

This *newsletter* is also available in English.  
 Cette *newsletter* est également disponible en français.

## Bekämpfung von Armut und Ausgrenzung: Ab dem 1. Lebenstag

Der Kampf gegen Armut und Benachteiligung von Kindern steht im Mittelpunkt der Initiativen der Europäischen Kommission zur Förderung der sozialen Eingliederung im Jahr 2007. Die Mitgliedstaaten stellten sich bereits im Frühjahr 2006 der vom Europäischen Rat lancierten Herausforderung, der Eindämmung von Kinderarmut Vorrang einzuräumen, um den Kreislauf der "vererbten" Deprivation zu durchbrechen. Auf diese Weise soll gewährleistet werden, dass die Kleinsten mit den bestmöglichen Voraussetzungen ins Leben gehen.

Das Netzwerk der unabhängigen ExpertInnen, das zur Unterstützung des Programms Peer Review und Bewertung im Bereich soziale Eingliederung eingerichtet wurde, stellt derzeit einen Bericht zusammen, in dem eine Beurteilung der Bemühungen der EU-Mitgliedstaaten enthalten ist. Die Veröffentlichung ist für einen späteren Zeitpunkt in diesem Jahr geplant. Das Dokument untersucht Politikmaßnahmen zugunsten der Eingliederung von Kindern und Jugendlichen sowie zur Förderung des Zugangs zu Diensten wie Kinderbetreuung, Schulen und annehmbaren Wohnungen.

Gleichzeitig wird an die Nationalregierungen ein Fragebogen über Kinderarmut und soziale Ausgrenzung ausgesickt. Die Ergebnisse fließen in den Gemeinsamen Bericht über Sozialschutz und soziale Eingliederung 2008 der Kommission und des Rates ein.

Des Weiteren hat der Ausschuss für Sozialschutz innerhalb der Untergruppe "Indikatoren" eine Projektgruppe zu Kinderarmut und Kinderwohlfahrt eingesetzt. Auf der Grundlage des Berichts dieser Gruppe und der anderen Informationen, die bis dahin gesammelt werden, wird der Ausschuss Anfang Oktober eine Peer Review zu diesem Thema veranstalten.

<sup>1</sup> COM (2007) 13 final

Gute vorschulische Betreuungseinrichtungen und Maßnahmen zur Eindämmung von Schulabbruch können als Schlüsselemente einer erfolgreichen Politik angesehen werden. Daneben verdient auch die Situation von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten ein besonderes Augenmerk. Aus Sicht der Kommission besteht hier für die Mitgliedstaaten ein beträchtlicher Spielraum, um aus gegenseitigem Lernen und dem Austausch bewährter Verfahrensweisen Nutzen zu ziehen und so Einblicke in optimale Möglichkeiten zur Eindämmung des Deprivationskreislaufs zu erlangen.

## Schlüsselbotschaften für weitere Maßnahmen

In ihrer Januar-Mitteilung<sup>1</sup> trifft die Kommission die Feststellung, dass sich die Offene Methode der Koordinierung (OMK) bereits insofern bewährt habe, als sie die Mitgliedstaaten in ihrem Streben nach größerem sozialem Zusammenhalt unterstütze. Die OMK trage zur Einbeziehung von Stakeholdern auf nationaler und europäischer Ebene bei. Beispielsweise legen die Mitgliedstaaten bei der Eingliederung

<b>Bekämpfung von Armut und Ausgrenzung: Ab dem 1. Lebenstag</b>	<b>1</b>
Schlüsselbotschaften für weitere Maßnahmen	1
<b>Delta: Eine zentrale Anlaufstelle für Rehabilitationsdienste</b>	<b>2</b>
Neue Arbeitsweisen	3
<b>Versorgungslücken im Gesundheitswesen schließen</b>	<b>4</b>





benachteiligter Gruppen in den Arbeitsmarkt den Schwerpunkt zunehmend auf aktive Einbeziehung und bedarfsgerechte Unterstützungsleistungen, wobei sie auf eine Versorgung mit angemessenen Mindestressourcen für alle achten. Gleichzeitig treten die Förderung der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit (vgl. die schwedische Peer Review in diesem Newsletter) und das Zurückgreifen auf einen "Bottom-up" Ansatz unter Einbeziehung lokaler LeistungsempfängerInnen als weitere wichtige Strategien zu Tage. Parallel dazu fungieren Bewertung und Monitoring als unerlässliche Begleitwerkzeuge. Dennoch ist weiteres Verbesserungspotenzial gegeben, und einige Fragen wie die geschlechterbezogenen Dimensionen müssen verstärkt berücksichtigt werden.

Den Mitgliedstaaten wird auch immer deutlicher bewusst, dass Wirtschafts- und Arbeitsmarktreformen im Zusammenhang mit der Neuauflage der Lissabon-Strategie dazu beitragen müssen, die soziale Kohäsion zu stärken; im Gegenzug müssen sozialpolitische Maßnahmen einen Beitrag zum Wirtschaftswachstum leisten. Adam Tyson, Leiter des für Streamlining der Sozialpolitik zuständigen Referats (GD Beschäftigung und soziale Angelegenheiten) bestätigt: "Soziale Zielsetzungen wurden im letzten Jahr verstärkt in breiter gefassten Strategien berücksichtigt." Er fügt hinzu, es sei "noch ein weiter Weg, bis sich soziale Eingliederung als vollständiger Bestandteil der nationalen Reformprogramme der Mitgliedstaaten behauptet". Der Prozess der so genannten "Eingangs- und Ausgangsindikatoren" wird im zweiten Bericht des ExpertInnennetzwerks behandelt (Ende 2007).

## Delta: Eine zentrale Anlaufstelle für Rehabilitationsdienste

"Wir wollten dafür sorgen, dass die Menschen nicht mehr von einem Dienst zum nächsten weitergereicht werden und nirgendwo die benötigte Unterstützung finden. Es ist wichtig, dass wir im selben Gebäude untergebracht sind, denn die Menschen kommen mit vielen unterschiedlichen Problemen zu uns, sodass es verschiedenste Fachleute braucht, die sich um sie kümmern und entscheiden, wie ihnen am besten geholfen werden kann."

Annika Lundin leitet die Stelle für medizinische Grundversorgung in Hisingen (Göteborg, Schweden), die in das Delta-Projekt eingebunden ist. Das interdisziplinäre Zentrum bietet Menschen mit dem größten Betreuungsbedarf integrierte Rehabilitationsdienste. Frau Lundin ist begeistert von diesem bahnbrechenden Konzept.

"Wir sparen Geld, da die Erkrankungsrate zurückgeht. Die PatientInnen erhalten eine bessere Versorgung, und am Arbeitsplatz herrscht ein besseres Klima. Unsere Begutachtung belegt, dass die KundInnen zufrieden sind und sich hier sicher fühlen", so Lundin. "Ein wichtiger Punkt ist, dass die Sozialversicherung im selben Haus untergebracht ist. Die Reaktionszeit ist einfach

kürzer, wenn eine Ansprechperson zugegen ist und nicht erst ein langwieriger Briefwechsel stattfinden muss."

Die Peer Review-Sitzung vom Dezember 2006 beschäftigte sich mit dem schwedischen Rahmenwerk zur Finanzkoordinierung, das 2004 per Gesetzesbeschluss landesweit ausgedehnt wurde. Die Regelung ermöglicht, dass die Sozialversicherung, Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung sowie Arbeitsmarktdienste und kommunale Sozialbetreuungsstellen einen Teil ihrer Budgets zusammenlegen, um die 5 % der Bevölkerung, die als mehrfach benachteiligt angesehen werden, ganzheitlich zu unterstützen. Viele EU-Länder sind auf der dringenden Suche nach einem ganzheitlichen Konzept für den Umgang mit den sozial am stärksten Ausgegrenzten und den Menschen, die auf dem Arbeitsmarkt am weitesten im Abseits stehen. Entsprechend groß war das Interesse am schwedischen Modell.



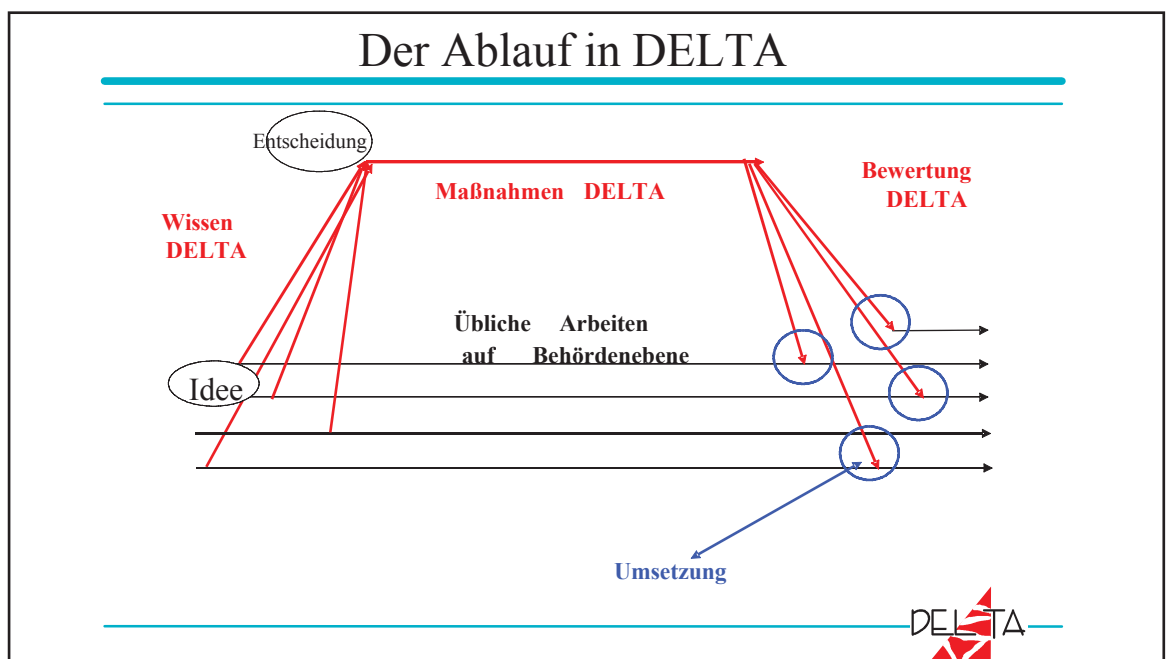
## Neue Arbeitsweisen

Anlässlich der Tagung stand auch ein Besuch bei Delta auf dem Programm, einem seit 1997 laufenden Pilotprojekt. Keith Alsterlind kümmert sich um "SANNA", einen der zehn Tätigkeitsbereiche von Delta, bei dem Menschen mit Drogen- und Alkoholproblemen beim Wiedereinstieg in die Arbeitswelt unterstützt werden sollen. "Wir sorgen dafür, dass Menschen nicht länger im Kreis laufen. Wir wollen ihnen eine echte Hilfe bieten", erklärt er. Beim Projektstart mussten die verschiedenen beteiligten FachvertreterInnen neue Wege der Zusammenarbeit finden. "Wir waren uns in kaum einem Punkt einig", gesteht er ein - doch allmählich passten die Beteiligten ihre Arbeitsweisen an. 2005 erhielten 25 der 68 in SANNA Betreuten eine Arbeit. Zwar handelte es sich zu 2/3 um gestützte Arbeitsplätze, doch immerhin gingen die Betroffenen zu einem wirtschaftlich aktiven Leben über, begannen Steuern zu zahlen und waren nicht länger auf Sozialhilfe angewiesen. "Ohne diese Zusammenarbeit wäre ein so gutes Ergebnis nicht möglich gewesen. Wir haben bewiesen, dass es ein guter Ansatz ist,

um die Schwächsten der Gesellschaft zu unterstützen", meint Keith Alsterlind.

Cecilia Abrahamsson leistete die Prozessbegleitung für Delta. Sie beschrieb, wie sich eine Tätigkeit aus einer Idee heraus entwickelt, um einem spezifischen Bedürfnis gerecht zu werden. Werden Menschen in mehrere Disziplinen umspannenden Teams zusammengebracht, entstehen nicht nur neues Wissen und neue Kenntnisse, es wird auch mehr Handlungsfähigkeit freigesetzt. Delta betreut pro Jahr an die 4.000 KundInnen, die meisten - wenn nicht alle - arbeitslos. Das Ziel ist es, sie für den Arbeitsmarkt "fit" zu machen.

Die TeilnehmerInnen der Peer Review waren sich einig, dass Delta ein innovatives Beispiel einer bewährten Verfahrensweise darstellt, und betonten die Wichtigkeit langfristiger Finanzierungen, um Ergebnisse zu erzielen. Die Festigung der Zusammenarbeit erfordert Zeit, da sie eine Änderung der Haltungen und Arbeitskulturen voraussetzt.



Ideen für Rehabilitationsaktivitäten werden in Delta umgesetzt und bewertet, bevor sie möglicherweise zu dauerhaften Programmen ausgebaut werden.



## Versorgungslücken im Gesundheitswesen schließen

Universeller Zugang, qualitativ hochstehende Versorgungsleistungen und Nachhaltigkeit: So lauten die wichtigsten Ziele der EU und der Mitgliedstaaten im Bereich der Gesundheitsversorgung. Ohne Zweifel wurden in den letzten Jahrzehnten in ganz Europa deutliche Verbesserungen im Gesundheitsbereich verwirklicht. Doch obwohl ein gleichberechtigter, universeller Zugang zu medizinischer Fürsorge angepeilt wird, gibt es in der Praxis noch Versorgungslücken. Unter den Mitgliedstaaten und sogar auf einzelstaatlicher Ebene sind beträchtliche Unterschiede festzustellen, was den Gesundheitszustand der Menschen anbelangt. In jedem EU-Land sind Menschen mit höheren Einkommen tendenziell gesünder als Einkommenschwächere. Warum? Und was kann dagegen unternommen werden?

ExpertInnen aus zehn EU-Ländern trafen am 17./18. Januar in Budapest zusammen, um Antworten zu finden. Diese erste Peer Review zur Gesundheitspolitik wurde im ungarischen Gesundheitsministerium abgehalten, das derzeit mit einer umfassenden Gesundheitsreform befasst ist. Die ungarische Regierung hält Neuerungen für unverzichtbar, wofür mehrere Gründe ins Treffen geführt wurden: Eine hohe Morbiditäts- und Sterberate im Land; Zielkonflikte zwischen der übergeordneten Gesundheitspolitik und einzelnen Institutionen; mangelnde finanzielle und professionelle Transparenz des Systems - weit verbreitete "inoffizielle Vergütung" von medizinischen Leistungen; und sich verändernde Bedürfnisse, u. a. aufgrund der raschen Bevölkerungsalterung.

Das Hauptanliegen der Review war eine Bestandsaufnahme der von der ungarischen Regierung gewählten Abstellmaßnahmen. Diese umfassen neben der Festschreibung neuer Schwerpunktgebiete wie Krebsforschung, Kardiologie, Pädiatrie und Notfallmedizin auch die Einbindung der Langzeitbetreuung in die Gesundheitsversorgung und Anpassungen der Bettenkapazitäten in den Krankenhäusern. Umstrittener ist die Einführung eines "Selbstbezalts" von etwas mehr als 1 € je Arztbesuch bzw. pro

Krankenhaustag. Allerdings sind knapp vier der zehn Millionen EinwohnerInnen Ungarns davon befreit.

Ein weiterer hitzig debattierter Vorschlag betraf die mögliche Einführung eines Krankenkassensystems, bei dem mehrere Kassen zueinander in Wettbewerb stehen; zum Zeitpunkt der Review war noch keine Entscheidung gefallen. Mehrere TeilnehmerInnen der Peer Review meldeten Skepsis ob dieser Maßnahme an. Ein Einwand lautete, dass in Ländern mit einem marktbasieren Krankenkassenwesen die Verwaltungskosten bis zu 20 % des gesamten Gesundheitsbudgets verschlingen, während dieser Anteil in Systemen mit alleinverantwortlichen Krankenkassenträgern bei nur 1,5 % liegt. Der ungarische Staatssekretär ging jedoch davon aus, dass der administrative Aufwand nur etwa die Hälfte der Einsparungen aus den Selbstbezalten und ggf. durch das Mehrkassensystem ausmachen würde. Die TeilnehmerInnen warfen zudem die Frage auf, ob ein Kassenwettbewerb nicht zu einer Einschränkung der Basisversorgungsleistungen führen würde, und ob die Unternehmen nicht zu einer KundInnenauswahl nach "Risikokriterien" übergehen würden, bei der AnwärterInnen mit wahrscheinlichem Behandlungsbedarf abgelehnt würden. Der Staatssekretär erwiderte, dass alle Kassen ein vom Staat vorgeschriebenes Mindestleistungspaket anbieten müssten und zur Aufnahme aller InteressentInnen verpflichtet wären.

Das Budapester Seminar förderte eine Reihe von gesundheitspolitischen Punkten zu Tage, die europaweite Relevanz besitzen und an den Ausschuss für Sozialschutz der EU übermittelt werden. Es wurde klar herausgestellt, dass ein gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsversorgung mehr bedeuten muss als bloß die Gleichbehandlung aller. Wie aber können die Bedürfnisse verschiedener sozio-ökonomischer Gruppen und verschiedener Regionen erfüllt werden? Auf welche Weise können Menschen, die tendenziell aus dem medizinischen Versorgungsnetz herausfallen, an das System herangeführt werden? Wie



kann den Folgen des "Inverse care law" entgegengewirkt werden, jenes widersinnigen Prinzips, demzufolge diejenigen, die am meisten gesundheitsbezogene Angebote benötigen, tendenziell weniger erhalten, während jene mit dem geringsten Bedarf Gesundheitsdienste vermehrt (und wirksamer) in Anspruch nehmen? Was kann dagegen unternommen werden, dass die Pflegekapazitäten dort ausgebaut werden, wo der geringste Bedarf besteht, während gleichzeitig der Zugang zur und die Qualität der Gesundheitsversorgung dort, wo der Bedarf am größten ist, nach wie vor Beschränkungen unterliegen? Kann der Markt Abhilfe schaffen? Welchen Stellenwert können Selbstbehalte und finanzielle Anreize haben? Welche Rolle könnte der Versorgungskoordination zukommen? Wo ist in der Ausgestaltung von Gesundheitspolitik die Trennlinie zwischen Interessenvertretungen und Lobbys zu ziehen? Wie können Dienste zum Ausbau der Vorsorgemedizin umorganisiert werden? Welches Potenzial hat Technologie zu bieten? Wie lassen sich die Wartezeiten verkürzen? Wie können Gesundheitserziehung, Bewusstseinsbildung und Aufklärung verstärkt werden? Wie können die Datenerhebung und das Monitoring zum Gesundheitszustand sowie zum Zugang zu bzw. zur Nutzung von Diensten durch verschiedene Bevölkerungsgruppen verbessert werden? Welche Querverbindungen müssen zu Politikansätzen in anderen Bereichen hergestellt werden - z. B. zu den Maßnahmen gegen Arbeitslosigkeit und soziale Ausgrenzung? Die größten medizinischen Versorgungslücken treten in den Mitgliedstaaten in Grenzregionen auf - wäre eine grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitswesen eine mögliche Lösung? Wie können die Strukturfonds der EU zur Gesundheitsförderung und zum Schließen der Infrastrukturlücken in den ärmeren Regionen Europas eingesetzt werden? Die Debatte steht erst am Anfang.