedstaaten unter ihrem jeweiligen Gegebenheiten bei der Ausarbeitung von Vorschlägen für Krisenpakete im Bereich Gesundheit und Gesundheitssysteme heranziehen können. Diese Ideen dienen als Ausgangspunkt für die fachliche Diskussion vor der Tagung im April in Oslo.

### **Kasten 6: Das Vereinigte Königreich: Erfahrungen mit Rationierungsmaßnahmen während der vergangenen Krise – sparsam im Kleinen, verschwenderisch im Großen?**

Angesichts großer finanzieller Engpässe oder Haushaltskürzungen sind politische Entscheidungsträger auf allen Ebenen häufig versucht, sich einer der nachstehenden Kurzzeitleösungen zu bedienen, die es zu vermeiden gilt.

*Längere Wartelisten* – Durch eine Herabsetzung des Leistungsumfangs zur Senkung der (variablen) Kosten können kurzfristig gewisse, zumeist geringe Einsparungen erzielt werden; eine längerfristige Kostendämpfung ist jedoch unwahrscheinlich, da 1) die Effizienz gesenkt wird, weil weniger Leistungen pro Fixkosteneinheit erbracht werden; 2) eine verzögerte Behandlung zur Verschlechterung des Gesundheitszustands führen und somit die Kosten für die Gesamtbehandlung der Krankheit erhöhen kann; 3) sich manche Patienten anderswo behandeln lassen, sei es im Privatsektor oder im Ausland, wodurch Einsparungen allgemein zunichte gemacht werden; 4) die Patientenzufriedenheit stark beeinträchtigt wird und somit die Transaktionskosten erhöht werden; und 5) politische Gegenreaktionen ausgelöst werden können, die zu einer grundlegenden Überprüfung oder zu umfassenden Reformen führen, die unter Umständen unnötig sind, wie sich jüngst bei der Infragestellung der Wertgrundlage und der „Bausteine“ des National Health Service im Vereinigten Königreich gezeigt hat.

*Qualitätseinbußen* – Wird nicht die gesamte Bandbreite medizinisch unentbehrlicher Leistungen, die aufgrund ihrer nachweislichen Wirksamkeit angezeigt sind (z. B. Standardprotokolle für Behandlung und Fallmanagement), bereitgestellt, so hat dies eher kostensteigernde als kostendämpfende Wirkung; Gründe hierfür sind mögliche verzögert auftretende gesundheitliche Folgen (z. B. medizinische Fehler) und Auswirkungen auf die Gesundheitsdienste (z. B. höhere Wiederaufnahmerate für dieselbe Krankheitsperiode), ganz zu schweigen von der ernsthaften Gefährdung der Patientensicherheit (z. B. iatrogene Infektionen) und der öffentlichen Gesundheit (Antibiotikaresistenz) sowie der Abnahme des öffentlichen Vertrauens in das Gesundheitssystem.

*Kürzungen ohne Rücksicht auf Verluste oder nach der „Salami-Taktik“* – Wahllose Ausgabenkürzungen sind unwirksam und schädlich, weil sie die Kosten und nicht den Wert in den Mittelpunkt stellen und sich sogar als regelrecht gefährlich erweisen können. Man stelle sich nur vor, dass Gelder für die Renovierung oder Instandhaltung von Krankenhäusern pauschal gekürzt werden und sich dadurch das Risiko postoperativer Infektionen erhöht. Darüber hinaus wird durch diese Art der Kürzung tendenziell Effizienz bestraft und das Einsparungspotenzial ineffizienter Bereiche nicht voll genutzt.

*Lohn- und Gehaltskürzungen* – Das Lohn- und Gehaltsniveau mag durchaus einer Anpassung bedürfen, doch sind drastische Kürzungen zu vermeiden, damit nicht die besten Arbeitskräfte verloren gehen und die verbleibenden demotiviert werden, was sich kurzfristig in längeren Arbeitszeiten für die im System verbliebenen Kräfte, in Produktivitätseinbußen, Motivationsverlust, höheren Fehlzeiten usw. äußert und längerfristig die Anwerbung und Ausbildung neuen Personals, die Wiederherstellung der Arbeitsmoral und die Verbesserung der Leistung erforderlich macht.

*Reduzierung von Aus- und Fortbildung* – Die Erfahrung hat gezeigt, dass schlecht durchdachte Kürzungen im Aus- und Fortbildungsbereich nicht nur die Qualität beeinträchtigen und so möglicherweise zu einer Erhöhung der Gesamtkosten führen, sondern auch vermeidbare Engpässe zur Folge haben, wenn die Zeiten besser werden und die Nachfrage nach zusätzlichem Personal steigt, und somit auf längere Sicht eine Inflation der Personalkosten bewirken.

*Kürzung von Vorsorgeleistungen* – Die Senkung der öffentlichen Gesundheitsausgaben zum Schutz der kurativen Leistungen ist stets ein Fehler und kann katastrophale Folgen haben.

**Quelle:**

Abgeändert übernommen aus: NHS Confederation (2009). *Dealing with the downturn: The greatest ever leadership challenge for the NHS?* London (Future of leadership series, Paper 4).

42. Die nachstehenden Empfehlungen gingen aus der Konferenz von Oslo am 1. und 2. April 2009 hervor.

**1. Verteilung von Wohlstand auf der Grundlage von Solidarität und Chancengleichheit**

Die Gesundheitsbehörden in der gesamten Europäischen Region sind besorgt darüber, dass das gegenwärtige wirtschaftliche System nicht zu einer Verteilung des Wohlstands führt, die den Werten Solidarität und Chancengleichheit entspricht, und dass dadurch die Verbesserung der Gesundheitssituation beeinträchtigt wird. Die Gesundheitspolitiker fordern deshalb Veränderungen an den ökonomischen Verhältnissen, die eine solche Verbesserung begünstigen.

**2. Erhöhung der staatlichen Entwicklungshilfe mit dem Ziel, die Schwächsten zu schützen**

In den ärmeren Ländern trägt die Bevölkerung in Krisenzeiten ein besonders hohes Risiko, gesundheitliche Verluste zu erleiden. Die aktuelle Krise ist daher der falsche Zeitpunkt, um staatliche Entwicklungshilfe zu kürzen; stattdessen sollte sie eher erhöht werden.

**3. Investitionen in die Gesundheit zur Erhöhung des Wohlstands; Erhaltung der Gesundheitsetats**

Investitionen in die Gesundheit sind Investitionen in Entwicklung, soziales Wohlergehen und Wohlstand der Menschen. Mehr Gesundheit führt auch zu mehr Wohlergehen. Durch Investitionen in die Gesundheit wird Wohlstand geschaffen. Erhaltung von Gesundheitsetats, Krankenversicherungsschutz und Beschäftigung während des gesamten Konjunkturabschwungs. Einbeziehung gesundheits- und umweltbezogener Investitionen in Programme zur Wiederbelebung der Wirtschaft.

**4. Jeder Minister ist ein Gesundheitsminister**

Förderung des Konzepts „Gesundheit in allen Politikbereichen“. Prüfung aller politischen Reformen auf ihre gesundheitliche und verteilungsbezogene Wirkung.

**5. Erhaltung kosteneffektiver Leistungen des Gesundheitsschutzes und der primären Gesundheitsversorgung**

Bei Kürzungen von Gesundheitsausgaben ist darauf zu achten,

- dass die Ausgaben für öffentliche Gesundheitsprogramme unangetastet bleiben;
- dass die Ausgaben für die primäre Gesundheitsversorgung unangetastet bleiben;
- dass die Ausgaben für die am wenigsten kosteneffektiven Leistungen gekürzt werden. Diese dürften in der Regel unter den besonders technologie- und kostenintensiven Leistungen in Krankenhäusern zu finden sein. Verzögerung von Investitionsplänen für kostspielige Einrichtungen und Förderung der Verwendung von Generika.

**6. Mehr Geld für Gesundheit und mehr Gesundheit fürs Geld**

Mit anderen Worten: mehr Geld für den Gesundheitsbereich und bessere gesundheitliche Ergebnisse für das investierte Geld. Qualitätsverbesserung durch transparente Überwachung und Leistungsbewertung. Stärkung der evidenzbasierten Medizin und Gewährleistung von mehr Sicherheit in der Gesundheitsversorgung.

**7. Stärkung des allgemeinen Zugangs zu Programmen der sozialen Sicherung**

Nutzung der sich aus der Krise ergebenden Chance für eine besser abgestimmte Stärkung des allgemeinen Zugangs zu Programmen der sozialen Sicherung.

#### **8. Gewährleistung eines allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung**

Nutzung der sich aus der Krise ergebenden Chance für die Gewährleistung eines allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Bereitstellung von sozialen Sicherungsnetzen für die am stärksten gefährdeten sozialen Gruppen.

#### **9. Förderung von universellen, obligatorischen und Umverteilung begünstigenden Formen der Steuererhebung**

Anstreben einer gerechten Lastenverteilung bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch universelle, obligatorische und Umverteilung begünstigende Formen der Steuererhebung.

#### **10. Prüfung der Einführung bzw. Erhöhung von Steuern auf Tabak, Alkohol, Zucker und Salz**

Prüfung von Konzepten zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit durch öffentliche Gesundheitsreformen unter Verwendung von strukturellen Maßnahmen. Beispiel hierfür ist die Erhöhung von Steuern auf Tabak, Alkohol und Produkte mit hohem Zucker- oder Salzgehalt. Dies könnte zur Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme beitragen und gleichzeitig positive Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit haben.

#### **11. Intensivierung der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften und die Gewährleistung ihrer Anwerbung nach ethischen Grundsätzen**

Selbst während der Krise müssen wir uns über den gegenwärtigen Personalangel im Gesundheitsbereich und über den künftig zu erwartenden Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsfachkräften im Klaren sein. Intensivierung der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften und ggf. örtlichem medizinischen Personal. Nutzung der Krise als Gelegenheit zur Gewinnung neuer Gesundheitsfachkräfte. Fortsetzung der Ausarbeitung eines Verhaltenskodex für die sektor- und grenzüberschreitende Personalanwerbung nach ethischen Grundsätzen.

#### **12. Förderung einer aktiven Beteiligung der Öffentlichkeit an der Entwicklung von Maßnahmen zur Milderung der Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf die öffentliche Gesundheit**

Die Gesundheitsbehörden bemühen sich um eine stärkere Einbeziehung und Mitwirkung der Öffentlichkeit an der Gestaltung und Umsetzung von Entscheidungen in Bezug auf die Krise sowie der Umsetzung solcher Entscheidungen. Die Beteiligung der Öffentlichkeit kann direkte (öffentliche Debatten, Konsultationen) oder indirekte Formen annehmen; in letzterem Fall kann eine Vertretung der Bürger etwa durch Organisationen, Verbände oder Gewerkschaften erfolgen.



## Literatur<sup>3</sup>

European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2009). *Interim forecast, January 2009*. Brussels, European Commission ([http://ec.europa.eu/economy\\_finance/pdf/2009/interimforecastjanuary/interim\\_forecast\\_jan\\_2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/pdf/2009/interimforecastjanuary/interim_forecast_jan_2009_en.pdf)).

Europäische Kommission Generaldirektion Beschäftigung und Soziales, Sozialschutz und soziale Eingliederung (2009) *Gemeinsamer Bericht über Sozialschutz und soziale Eingliederung 2009*. Brüssel, Europäische Kommission ([http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/joint\\_reports\\_en.htm#2009](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/joint_reports_en.htm#2009)).

International Labour Organization (2009). *Global employment trends January 2009*. Geneva (<http://www.ilocarib.org.tt/portal/images/stories/contento/pdf/LabourMarketInformation/get09.pdf>).

International Monetary Fund (2009). *World Economic Outlook, update 8 July 2009*. Washington DC.

International Monetary Fund (2009). *Regional Economic Outlook: Europe, addressing the crisis, May 2009*. Washington DC.

International Monetary Fund (2009). *Global financial stability report, 28 January 2009*. Washington DC.

International Organization for Migration (2009). *The impact of the global financial crisis on migration*. Geneva ([http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy\\_and\\_research/policy\\_documents/policy\\_brief\\_jan2009.pdf](http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy_and_research/policy_documents/policy_brief_jan2009.pdf)).

World Bank (2009). *EU 10 Regular economic report*. Washington DC.

World Health Organization (2009). *The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation, 19 January 2009*. Geneva.

WHO-Regionalbüro für Europa (2008). *Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand*. Kopenhagen (<http://www.euro.who.int/document/e91438g.pdf>).

Xu K et al. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26 (4):972–983.

---

<sup>3</sup> Alle Websites eingesehen am 22. Juli 2009.

## Anhang 1

### Überblick über die Situation in der Europäischen Region der WHO

Dieses Hintergrundpapier ist eine Momentaufnahme der Entwicklungen, die in der Europäischen Region der WHO im Zusammenhang mit der weltweiten Finanz- und Wirtschaftskrise seit der Verschlechterung der Situation 2008 eingetreten sind. Das Dokument will die vielfältigen Entwicklungen und Trends darstellen, die in den Sektoren eingetreten sind, die den engsten Gesundheitsbezug aufweisen. Hintergrund sind ausgewählte Beispiele aus den Mitgliedstaaten und Informationen, die im Februar 2009 öffentlich zugänglich waren. Das vorliegende Dokument sollte gemeinsam mit dem Diskussionspapier gelesen werden, das zum gleichen Thema verfasst wurde.

Der Überblick besteht aus zwei Teilen: Teil 1 befasst sich mit wirtschaftlichen und sozialen Aspekten, Entwicklungen in den Bereichen Wirtschaftswachstum, staatliche Verschuldung, Währungspolitik, Beschäftigung sowie soziale Implikationen. Außerdem wird eine Auswahl der bisherigen Gegenmaßnahmen der Regierungen erläutert. Teil 2 untersucht den Gesundheitssektor. Schwerpunkte sind die Gesundheitsfinanzierung, die Ressourcen des Gesundheitssystems und die Bereitstellung und Nutzung von Gesundheitsangeboten.

Bei der Erstellung des vorliegenden Dokuments wurden die neusten international verfügbaren Daten verwendet, jedoch mit den folgenden Einschränkungen: Erstens ist dieses Dokument kein abschließender Lagebericht. Zweitens gibt es zwischen den wirtschaftlichen und beschäftigungsbezogenen Daten der Regierungen und den entsprechenden Daten internationaler Quellen erhebliche Unterschiede. Drittens sind die Daten, die im vorliegenden Dokument präsentiert werden, nicht von Mitgliedstaaten der WHO oder der WHO selbst validiert worden. Angesichts des Umstands, dass die Situation rapiden Veränderungen unterliegt und keine statistische Validierung erfolgt ist, muss bei der Verwendung der Informationen und Daten dieses Dokuments besonders umsichtig vorgegangen werden.

### Wirtschaftliche und soziale Aspekte

#### Entwicklung des Wirtschaftswachstums

Das Wirtschaftswachstum der Europäischen Region der WHO hat sich deutlich verlangsamt und in den meisten Ländern ist im vierten Quartal 2008 eine Rezession eingetreten.

In vielen Ländern der Region sinkt die industrielle Produktion, da die Nachfrage sowohl im In- als auch im Ausland rückläufig ist. Einige Sektoren sind besonders stark betroffen. In zahlreichen west- und zentraleuropäischen Ländern hat die Automobilbranche mit Schwierigkeiten zu kämpfen, so z. B. in Deutschland, Frankreich, Italien, Portugal, Schweden, in der Slowakei und in der Tschechischen Republik. In Dänemark, Frankreich, Island, Schweden, Spanien und im Vereinigten Königreich hat der Immobilienmarkt erhebliche Einbußen zu verzeichnen. Die Baubranche, die für das starke Wirtschaftswachstum der vergangenen zehn Jahre mitverantwortlich war, ist in vielen zentral- und osteuropäischen Ländern eingebrochen, u. a. in Armenien, Georgien, Polen, in der Tschechischen Republik und in Ungarn.

Für die meisten Länder der Region sind die internationalen Prognosen für die Wachstumsraten des Bruttoinlandsprodukts (BIP) für 2009 in den letzten sechs Monaten kontinuierlich nach unten korrigiert worden (Economist Intelligence Unit, 2009). Besonders schwere Einbrüche des BIP-Wachstums sind in Island und Litauen eingetreten, in denen das Wachstum um 12%

zurückging. Deutlich negative Wachstumsraten werden auch für Estland, Irland und Lettland erwartet (Tabelle 1).

### **Staatliche Verschuldung und Haushaltsdefizite**

Die öffentlichen Haushalte der meisten europäischen Staaten sind von der Finanz- und Wirtschaftskrise schwer betroffen und es ist davon auszugehen, dass diese Folgen noch längere Zeit andauern werden. Erstens gehen die staatlichen Einnahmen aufgrund der eingebrochenen Wachstumsraten und der gesunkenen Verbrauchsgüterpreise zurück. Zweitens unternehmen die Regierungen außergewöhnliche Anstrengungen, um den Finanzsektor zu unterstützen (Kapital-spritzen, Vermögensübernahmen, Kreditvergaben an Finanzinstitute und Bürgschaften für Verbindlichkeiten des Finanzsektors). Drittens haben die Regierungen neue steuerliche Anreize geschaffen. In der Folge hat sich der Staatshaushalt verschlechtert und die staatliche Verschuldung nimmt zu. Dies gilt sowohl für Länder mit hohem als auch für Länder mit mittlerem Einkommen (Internationaler Währungsfonds, 2009a).

Innerhalb der Europäischen Region der WHO ist derzeit Italien das Land, in dem der Anteil, den die Staatsschulden am BIP einnehmen, am höchsten ist (über 100%), gefolgt von Griechenland, Frankreich, Belgien, Israel, Norwegen und Ungarn. Von mindestens 12 Ländern wird angenommen, dass ihre staatliche Verschuldung 2009 über 60% des BIP beträgt. Dies ist teilweise auf die finanziellen Verbindlichkeiten zurückzuführen, die im Rahmen von Konjunkturprogrammen eingegangen wurden. In Island wird die staatliche Verschuldung 2009 voraussichtlich über 100% des BIP betragen. Die Entwicklung der staatlichen Verschuldung wird langfristige Auswirkungen auf die öffentlichen Ausgaben, u. a. im Gesundheitssektor, vieler europäischer Länder haben.

Die Europäische Kommission geht davon aus, dass sich das Haushaltsdefizit in der Europäischen Union (EU) von 2% des BIP im Jahr 2008 auf 4,5% 2009 mehr als verdoppeln wird. Es wird davon ausgegangen, dass mehrere Mitgliedstaaten den Referenzwert von 3% des BIP 2009 überschreiten werden (Europäische Kommission, 2009).

### **Währungsschwankungen**

Die deutliche Abwertung der Währungen in Zentral- und Osteuropa führt zu gestiegenen Preisen für gesundheitsbezogene Waren, z. B. Lebensmittel, medizinische Geräte und Arzneimittel. Albanien, Armenien, Kasachstan, Polen, die Russische Föderation, Rumänien, Serbien und Ungarn sind von Währungsabwertungen betroffen. Seit 2008 haben der polnische Zloty und die ukrainische Hryvna gegenüber dem Euro etwa 30% und gegenüber dem US-\$ etwa 60% ihres Wertes eingebüßt. Ein ähnliches Phänomen lässt sich in Island und dem Vereinigten Königreich beobachten.

### **Arbeitsmarkt und soziale Implikationen**

In den meisten Ländern der Europäischen Region der WHO steigt die Arbeitslosigkeit.

Viele Unternehmen werden aufgelöst oder schränken ihre Aktivitäten deutlich ein. Die stärksten Einbußen sind im Bausektor und im verarbeitenden Gewerbe zu verzeichnen und Männer sind häufiger betroffen als Frauen. In Belgien wurden allein im vierten Quartal 2008 knapp 3000 Insolvenzen gemeldet. In Kroatien haben in den ersten beiden Monaten des Jahres 2009 fast 30 000 Menschen ihren Arbeitsplatz verloren. In Serbien werden aus den exportabhängigen Wirtschaftsbranchen, z. B. dem Lebensmittel-, Gummi-, Plastik-, Metall- und Chemiesektor, steigende Entlassungszahlen gemeldet.

Laut Eurostat (2008), dem Statistischen Amt der Europäischen Gemeinschaften, waren in der EU im Oktober 2008 17,2 Mio. Menschen arbeitslos (7,1% der Erwerbsbevölkerung). Dies sind über eine halbe Million mehr als im Juli 2008. Deutlich und rapide steigende Arbeitslosenzahlen wurden in Estland (von 4,1% auf 7,5%) und Spanien (von 8,5% auf 12,8%) beobachtet. In Frankreich wurden im letzten Quartal 2008 über 80 000 Arbeitsplätze gestrichen, wobei dies den Abbau zeitlich befristeter Stellen nicht einmal einschließt.

Für das Jahr 2009 wird davon ausgegangen, dass die Arbeitslosenquote in Albanien, Georgien, Irland, Kroatien, Lettland, Spanien und der Türkei auf über bzw. knapp 12% ansteigt. Für Deutschland, Frankreich, Polen und Portugal wird eine Arbeitslosenquote über 9% angenommen. Laut Unedic, dem nationalen Verband für Beschäftigung in Industrie und Handel, könnte es allein in Frankreich zu einem Verlust von ca. 450 000 Arbeitsplätzen kommen. In einigen Ländern, z. B. Österreich, Portugal und Schweden, ist die Arbeitslosigkeit bei jungen und alten Menschen höher und bei Menschen, die über die grundlegende Pflichtschulbildung verfügen, unverhältnismäßig hoch.

In Bosnien-Herzegowina erreicht die Arbeitslosigkeit fast 30%, in der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien 33% und in Serbien liegt sie bei über 17%. In Serbien ist die Arbeitslosigkeit junger Menschen auch mit einem höheren Bildungsgrad verknüpft. 50% der jungen Frauen sind in Serbien arbeitslos. Vermutlich wird die Arbeitslosigkeit in einigen osteuropäischen Ländern zu niedrig geschätzt, da viele Menschen sich nicht arbeitslos melden oder in unbezahlten Urlaub geschickt werden. In Serbien ist die Zahl der Selbständigen deutlich gestiegen. Es wird davon ausgegangen, dass das Verarmungsrisiko in dieser Berufsgruppe höher ist als bei Beschäftigten des öffentlichen Sektors.

In der Europäischen Region der WHO sinkt der Durchschnittslohn. In Island ist der Reallohn um 10% gesunken. Estland hat die Gehälter der Beschäftigten des öffentlichen Dienstes um 7% gekürzt. Auch Ungarn hat die Beamtengehälter gekürzt und Pensionsleistungen zurückgenommen. Rumänien meldet zum ersten Mal seit 2000 Gehaltskürzungen. In Irland wurden bislang noch keine Kürzungen der öffentlichen Gehälter vorgenommen, möglicherweise stehen derartige Maßnahmen jedoch bevor. Auch für Albanien, Bosnien-Herzegowina, Lettland und Weißrussland wird eine solche Entwicklung erwartet. Es ist davon auszugehen, dass Länder wie die Russische Föderation, die Saisonarbeiter aus Armenien, Aserbaidschan, der Republik Moldau, Weißrussland und Zentralasien aufgenommen hat, Wanderarbeitnehmern künftig weniger Arbeitschancen bieten können.

In Polen und vielen anderen zentraleuropäischen Ländern ist die Abwanderung von Arbeitskräften ins Ausland zurückgegangen und Migranten, die zu ihrer regulären Beschäftigung in ihren Heimatländern zurückkehrten, hatten aufgrund der ungünstigen Arbeitsmarktsituation mit Schwierigkeiten zu kämpfen (Weltbank, 2008a).

Aufgrund der Finanzkrise haben zahlreiche Länder der Region Schwierigkeiten, die Ziele zu erreichen, die sie sich zur Senkung der Armut gesetzt haben. Nach Ansicht der Weltbank zählen Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan zu den 40 Ländern, in denen die Gefahr am größten ist, dass die Armut aufgrund der Finanzkrise zunehmen wird (Weltbank, 2009). Besorgnis erregend ist der Umstand, dass in Serbien immer mehr Menschen verarmen und ein großer Teil der Bevölkerung bereits in Armut lebt. Neu ist in Serbien das Phänomen einer zunehmenden städtischen Armut. In Slowenien ist die Zahl der Menschen, die in Armut leben (gemäß der slowenischen Definition gelten Menschen als arm, wenn ihnen im Monat weniger als 221,70 € zur Verfügung stehen), seit November 2008 von 40 450 auf 44 340 (über 2% der Bevölkerung) gestiegen, was einer Zunahme um ca. 10% entspricht. Einen besonders dramatischen Wohlstandseinbruch hat die Region in Island erlebt.

Steigende Arbeitslosigkeit, schlechtere Arbeits- und Lebensbedingungen und Unzufriedenheit mit den Programmen, die die Regierungen zur Bekämpfung der Krise einleiten, können in der gesamten Europäischen Region der WHO zu Unruhen führen.

Tabelle 1: Makroökonomischer Trend<sup>1</sup>

Land	BIP-Wachstumsrate (Veränderung in %)		Staatsverschuldung (% BIP)		Arbeitslosenquote (%)	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Quelle <sup>2</sup>	(b)	(c)	(a)	(b)	(a)	(b)
Albanien	6,0	4,0	51,2		12,5	12,0
Andorra						
Armenien	6,8 (a.)	1,1			6,3	
Aserbaidschan	10,8	2,5	5,9	7,1	0,8	1,0
Belgien	1,2	-2,0	85,7	88,2	7,9	7,8
Bosnien-Herzegowina	5,0	1,5	40,0	43,0	29,0	
Bulgarien	5,4	-0,6	14,9	16,5	6,3	6,9
Dänemark	-0,9	-2,5	23,2	25,4	1,9	3,7
Deutschland	1,3	-2,4	64,2	69,8	7,8	9,2
Ehemalige jugoslawische Republik Makedonien	4,9	1,0	29,0		33,5	35,0
Estland <sup>3</sup>	-2,8	-5,0	4,3	5,8	5,3	7,3
Finnland	1,6	-1,3	32,5	38,9	4,1	1,2
Frankreich	0,7	-2,5	65,4	71,0	7,4	9,0
Georgien	7,0	2,5	29,0 <sup>3</sup>	27,4 <sup>3</sup>	13,6	14,0 <sup>3</sup>
Griechenland	1,1	-1,8	93,4	96,5	7,8	8,6
Irland	-2,8	-4,8	31,8	48,2	6,9	11,9
Island	-3,5	-12,3	29,0	109,0	1,8	8,7
Israel	4,1	0,4	79,7	83,9	6,1	7,6
Italien	-0,6	-2,5	105,4	110,3	6,7	8,5
Kasachstan	3,2	0,3	9,0	15,7	6,6	7,6
Kirgisistan	8,5	7,6	52,2	47,2	18,0	
Kroatien	2,2	0,4	48,9		13,7	14,9
Lettland	-4,6	-12,0	14,0	36,0	5,3	13,0
Litauen <sup>3</sup>	3,2	-8,0	12,8	12,9	4,5	8,6
Luxemburg	0,6	-2,8	6,5		4,7	6,8
Malta	2,5				6,4	
Monaco						
Montenegro	6,5	2,0	26,8	32,0 <sup>3</sup>	14,7	
Niederlande	2,0	-2,1	41,7	43,6	4,0	5,2
Norwegen	1,5	-1,0	67,6	88,8	2,6	4,0
Österreich	1,6	-1,6	60,3	62,1	3,8	4,3
Polen <sup>3</sup>	4,8	0,7	44,8	45,8	9,8	10,4
Portugal	0,3	-2,0	64,5	69,1	8,9	9,1
Republik Moldau	7,2	-1,0	21,9	28,8	1,5	2,6
Rumänien	7,7	-1,8	14,1	15,4	4,4	7,6
Russische Föderation	5,6	-2,0	6,7	12,5	6,3	8,0
San Marino						
Schweden	0,5	-2,1	37,1	42,4	6,3	7,9
Schweiz	1,8	-1,8	44,0	44,8	2,6	4,1
Serbien	5,4	0,0	38,0	35,0	17,6	20,3
Slowakei	6,8	2,0	35,3	37,9	7,7	9,0
Slowenien	4,0	0,5	23,0	28,5	6,7	8,1
Spanien	1,1	-2,9	39,9	51,9	11,3	14,8
Tadschikistan	5,8	2,5			2,4	

<sup>1</sup> Für diese Tabelle wurden die neusten international verfügbaren Daten verwendet. Die Wirtschafts- und Beschäftigungsdaten aus nationalen Quellen weichen erheblich von den Daten aus internationalen Quellen ab. Die Daten in Tabelle 1 geben nicht notwendigerweise die Position der WHO wieder.

<sup>2</sup> Economist Intelligence Unit. Länderbericht Februar 2009 (bzw. aktueller Länderbericht); a – real; b – Schätzung; c – Prognose.

<sup>3</sup> Daten aus nationalen Quellen.

Land	BIP-Wachstumsrate (Veränderung in %)		Staatsverschuldung (% BIP)		Arbeitslosenquote (%)	
Tschechische Republik	3,5	-2,0	27,0	30,2	5,4	7,3
Türkei	1,5	-1,5	39,6	40,3	10,2	11,0
Turkmenistan	3,0	2,0			33,5	35,0
Ukraine	2,1	-6,0	10,0	11,4	3,0	4,0
Ungarn	0,4	-3,0	68,6	69,3	7,8	8,5
Usbekistan <sup>3</sup>	8,6	2,5	13,5	13,7	0,9	1,2
Vereinigtes Königreich	0,7	-3,6	52,6	62,8	5,7	8,0
Weißrussland	8,1	10,3			1,6	
Zypern	3,5	1,0	49,0	48,0	3,8	4,1

## Gegenmaßnahmen der Regierungen

Die Finanzierungsprogramme belaufen sich weltweit schätzungsweise auf insgesamt 2,8 Billionen US-\$. Viele westeuropäische Länder haben ihren Banken finanzielle Soforthilfen in Form von Kreditbürgschaften und Stabilisierungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt. Beispielsweise hat man in Belgien, Deutschland und Schweden versucht, auf diese Weise Liquiditätsengpässe zu überwinden. In Schweden hatten sich die Finanzinstitute nach einer Krise zu Beginn der 1990er Jahre erfolgreich erholt (Kasten 1).

### Kasten 1: Schwedens erfolgreiche Bewältigung der Bankenkrise von 1992

Schweden war 1992 von einer Bankenkrise betroffen, die erfolgreich überwunden wurde, indem so genannte „toxische Papiere“ („Bad Assets“) auf eine unabhängige Aufsichtsbehörde übertragen wurden. Aufgabe der Aufsichtsbehörde war es, Lösungen für den Schuldenabbau zu erarbeiten und Aktiva zu liquidieren. Nach der Krise erlangte der schwedische Staat die aufgewendeten Finanzmittel durch den Verkauf des verstaatlichten Vermögens zurück. In den Vereinigten Staaten gilt das Vorgehen Schwedens als beispielhaftes Modell zur Bewältigung von Finanzkrisen (Dougherty, 2008).

Die meisten westeuropäischen Staaten und mehrere zentral- und osteuropäische Länder haben Konjunkturprogramme initiiert. In Italien wurden dafür 0,3% des BIP aufgewendet (außerdem werden weitere Maßnahmen erwartet). Frankreich wird bis 2010 1,3% seines BIP zur Konjunkturbelebung verwenden. Deutschland hat bis 2010 eine Summe von 3,4% des BIP vorgesehen und das Vereinigte Königreich wird 1,5% seines BIP aufwenden (Internationaler Währungsfonds, 2009b). In Aserbaidschan sind 1,5%, in der Tschechischen Republik 2% und in Kirgisistan sind 15% des BIP eingeplant. Das kirgisische Konjunkturprogramm sieht kurzfristige Maßnahmen in den Bereichen Lebensmittelsicherheit, Energie, Sozialpolitik und Gesundheitsfinanzierung vor. Zypern hat zugesichert, 1% seines BIP für ein Konjunkturprogramm zu verwenden. Serbien hat ein Konjunkturpaket geschnürt, das ein Budget in Höhe von 1,2 Mrd. € vorsieht (ca. 0,5% seines BIP).

Bei der Mehrheit der Konjunkturprogramme liegt der Schwerpunkt auf der Förderung staatlicher Investitionen, Beschäftigungsförderungsmaßnahmen, Kredithilfen und einer Ankurbelung des privaten Konsums. Die Nachfrage der Verbraucher soll durch Steuerermäßigungen gesteigert werden. Zu diesen Maßnahmen zählt die Senkung der Lohnsteuer, z. B. durch Reduzierung der Sozialversicherungsbeiträge. Die EU10-Staaten<sup>4</sup> haben Sofortmaßnahmen ergriffen, um die Liquidität ihrer Finanzinstitute zu gewährleisten (Weltbank, 2008a). Für Konjunkturprogramme stehen weniger finanzielle Ressourcen zur Verfügung. In Deutschland, der Tschechischen Republik und Ungarn sehen die Programme zur Ankurbelung der Wirtschaft eine Senkung der Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber (Ungarn) und Arbeitnehmer (Deutschland,

<sup>4</sup> Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik und Ungarn.

Tschechische Republik) vor. Finnland hat allgemeine Steuersenkungen vorgenommen, um den Arbeitsmarkt zu fördern. In Frankreich, Griechenland und Israel wurde die Besteuerung der Bevölkerungsgruppen mit geringem und mittlerem Einkommen gesenkt. Polen hat die Einrichtung eines Solidaritätsfonds beschlossen, der durch die Anhebung der Verbrauchsteuern auf Alkohol- und Kfz-Importe finanziert werden soll. Der Fonds dient vor allem der Finanzierung von Leistungen an besonders bedürftige Bevölkerungsgruppen. In Slowenien wurden die Verbrauchsteuern auf Alkohol, Tabak und Kraftstoff erhöht.

Das italienische Konjunkturprogramm sieht bescheidenere Ausgaben vor, da das Haushaltsdefizit Anlass zur Besorgnis bietet. Die Maßnahmen richten sich an die bedürftigsten Bevölkerungsgruppen (Kasten 2).

### **Kasten 2: Das italienische Wirtschaftsprogramm zur Unterstützung besonders bedürftiger und ausgewählter Bevölkerungsgruppen**

Das Programm beinhaltet verschiedene Maßnahmen zur Förderung von Familien und Einzelpersonen mit niedrigem Einkommen. Hierzu zählt die Einrichtung eines Garantiefonds für Eltern von Kleinstkindern, ein Familienbonus, Beihilfen für den Kauf von Milch und Babywindeln, Wohngeld und eine Verhinderung des weiteren Ansteigens von Regionalbahntarifen und Autobahngebühren. Zur Förderung des Beschäftigungssektors sind Haushaltsmittel in Höhe von 1,2 Mrd. € eingeplant, die der Aufrechterhaltung sozialer Absicherungsmechanismen dienen sollen. Außerdem wurden für die Rückkehr von Professoren und Wissenschaftlern, die im Ausland tätig waren, Anreize in Form von Steuersenkungen geschaffen.

Umweltexperten setzen sich zunehmend dafür ein, dass die Ausgaben, die im Rahmen von Konjunkturprogrammen getätigt werden, mit „grünen“ (umweltfreundlichen) Wirtschaftsmaßnahmen verbunden werden, z. B. zur Verringerung der Kohlenstoffemission durch kurzfristige (Schaffung von Arbeitsplätzen, Unterstützung privater Haushalte bei der Finanzierung von Wohnraum und durch Abfederung schwankender Strompreise) und langfristige (Aufrechterhaltung von Arbeitsplätzen, Reduzierung der Treibhausgasemissionen, Steigerung der Energieeffizienz, Förderung des Exports „grüner Wirtschaftszweige“) Ziele. Die Treibhausgasemissionen werden sich noch weit in die Zukunft hinein auf die Gesundheit auswirken. 2007 erweiterte die EU die Selbstverpflichtungen, die sie durch das Protokoll von Kyoto zum Rahmenübereinkommen der Vereinten Nationen über Klimaänderungen (UNFCCC) eingegangen ist, und es wurde vereinbart, bis 2020 die Treibhausgasemissionen der EU gegenüber dem Stand von 1990 um 20% zu senken, den Anteil erneuerbarer Energien an dem Gesamtenergiemix der EU auf 20% zu erhöhen und die Energieeffizienz um 20% zu steigern (Weltbank, 2009). Es liegen noch keine Informationen zu der Frage vor, ob die Umsetzung der Umweltvorhaben aufgrund der Finanzkrise verschoben wird.

Laut dem Umweltprogramm der Vereinten Nationen sind die Konjunkturprogramme Chinas und Südkoreas unter Umweltgesichtspunkten führend (UNEP, 2009). Etwa 13% bzw. 7% des Budgets des deutschen bzw. britischen Konjunkturpakets sind umweltbezogenen Aktivitäten gewidmet.

### **Internationale Maßnahmen zur Unterstützung der Regierungen**

Ungarn hat Soforthilfen in Höhe von 20 Mrd. € vom Internationalen Währungsfonds (IWF), der Weltbank und der EU erhalten. Darüber hinaus erhält Ungarn von der EU bis 2013 finanzielle Unterstützung für verschiedene Programme zur Förderung der öffentlichen Gesundheit (betreffend Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen, Gesundheit von Kindern), für den Ausbau der Gesundheitsangebote (Hausärzte, ambulante Versorgung) und für die Entwicklung der IT-Infrastruktur. Lettland hat Finanzmittel in Höhe von 7,5 Mrd. € erhalten.

Derzeit wird die finanzielle Unterstützung von Rumänien geprüft. Angesichts der Finanzkrise ist auch die internationale Zusammenarbeit mit Bosnien-Herzegowina intensiviert worden: Die EU beabsichtigt, 40 Mio. € für den Ausbau der Infrastruktur und zur Förderung kleiner und mittlerer Unternehmen bereitzustellen. Die Implementierung der laufenden Projekte der Weltbank wird beschleunigt, und die Verhandlung neuer Projekte und Konsultationen mit anderen internationalen Finanzgebern wird intensiviert.

Armenien hat einen Zuschuss in Höhe von 35 Mio. US-\$ erhalten, der durch Straßenbau und Investitionen in die Infrastruktur die Beschäftigung in ländlichen Regionen fördern soll (Weltbank, 2009).

Die Ukraine hat mit dem IWF eine Kreditvereinbarung in Höhe von 16 Mrd. US-\$ getroffen, mit der Finanzierungslücken überbrückt werden sollen. Serbien wird vom IWF einen Kredit in Höhe von 518 Mio. US-\$ erhalten und sich darüber hinaus um weitere internationale Unterstützung bemühen, um dem Wachstum des Haushaltsdefizits entgegenzuwirken. Weißrussland wird einen Kredit in Höhe von 2,46 Mrd. US-\$ mit einer Laufzeit von 15 Monaten erhalten. Island hat vom IWF einen Kredit in Höhe von 2,1 Mrd. US-\$ erhalten. Georgien hat mehrere Einrichtungen um finanzielle Unterstützung gebeten.

Auch wenn einige Maßnahmen getroffen wurden, um einzelne Staaten zu unterstützen, ist es allerdings offensichtlich, dass bedürftige Länder von internationalen Einrichtungen künftig weniger Finanzmittel erhalten werden als bisher.

## **Der Gesundheitssektor**

### **Gesundheitsfinanzierung**

#### ***Staatshaushalt und Gesundheitshaushalt***

In vielen Ländern ist davon auszugehen, dass die Staatshaushalte für 2009 und für die folgenden Jahre aufgrund der niedrigeren Einkommensgrundlage nach unten korrigiert werden.

Belgien, Estland, Lettland, Litauen, Portugal, die Slowakei, die Tschechische Republik und Ungarn haben bereits angekündigt, dass sie ihren Haushalt anpassen werden, da die Einnahmen niedriger als erwartet ausfallen. Estland, Lettland, Litauen, Rumänien und Ungarn haben auch Budgetkürzungen im Gesundheitssektor angekündigt bzw. beabsichtigen sie, die Ausgaben zu senken, um das Haushaltsdefizit auszugleichen. In der Ukraine bleibt das Budget des Gesundheitssektors gegenüber 2008 unverändert, obwohl 2008 eine Inflation in Höhe von 21% und eine Abwertung der Landeswährung eingetreten ist. Montenegro hat die Ausgaben für die Krankenversicherung um ca. 3% gekürzt, teilweise durch eine Abspeckung der Basisleistungen in der Primärversorgung (vor allem die Leistungen für die Zahnbehandlung wurden reduziert) im Rahmen der aktuellen Reform des Gesundheitssystems. Auch in Bulgarien, der Republik Moldau und Weißrussland werden Haushaltsanpassungen erwartet. Gleiches gilt für Aserbaidschan, auch wenn Hoffnung besteht, dass der aserbaidsschanische staatliche Ölfonds Einkommensausfälle ausgleichen wird und der Gesundheitshaushalt weiterhin Priorität hat.

Ursprünglich hatten einige Länder beabsichtigt, das Haushaltsvolumen für 2009 zu erhöhen. Albanien (ca. 4,7%), Armenien (ca. 20%), Georgien (ca. 21%), Litauen (13%) und die Republik Moldau (30%) sowie die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Kirgisistan und die Türkei hatten eine Erhöhung ihrer Haushalte angekündigt. Die meisten Haushalte waren jedoch auf der Grundlage der bisherigen Einnahme- und Ausgabeansätze verabschiedet worden und diese haben sich mittlerweile dramatisch verändert. Es ist unklar, ob die geplanten Haushaltserhöhungen aufrechterhalten werden können. Einige der genannten Länder werden nur 50% der Einnahmen erzielen, die sie bei der Erarbeitung ihrer Haushaltsentwürfe vorausgesetzt haben.



### **Lösungen für die Finanzierung des Gesundheitssystems**

Je nach Ausgestaltung ihres Gesundheitssystems scheinen die westeuropäischen Länder derzeit unterschiedliche Optionen zu prüfen, mit denen sich der Einkommensrückgang und die prognostizierten Defizite bewältigen lassen. Zu diesen Optionen zählen staatliche Zuschüsse zur Krankenversicherung, die Einführung neuer regionaler Finanzierungsmodelle und eine Begrenzung der Kosten der Gesundheitsversorgung. Eine dezentrale Finanzierung des Gesundheitssystems, wie sie in Schweden und Italien praktiziert wird, kann aufgrund der Krise einige Anpassungen im Hinblick auf die Überweisung zentraler Finanzmittel und eine Neuverteilung unter den Regionen erforderlich machen (Kasten 3).

#### **Kasten 3: Ausgleich des Einnahmerückgangs im Gesundheitsbereich auf regionaler Ebene in Schweden und Italien**

In Schweden übernehmen die Gemeinden und Landkreise einen Großteil der Gesundheitsausgaben. Haupteinnahmequelle sind die Gemeindesteuern. Die meisten Gemeinden hatten bereits 2008 Steuererhöhungen beschlossen. Legt man die genehmigten Haushaltspläne zugrunde und berücksichtigt man den Umstand, dass die Einnahmeansätze des laufenden Haushaltsjahrs nach unten korrigiert werden mussten, ist davon auszugehen, dass die Gemeinden ihre Haushalte 2009 überschreiten werden, da die Einnahmeausfälle höher sind, als 2008 veranschlagt wurde. Da Defizite eines Haushaltsjahrs im folgenden Jahr ausgeglichen werden müssen, kommt es für die Beobachtung der Gemeinden bei ihren Bemühungen um einen Haushaltsausgleich vor allem auf die Entwicklungen im Jahr 2010 an. Darüber hinaus muss auch beobachtet werden, wie sich die finanziellen Risiken zwischen den Gemeinden verteilen und wie mit diesen Risiken umgegangen werden kann.

In Italien haben einige Regionen zusätzliche Mittel zur Finanzierung ihrer Gesundheitshaushalte erhalten. Außerdem wurden neue Regelungen getroffen, die sicherstellen sollen, dass die Regionen die nationalen Gesundheitsziele einhalten.

Die Tschechische Republik hat die Krankenversicherungsbeiträge gesenkt und auch Ungarn prüft entsprechende Maßnahmen. 2007 hat Montenegro beschlossen, die Krankenversicherungsbeitragssätze von 12% auf 10,5% zu senken. Deutschland und Österreich haben staatliche Zuschüsse eingeführt, die die Krankenversicherungen bei der Bewältigung ihrer steigenden Defizite unterstützen sollen (Kasten 4 und 5).

#### **Kasten 4: Maßnahmen zur Bewältigung des massiven Einnahmerückgangs österreichischer Krankenversicherungen**

Die österreichischen Krankenversicherungen meldeten 2008 ein akkumuliertes Defizit von ca. 1,2 Mrd. € Mehrere Krankenversicherungen gehen davon aus, dass ihre Defizite 2009 weiter ansteigen werden, da aufgrund der derzeitigen wirtschaftlichen Rezession höhere Ausgaben und geringere Einnahmen zu erwarten sind. Die Regierung beabsichtigt, die staatlichen Zuschüsse ab 2010 auf insgesamt 450 Mio. € zu erhöhen. Außerdem wird ein Strukturfonds mit einem Volumen von 100 Mio. € pro Jahr eingerichtet. Die Mittel aus diesem Fonds werden den Krankenversicherungen auf der Grundlage ihrer Leistungseffizienz vergeben.

**Kasten 5: Ein neuer zentraler Fonds erhöht in Deutschland die staatliche Beteiligung an den Krankenversicherungen**

In Deutschland ereignete sich die Krise zeitgleich mit der Einrichtung eines neuen zentralen Fonds. Der Fonds besteht seit dem 1. Januar 2009 und führt alle Krankenversicherungsbeiträge auf Bundesebene zusammen. Zunächst war ein Standardbeitragssatz festgelegt worden (15,5% des Bruttoeinkommens unter Anwendung einer Beitragsobergrenze), doch die zugrunde gelegten Einkommensprognosen – die auf Daten aus dem Jahr 2007 beruhten und im Oktober 2008 berechnet wurden – sind nach unten korrigiert worden, um den Rückgang der Gesamtlöhne, Durchschnittslöhne Beschäftigungsraten zu berücksichtigen. Das Konjunkturpaket 2 sieht weitere steuerbasierte Finanzspritzen vor, mit deren Hilfe der Beitragssatz auf 14,9% gesenkt werden soll. Die Regierung wird ihre Zuschüsse an den Gesundheitsfonds stufenweise erhöhen und 2012 den Wert von 14 Mrd. € erreichen (Bundesministerium für Gesundheit, 2009). Durch die Einrichtung des neuen zentralen Gesundheitsfonds können die Einnahmen der Krankenversicherungen zentral überwacht werden. Darüber hinaus werden neue Möglichkeiten geschaffen, Transfers von besteuerten Quellen vorzunehmen. Die Finanzkrise kann sich im Rahmen der Implementierung als wichtige Testphase erweisen.

Im Hinblick auf das Leistungsspektrum und die universale Versorgung aller Bevölkerungsgruppen sind erhebliche Einbußen zu erwarten. Einige Länder beabsichtigen, das Versorgungsspektrum zu erweitern, während andere Staaten die Leistungen reduzieren wollen. Beispielsweise hat Georgien sein Programm zur medizinischen Unterstützung (staatlich voll subventionierter Krankenversicherungsgutschein, der den Inhaber berechtigt, ein staatlich definiertes Paket grundlegender Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen) auf weitere 200 000 unterhalb der Armutsgrenze befindliche Personen ausgedehnt. In Slowenien übernimmt der Staat seit Januar 2009 die Krankenversicherungsbeiträge besonders bedürftiger Bevölkerungsgruppen. Aufgrund finanzieller Engpässe besteht in Serbien die Gefahr, dass einige besonders bedürftige Bevölkerungsgruppen künftig keine staatliche Absicherung mehr erhalten. Ein Aktionsplan zum Schutz der Gesundheit der Roma, einer der bedürftigsten Bevölkerungsgruppen, wird jedoch weiterhin vom Gesundheitsministerium umgesetzt. Die Republik Moldau prüft derzeit die Möglichkeiten zur Optimierung der bestehenden staatlichen Zuschüsse zu den Krankenversicherungsbeiträgen, um auf diese Weise den bedürftigsten Bevölkerungsgruppen besser Rechnung zu tragen.

Die Rolle, die die private Finanzierung beim Ausgleich der Defizite der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung einnimmt, ist weiterhin von besonderer Bedeutung. In Portugal gibt es politische Bestrebungen, die Nutzergebühren für die Notfall- und Krankenhausversorgung abzuschaffen bzw. zu senken, und Slowenien prüft die Möglichkeiten, die Gebühren für Gesundheitsleistungen allgemein zu senken. In den meisten zentral- und osteuropäischen Ländern wird der Anteil der privaten Gesundheitsfinanzierung jedoch steigen. Estland führt z. B. ein Sparprogramm durch, das eine Senkung der Kosten der öffentlichen Verwaltung und Krankengeldkürzungen vorsieht. Außerdem werden Arzneimittel nun mit einer Mehrwertsteuer belastet. Ungarn erwägt eine Erhöhung von Mehrwertsteuer und Verbrauchsteuern. Kroatien plant, die Arzneimittelgebühren zu erhöhen (Kasten 6). Lettland führt zunehmend Gebühren für die Primär- und Sekundärversorgung sowie Arzneimittelzuzahlungen ein. Georgien führt eine staatlich geförderte freiwillige Krankenversicherung ein (Kasten 7).

**Kasten 6: Vorhaben der kroatischen Regierung zur Anhebung der Gebühren für Gesundheitsleistungen und der Arzneimittelzuzahlungen und zur Förderung von Krankenzusatzversicherungen**

Um das Defizit der Krankenversicherungen abzubauen, plant die Regierung eine Anhebung der Arzneimittelzuzahlungen und der Gebühren für Gesundheitsleistungen um bis zu 20%. Außerdem soll der Abschluss von Krankenzusatzversicherungen gefördert werden. Bestimmte Bevölkerungsgruppen, insbesondere besonders bedürftige und sozial benachteiligte Personen, werden von den Zuzahlungen und Gebühren ausgenommen. Die angehobenen Gebühren betreffen versicherte Personen, die keine staatliche Krankenzusatzversicherung abgeschlossen haben. Die Prämien für die staatlichen Krankenzusatzversicherungen werden – abhängig vom Einkommen – ebenfalls angehoben. Mehrere Oppositionsparteien und ca. die Hälfte aller landesweiten Hausärzte wenden sich gegen die Pläne der Regierung, da sie befürchten, dass höhere Verschreibungsgebühren und eine Anhebung der Prämien für die Krankenzusatzversicherung dazu führen werden, dass die Patienten die medizinisch gebotenen Gesundheitsleistungen nicht in Anspruch nehmen.

**Kasten 7: Staatlich geförderte private Krankenversicherungen in Georgien**

Im März 2009 führte Georgien eine freiwillige staatlich geförderte Krankenversicherung ein, die eine Notfallversorgung und verschiedene primäre Gesundheitsleistungen für georgische Staatsbürger zwischen 3 und 60 Jahren beinhaltet. Der Staat übernimmt Zweidrittel der Versicherungsprämie. Die Versicherungspolice wird von privaten Krankenversicherungsgesellschaften ausgegeben.

## **Ressourcen der Gesundheitsversorgung**

### ***Personelle Ressourcen***

Die personellen Ressourcen des Gesundheitssektors sind sehr unterschiedlich ausgestaltet. In vielen westeuropäischen Ländern konnte im Gesundheitssektor 2008 eine Zunahme an Fachkräften beobachtet werden. Beispielsweise meldete Österreich für Tirol 2008 eine Zunahme der Gesundheitsfachkräfte um 10%. In Deutschland wurden 2008 insgesamt mehr Gesundheitsfachkräfte als zuvor beschäftigt (33 000 zusätzliche Beschäftigte, + 3,2%). Allerdings geht aus den Daten der Bundesagentur für Arbeit hervor, dass bei Ärzten, Zahnärzten und sonstigen Gesundheitsfachkräften die Arbeitslosigkeit seit November 2008 gestiegen ist (ohne saisonale Bereinigung).

Im Hinblick auf die Anhebung der Gehälter von Gesundheitsfachkräften wurden unterschiedliche Maßnahmen ergriffen. Bulgarien und Ungarn haben die Gehälter der Gesundheitsfachkräfte in staatlichen Krankenhäusern und im Gesundheitsministerium eingefroren und Ungarn hat eine leichte Kürzung der über einer bestimmten Obergrenze liegenden Gehälter der Gesundheitsfachkräfte vorgenommen. Dagegen haben Finnland und Griechenland nach Abschluss von Vereinbarungen mit den Gewerkschaften die Gehälter der Gesundheitsfachkräfte angehoben. In Rumänien steht bei den Gesundheitsfachkräften eine Gehaltserhöhung um 7% an (Economist Intelligence Unit, 2009). Slowenien hatte bereits vor der Finanzkrise eine Anhebung der Gehälter von Gesundheitsfachkräften geplant. Dieses Vorhaben wird nun umgesetzt und voraussichtlich zu einer Belastung des Krankenversicherungsbudgets führen.

### ***Anbieter von Gesundheitsleistungen***

Bislang liegen keine Erkenntnisse dafür vor, dass die Finanzkrise zu einer Verringerung der Kapazitäten der Anbieter von Gesundheitsleistungen geführt hat. Derzeit wird in Lettland erwogen,

die Krankenhauskapazitäten durch Schließung von Krankenhäusern in ländlichen Gegenden zu reduzieren, doch dieses Vorhaben hat mit erheblichen Widerständen zu kämpfen.

In Portugal werden die laufenden Reformen im Bereich der primären, sekundären und langfristigen Gesundheitsversorgung angesichts der Krise wahrscheinlich fortgesetzt, da man davon ausgeht, dass sie zu Haushaltseinsparungen führen werden (Portugal, Ministerium für Finanzen und öffentliche Verwaltung, 2009). Die meisten Länder der Region gehen derzeit davon aus, dass sie ihre Programme zur Reform des Gesundheitssystems trotz der Krise weiter umsetzen.

In Westeuropa (z. B. Dänemark, Deutschland und Frankreich) finden sich mehrere Konjunkturprogramme, die den Schwerpunkt auf öffentliche Investitionen zur Förderung der Infrastruktur legen. Dies könnte auch neue Möglichkeiten für Investitionen zugunsten von Gesundheitseinrichtungen schaffen (Kasten 8). Im Rahmen seiner Investitionen zur Förderung der Infrastruktur (u. a. Krankenhäuser) setzt sich Griechenland für Private-Public-Partnerships ein. Allerdings sind die Möglichkeiten zur staatlichen Finanzierung dieser Vorhaben begrenzt.

**Kasten 8: Konjunkturpaket 2: Möglichkeiten für Investitionen zugunsten von Krankenhäusern in Deutschland**

In Deutschland haben sich in den letzten Jahren aufgrund eines Investitionsstillstands im Krankenhaussektor Milliarden von Euro angesammelt. Das Konjunkturpaket 2 enthält ein Investitionsprogramm in Höhe von 50 Mrd. € Davon sind 10 Mrd. € für örtliche Investitionsprogramme vorgesehen, die unabhängig von der Eigentümerstruktur für Krankenhäuser verwendet werden können. Die Länder, die für die Krankenhausfinanzierung verantwortlich sind, übernehmen 25% der Investitionskosten (Bundesministerium für Gesundheit, 2009).

**Arzneimittel**

Der Arzneimittelmarkt ist betroffen, da die Finanzkrise die Medikamentenpreise in die Höhe treibt. In Litauen (Kasten 9) sind die Preissteigerungen mit den Mehrwertsteuererhöhungen verbunden. Kasachstan, die Republik Moldau und die Ukraine vermelden einen Anstieg der Arzneimittelpreise um bis zu 30%. Der allgemeine Trend zu steigenden Preisen, der sich in der gesamten Region feststellen lässt, wird durch landesspezifische Währungsabwertungen verstärkt. Diese Entwicklung lässt sich am Beispiel Armeniens nachvollziehen (Kasten 10).

**Kasten 9: Mehrwertsteuererhöhungen treiben litauische Arzneimittelpreise und Gesundheitsausgaben in die Höhe**

Im Dezember 2008 änderte Litauen die Mehrwertsteuer für Arzneimittel, die bis zu diesem Zeitpunkt bei 5% gelegen hatte. Fortan wird auf Medikamente eine Mehrwertsteuer in Höhe von 19% erhoben, was dazu geführt hat, dass zwischen Dezember 2007 und Dezember 2008 die Arzneimittelpreise um knapp 14% und die Gesundheitsausgaben um 10% gestiegen sind.

**Kasten 10: Inflation in Armenien**

Im Jahr 2008 war die Verbraucherpreisinflationsrate mit 9% relativ hoch. Bis Ende des Jahres fiel sie jedoch auf 5,3%. Anfang März 2009 hob Armenien jedoch den festen Wechselkurs für den armenischen Dram auf und stattdessen wurde ein flexibler Wechselkurs eingeführt. Dies hat dazu geführt, dass die Preise für Verbrauchsgüter wie Öl und Nahrungsmittel sofort um 20-30% anstiegen. Es ist zu befürchten, dass sich diese Entwicklung auf die Preise für grundlegende Arzneimittel, z. B. Antibiotika und Impfstoffe, auswirken wird.

### **Bereitstellung und Nutzung von Gesundheitsleistungen**

Erst in jüngster Zeit stellt man sich besorgt die Frage, welche Auswirkungen die Krise auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen haben wird. Die Gefahr, dass Patienten von der Zahnbehandlung ausgeschlossen werden, da diese traditionell mit hohen Patientengebühren und somit enormen Belastungen für die Privathaushalte verbunden ist, hat in Italien dazu geführt, dass eine regionale Initiative entstanden ist, die sich für die Zahnbehandlung besonders bedürftiger Bevölkerungsgruppen einsetzt (Kasten 11).

#### **Kasten 11: Regionale Initiative zur Verhinderung des Ausschlusses bestimmter Patienten von der Zahnbehandlung in Italien**

Die italienische Gesellschaft für Zahnbehandlung hat warnend darauf hingewiesen, dass sich die derzeitige Krise bereits auf die Zahl der Zahnarztpatienten ausgewirkt hat. Dies hat die Sorge um die mittel- und langfristigen negativen Auswirkungen der Krise auf die Gesundheit der Bevölkerung verstärkt. Im Dezember 2008 hat die Regionalverwaltung von Lazio ein Programm zur „sozialen Zahnbehandlung“ eingeführt, das sich um die Bedürfnisse von Menschen kümmert, die sich in wirtschaftlichen Schwierigkeiten befinden.

Im Osten der Europäischen Region herrscht ernsthafte Besorgnis über die steigenden Preise für Gesundheitsleistungen und Arzneimittel. Beispielsweise sind in der Ukraine die Preise für Gesundheitsleistungen in den ersten beiden Monaten des Jahres 2009 verglichen mit demselben Zeitraum im Jahr 2008 um über 30% gestiegen. Preissteigerungen wirken sich in vielen Ländern der Region deutlich auf die privaten Gesundheitsausgaben aus (in Form von offiziellen Patientengebühren, Zuzahlungen, Arzneimittelpreisen oder informellen Zahlungen). Es wird befürchtet, dass die Patienten die gebotene Gesundheitsversorgung nicht mehr in Anspruch nehmen, da sie die erforderlichen Mittel nicht mehr aufbringen können. Schon vor der Krise stellte die WHO im Jahr 2005 fest, dass die privaten Gesundheitsausgaben in Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Griechenland, Kirgisistan, Tadschikistan, Usbekistan und Zypern über 50% der Gesamtausgaben ausmachten (WHO, 2008). Einige Auswirkungen der Krise, insbesondere der wachsende Druck, die öffentlichen Ausgaben zu kürzen, sowie die steigenden Preise für zentrale Güter wie z. B. Arzneimittel, führen bereits dazu, dass man in der gesamten Region stärker auf private Finanzquellen angewiesen ist.

### **Gesundheitsbezogene Lebensformen**

Es wird befürchtet, dass die Menschen aufgrund der Preissteigerungen im Bereich essentieller Verbrauchsgüter gezwungen sein werden, eine Lebensform anzunehmen, die ihre Gesundheit beeinträchtigt. Die Weltbank weist darauf hin, dass seit 2006 sowohl die Öl- als auch die Nahrungsmittelpreise weltweit steigen. Die Preissteigerungen gefährden die Gesundheit der Privathaushalte, die 50–90% ihres Einkommens für Nahrungsmittel ausgeben. Die Nahrungsmittelsituation ist für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie von schwangeren und stillenden Frauen besonders wichtig (Weltbank, 2008b). Auch wenn die Ölpreise zwischen der zweiten Hälfte des Jahres 2008 und Anfang 2009 gesunken sind, wird für den weiteren Verlauf der Krise mit erheblichen Preissteigerungen gerechnet (UNEP, 2009). Steigende Ölpreise führen zu weiteren Preiserhöhungen im Lebensmittelbereich, da sich die Ölpreise auf Herstellung, Distribution und Transport auswirken. Die anhaltende Lebensmittelkrise hat in Usbekistan und Kirgisistan zu Inflationsraten in Höhe von 40% bzw. 30% geführt (Kasten 12).

### **Kasten 12: Steigende Lebensmittelpreise in der Republik Moldau und in Kirgisistan**

Nach einer Dürreperiode im Jahr 2007 stiegen die Lebensmittelpreise in der Republik Moldau zwischen Januar 2007 und Januar 2008 um 60% an. Im Mai 2008 wurde die Inflationsrate für Lebensmittelpreise auf 24% geschätzt. Die ärmsten Haushalte geben 80% ihres Gesamteinkommens für Lebensmittel aus. Ein fester einmaliger Zuschuss wurde von der Regierung 2007 auf alle Landwirte ausgedehnt, um landwirtschaftliche Aktivitäten zu unterstützen.

In Kirgisistan belief sich die Inflationsrate für Lebensmittel 2007 auf 32%. Dies war der höchste Wert in der Europäischen Region. Die Regierung stellt armen und besonders bedürftigen Bevölkerungsgruppen, u. a. Schwangeren und Kindern unter 5 Jahren, Nahrungsergänzungsmittel und Bargeldleistungen zur Verfügung. Im Zusammenhang mit der Lebensmittelkrise, saisonalen Treibstoffimporten und einer Modernisierung des Landwirtschaftssektors werden finanzielle Mittel im Wert von schätzungsweise 400–475 Mio. US-\$ benötigt (Weltbank, 2008b).

Die politischen Akteure der Europäischen Region der WHO sind sehr besorgt über die Krankheitslast, die auf Alkohol- und Drogenmissbrauch und psychische Krankheiten zurückzuführen ist, und diese Sorge wird durch die Krise noch verstärkt: In Schweden leiden ca. 30% der Bevölkerung an einem psychischen Gesundheitsproblem (Ministerium für Gesundheit und Soziales, 2009).

Ein weiteres Problem ist der Missbrauch verbotener Substanzen. Beispielsweise gibt es in Italien Hinweise darauf, dass möglicherweise ein Zusammenhang zwischen dem gestiegenen Heroinmissbrauch und der Finanzkrise besteht (Kasten 13).

### **Kasten 13: Besteht ein Zusammenhang zwischen zunehmenden Beschlagnahmen von Heroin in Italien und der Wirtschaftskrise?**

Es ist die Hypothese aufgestellt worden, dass zwischen dem Heroinkonsum in Italien und der aktuellen Krise ein Zusammenhang bestehe. Nach dieser Theorie bringen Drogenhändler verstärkt Drogen mit hohem Suchtpotenzial auf den Markt, um sich eine zuverlässige Einnahmequelle zu sichern. Die Theorie scheint durch den Umstand gestützt zu werden, dass die Polizei steigende Heroinbeschlagnahmen vermeldet und in den Gesundheitseinrichtungen vermehrt Leistungen, die Drogensucht betreffen, in Anspruch genommen werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass derzeit in der gesamten Region kaum Erkenntnisse zu den Auswirkungen vorhanden sind, die die Finanz- und Wirtschaftskrise auf die Gesundheit und Gesundheitssysteme hat. Daher ist eine laufende und systematische Überwachung erforderlich.

## Literatur<sup>5</sup>

- Dougherty C (2008). Stopping a financial crisis, the Swedish way. *New York Times*, 22 September 2008 ([http://www.nytimes.com/2008/09/23/business/worldbusiness/23krona.html?\\_r=4&em&oref=slogin](http://www.nytimes.com/2008/09/23/business/worldbusiness/23krona.html?_r=4&em&oref=slogin)).
- Economist Intelligence Unit (2009). *Country reports*. London ([http://countryanalysis.eiu.com/country\\_reports](http://countryanalysis.eiu.com/country_reports)). (Note: the reports are subject to subscription fees.)
- European Commission (2009). *Interim forecast January 2009*. Brussels ([http://ec.europa.eu/economy\\_finance/pdf/2009/interimforecastjanuary/interim\\_forecast\\_jan\\_2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/pdf/2009/interimforecastjanuary/interim_forecast_jan_2009_en.pdf)).
- Eurostat (2008). Euro area unemployment up to 7.7%. *Eurostat news release: euroindicators*, 28 November 2008:167 ([http://epp.eurostat.ec.europa.eu/pls/portal/docs/PAGE/PGP\\_PRD\\_CAT\\_PREREL/PGE\\_CAT\\_PREREL\\_YEAR\\_2008/PGE\\_CAT\\_PREREL\\_YEAR\\_2008\\_MONTH\\_11/3-28112008-EN-BP.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/pls/portal/docs/PAGE/PGP_PRD_CAT_PREREL/PGE_CAT_PREREL_YEAR_2008/PGE_CAT_PREREL_YEAR_2008_MONTH_11/3-28112008-EN-BP.PDF)).
- Bundesministerium für Gesundheit (2009). *Maßnahmenpaket der Regierung stabilisiert Gesundheitssektor in schwierigen Zeiten*. Bonn ([http://www.bmg.bund.de/cln\\_117/nn\\_1168278/Shared-Docs/Pressemitteilungen/DE/2009/pm27-01-09.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168278/Shared-Docs/Pressemitteilungen/DE/2009/pm27-01-09.html?__nnn=true)) (Pressemitteilung 27. Januar 2009).
- International Monetary Fund (2009a). *The state of public finances: outlook and medium term policies after the 2008 crisis*. Washington DC (<http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2009/030609.pdf>).
- International Monetary Fund (2009b). *The size of the fiscal expansion: an analysis for the largest countries*. Washington DC (<http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2009/020109.pdf>).
- Ministry of Health and Social Affairs (2009). *Sweden's strategy report for social protection and social inclusion 2008-2010*. Stockholm (<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/11/42/69/1009c964.pdf>).
- Portuguese Republic. Ministry of Finance and Public Administration (2009). *Stability and Growth Programme 2008-2011. January 2009 update*. Lisbon ([http://www.min-financas.pt/inf\\_economica/PEC\\_2008-2011\\_En.pdf](http://www.min-financas.pt/inf_economica/PEC_2008-2011_En.pdf)).
- UNEP (2009). *The environmental food crisis*. Nairobi ([http://www.unep.org/pdf/FoodCrisis\\_lores.pdf](http://www.unep.org/pdf/FoodCrisis_lores.pdf)).
- WHO (2008). *National health accounts*. Geneva ([http://www.who.int/nha/country/nha\\_ratios\\_and\\_percapita\\_levels\\_2001-2005.xls](http://www.who.int/nha/country/nha_ratios_and_percapita_levels_2001-2005.xls)).
- World Bank (2008a). *EU10 regular economic report, October 2008*. Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/ECAEXT/Resources/258598-1225385788249/EU10+Main+Reportoct08.pdf>).
- World Bank (2008b). *Rising food and fuel prices: addressing the risks to future generations*. Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/DEVCOMMEXT/Resources/Food-Fuel.pdf?resourceurlname=Food-Fuel.pdf>).
- World Bank (2009). *The global economic crisis: Assessing vulnerability with a poverty lens*. Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/NEWS/Resources/WBGVulnerableCountriesBrief.pdf>).

---

<sup>5</sup> Alle Websites eingesehen am 24. März 2009.

## Anhang 2

### Allgemeine Empfehlungen für Krisenpakete

- Einrichtung eines Krisenstabs im Gesundheitsministerium, der Informationen in Echtzeit erhebt und analysiert, strategische Optionen zeitnah prüft und (gegebenenfalls) die technische Realisierbarkeit und politische Ökonomie potenzieller praktischer Maßnahmen diskutiert. Weitestgehende Neuausrichtung von Aktivitäten und Neuzuweisung von Ressourcen, damit Kernaktivitäten geschützt und armutbekämpfende Maßnahmen intensiviert oder erweitert werden können.
- Bisweilen sind die eingesetzten Verfahren genauso Ausschlag gebend wie die Inhalte; die beteiligten Akteure sind jederzeit auf dem Laufenden zu halten. Entwicklung von Argumenten zur Stützung der eigenen Position gegenüber anderen Regierungsbehörden, Hauptakteuren und Partnern schon vor Fertigstellung eines klar umrissenen „Krisenpakets“. Ständiger Dialog mit Gewerkschaften, Verbraucherverbänden und sonstigen Einrichtungen zur Schaffung eines breiten Konsenses und Entwicklung eines Gespürs für die Belange der Bevölkerung in Zeiten der Krise.
- Selbst wenn der Dialog innerhalb der Regierung bereits gut funktionieren sollte, ist eine Verbesserung der direkten Kommunikation anzustreben, wobei besonders enge Verbindungen zwischen Gesundheits- und Finanzministerium zu wahren sind. Verteidigung der Gesundheitsbudgets und Engagement für eine Einbeziehung gesundheits- und umweltbezogener Investitionen, insbesondere kostensenkender Investitionen, in Programme zur Wiederbelebung der Wirtschaft.
- Überarbeitung der bisherigen Entwicklungspläne und -programme, damit weniger Investitionen in hochentwickelte Geräte und Infrastrukturen getätigt und stattdessen beschäftigungsintensive Aktivitäten gefördert werden. Prüfung der Fertigkeiten und Kenntnisse der Arbeitskräfte und Anpassung an die aktuellen Bedingungen, damit die Leistungen für Krisenzeiten optimiert werden können.
- Sorgfältige Beobachtung und, soweit dies angemessen ist, Schutz der Arbeitsplätze im Gesundheitssektor. Prüfung alternativer Modelle zur Einbeziehung von Mitarbeitern in präventive und primäre Versorgungsdienste, sofern dies zu Kostenersparnissen führt. Verhandlungen mit Gewerkschaften und Belegschaftsvertretern und Entwicklung von Projekten zur Förderung häuslicher Versorgung und anderer Dienste für ältere und besonders schutzbedürftige Personen.
- Vorbereitung der Neuzuweisung von Ressourcen für zentrale und prioritäre Aufgaben des Gesundheitssektors und der Gesundheitssysteme. Insbesondere Neuzuweisung von Finanzmitteln zur Prävention ansteckender Krankheiten, einschließlich Impfungen und Prävention explosionsartiger Krankheitsausbrüche.
- Motivierung aller Akteure, Rationalisierungsmaßnahmen vorzunehmen und bessere Leistungen mit weniger Geld zu erbringen. Insbesondere Prüfung von Alternativen und Umsetzung von Maßnahmen zur Senkung der Kosten für Medikamente und medizinische Geräte. Durchführung von „Sparkampagnen“ zur Förderung jeglicher Sparmaßnahmen (Energie, Medikamente etc.) der Gesundheitsfachkräfte. Rationalisierung von Aktivitäten und Organisationsstrukturen durch Vermeidung von Überschneidungen. Prüfung von Möglichkeiten der Kostenersparnis durch Skaleneffekte und koordinierte Maßnahmen.
- Förderung der Einrichtung oder Verbesserung von Arbeitsgruppen, die das Gebäudemanagement beraten und konkrete technische Leitlinien erarbeiten, die den Betreibern von Krankenhäusern, Primärversorgseinrichtungen und sonstigen Gesundheitsdiensten helfen,



sich auf die neue Situation einzustellen, indem Kosten gesenkt und gleichzeitig Qualitäts- und Sicherheitsstandards aufrechterhalten werden.

- Identifikation und Prüfung von Optionen für die Gewährleistung und Verbesserung des Zugangs zu den benötigten medizinischen Dienstleistungen. Bei Bedarf Überarbeitung des Leistungsumfangs und gegebenenfalls Kürzung von Nebenleistungen, damit die kosteneffizientesten Dienste der gesamten Bevölkerung zur Verfügung stehen. Gegebenenfalls Nutzung von Forschungsergebnissen zur Klärung streitiger Fragen.
- Alle Beteiligten sollten stets daran erinnert werden, dass Ungleichbehandlungen im Gesundheitswesen reduziert werden müssen (im Sinne der WHO-Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit und der Tallinn-Charta), u. a. durch Analyse und Überwachung der Ursachen von Ungleichbehandlung mithilfe zuverlässiger Gesundheitsindikatoren, und dass das Armutrisiko nur verringert werden kann, wenn der Zugang zu den Gesundheitsdiensten verbessert wird. Die Sozial- und Wirtschaftspolitik ist ein wichtiger Faktor für einen ausgewogenen Zugang zu Gesundheitsangeboten, die allen gesellschaftlichen Gruppen zugutekommen, und für den Schutz vor krankheitsbedingten Benachteiligungen.