



**RAT DER
EUROPÄISCHEN UNION**



9507/04 (Presse 163)

(OR. en)

MITTEILUNG AN DIE PRESSE

2586. Tagung des Rates

Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz

Luxemburg, den 1./2. Juni 2004

Präsident **Mary COUGHLAN, T.D.**
Ministerin für soziale und Familienangelegenheiten
Frank FAHEY, T.D.
Staatsminister im Ministerium für Unternehmen, Handel und
Beschäftigung (mit besonderer Zuständigkeit für
Arbeitnehmerfragen einschließlich Ausbildung)
Willie O'DEA, T.D.
Staatsminister im Ministerium für Justiz, Gleichberechtigung und
Rechtsreform (mit besonderer Zuständigkeit für Fragen der
Gleichberechtigung einschließlich der Problematik von
Behinderungen)
Micheál MARTIN, T.D.
Minister für das Gesundheitswesen und für Kinder

Irlands

P R E S S E

Rue de la Loi 175 B – 1048 BRÜSSEL Tel. +32 (0)2 285 8716 / 6319 Fax: +32 (0)2 285 8026
press.office@consilium.eu.int <http://ue.eu.int/Newsroom>

9507/04 (Presse 163)

1
DE

Wichtigste Ergebnisse der Ratstagung

Der Rat erzielte eine politische Einigung über den Entwurf einer Verordnung, mit der die Verordnung 1408/71 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit aktualisiert werden soll, um den jüngsten Änderungen in nationalen Rechtsvorschriften und den jüngsten Urteilen des Europäischen Gerichtshofs Rechnung zu tragen.

Außerdem erzielte der Rat eine politische Einigung über die beschäftigungspolitischen Leitlinien und Empfehlungen für 2004.

Der Rat änderte die Verhandlungsrichtlinien der Kommission hinsichtlich der Revision der Internationalen Gesundheitsvorschriften im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Er nahm einen Beschluss über den Abschluss des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakkonsums durch die Gemeinschaft an.

INHALT¹

TEILNEHMER	5
-------------------------	----------

ERÖRTERTE PUNKTE

BESCHÄFTIGUNG / SOZIALPOLITIK / GLEICHSTELLUNG	7
– KOORDINIERUNG DER SYSTEME DER SOZIALEN SICHERHEIT - ÄNDERUNGEN .	7
– AUSSCHUSS FÜR SOZIALSCHUTZ	8
– BESCHÄFTIGUNGSPAKET 2004.....	9
– Beschäftigungspolitische Leitlinien	9
– Beschäftigungspolitische Empfehlungen	9
– EUROPÄISCHES INSTITUT FÜR GLEICHSTELLUNGSFRAGEN.....	11
– GLEICHBEHANDLUNG VON FRAUEN UND MÄNNERN	12
GESUNDHEIT	13
– HERZGESUNDHEIT - Schlussfolgerungen des Rates	13
– ELEKTRONISCHE DIENSTE IM GESUNDHEITSWESEN - Schlussfolgerungen des Rates	21
– BEREITSCHAFTSPLANUNG FÜR EINE INFLUENZAPANDEMIE - Schlussfolgerungen des Rates	28
– MOBILITÄT VON PATIENTEN UND DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG - Schlussfolgerungen des Rates	31
– LANGZEITPFLEGE.....	38
– INTERNATIONALE GESUNDHEITSVORSCHRIFTEN.....	39
– DIE PROBLEMATIK ALKOHOL UND JUNGE MENSCHEN - Schlussfolgerungen des Rates	40
– ASTHMA BEI KINDERN - Schlussfolgerungen des Rates.....	42
– ANGABEN ÜBER LEBENSMITTEL	46
– ZUSATZ VON VITAMINEN UND MINERALSTOFFEN ZU LEBENSMITTELN	47

¹

- Sofern Erklärungen, Schlussfolgerungen oder Entschlüsse vom Rat förmlich angenommen wurden, ist dies in der Überschrift des jeweiligen Punktes angegeben und der Text in Anführungszeichen gesetzt.
- Dokumente, bei denen die Dokumentennummer im Text angegeben ist, können auf der Website des Rates <http://ue.eu.int> eingesehen werden.
- Rechtsakte, zu denen der Öffentlichkeit zugängliche Erklärungen für das Ratsprotokoll vorliegen, sind durch * gekennzeichnet; diese Erklärungen können auf der genannten Website des Rates abgerufen werden oder sind beim Pressedienst erhältlich.

SONSTIGES 48

SONSTIGE ANGENOMMENE PUNKTE

GESUNDHEIT

- Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakkonsums I

TEILNEHMER

Die Regierungen der Mitgliedstaaten und die Europäische Kommission waren wie folgt vertreten:

Belgien:

Marie ARENA

Frank VANDERBROUCKE

Rudy DEMOTTE

Ministerin des öffentlichen Dienstes, der Sozialen
Integration und der Großstädtepolitik
Minister der Arbeit und der Pension
Minister der Sozialen Angelegenheiten und der
Volksgesundheit

Tschechische Republik:

Zdeněk ŠKROMACH

Jozef KUBINYI

Minister für Arbeit und Soziales
Minister für Gesundheit

Dänemark:

Henriette KJÆR

Ministerin für soziale Fragen und Ministerin für
Gleichberechtigung

Deutschland:

Marion CASPERS-MERK

Ulla SCHMID

Parlamentarische Staatssekretärin bei der
Bundesministerin für Gesundheit und soziale Sicherung
Bundesministerin für Gesundheit und soziale Sicherung

Estland:

Marko POMERANTS

Minister für Soziales

Griechenland:

Panos PANAGIOTOPOULOS

Nikitas KAKLAMANIS

Minister für Beschäftigung und soziale Sicherung
Minister für Gesundheit und soziale Solidarität

Spanien:

Jesús CALDERA SÁNCHEZ-CAPITÁN

Elena SALGADO MÉNDEZ

Minister für Arbeit und Soziales
Ministerin für Gesundheit und Verbraucherschutz

Frankreich:

Gérard LARCHER

Beigeordneter Minister beim Minister für Beschäftigung,
Arbeit und sozialen Zusammenhalt, zuständig für
Arbeitsbeziehungen

Irland:

Mary COUGHLAN, T.D.

Willie O'DEA, T.D.

Frank FAHEY, T.D.

Micheál MARTIN

Ministerin für soziale und Familienangelegenheiten
Staatsminister im Ministerium für Justiz,
Gleichberechtigung und Rechtsreform
Staatsminister im Ministerium für Unternehmen, Handel
und Beschäftigung
Minister für das Gesundheitswesen und für Kinder

Italien:

Girolamo SIRCHIA

Minister für das Gesundheitswesen

Zypern:

Christos TALIADOROS

Andreas TRYFONIDES

Minister für Arbeit und Soziales
Staatssekretär im Ministerium für Gesundheit

Lettland:

Dagnija STAĶE

Rinalds MUCIŅŠ

Ministerin für Wohlfahrt
Minister für Gesundheit

Litauen:

Rimantas KAIRELIS

Juozas OLEKAS

Staatssekretär im Ministerium für soziale Sicherheit und
Arbeit
Minister für Gesundheit

Luxemburg:

Marie-Josée JACOBS

François BILTGEN

Carlo WAGNER

Ministerin für die Familie, die gesellschaftliche Solidarität
und die Jugend, Ministerin für Frauenförderung
Minister für Arbeit und Beschäftigung
Minister für Gesundheit und soziale Sicherheit

Ungarn:

Gábor CSIZMÁR

Ferencné JAKAB

Politischer Staatssekretär, Ministerium für Arbeit und
ArbeitsmarktfragenAdministrative Staatssekretärin, Ministerium für
Gesundheit, Soziales und Familie**Malta:**

Helen D'AMATO

Parlamentarische Staatssekretärin für ältere Menschen und
gemeindenaher Fürsorge, Ministerium für Gesundheit,
ältere Menschen und gemeindenaher Fürsorge**Niederlande:**

Aart Jan DE GEUS

Hans HOOGERVORST

Minister für soziale und Arbeitsmarktfragen

Minister für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport

Österreich:

Herbert HAUPT

Maria RAUCH-KALLAT

Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und
Konsumentenschutz

Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

Polen:

Krzysztof PATER

Wiktor MASŁOWSKI

Staatssekretär, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und
Soziales

Unterstaatssekretär, Ministerium für Gesundheit

Portugal:

Nuno MORAIS SARMENTO

Teresa CAEIRO

Luís Filipe PEREIRA

Minister im Amt des Premierministers

Staatssekretärin für soziale Sicherheit

Minister für Gesundheit

Slowenien:

Vlado DIMOVSKI

Dušan KEBER

Minister für Arbeit, Familie und Soziales

Minister für Gesundheit

Slowakei:

Eudovít KANÍK

Rudolf ZAJAC

Minister für Arbeit, Soziales und Familie

Minister für Gesundheit

Finnland:

Tarja FILATOV

Liisa HYSSÄLÄ

Ministerin für Arbeit

Ministerin für Gesundheit und soziale Dienste

Schweden:

Mona SAHLIN

Lars ENGQVIST

Ministerin im Ministerium der Justiz, zuständig für
Demokratie- und Integrationsfragen sowie Fragen der
Gleichberechtigung

Minister für soziale Angelegenheiten

Vereinigtes Königreich:

Andrew SMITH

Jacqui SMITH

John HUTTON

Minister für Arbeit und Altersversorgung

Staatsministerin für Industrie und die Regionen und

Stellvertretende Ministerin für Frauen und

Gleichberechtigung

Staatsminister für Gesundheit

Kommission:

Stavros DIMAS

David BYRNE

Mitglied

Mitglied

Andere Teilnehmer:

Theo LANGEJAN

Mats WADMAN

Vorsitzender des Ausschusses für Sozialschutz

Vorsitzender des Beschäftigungsausschusses

ERÖRTERTE PUNKTE

BESCHÄFTIGUNG / SOZIALPOLITIK / GLEICHSTELLUNG

– ***KOORDINIERUNG DER SYSTEME DER SOZIALEN SICHERHEIT - ÄNDERUNGEN***

Der Rat erzielte eine politische Einigung über einen Entwurf einer Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Aktualisierung der Verordnung 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Personen, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern. Durch diesen Verordnungsentwurf soll den jüngsten Änderungen in nationalen Rechtsvorschriften sowie den Entwicklungen der ständigen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs Rechnung getragen werden.

Mit dem Textentwurf wird die Liste der beitragsunabhängigen Sonderleistungen¹, die nicht exportiert werden können, da sie ausschließlich in dem Mitgliedstaat zu gewähren sind, in dem der Begünstigte ansässig ist, beträchtlich gekürzt, und zwar insbesondere in Bezug auf Sozialleistungen und Beihilfen für Behinderte. Es wird davon ausgegangen, dass die Hindernisse für die Freizügigkeit in der Europäischen Union durch diese Verbesserung weiter abgebaut werden.

Weitere Änderungen ermöglichen es, Zeiten, die in einem anderen Mitgliedstaat verbracht wurden, bei der Berechnung der Mindestversicherungszeit, die zuweilen für den Anspruch auf Leistungen gefordert wird, einzubeziehen, bzw. regeln die Anwendbarkeit bilateraler Sozialversicherungsabkommen zwischen Mitgliedstaaten, wenn diese für die Begünstigten vorteilhafter sind.

Der gebilligte Text wird, nachdem er in allen Gemeinschaftssprachen überarbeitet worden ist, in Form eines gemeinsamen Standpunkts ohne weitere Aussprache auf einer der nächsten Tagungen des Rates verabschiedet und dem Europäischen Parlament zur zweiten Lesung zugeleitet werden.

*Nähere Informationen finden Sie in folgenden Dokumenten auf der Internetseite des Rates:
Dok. 12094/03 und 9020/04.*

¹ Leistungen, die aus dem Staatshaushalt und nicht durch Beiträge finanziert werden.

– **AUSSCHUSS FÜR SOZIALSCHUTZ**

Der Rat gelangte zu einer politischen Einigung über den Entwurf eines Beschlusses zur Wiedereinsetzung des Ausschusses für Sozialschutz, der sich auf eine besondere, aus dem Vertrag von Nizza abgeleitete Rechtsgrundlage stützt (Artikel 144 des Vertrags).

Der Beschlussentwurf stellt im Wesentlichen auf Verfahrensaspekte ab, wobei allerdings die Ziele des Ausschusses in Anbetracht der neuen Rechtsgrundlage neu definiert worden sind.

Der gebilligte Text wird, nachdem er in allen Gemeinschaftssprachen überarbeitet worden ist, auf einer der nächsten Tagungen des Rates verabschiedet werden.

*Nähere Informationen finden Sie in folgenden Dokumenten auf der Internetseite des Rates:
Dok. 11000/03, 9682/04 und 9680/04.*

– **BESCHÄFTIGUNGSPAKET 2004**

– **Beschäftigungspolitische Leitlinien**

Der Rat erzielte eine politische Einigung zu einem Entwurf eines Beschlusses über die Leitlinien für beschäftigungspolitische Maßnahmen der Mitgliedstaaten für das Jahr 2004.

In Einklang mit der vor kurzem vorgenommenen Straffung der wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Dreijahreskoordinierung enthält der Textentwurf für das Jahr 2004 die Leitlinien, die im Anhang zum Beschluss des Rates vom 22. Juli 2003 enthalten sind¹. Die beschäftigungspolitischen Leitlinien werden die Grundlage für die nationalen beschäftigungspolitischen Aktionspläne bilden, die die Mitgliedstaaten bis spätestens Oktober 2004 vorzulegen haben.

– **Beschäftigungspolitische Empfehlungen**

Der Rat gelangte ferner zu einer politischen Einigung über den Entwurf einer Empfehlung zur Durchführung der Beschäftigungspolitik der Mitgliedstaaten, die die Empfehlung des Rates vom 22. Juli 2003 ersetzt.

In dem Textentwurf werden als Maßnahmen, denen die Mitgliedstaaten und die Sozialpartner sofort Vorrang einräumen sollten, die politischen Aussagen des Berichts der Taskforce Beschäftigung angeführt, deren Vorsitz Wim Kok geführt hat:

- die Anpassungsfähigkeit der Arbeitskräfte und der Unternehmen steigern,
- mehr Menschen auf den Arbeitsmarkt bringen und dort halten und dafür sorgen, dass Arbeit sich für alle lohnt,
- mehr und effizienter in Humankapital und lebenslanges Lernen investieren,
- durch eine bessere Politikgestaltung sicher stellen, dass die Reformen tatsächlich umgesetzt werden.

Darüber hinaus werden für jeden einzelnen Mitgliedstaat spezielle Empfehlungen ausgesprochen und Prioritäten gesetzt.

Die Textentwürfe werden, nachdem sie in allen Gemeinschaftssprachen überarbeitet worden sind, ohne weitere Aussprache auf einer der nächsten Tagungen des Rates verabschiedet werden.

¹ ABl. L 197 vom 5.8.2003, S. 13.

Der Rat vereinbarte außerdem, die Texte dem Europäischen Rat auf seiner Tagung vom 17./18. Juni 2004 zur Billigung vorzulegen.

In Übereinstimmung mit der Betonung, die im Beschäftigungspaket 2004 auf die Durchführung gelegt wird, führte der Rat eine Aussprache, bei der er sich auf einen Vermerk des Vorsitzes zur Rolle von Investitionen in Humankapital sowie des Europäischen Sozialfonds bei der Umsetzung der beschäftigungspolitischen Empfehlungen stützte.

Die Delegationen wurden gebeten, sich insbesondere zu den nationalen Erfahrungen und Ergebnissen zu äußern, die sie in Bezug auf folgende Themen erzielt haben:

- die Integration älterer Arbeitnehmer in den Arbeitsmarkt,
- die berufliche Bildung,
- der Einsatz von ESF-Mitteln zum Aufbau einer Wissensgesellschaft,
- die Modernisierung der öffentlichen Arbeitsvermittlung,
- der Einsatz von ESF-Mitteln zur Erhöhung der Chancengleichheit beim Zugang zum Arbeitsmarkt.

*Nähere Informationen finden Sie in folgenden Dokumenten auf der Internetseite des Rates:
Dok.9593/04, 9400/04, 9549/04, 8076/04 und 9296/04.*

– **EUROPÄISCHES INSTITUT FÜR GLEICHSTELLUNGSFRAGEN**

Der Rat führte eine Aussprache über die Vorteile der Einrichtung eines Europäischen Instituts für Gleichstellungsfragen.

Insbesondere befasst sich der Rat mit den Fragen, die bei der künftigen Erstellung von detaillierten Vorschlägen zur Einrichtung eines solchen Instituts erwogen werden müssen.

Die Delegationen stimmten vom Grundsatz her der Einrichtung eines solchen Instituts voll und ganz zu und hoben gleichzeitig hervor, dass es einer Einrichtung bedürfe, die einen Mehrwert habe, aber keine Doppelarbeit zu bereits vorhandenen Tätigkeiten auf diesem Gebiet leiste. Es wurde ebenfalls darauf verwiesen, dass Haushaltsneutralität gegeben sein müsse.

Die Beratungen vom heutigen Tage knüpften an eine informelle Tagung der für Gleichstellung zuständigen Minister in Limerick vom 7. Mai an und sind auch vor dem Hintergrund der im Dezember 2000 in Nizza gebilligten Europäischen Sozialagenda zu sehen, in der der Europäische Rat zur Einrichtung eines europäischen "Gender-Instituts" und zur Erstellung einer Durchführbarkeitsstudie aufgerufen hat.

Nach den Ergebnissen der Durchführbarkeitsstudie der Kommission gibt es einen eindeutigen Bedarf für ein derartiges Institut, das einige der Aufgaben zu übernehmen hätte, mit denen sich bereits bestehende Einrichtungen nicht beschäftigen, und zwar speziell Aufgaben in folgenden Bereichen:

- Fragen der Koordinierung;
- Zentralisierung und Verbreitung von Informationen;
- die verstärkte Sensibilisierung für Gleichstellungsfragen;
- die Bereitstellung von Werkzeugen für das Gender Mainstreaming.

*Nähere Informationen finden Sie in folgendem Dokument auf der Internetseite des Rates:
Dok. 9654/04.*

– **GLEICHBEHANDLUNG VON FRAUEN UND MÄNNERN**

Der Rat führte eine Orientierungsaussprache über den Vorschlag für eine Richtlinie des Rates zur Anwendung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Frauen und Männern beim Zugang zu Gütern und Dienstleistungen und bei der Versorgung mit diesen.

Die Beratungen konzentrierten sich auf den Gesamtansatz, mit dem die Kommission an die Frage der Gleichbehandlung von Frauen und Männern außerhalb des Beschäftigungsbereichs herangegangen ist, und stützten sich auf folgende Fragen des Vorsitzes:

- a) Sind die Minister für die vorgeschlagene Richtlinie und sind sie der Ansicht, dass der Grundsatz der Gleichbehandlung von Frauen und Männern im Bereich von Gütern und Dienstleistungen im Rahmen des Stufenplans der Kommission für die Gleichstellung der Geschlechter in anderen Bereichen als dem der Beschäftigung eingeführt werden sollte?
- b) Sind die Minister unter Berücksichtigung der Folgen für den Kunden und die Versicherungsbranche der Ansicht, dass ein Verbot von auf dem Geschlecht basierenden versicherungsmathematischen Faktoren bei Versicherungen und verwandten Dienstleistungen im Sinne dieser Richtlinie wesentlicher Bestandteil der Richtlinie ist und dass die Anwendung solcher Faktoren als unannehmbare Diskriminierung verboten werden sollte?
- c) Falls Frage b) mit "Ja" beantwortet wird, sollten bezüglich der auf dem Geschlecht basierenden versicherungsmathematischen Faktoren Teillösungen geprüft werden, wonach beispielsweise
 - das Verbot von auf dem Geschlecht basierenden versicherungsmathematischen Faktoren lediglich für die Berechnung der Prämien und Leistungen gelten würde, nicht jedoch für die Berechnung der Risiken;
 - die Übergangsfrist über die von der Kommission vorgeschlagenen sechs Jahre nach Umsetzung der Richtlinie hinaus verlängert würde;
 - je nach Art des Versicherungsprodukts unterschiedliche Lösungen gewählt würden?
- d) Oder sind die Minister der Ansicht, dass die Anwendung von auf dem Geschlecht basierenden versicherungsmathematischen Faktoren weiterhin erlaubt sein sollte, sofern sich diese Faktoren auf objektive Statistiken stützen?

*Nähere Informationen finden Sie in folgenden Dokumenten auf der Internetseite des Rates:
Dok. 14812/03 und 9426/1/04.*

GESUNDHEIT

– *HERZGESUNDHEIT - Schlussfolgerungen des Rates*

Der Rat führte eine Aussprache über die Notwendigkeit, die Herzgesundheit zu fördern, und nahm die folgenden Schlussfolgerungen an:

"DER RAT DER EUROPÄISCHEN UNION

1. NIMMT ZUR KENNTNIS, dass die Bürger der Europäischen Union einem möglichst guten Gesundheitszustand große Bedeutung beimessen und in ihm eine wesentliche Voraussetzung für eine hohe Lebensqualität sehen;
2. ERINNERT daran, dass
 - nach Artikel 152 des Vertrags die Tätigkeit der Gemeinschaft die Politik der Mitgliedstaaten ergänzt und auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet ist. Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt;
 - der Rat und die im Rat vereinigten Minister der Mitgliedstaaten für das Gesundheitswesen am 3. Dezember 1990 Schlussfolgerungen betreffend Herz- und Gefäß-erkrankungen in der Gemeinschaft¹ angenommen haben;
 - der Rat am 2. Juni 1994 eine Entschließung betreffend Herz-Kreislauf-Erkrankungen² angenommen hat;
 - der Rat am 29. Juni 2000 eine Entschließung zu Maßnahmen im Bereich der gesundheitsrelevanten Faktoren³ angenommen hat;

¹ ABl. C 329 vom 31.12.1990, S. 19.

² ABl. C 165 vom 17.6.1994, S. 3.

³ ABl. C 218 vom 31.7.2000, S. 8.

- der Rat am 14. Dezember 2000 eine Entschließung über Gesundheit und Ernährung¹ angenommen hat;
 - der Rat am 5. Juni 2001 Schlussfolgerungen zu einer Gemeinschaftsstrategie zur Minderung der schädlichen Wirkungen des Alkohols² angenommen hat;
 - der Rat am 26. Juni 2002 einen Vermerk des spanischen Vorsitzes zur Herz-Kreislauf-Gesundheit³ zur Kenntnis genommen hat;
 - der Rat am 2. Dezember 2002 Schlussfolgerungen zur Fettleibigkeit⁴ angenommen hat;
 - der Rat am 2. Dezember 2003 Schlussfolgerungen zu gesunder Lebensführung⁵ angenommen hat;
3. NIMMT ZUR KENNTNIS, dass die Konferenz "Förderung der Herzgesundheit - ein europäischer Konsens", die vom 24. bis 26. Februar 2004 in Cork (Irland) unter Beteiligung von hochrangigen gesundheitspolitischen Vertretern aus den 25 Mitgliedstaaten und beitretenden Staaten sowie von nationalen, europäischen und außereuropäischen Experten für Kardiologie, Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz der Bevölkerung stattfand, zu den nachstehenden Schlussfolgerungen führte:
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen - Herzkrankheiten, Schlaganfälle und andere arteriosklerotische Gefäßkrankheiten - sind die häufigste Todesursache für Männer und Frauen in der Europäischen Union.
 - Zwar sinkt in der Europäischen Union derzeit die Zahl der auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführenden Todesfälle, doch steigt die Zahl derjenigen Männer und Frauen, die mit einer kardiovaskulären Erkrankung leben.
 - Die Mehrzahl von Herz-Kreislauf-Erkrankungen lässt sich verhindern, vor allem durch eine Veränderung der Lebensweise sowie durch einen entsprechenden Einsatz von Medikamenten.
 - Strategien zur Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit müssen auf die gesamte Bevölkerung und auf die Menschen ausgerichtet sein, die besonders gefährdet sind, an einer kardiovaskulären Krankheit zu erkranken, oder die mit einer solchen Krankheit leben.

¹ ABl. C 20 vom 23.1.2001, S. 1.

² ABl. C 175 vom 20.6.2001, S. 1.

³ Dok. 9752/02 SAN 78.

⁴ ABl. C 11 vom 17.1.2003, S. 3.

⁵ ABl. C 22 vom 27.1.2004, S. 1.

- Bevölkerungsbezogene Strategien müssen die Aspekte berücksichtigen, die für die Gesundheit ausschlaggebend sind, wie Lebensweise, Risikofaktoren und ein der Gesundheit förderliches soziales und räumliches Umfeld.
 - Eine ungesunde Lebensweise, vor allem der Tabakkonsum, sowie ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel bei den europäischen Bürgern sind Risikofaktoren, die bei der Politikgestaltung auf nationaler und EU-Ebene berücksichtigt werden müssen.
 - Die Förderung der Herzgesundheit und präventive Strategien sind eine kostenwirksame Investition mit messbarem gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Nutzen.
 - Die Mitgliedstaaten sollten in Erwägung ziehen, Leitlinien für besonders gefährdete oder mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen lebende Menschen zu erarbeiten und umzusetzen.
 - Um die Sterbe- und Erkrankungsrate in Verbindung mit kardiovaskulären Erkrankungen und die relevanten gesundheitlichen Verhaltensweisen und Risikofaktoren überwachen zu können, bedarf es vergleichbarer Daten aus der gesamten Europäischen Union.
 - Es gibt bereits sehr ausführliche evidenzbasierte Informationen über die Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit, aber es muss in Europa mehr geforscht werden;
4. NIMMT ZUR KENNTNIS, dass das Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008)¹ unter anderem das allgemeine Ziel verfolgt, durch die Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Faktoren in allen Politiken und Tätigkeiten die Gesundheit zu fördern und Krankheiten zu verhüten;
 5. BETONT, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen für die Bürger der Europäischen Union den häufigsten Krankheitsgrund, eine wichtige Ursache für den Tod bzw. vorzeitigen Tod und einen wesentlichen Grund für eine verminderte Lebensqualität bilden;
 6. STELLT FEST, dass die Zahl der auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführenden Todesfälle zwar in einigen Ländern erheblich abgenommen hat, dass aber die demografische Entwicklung und die infolgedessen zunehmend hohe Zahl kardiovaskulärer Erkrankungen ein rasches gezieltes Handeln erforderlich machen;
 7. STELLT FEST, dass Präventivmaßnahmen, wirkungsvolle Behandlungsmethoden sowie andere Maßnahmen dazu führen, dass die Zahl der auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückgehenden Todesfälle sinkt und die Lebenserwartung der europäischen Bevölkerung ansteigt;

¹ ABl. L 271 vom 9.10.2002, S. 1.

8. ERKENNT AN, dass bei älteren Bürgern der Europäischen Union sehr häufig Risikofaktoren, einschließlich Bluthochdrucks und erhöhter Cholesterinwert, für Herz-Kreislauf-Erkrankungen anzutreffen sind; bei der Bevölkerung der Europäischen Union treten mit ausgeprägter Häufigkeit koronare Herzkrankheiten und schlaganfallbedingte Behinderungen und mit zunehmender Häufigkeit Fettleibigkeit, Diabetes mellitus und chronische Herzinsuffizienz auf;
9. NIMMT ZUR KENNTNIS, dass die Zahl der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den untersten sozioökonomischen Schichten am höchsten ist, was zu gesundheitlicher Ungleichheit zwischen den Bürgern der Europäischen Union und hohen Sozial- und Gesundheitsausgaben für die Mitgliedstaaten und die Bürger führt;
10. ERKENNT AN, dass die Hauptrisikofaktoren in Verbindung mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen Tabakkonsum, Bluthochdruck und erhöhte Cholesterinwerte sind - Faktoren, die in hohem Maße und unmittelbar mit der Lebensweise und der Ernährung des Einzelnen sowie dem Grad seiner körperlichen Aktivität zusammenhängen;
11. ERKENNT AN, dass zu den weiteren Risikofaktoren, die zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen beitragen, unter anderem Fettleibigkeit, Diabetes mellitus, exzessiver Alkoholkonsum und psychosozialer Stress gehören;
12. IST BESORGT über die negativen Auswirkungen, die die Zunahme von Fettleibigkeit und Übergewicht bei allen Altersgruppen in der Europäischen Union, vor allem bei Kindern und Jugendlichen, auf die Herz-Kreislauf-Gesundheit hat;
13. ERKENNT AN, dass es soziale, kulturelle und wirtschaftliche Unterschiede innerhalb und zwischen den Mitgliedstaaten gibt und dass viele sozial- und wirtschaftspolitische Strategien der Gemeinschaft einen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben und auf das zur Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit erforderliche, unterstützende Umfeld einwirken können, so die Umwelt-, Landwirtschafts-, Fischerei-, Verbraucherschutz-, Binnenmarkt-, Verkehrs- und Bildungspolitik;
14. ERKENNT AN, dass es möglich ist, das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verhindern oder hinauszuzögern, die Zahl der Rückfälle zu reduzieren und die Lebensqualität von Menschen, mit kardiovaskulären Erkrankungen zu verbessern, indem den hierfür ausschlaggebenden Gesundheitsfaktoren, insbesondere dem Tabakkonsum, der schlechten Ernährung und dem Bewegungsmangel sowie einem exzessiven Alkoholkonsum der Bevölkerung, entgegengewirkt wird;
15. IST SICH DARIN EINIG, dass die Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit direkte positive Auswirkungen auf andere nichtübertragbare Krankheiten hat, die ebenfalls eine große gesundheitliche Belastung für die Bürger der Europäischen Union darstellen;
16. ERKENNT AN, dass ein Monitoring und eine Überwachung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen erforderlich sind, wozu auch vergleichbare Daten zur Sterbe- und Erkrankungsziffer und zu Risikofaktoren in Verbindung mit kardiovaskulären Erkrankungen sowie Daten zu Lebensweise, Wissen, Einstellungen und Verhalten der Bevölkerung in der gesamten Europäischen Union gehören;

17. ERKENNT AN, dass weitere Forschungsarbeiten in Europa über die Bekämpfung der Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen einen wesentlichen positiven Beitrag dazu leisten könnten, diesen Erkrankungen in Zukunft entgegenzuwirken;
18. ERKENNT AN, dass es, um die Verbreitung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und das damit verbundene Leiden wirksam anzugehen und einzudämmen, eines langfristig angelegten Ansatzes bedarf, bei dem Maßnahmen und Programme in die gesundheitspolitischen Strategien aufgenommen werden, die auf die gesunde Bevölkerung und auf einzelne Menschen und Gruppen abzielen, die besonders gefährdet sind oder mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen leben;
19. ERKENNT AN, dass ein Rahmen für eine Strategie zur Gesundheitsförderung einen integrierten Ansatz erfordert und umfassend, transparent, sektorübergreifend, multidisziplinär und partizipatorisch sein und sich auf die besten verfügbaren Forschungsergebnisse und Nachweise stützen muss. Der Rahmen muss auf die Menschen in ihrem gesamten Lebenszyklus und auf alle gesellschaftlichen Gruppen - insbesondere diejenigen, die hinsichtlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen am stärksten gefährdet sind - ausgerichtet sein, wobei soziale, kulturelle, geschlechter- und altersspezifische Unterschiede zu berücksichtigen sind, und dieser Rahmen muss mit Mitteln ausgestattet sein, die eine angemessene Evaluierung, einschließlich des Monitorings und der Überwachung der Maßnahmen und Programme erlauben;
20. ERKENNT AN, dass eine auf besonders gefährdete Gruppen oder Einzelpersonen ausgerichtete Strategie ein evidenzbasiertes Instrument umfassen muss, das dazu dient, das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu messen und die Beratung in Fragen der Lebensweise zu unterstützen sowie Interventionen und Ziele in Bezug auf die Risikofaktoren zu erarbeiten, um das Risiko zu reduzieren;
21. ERKENNT AN, dass im Rahmen einer Strategie für besonders Gefährdete der Bedarf an Ressourcen für die Aus- und Fortbildung ermittelt werden muss, um sicherzustellen, dass dieses Instrument in der gebotenen Weise verbreitet, angewandt, überwacht und evaluiert wird, indem den Ärzten, vor allem den Hausärzten und anderen im Gesundheitssektor tätigen oder für die Gesundheit der Bevölkerung relevanten Berufsständen die entsprechenden Kenntnisse vermittelt werden;
22. ERKENNT AN, dass es enger Verknüpfungen und Beziehungen zwischen der Gesundheitsförderung und den Strategien für besonders Gefährdete bedarf, um die zugrunde liegenden ausschlaggebenden Gesundheitsfaktoren im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen umfassend anzugehen;
23. ERKENNT AN, dass in der Europäischen Union Fortschritte bei den Rechtsvorschriften und Programmen zur Bekämpfung des Tabakkonsums erzielt worden sind;
24. BEGRÜSST die Schaffung des Netzwerks "Ernährung und körperliche Betätigung" durch die Europäische Kommission;
25. BEGRÜSST ferner die Initiativen der Europäischen Kommission zur Erstellung eines Environment and Health Action Plan for Europe (Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan für Europa);

26. ERSUCHT die Mitgliedstaaten, bei der Annahme oder Überprüfung der nationalen Gesundheitsstrategien Folgendes in Erwägung zu ziehen:
- Aufnahme von Strategien, die auf die Gesundheitsförderung, die gesamte Bevölkerung und besonders Gefährdete gerichtet sind und der Herz-Kreislauf-Gesundheit und der Verbesserung der Lebensqualität dienen mit dem langfristigen Ziel, die Zahl der kardiovaskulären Erkrankungen und die damit verbundene Belastung zu reduzieren;
 - Weiterentwicklung und Einführung von Bewertungen der gesundheitlichen Auswirkungen, um eben die gesundheitliche Wirkung aller nationalen politischen Strategien der öffentlichen Hand zu messen;
 - Annahme eines gesellschaftlichen und sektorübergreifenden Ansatzes zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, einschließlich der Herz-Kreislauf-Gesundheit, bei dem alle einschlägigen staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen sowohl auf nationaler als auch auf lokaler Ebene im Rahmen einer umfassenden und integrativen Partnerschaft einbezogen werden;
 - Weiterentwicklung und Umsetzung nationaler Aktionspläne zum Thema Tabakkonsum, einschließlich eines rauchfreien Umfelds, Ernährung und körperliche Betätigung zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, so auch der Herz-Kreislauf-Gesundheit;
 - Umsetzung von evidenzbasierten, nachhaltigen und kostenwirksamen gemeinschaftlichen Präventionsprogrammen, die leicht zugänglich und bezahlbar sind, um den Bedürfnissen der Menschen Rechnung zu tragen, die am ehesten Gefahr laufen, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu bekommen;
 - Möglichkeit der Aufstellung nationaler Leitlinien zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erwägung der Verwendung von Risikotabellen zur Abschätzung des individuellen Risikos - unter Berücksichtigung der Art und Weise, wie die jeweiligen Gesundheitsdienste der Mitgliedstaaten organisiert sind und erbracht werden, sowie ethischer, rechtlicher, kultureller und sonstiger relevanter Fragen und der verfügbaren Mittel;
 - Integration mit den vorhandenen nationalen Plänen zur Herz-Kreislauf-Gesundheit auf sektorübergreifender Grundlage, einschließlich der Erhebung und Veröffentlichung einschlägiger vergleichbarer Daten zur Umsetzung der Programme und
 - Umsetzung von standardisierten Überwachungssystemen für die Sterbe- und Erkrankungsrate, das Gesundheitsverhalten und die Risikofaktoren in Verbindung mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen;

27. ERSUCHT die Europäische Kommission, die Mitgliedstaaten gegebenenfalls im Rahmen des Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit¹ bei ihren Bemühungen zur Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit zu unterstützen und
- die Ergebnisse der nationalen und internationalen Forschung sowie die vorhandenen nationalen Strategien zur Herz-Kreislauf-Gesundheit zu berücksichtigen;
 - die Bildung von Netzwerken und den Austausch von Informationen zwischen den Beteiligten, einschließlich der Berufsverbände, der nichtstaatlichen Organisationen und der Verbraucherverbände, zu fördern;
 - in Abstimmung mit den Mitgliedstaaten bewährte Praktiken als Leitlinien zu ermitteln, um die Koordinierung der auf die Bevölkerung und auf einzelne besonders gefährdete Gruppen ausgerichteten Gesundheits- und Präventionsstrategien und -programme zu stärken;
 - unter den Mitgliedstaaten die Vergleichbarkeit von Daten über gesunde Lebens- und Verhaltensweisen zu verbessern sowie die Möglichkeit zu prüfen, in allen Mitgliedstaaten standardisierte Verfahren und Methoden für das Monitoring und die Überwachung der Sterbe- und Erkrankungsrate und der Daten zu den Risikofaktoren in Verbindung mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verwenden;
 - einen sektorübergreifenden Ansatz zu wählen, um die Herz-Kreislauf-Gesundheit zu fördern, kardiovaskuläre Erkrankungen zu verhindern und die Wirkung der anderen politischen Strategien der Europäischen Union auf die Gesundheit zu bewerten; unter anderem zu prüfen, mit welchen ökonomischen Kosten Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vergleich zu dem verbesserten Gesundheitszustand verbunden sind, zu dem eine umfassende Gesundheitsstrategie der Mitgliedstaaten zur Reduzierung der Belastung durch die Erkrankungen führt;
 - weiter auf die Entwicklung einer umfassenden und integrierten europäischen Nahrungsmittel- und Ernährungspolitik hinzuarbeiten, zu der unter anderem Programme zur körperlichen Betätigung und Ernährungsrichtlinien für die Bevölkerung gehören, und die Frage anzugehen, welche Auswirkungen Werbung, Vermarktung und Aufmachung bei Nahrungsmitteln auf die Gesundheit der Bevölkerung haben;
 - nach Wegen zu suchen, wie eine bessere Herz-Kreislauf-Gesundheit gefördert werden kann, einschließlich
 - des aktiven Einsatzes für weitere Fortschritte bei den Strategien zur Bekämpfung des Tabakkonsums,
 - der Unterstützung und der Förderung eines regelmäßigen Erfahrungsaustauschs im Bereich der ausschlaggebenden Gesundheitsfaktoren und der Herz-Kreislauf-Gesundheit,

¹ ABl. L 271 vom 9.10.2002, S. 1.

- der Erleichterung des Abgleichs und/oder Würdigung der von Praxisexperten erbrachten wissenschaftlichen Nachweise im Bereich der Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit, insbesondere zur Unterstützung der nationalen Leitlinien und der Unterrichtung besonders gefährdeter Gruppen;
- der Erleichterung des Austauschs von Informationen über Berufe und Schulungen im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, und
- in Erwägung zu ziehen, weitere Vorschläge zu den ausschlaggebenden Gesundheitsfaktoren vorzulegen, die für die Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit besonders wichtig sind;

28. ERSUCHT die Kommission, weiterhin mit den einschlägigen internationalen und zwischenstaatlichen Organisationen, insbesondere der Weltgesundheitsorganisation, zusammenzuarbeiten, damit eine wirksame Abstimmung der Tätigkeiten gewährleistet ist."

– ***ELEKTRONISCHE DIENSTE IM GESUNDHEITSWESEN - Schlussfolgerungen des Rates***

Der Rat wurde von der Kommission über ihre Mitteilung "Elektronische Gesundheitsdienste - eine bessere Gesundheitsfürsorge für Europas Bürger: Aktionsplan für einen europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste" unterrichtet und nahm dann die folgenden Schlussfolgerungen an:

"DER RAT DER EUROPÄISCHEN UNION kommt zu den nachstehenden Schlussfolgerungen:

1. ER STELLT FEST, dass die elektronischen Dienste im Gesundheitswesen Informations- und Kommunikationstechnologien, einschließlich des Internets, nutzen und so die Gesundheitsvorsorge und -fürsorge verbessern. Dies bietet einen potenziellen Nutzen für Leistungserbringer und Angehörige der Gesundheitsberufe. Beispiele für erfolgreiche Entwicklungen bei den elektronischen Diensten im Gesundheitswesen sind unter anderem Gesundheitsinformationsnetze, elektronische Gesundheitsakten, elektronische Überwachungssysteme und Gesundheitsportale. Die elektronischen Dienste im Gesundheitswesen bieten den europäischen Bürgern beträchtliche Möglichkeiten für einen leichteren Zugang zu besseren Gesundheitssystemen. Sie können dazu beitragen,
 - den Gesundheitszustand durch die Förderung einer gesunden Lebensweise, bessere Gesundheitsentscheidungen und eine höhere Qualität der Gesundheitsfürsorge zu verbessern;
 - der Bevölkerung und den Patienten eine bessere Überwachung ihrer Gesundheit zu ermöglichen und fundiertere Gesundheitsentscheidungen in bürgernahen Gesundheitsversorgungssystemen zu fördern;
 - den Leistungserbringern zu ermöglichen, durch einen erheblichen Produktivitätsgewinn und eine höhere Effizienz des Gesundheitssystems und der Gesundheitsvorsorge einer steigenden Nachfrage gerecht zu werden;
 - die öffentlichen Gesundheitsdienste durch Erleichterung der Berufspraxis im Gesundheitswesen, Austausch bewährter Praktiken und Kommunikationsaustausch zu verbessern;
 - eine Verringerung von Ungleichheiten im Gesundheitsniveau durch Anwendung neuer Konzepte zur Verbesserung der Gesundheitssituation von Gemeinschaften in abgelegenen Gebieten und von Risikogruppen der Bevölkerung zu bewirken;
2. ER WÜRDIGT den bedeutenden Beitrag der elektronischen Dienste im Gesundheitswesen zu
 - dem Zugang zu Informationen und Fürsorge;

- der Verfügbarkeit von gemeinschaftsweiten Daten für die Angehörigen der Gesundheitsberufe und die Behörden;
 - der Qualität, der Sicherheit, der Wirtschaftlichkeit und der Effizienz der Gesundheitsdienste.
3. ER BEGRÜSST den wertvollen Beitrag, den die Kommission mit ihrer Mitteilung vom 29. November 2002 mit dem Titel "eEurope 2002: Qualitätskriterien für Websites zum Gesundheitswesen"¹ geleistet hat, und verweist auf die darin enthaltenen Kriterien der Transparenz und Ehrlichkeit, der Urheberschaft, der Geheimhaltung und des Datenschutzes, der Aktualisierung von Informationen, der Verantwortlichkeit und der Zugreifbarkeit.
 4. ER BEGRÜSST die Einsetzung von Arbeitsgruppen, einschließlich der Gruppe "Telematik im Gesundheitswesen", gemäß dem im Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) enthaltenen Ziel der Gesundheitsinformation. Diese Gruppen werden die Sammlung von gemeinschaftsweiten Daten für spezifische Indikatoren des europäischen Gesundheitswesens unterstützen.
 5. ER BEGRÜSST das Gesundheitsportal der Gemeinschaft, das nach dem Baukastenprinzip eingerichtet wird und dazu genutzt werden sollte, neben den regelmäßigen Berichten zu Gesundheitsfragen auch Informationen über die Gesundheitsindikatoren zu verbreiten, die im Rahmen des Aktionsbereichs Gesundheitsinformation des Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008)² erstellt werden.
 6. ER NIMMT KENNTNIS von der Mitteilung der Kommission mit dem Titel "Elektronische Gesundheitsdienste - eine bessere Gesundheitsfürsorge für Europas Bürger: Aktionsplan für einen europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste"³.
 7. ER NIMMT ZUR KENNTNIS, dass die Konferenz am 5. und 6. Mai 2004 in Cork zu dem Thema "Supporting the European Citizen through e-Health" von Vertretern aus den 25 Mitgliedstaaten auf Ebene der Minister und der hohen Beamten sowie nationalen und europäischen Experten für elektronische Dienste im Gesundheitswesen
 - deutlich gemacht hat, dass die Entwicklungen bei den elektronischen Diensten im Gesundheitswesen die Handlungskompetenz der europäischen Bürger in Bezug auf ihre Gesundheit und ihr Wohlergehen stärken können;

¹ Dok. 15135/02 SAN 226 TELECOM 67.

² Angenommen mit dem Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 (ABl. L 271 vom 9. 10. 2002, S. 1).

³ Dok. 9185/04 + SAN 78 TELECOM 91 + ADD 1.

- deutlich gemacht hat, dass die elektronischen Dienste im Gesundheitswesen, einschließlich des Internets, neue Möglichkeiten bieten, gesundheitsbezogene Informationen zu verbreiten, auszutauschen und zu bearbeiten, Verwaltungsabläufe zu verbessern und Gesundheitsdiensten Unterstützung zukommen zu lassen;
 - deutlich gemacht hat, dass die elektronischen Dienste im Gesundheitswesen es ermöglichen, den neuen Chancen und Herausforderungen zu begegnen, die sich im Rahmen des Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) und bei der Verwirklichung der Ziele des Aktionsplans eEurope 2005 ergeben;
 - anerkannt hat, dass die elektronischen Dienste im Gesundheitswesen der Erwartung der europäischen Bürger entgegenkommen, Gesundheitsdienste in einem anderen Mitgliedstaat als ihrem Wohnstaat, zum Beispiel mit Hilfe der Europäischen Krankenversicherungskarte, in Anspruch nehmen zu können;
 - dazu aufgerufen hat, dass bei der Entwicklung, dem versuchsweisen Betrieb und der Nutzung von elektronischen Diensten im Gesundheitswesen in vollem Umfang dem Datenschutz, dem Schutz der Privatsphäre und der Sicherheit Rechnung getragen wird;
 - dazu aufgerufen hat, dass die Forschung über die Nutzungsmöglichkeiten der elektronischen Dienste im Gesundheitswesen intensiviert wird, insbesondere in Bezug auf Datenintegration und Interoperabilität;
 - dazu aufgerufen hat, dass bewährte Verfahren in Bezug auf die Bereitstellung personalisierter Information und die Beratung mittels telemedizinischer Dienste und gesundheitsbezogener Websites sowie in Bezug auf die Qualitätssicherung auf europäischer Ebene stärker ausgetauscht werden.
8. ER STELLT FEST, dass für die elektronischen Dienste im Gesundheitswesen alle Anforderungen gelten, die an die elektronischen Behördendienste (e-Government) im Allgemeinen zu stellen sind, wie hohe Verbundfähigkeit, Interoperabilität (Fähigkeit von zwei oder mehr Systemen oder Komponenten, Daten auszutauschen und Informationen zu nutzen), Intraoperabilität (Fähigkeit zu Austausch und Nutzung von Informationen, Funktionen und Diensten zwischen Komponenten innerhalb eines Systems), Sicherheit, Datenschutz, Verfügbarkeit und Zugreifbarkeit, und dass die Herausforderungen und Maßnahmen, die in der Mitteilung der Kommission mit dem Titel "Die Rolle der elektronischen Behördendienste (e-Government) für die Zukunft Europas"¹ beschrieben sind, auch für das Gesundheitswesen gelten, da dieses in Europa überwiegend dem öffentlichen Sektor zugehört.
9. ER STELLT FEST, dass durch elektronische Gesundheitskarten, elektronische Gesundheitsnetze auf nationaler und regionaler Ebene sowie durch die Nutzung anderer Mittel der Informationstechnologie die Qualität und die Sicherheit der Gesundheitsleistungen für die Patienten deutlich verbessert und in einem Umfeld zunehmenden Drucks auf die Systeme der Gesundheitsfürsorge und gleichzeitig längerfristig Kosteneinsparungen erzielt werden können.

¹ Dok. 13127/03 TELECOM 111.

10. ER STELLT FEST, dass jetzt auch personalisierte Systeme zur Betreuung und Unterstützung von Patienten verfügbar sind, die dazu beitragen können, Krankenhausaufenthalte von Patienten zu verkürzen oder ganz zu vermeiden, und zugleich die Überwachung ihres Gesundheitszustands gewährleisten; außerdem können sie ambulanten Patienten helfen sowie älteren oder chronisch kranken Menschen ein unabhängiges Leben ermöglichen.
11. ER UNTERSTREICHT den Beitrag, den die elektronischen Dienste im Gesundheitswesen in Anbetracht der immer engeren Wechselbeziehungen zwischen den nationalen Gesundheitssystemen und der wachsenden Mobilität von Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe in der Gemeinschaft und in Drittländern leisten können. In diesem Zusammenhang können die elektronischen Dienste im Gesundheitswesen eine Rolle bei den Folgemaßnahmen zu der Mitteilung der Kommission und den Empfehlungen des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene über Patientenmobilität und Entwicklungen der Gesundheitsfürsorge in der Europäischen Union spielen. Die elektronischen Dienste im Gesundheitswesen könnten technische Lösungen für die gemeinsame Nutzung von Informationen auf europäischer Ebene bieten und zur Vernetzung europäischer Referenzzentren beitragen. Außerdem könnte die europäische Zusammenarbeit bei der Beurteilung von Gesundheitstechnologien durch die elektronischen Dienste im Gesundheitswesen technisch unterstützt werden.
12. ER WÜRDIGT das bedeutende Potenzial einheitlicher Chipkarten (Smart Cards) mit Mehrfachanwendungen als sicheres System zur Identifizierung von Personen für den Zugang zu medizinischen Daten und Krankenversicherungsdaten und, unter strengen Auflagen, auch als Datenträger für wichtige personenbezogene medizinische Daten und Krankenversicherungsdaten. Diese Karten können zusammen mit anderen IT-Lösungen zur Erleichterung einer europaweiten Patientenmobilität beitragen.
13. ER WÜRDIGT den potenziellen Nutzen einer weiteren Zusammenarbeit bei der Entwicklung eines interoperablen Systems der Gesundheitsfürsorge über internationale, nationale und regionale Netze, die Bürger, Angehörige der Gesundheitsberufe und Behörden online verbinden und eine grenzüberschreitende Bereitstellung von Internet-gestützten Gesundheitsdiensten erleichtern, und WÜRDIGT die Bedeutung einer durchgängigen Einbindung der in diesem Bereich bestehenden Instrumente und Dienste.
14. ER STELLT FEST, dass die Bürger wissen müssen, welche Standards ein Anbieter für die Entwicklung des Inhalts seiner Website anwendet, damit sie vernünftige Entscheidungen darüber treffen können, welchen Gesundheitsinformationen sie vertrauen und welche Produkte oder Dienstleistungen sie nutzen wollen. Gesundheitsbezogene Websites müssen die verwendeten Quellen ausweisen und gewährleisten, dass die dargebotenen Informationen angemessen, unabhängig und aktuell sind. Anbieter von gesundheitsbezogenen Websites sollten auch in Erfahrung bringen, wer ihre Site höchstwahrscheinlich besuchen wird, und sicherstellen, dass die Informationen für alle Besucher, einschließlich Behinderte, möglichst verständlich und einfach zugänglich sind. Da manche Websites von einer Seite finanziell unterstützt und von einer anderen Seite betrieben werden, sollten diese Beziehungen auf der Website eindeutig ausgewiesen werden.
15. ER STELLT FEST, dass sich durch das "Gesundheitsinternet" für Angehörige der Gesundheitsberufe, die Online-Beratung anbieten, neue Herausforderungen und Chancen ergeben. Besonders sollten diese Fachleute den "e-Patienten" helfen, die Grenzen von Online-Gesundheitsberatung und auch die ethisch, sozial und rechtlich bedenklichen Seiten zu erkennen und zu verstehen, dass die Online-Gesundheitsberatung einen Arztbesuch nicht generell ersetzen kann. Es ist darauf zu achten, dass sichergestellt wird, dass der Patient Anweisungen für möglicherweise notwendige weitere Schritte versteht.

16. ER STELLT FEST, dass für den Datenschutz und die Vertraulichkeit von den technologischen Fähigkeiten des Internet, des World Wide Web und der Architektur der Informationssysteme eine verstärkte Bedrohung ausgeht. Benutzer und Patienten können zu Recht erwarten, dass die Betreiber von gesundheitsbezogenen Websites alle verfügbaren und vertretbaren Vorsichtsmaßnahmen für den Schutz personenbezogener Daten vor solchen Zugriffen treffen.
17. ER IST DER AUFFASSUNG, dass die Sammlung medizinischer Daten besonders problematisch für den Datenschutz ist, speziell wenn Daten für andere Zwecke als die unmittelbare Gesundheitsleistung für den Betroffenen gesammelt werden oder genutzt werden können. In dieser Hinsicht muss das Gemeinschaftsrecht zum Schutz der Privatsphäre und personenbezogener Daten eingehalten werden. Zugleich sollte auf gesundheitsbezogenen Websites eindeutig ausgewiesen werden, welche Informationen sie erfassen und für welche Zwecke personenbezogene Daten genutzt werden, und deren Besuchern die Möglichkeit gegeben werden, selbst zu entscheiden, ob sie eine derartige Nutzung ihrer Angaben erlauben, indem für spezielle Vorgänge zur Erfassung und Weitergabe von Daten ausdrücklich die wissentliche Zustimmung der Besucher eingeholt wird.
18. ER ERSUCHT DIE MITGLIEDSTAATEN,
- Die elektronischen Dienste im Gesundheitswesen als Teil der nationalen Gesundheitsstrategien im Rahmen ihrer jeweiligen finanziellen Möglichkeiten weiterzuentwickeln und umzusetzen;
 - im Zuge der Annahme oder Überarbeitung der nationalen Gesundheitsstrategien zu prüfen, ob und wie Qualitätsnormen und Kriterien für gesundheitsbezogene Websites angewandt werden;
 - die Förderung von Gesundheitswissen und Internetkompetenz in der gesamten Gesellschaft sowie die Erweiterung des Allgemeinwissens der Öffentlichkeit über das Potenzial und die Grenzen der Informationstechnologien im Gesundheitswesen zu unterstützen;
 - bewährte Praktiken bei den elektronischen Diensten im Gesundheitswesen weiterzuentwickeln und zu verbreiten, um diesbezügliche Entwicklungen zu fördern und die potenziellen Vorteile zu nutzen;
 - dem Potenzial der elektronischen Dienste im Gesundheitswesen für Folgemaßnahmen aufgrund des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene über Patientenmobilität und Entwicklungen der Gesundheitsfürsorge in der Europäischen Union Rechnung zu tragen.
19. ER ERSUCHT DIE KOMMISSION UND DIE MITGLIEDSTAATEN,
- innerhalb der Gemeinschaft die Vernetzung von Organisationen, Forschungseinrichtungen, Behörden und sonstigen Stellen zu fördern, die sich mit elektronischen Diensten im Gesundheitswesen befassen;

- für die Verwirklichung von interoperablen und intraoperablen Systemen zur Entwicklung von elektronischen Diensten im Gesundheitswesen einzutreten.
20. ERSUCHT DIE EUROPÄISCHE KOMMISSION, die Mitgliedstaaten in deren Bemühungen um Förderung der elektronischen Dienste im Gesundheitswesen durch entsprechende Programme und Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene zu unterstützen, insbesondere durch das Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008), und
- mit Blick auf die rasche Zunahme gesundheitsbezogener Websites in der Europäischen Union und die zunehmende Zahl europäischer Bürger, die diese Seiten konsultieren, die Möglichkeit zu prüfen, dass in weiterem Maße Qualitätskriterien für gesundheitsbezogene Websites vereinbart werden;
 - das Gesundheitsportal im Interesse einer besseren Unterrichtung der Bürger bis 2005 zu eröffnen;
 - die Vernetzung und den elektronischen Informationsaustausch zwischen den Interessengruppen, einschließlich der Berufsverbände, Nichtregierungs- und Verbraucherorganisationen, Patienten, Leistungserbringer und Bürger, zu fördern;
 - in europaweitem Maßstab sicher und interoperabel arbeitende Informationstechnologiesysteme (IT-Systeme) und Datennetze, einschließlich nationaler Telematik-Infrastrukturen weiterzuentwickeln, die die Entstehung von elektronischen Diensten im Gesundheitswesen erleichtern und der Sammlung von Gesundheitsdaten in der gesamten Gemeinschaft dienen können, unter anderem über die Mobilität der Patienten und der Angehörigen der Gesundheitsberufe;
 - die rechtlichen Aspekte der elektronischen Dienste im Gesundheitswesen zu prüfen, so dass weitere Fortschritte auf diesem Gebiet gemacht werden können, insbesondere beim Schutz von personenbezogenen Daten bzw. Patientendaten;
 - das bestehende Regelungsumfeld für Vermarktung, Absatzförderung, Verkauf, Vertrieb und Erwerb von Arzneimitteln auf elektronischem Wege, einschließlich der Einfuhr aus Drittländern, zu überprüfen;
 - den potenziellen Nutzen der elektronischen Dienste im Gesundheitswesen unter den Aspekten Zugang, Qualität und Wirtschaftlichkeit weiter zu erforschen;
 - in Abstimmung mit den Mitgliedstaaten die Festlegung von Leitlinien über bewährte Praktiken zu erwägen, um die Koordinierung der politischen Konzepte und der Programme für die elektronischen Dienste im Gesundheitswesen zu verstärken;
 - die Vergleichbarkeit von Daten über alle Aspekte der elektronischen Dienste im Gesundheitswesen zu verbessern und ein sektorenübergreifendes Konzept für deren gemeinschaftsweite Förderung zu verfolgen;

- zu prüfen, ob Infrastrukturen für benutzerfreundliche, validierte und interoperable Systeme für Leistungserbringer, Krankheitsverhütung, Gesundheitsförderung und Gesundheits-
erziehung durch nationale und regionale Netze geschaffen werden können, welche die
Bürger, die Angehörigen der Gesundheitsberufe und die Behörden miteinander verbinden;
- koordinierte Maßnahmen zur Bewältigung der gemeinsamen Herausforderungen bei den
elektronischen Diensten im Gesundheitswesen zu erwägen, insbesondere bei der Gestal-
tung der Schnittstellen zwischen nicht kompatiblen IT-Systemen;
- die Zusammenarbeit mit den einschlägigen internationalen und zwischenstaatlichen
Organisationen, insbesondere mit der Weltgesundheitsorganisation, fortzusetzen, um eine
wirksame Koordinierung der Arbeit bezüglich der elektronischen Dienste im Gesundheits-
wesen zu gewährleisten."

– ***BEREITSCHAFTSPLANUNG FÜR EINE INFLUENZAPANDEMIE -
Schlussfolgerungen des Rates***

Der Rat nahm die folgenden Schlussfolgerungen an:

"DER RAT DER EUROPÄISCHEN UNION

1. STELLT FEST, dass die Bereitschaftsplanung für Pandemien zwar in erster Linie nach wie vor in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten fällt, dass es allerdings von zusätzlichem Nutzen ist, diese Frage auf europäischer Ebene anzugehen;
2. STELLT FEST, dass es wichtig ist, im Hinblick auf künftig ausbrechende Pandemien eine effiziente Reaktionsfähigkeit und ein hohes Maß an operationeller Bereitschaft sicherzustellen;
3. VERWEIST auf die Entscheidung Nr. 2119/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Schaffung eines Netzes für die epidemiologische Überwachung und die Kontrolle übertragbarer Krankheiten in der Gemeinschaft¹;
4. VERWEIST auf die Schlussfolgerungen des Rates vom 6. Mai 2003 zum schweren akuten Atemnotsyndrom (SARS);
5. VERWEIST AUF die Gespräche über die Geflügelpest anlässlich des informellen Abendessens der Minister vom 12. Februar 2004 in Brüssel sowie an die Erörterungen auf dem informellen Konsultationstreffen auf Ministerebene vom 12. Mai 2004 in Cork;
6. VERWEIST auf die Verordnung (EG) Nr. 851/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 21. April 2004 zur Errichtung eines Europäischen Zentrums für die Prävention und die Bekämpfung von Krankheiten²;
7. NIMMT KENNTNIS VON dem Arbeitsdokument der Kommission vom 26. März 2004 zur Bereitschafts- und Reaktionsplanung der Gemeinschaft mit Blick auf eine Influenzapanemie³;
8. NIMMT ZUR KENNTNIS, dass am 28. Oktober 2001 von den Gesundheitsministern und dem für Gesundheit und Verbraucherschutz zuständigen Kommissionsmitglied der Ausschuss für die Sicherstellung der Gesundheit als informelles Gremium für Zusammenarbeit und Koordinierung eingerichtet wurde und dass dieser Ausschuss aus hochrangigen Bevollmächtigten der Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten und der Europäischen Kommission besteht;

¹ ABl. L 268 vom 3.10.98, S. 1.

² ABl. L 142 vom 30.4.2004, S. 1.

³ Dok. 7975/04 SAN 58.

9. NIMMT ZUR KENNTNIS, dass das Mandat des Ausschusses für die Sicherstellung der Gesundheit folgende Aufgaben umfasst:

- Informationsaustausch über Gesundheitsbedrohungen aufgrund terroristischer Handlungen oder jeglicher vorsätzlichen Freisetzung biologischer oder anderer Krankheitserreger in der Absicht, die Gesundheit zu schädigen,
- Weitergabe von Informationen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Bereitschafts- und Reaktionspläne und Krisenmanagementstrategien,
- Sicherstellung einer raschen Verständigung im Falle gesundheitsrelevanter Krisen,
- Beratung der Gesundheitsminister und der Dienststellen der Europäischen Kommission im Hinblick auf Abwehrbereitschaft und Reaktion sowie Koordinierung der Katastrophenschutzplanung auf EU-Ebene,
- gemeinsame und koordinierte Reaktionen auf gesundheitsrelevante Krisensituationen durch die Mitgliedstaaten und die Kommission und
- Erleichterung und Unterstützung von Bemühungen und Initiativen zur Koordinierung und Zusammenarbeit auf EU-Ebene sowie Hilfe und Unterstützung bei deren Umsetzung auf nationaler Ebene;

10. KOMMT ÜBEREIN,

- die Kommission und die Gesundheitsminister zu ersuchen, das Mandat des Ausschusses für die Sicherstellung der Gesundheit für eine befristete Übergangszeit von einem Jahr bis Ende Mai 2005 auf den Bereich der Bereitschafts- und Reaktionsplanung der Gemeinschaft mit Blick auf eine Influenzapandemie auszudehnen und dieses Mandat zu überprüfen, sobald das Europäische Zentrum für die Prävention und die Bekämpfung von Krankheiten seine Arbeit aufgenommen hat, um u.a. die Zweck- bzw. Unzweckmäßigkeit eines künftigen kollektiven Verhandlungsprozesses mit der pharmazeutischen Industrie betreffend die Entwicklung und den Erwerb von Impfstoffen und Virostatika unter Berücksichtigung der Kosten, der Lagerung sowie einschlägiger logistischer und rechtlicher Aspekte im Hinblick auf potenzielle Kosteneinsparungen zu bewerten, wobei die Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten in vollem Umfang zu wahren sind, und
- den Bereich der Bereitschaftsplanung für eine Pandemie sowie die Arbeit der beteiligten Gremien vor Mai 2005 zu überprüfen;

11. RUFT DIE MITGLIEDSTAATEN AUF,

- sich gegenseitig über die Entwicklungen im Bereich der Bereitschaftsplanung für Pandemien zu unterrichten und

- ihre nationalen Pläne zur Abwehr einer Pandemie unter Berücksichtigung der unterschiedlichen lokalen Gegebenheiten und der Zweckmäßigkeit einer Bewertung zu überprüfen, zu aktualisieren bzw. fertig zu stellen;

12. RUFT DIE MITGLIEDSTAATEN UND DIE KOMMISSION AUF,

- weiterhin mit den einschlägigen internationalen und zwischenstaatlichen Organisationen, insbesondere der Weltgesundheitsorganisation, zusammenzuarbeiten, um eine wirkungsvolle Koordinierung der Tätigkeiten im Bereich der Bereitschafts- und Reaktionsplanung für Pandemien sicherzustellen,
- die technische Unterstützung auf dem Gebiet der Abwehrbereitschaft und Planung im Hinblick auf Pandemien auf operationeller und strategischer Ebene zu erleichtern,
- gegebenenfalls die Schaffung und den Ausbau eines effektiven Netzes von Referenzlaboratorien für Influenza zu prüfen,
- darauf hinzuwirken, dass die Koordinierung und die Interoperabilität von einzelstaatlichen Plänen für Influenzapandemien gefördert werden,
- regelmäßige, hochrangige Treffen des Ausschusses für die Sicherstellung der Gesundheit zu fördern,
- sicherzustellen, dass die potenzielle Aufgabe der Hilfeleistungsteams beim Ausbruch einer Pandemie klar definiert ist, und
- auf die Vornahme einer gemeinsamen Bewertung hinzuarbeiten;

13. RUFT DIE KOMMISSION AUF,

- sicherzustellen, dass der Rat vollständig und regelmäßig über die in diesem Bereich laufenden Arbeiten informiert und dazu konsultiert wird, und
- die Rolle des gemäß der Entscheidung Nr. 2119/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates eingerichteten Netzes regelmäßig zu überprüfen und die Rolle der Europäischen Arzneimittelagentur und des Europäischen Zentrums für die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten auf diesem Gebiet einer Bewertung zu unterziehen."

– ***MOBILITÄT VON PATIENTEN UND DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG -
Schlussfolgerungen des Rates***

Der Rat führte eine Aussprache auf der Grundlage der Mitteilung der Kommission "Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union" und nahm dann die folgenden Schlussfolgerungen an:

"DER RAT DER EUROPÄISCHEN UNION

1. NIMMT KENNTNIS VON:

- den Schlussfolgerungen des Rates und der im Rat vereinigten Vertreter der Mitgliedstaaten vom 19. Juli 2002 über die Freizügigkeit von Patienten und die Entwicklung der Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union¹;
- dem Bericht des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union vom 8. Dezember 2003, an dem die Gesundheitsminister und ihre persönlichen Vertreter sowie Vertreter der Patienten, der Gesundheitsberufe, der Krankenversicherungsträger und des Europäischen Parlaments beteiligt waren;
- der Mitteilung der Kommission vom 20. April 2004 über die Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union;
- der Mitteilung der Kommission vom 20. April 2004 an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die "offene Koordinierungsmethode";
- dem Vermerk der Kommission vom 16. März 2004 an den Ausschuss für Wirtschaftspolitik über die Kontrolle der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung: jüngste Reform Erfahrungen;

2. VERWEIST auf die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern;

3. WÜRDIGT die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gemäß Artikel 152 des Vertrags und VERZEICHNET zugleich die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zur Anwendung der Regeln des Binnenmarkts auf die Erstattung der Kosten von Gesundheitsleistungen, die in einem anderen Mitgliedstaat erbracht wurden;

¹ ABl. C 183 vom 1.8.2002, S. 1.

4. NIMMT KENNTNIS von der durch die Erweiterung der Europäischen Union verstärkten Unterschiedlichkeit der Gesundheitsversorgungssysteme, und von den speziellen Fragen, die sich daraus für die Mobilität von Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe ergeben können;
5. UNTERSTREICHT die breite Vielfalt von außerhalb des Gesundheitssektors angesiedelten gesundheitsrelevanten Faktoren, und deren Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit und BETONT, dass die Berücksichtigung von Gesundheitsbelangen bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen in anderen Politikbereichen als der Gesundheitspolitik ein wichtiger Aspekt der öffentlichen Gesundheit ist und zur langfristigen Verringerung der Kosten der Gesundheits- und Sozialversorgung beiträgt;
6. UNTERSTREICHT, dass die einzelstaatlichen Gesundheitsversorgungssysteme in der Europäischen Union auf den Grundsätzen der Universalität, der Solidarität und der Gleichheit beruhen müssen und dass diese Grundsätze bei weiteren Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung und in anderen Bereichen, die sich auf die Gesundheitsversorgung auswirken, beachtet werden müssen, und BETONT, dass die Mitgliedstaaten hinsichtlich der Einhaltung dieser Grundsätze und der gleichzeitigen Aufrechterhaltung der finanziellen Stabilität und der Tragfähigkeit der Gesundheitsversorgungssysteme vor gemeinsamen Herausforderungen stehen;
7. STELLT FEST, dass die Mitgliedstaaten die vorrangige Verantwortung für die Gesundheitsversorgungssysteme tragen und über jeweils einzigartige Systeme verfügen, in denen sich historische Entwicklungen, unterschiedliche soziale, wirtschaftliche und kulturelle Wertvorstellungen sowie unterschiedliche Rechtssysteme und Vorstellungen von den Rechten und Pflichten des Einzelnen, der Familie, des Arbeitgebers, der Wohlfahrtsverbände und des Staates widerspiegeln;
8. STELLT FEST, dass die Mitgliedstaaten oder regionale bzw. lokale Gesundheitsbehörden in den Mitgliedstaaten bereits in vielen Fällen bilaterale oder multilaterale Vereinbarungen über die Erbringung von Gesundheitsleistungen sowohl grenzüberschreitend in Nachbarstaaten als auch in anderen Ländern der Europäischen Union für die eigenen Bürger und für andere Bürger dieser Mitgliedstaaten ausgehandelt haben;
9. STELLT FEST, dass sowohl die Patienten als auch die Angehörigen der Gesundheitsberufe zwar eine möglichst wohnortnahe Gesundheitsversorgung vorziehen, die Menschen aber mehr reisen und besser über weitere direkte Behandlungsalternativen in anderen Mitgliedstaaten informiert sind, und dass in Grenzregionen der nächstgelegene Gesundheitsdienst in einem anderen Mitgliedstaat liegen kann. Diese neue Kombination von Umständen kann die Menschen veranlassen, eine Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat in Betracht zu ziehen;
10. STELLT FEST, dass steigende Kosten der Gesundheitsversorgung zu Herausforderungen auf einzelstaatlicher Ebene hinsichtlich der Zugänglichkeit, der Qualität und der Finanzierung der Gesundheitsversorgung führen können, und BETONT, dass finanzielle Aspekte, insbesondere der Erstattung, das Ausmaß der Mobilität von Patienten auch weiterhin stark beeinflussen werden;

11. UNTERSTREICHT die ureigenen Merkmale des Gesundheitsversorgungssektors sowie die Mängel und die zunehmende Komplexität dieses Marktes, die zu beträchtlichen Informationsdefiziten zwischen Anbietern und Verbrauchern führen;
12. BETONT, dass die Patienten bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Ausland Zugang zu korrekten und präzisen Informationen über Preis und Kosten der Behandlung, die Qualität der Behandlung und die zu erwartenden Praktiken haben sollten;
13. STELLT FEST, dass die Informationstechnologie es ermöglicht, Informationen über Gesundheitsfragen wesentlich stärker zu verbreiten als früher, dass die Gesundheit eines der meistgesuchten Themen im Internet ist und dass die Informationstechnologie einigen Gesundheitsdiensten die Möglichkeit gibt, ihre Leistungen grenzüberschreitend anzubieten und zu erbringen;
14. STELLT FEST, dass der Erfahrungs- und Informationsaustausch durch die Bewertung von Gesundheitstechnologie dank verstärkter, systematischer und EU-weiter Zusammenarbeit verbessert werden kann, um so die Mitgliedstaaten bei der effizienten und sicheren Planung, Erbringung und Überwachung von Gesundheitsdienstleistungen auf der Grundlage der besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse über die medizinischen, sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesundheitstechnologie zu unterstützen;
15. STELLT FEST, dass auch andere Entwicklungen Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme haben, etwa im Zusammenhang mit dem Binnenmarkt, der Sozialpolitik generell, der Beschäftigung und der Anerkennung von beruflichen Befähigungsnachweisen und Diplomen;
16. STELLT FEST, dass eventuell durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs und die Berichterstattung über diese Urteile die öffentliche Aufmerksamkeit verstärkt auf die verbesserten Möglichkeiten der Erstattung der Kosten medizinischer Behandlung im Ausland gelenkt wurde, und UNTERSTREICHT, dass geprüft werden muss, wie im Anschluss an die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs hinsichtlich des Rechts der Patienten auf Erstattung der Kosten der medizinischen Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat die Rechtssicherheit verbessert werden könnte. Es ist daher an der Zeit, dass die Gesundheitsminister die Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsversorgung weiter verstärken;
17. STELLT FEST, dass bestimmte Einschränkungen bei der Erstattung der Kosten der medizinischen Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat als gerechtfertigt angesehen werden können, sofern sie mit dem Vertrag im Einklang stehen, beispielsweise wenn sie erforderlich sind, um einen angemessenen Zugang zu ausgewogenen Gesundheitsleistungen für alle sicherzustellen, um die finanzielle Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme zu garantieren oder um eine wirksame Planung der Leistungen zu ermöglichen;
18. STELLT FEST, dass die Patienten bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung bestimmte Rechte, Ansprüche und Erwartungen haben, die sich je nach Mitgliedstaat erheblich voneinander unterscheiden können. Hilfreich für die Patienten wäre daher eine verbesserte Transparenz in Bezug auf die Gesundheitsversorgung, den Schutz personenbezogener Daten, den Schadenersatz, die Einwilligung nach Aufklärung, die Rechte und Pflichten von Angehörigen der Gesundheitsberufe gegenüber den Patienten und die Pflichten der Patienten, wie Bereitstellung vollständiger und korrekter Informationen;

19. STELLT FEST, dass die Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte zum 1. Juni 2004 dazu beitragen wird, die Mobilität innerhalb der Europäischen Union zu erleichtern, indem die Verfahren für den Zugang zur Gesundheitsversorgung während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat vereinfacht werden;
20. STELLT FEST, dass möglicherweise im Rahmen förmlicher Vereinbarungen freie Kapazitäten gemeinsam genutzt werden könnten, um so Wartezeiten in den Fällen zu verringern, in denen sie eher auf Kapazitätsengpässe als auf Haushaltszwänge zurückgehen;
21. STELLT FEST, dass die rasche Einführung neuer medizinischer Technologien in einem Mitgliedstaat zwar den Patienten eindeutige Vorteile bringen, andererseits jedoch den Druck auf andere Mitgliedstaaten verstärken kann und dass die verstärkte medizinische Spezialisierung, die mit sehr kostspieligen klinischen Eingriffen einhergeht, zur vermehrten Gründung von Referenzzentren führt, die Patienten aus ganz Europa anziehen, und dass eine Zusammenarbeit auf europäischer Ebene den Zugang zu einer hochwertigen und kosteneffizienten Behandlung, auch bei seltenen Krankheiten, verbessern könnte;
22. STELLT FEST, dass die Mobilität von Patienten und die Gesundheitsversorgung im Binnenmarkt zwar zahlreiche Fragen aufwirft, dass sich bisher jedoch kein Forum oder Mechanismus mit Rechtsgrundlage auf Gemeinschaftsebene als geeignet erwiesen hat, um das Anliegen der Koordinierung und Zusammenarbeit bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung voranzubringen (wobei grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung ein allgemeiner Ausdruck ist, der sowohl die Zusammenarbeit in Grenzregionen abdeckt als auch generell die Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat ohne geografische Nähe) und um allgemein die Auswirkungen des Wirkens der Europäischen Union auf die Gesundheitssysteme zu überwachen;
23. UNTERSTÜTZT die Empfehlungen in dem Bericht des hochrangigen Reflexionsprozesses über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union, in denen die Kommission aufgefordert wird, über die Einrichtung eines permanenten Mechanismus auf der Ebene der Europäischen Union zur Förderung der europäischen Zusammenarbeit im Bereich des Gesundheitswesens nachzudenken und die Auswirkungen des Handelns der Europäischen Union auf die Systeme der Gesundheitsversorgung zu prüfen, und NIMMT KENNTNIS von dem Beschluss der Kommission vom 20. April 2004 zur Einsetzung einer Hochrangigen Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung als einem willkommenen ersten Schritt zur Umsetzung dieser Empfehlungen;
24. UNTERSTÜTZT die Schlussfolgerung im Bericht des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union, wonach die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Gesundheitsversorgung Folgendes umfasst:
 - Finanzierungsweise der Systeme der Gesundheitsversorgung und der sozialen Sicherheit (z. B. Steuern, Sozialversicherung usw.) und allgemeine Organisation des Systems, einschließlich Methoden der Preisgestaltung;
 - Festsetzung übergeordneter Prioritäten für die Ausgaben im Gesundheitsbereich und das Recht, den Umfang der staatlich finanzierten Gesundheitsversorgung festzulegen;
 - interne Zuteilung der Ressourcen (einschließlich der Personalressourcen) über zentrale oder dezentralisierte Mechanismen;

- Festlegung von Rangfolgekriterien für den Zugang des Einzelnen zum System (bei Finanzierung aus dem nationalen System) nach der Dringlichkeit der medizinischen Versorgung;
- Managementstrategien innerhalb fester Budgets, zum Beispiel Nutzung von evidenzbasierter Medizin, wobei nationale Unterschiede in der Gesundheitspolitik und bei den Behandlungsstrategien möglich sind;
- Fragen der Qualität, Wirksamkeit und Effizienz der Gesundheitsversorgung, wie etwa klinische Leitlinien;

25. ERSUCHT DIE MITGLIEDSTAATEN, den Empfehlungen im Bericht des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union mit angemessener Unterstützung vonseiten der Kommission gebührend Rechnung zu tragen und insbesondere

- Informationen über bestehende bilaterale und multilaterale Vereinbarungen über die Gesundheitsversorgung auszutauschen;
- grenzüberschreitende Gesundheitsprojekte und eine Vernetzung zwischen diesen Projekten mit Blick auf den Austausch bewährter Methoden zu prüfen und über Rahmenabkommen über die Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich ins Auge zu fassen;
- eingehender zu sondieren, inwieweit auf europäischer Ebene eine gemeinsame Sicht der Rechte, Ansprüche und Pflichten von Patienten, gesehen als Einzelpersonen wie auch als soziale Gruppe, erzielt werden kann, wobei zunächst verfügbare Informationen über diese Fragen und ihre Behandlung in den Mitgliedstaaten zusammengetragen werden sollten;
- darzulegen, wie unterschiedliche Verfahren des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in anderen Mitgliedstaaten im jeweiligen Land funktionieren und wie sie sich auswirken;
- Möglichkeiten einer weiter gehenden Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsversorgung im Hinblick auf das künftige Vorgehen beim Austausch von Informationen, Erfahrungen und bewährten Methoden zu prüfen;
- die europäischen Referenzzentren einschließlich ihrer Organisation, Benennung und Entwicklung zu erfassen und gemeinsam mit der Kommission Wege zur stärkeren Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen ihnen zu erkunden;
- Überlegungen darüber anzustellen, wie der Austausch von Kenntnissen und Informationen für die Bewertung der Gesundheitsversorgungstechnologie zwischen den Mitgliedstaaten gefördert und verbessert werden kann, und
- den Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle Bürger im Einklang mit den Grundsätzen der Gleichheit und der Solidarität sicherzustellen und dabei die gegenwärtig verfügbaren medizinischen Kompetenzen und Mittel gebührend zu berücksichtigen;

26. Der Rat hat die Absicht, gemäß den geltenden Verfahren einen auf hochrangiger Ebene wirkenden Mechanismus einzurichten, über den ihm in der üblichen Weise über Fragen der Patientenmobilität und der Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union berichtet wird und die Auswirkungen des Handelns der Europäischen Union auf die Gesundheitsversorgungssysteme geprüft werden.
27. ERSUCHT DIE EUROPÄISCHE KOMMISSION, im Anschluss an die Einsetzung der Hochrangigen Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung die Empfehlungen des Berichts des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union umzusetzen und insbesondere
- sicherzustellen, dass die Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung wo angebracht mit anderen einschlägigen Gremien und Ausschüssen zusammenarbeitet, insbesondere mit dem Ausschuss für Sozialschutz und dem Ausschuss für Wirtschaftspolitik;
 - weitere Initiativen zur Patientenmobilität und zu den Entwicklungen der Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union in Erwägung zu ziehen, um Datenmaterial als Grundlage für fundierte Beschlüsse über die weitere grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu beschaffen;
 - die Zusammenarbeit und Koordinierung zwischen den einschlägigen internationalen Gremien, einschließlich der Weltgesundheitsorganisation, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und des Europarates, sicherzustellen;
28. ERSUCHT DIE MITGLIEDSTAATEN UND DIE EUROPÄISCHE KOMMISSION,
- die Empfehlungen des Berichts des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union bei der Festlegung und Umsetzung aller Maßnahmen und Initiativen auf europäischer Ebene gebührend zu berücksichtigen,
 - die Systeme zur Sammlung genauer Daten über die Mobilität von Patienten und der Angehörigen der Gesundheitsberufe zu entwickeln und auszubauen,
 - Überlegungen darüber anzustellen, wie die Aspekte Gesundheit, Entwicklung der Infrastruktur im Gesundheitsbereich und Entwicklung von Fähigkeiten besser in die Finanzierung über die bestehenden einschlägigen Finanzinstrumente der Europäischen Union einbezogen werden können, und
 - in Zusammenarbeit mit der Kommission und geeigneten externen Organisationen vergleichbare Daten über die Arbeitskräfte zu erheben und gemeinsam zu nutzen."

Bei der Aussprache äußerte eine Reihe von Delegationen Bedenken in Bezug auf die Auswirkungen, die der Vorschlag der Kommission für eine Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt (Dok. 6174/04) auf den Sektor der Gesundheitsversorgung haben könnte. Es wurde vereinbart, dass der Vorsitz die zuständige Ratsformation über diese Bedenken unterrichtet.

Während des Mittagessens berieten die Minister ferner über Folgendes: die prioritären Fragen, mit denen sich die Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung befassen soll, die zur Mobilität von Patienten umgehend durchzuführenden Aktionen und Projekte, die Anwendung der offenen Koordinierungsmethode im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung und die Frage, wie mit den Besonderheiten des Gesundheitssektors im Hinblick auf die Anforderungen des Binnenmarkts verfahren werden kann.

– **LANGZEITPFLEGE**

Die Kommission unterrichtete den Rat über die die Gesundheit der Bevölkerung betreffenden Aspekte der Mitteilung "Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die "offene Koordinierungsmethode"".

*Nähere Informationen finden Sie in folgendem Dokument auf der Internetseite des Rates:
Dok. 8131/04.*

– ***INTERNATIONALE GESUNDHEITSVORSCHRIFTEN***

Der Rat nahm geänderte Verhandlungsrichtlinien für die Kommission hinsichtlich der Revision der Internationalen Gesundheitsvorschriften im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an.

Er wurde ferner von der Kommission über den gegenwärtigen Stand der Verhandlungen in Bezug auf den Revisionsprozess der Internationalen Gesundheitsvorschriften unterrichtet.

Der Beschluss bezweckt eine Änderung der Verhandlungsrichtlinien angesichts neuer Informationen, die im Zusammenhang mit den Verhandlungen verfügbar wurden.

*Nähere Informationen finden Sie in folgendem Dokument auf der Internetseite des Rates:
Dok. 8815/04.*

– ***DIE PROBLEMATIK ALKOHOL UND JUNGE MENSCHEN - Schlussfolgerungen des Rates***

Der Rat nahm die folgenden Schlussfolgerungen an:

"DER RAT DER EUROPÄISCHEN UNION -

1. GESTÜTZT auf Artikel 152 des Vertrags, wonach bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt wird –
2. VERWEIST auf die Empfehlung des Rates vom 5. Juni 2001 zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen (ABl. L 161 vom 16.6.2001, S. 38), in der unter anderem die Kommission aufgefordert wurde, in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten
 - die Entwicklungen und die in den Mitgliedstaaten und auf Gemeinschaftsebene durchgeführten Maßnahmen zu beobachten, zu bewerten und zu überwachen und dabei einen kontinuierlichen, konstruktiven und ausgewogenen Dialog mit allen Beteiligten zu gewährleisten;
 - anhand der von den Mitgliedstaaten bereitgestellten Informationen über die Durchführung der vorgeschlagenen Maßnahmen zu berichten und zu prüfen, inwieweit die Maßnahmen greifen und ob eine Überprüfung oder weitere Maßnahmen notwendig sind;
 - alle Gemeinschaftspolitiken, insbesondere auch das Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit, in vollem Umfang zu nutzen, um die in dieser Empfehlung behandelte Problematik anzugehen;
3. VERWEIST auf die Schlussfolgerungen des Rates vom 5. Juni 2001 zu einer Gemeinschaftsstrategie zur Minderung der schädlichen Wirkungen des Alkohols (ABl. C 175 vom 20. Juni 2001, S. 1), in der er unter anderem
 - hervorgehoben hat, dass Alkohol zu den wichtigsten gesundheitsrelevanten Faktoren in der Gemeinschaft zählt;
 - seine Besorgnis über die Zunahme des regelmäßigen Alkoholkonsums sowie der gelegentlichen Alkoholexzesse bei Jugendlichen in Mitgliedstaaten zum Ausdruck brachte;
 - unterstrichen hat, dass es wünschenswert ist, eine umfassende Gemeinschaftsstrategie zur Minderung der schädlichen Wirkungen des Alkohols zu entwickeln; und
 - die Kommission ersucht hat, Vorschläge für eine umfassende Gemeinschaftsstrategie zur Minderung der schädlichen Wirkungen des Alkohols, welche die nationalen Konzepte ergänzen soll, vorzulegen und einen Zeitplan für die verschiedenen Maßnahmen aufzustellen;

4. STELLT FEST, dass Alkohol als wichtiger gesundheitsrelevanter Faktor anerkannt wird, auf den auch in der gesundheitspolitischen Strategie der Europäischen Gemeinschaft und in dem Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) eingegangen wird;
5. NIMMT KENNTNIS von jüngsten Studien, nach denen die alkoholbedingten Todesfälle bei jungen Menschen zwischen 15 und 29 Jahren im Jahr 1999 in der WHO-Region Europa auf 55 000 geschätzt werden. Dies bedeutet für die Gesellschaft und die betreffenden Familien und Nahestehenden und auch für die Zukunft Europas einen unersetzlichen Verlust;
6. BETONT, dass die Belastungen, die durch die vermeidbaren Todesfälle und Notlagen aufgrund von Alkoholkonsum insbesondere bei jungen Menschen entstehen, ein gemeinsames Anliegen sind und eine Zusammenarbeit und Abstimmung auf Gemeinschaftsebene erforderlich machen. Dies gehört zu den vordringlichsten Herausforderungen, die die Gesundheitsminister auf europäischer Ebene zu meistern haben;
7. VERWEIST darauf, dass die Kommission zu einem früheren Zeitpunkt gebeten worden ist, in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten die Entwicklungen und die in den Mitgliedstaaten und auf Gemeinschaftsebene durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Empfehlung des Rates zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen zu beobachten, zu bewerten und zu überwachen und dem Rat im Jahr 2005 über die Durchführung in den Mitgliedstaaten zu berichten;
8. UNTERSTÜTZT die laufenden Arbeiten der Kommission zur Entwicklung einer umfassenden Strategie für die Alkoholproblematik, in der deutlich wird, dass ein ausgewogeneres Konzept vonnöten ist, das den Gesundheitsaspekten in anderen Politikbereichen stärker Rechnung trägt, und ERNEUERT seine Aufforderung an die Kommission, eine solche Strategie zur Minderung der schädlichen Wirkungen des Alkohols, welche die nationalen Konzepte ergänzen soll, bald vorzulegen und einen Zeitplan für die verschiedenen Maßnahmen aufzustellen;
9. BETONT, dass der Problematik junge Menschen und Alkohol in dieser Strategie besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte."

– *ASTHMA BEI KINDERN - Schlussfolgerungen des Rates*

Der Rat nahm die folgenden Schlussfolgerungen an:

"DER RAT DER EUROPÄISCHEN UNION

1. NIMMT mit Besorgnis ZUR KENNTNIS, dass Asthma bei Kindern immer gravierendere gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Auswirkungen für die Europäische Gemeinschaft hat, dass Atemwegserkrankungen bei Kindern, die in industrialisierten Ländern die häufigste Ursache der Kindersterblichkeit sind, beträchtliche wirtschaftliche Folgen und eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Betroffenen und ihre Familien nach sich ziehen und dass Atemwegserkrankungen im Gesundheitsbericht der WHO 2000 zu den fünf schwersten Krankheiten (nach behinderungsangepassten Lebensjahren) gezählt werden,
2. ERINNERT DARAN, dass Kinder nach dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit haben,
3. ERINNERT DARAN, dass der gemeinsame Bericht der Europäischen Umweltagentur und des Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation für Europa zum Thema Kinder, Umwelt und Gesundheit ("Children's health and environment: a review of evidence"¹) darauf hinweist, dass Asthma bei Kindern in den wohlhabenden Ländern der westlichen Welt in den letzten Jahrzehnten beträchtlich zugenommen hat, wobei eine Entwicklung von einem lediglich leichten Anstieg zu einer Verdreifachung festzustellen ist.
4. ERINNERT DARAN, dass es eine Reihe einschlägiger Gemeinschaftsprogramme - etwa in den Bereichen Volksgesundheit, Umwelt und Forschung - gibt, die dazu beitragen könnten, das Auftreten von Asthmaerkrankungen bei Kindern zu verringern.
5. BEGRÜSST die Mitteilung der Kommission über eine europäische Strategie für Umwelt- und Gesundheit, die der Rat am 13. Juni 2003 erhalten hat und in der hervorgehoben wird, wie wichtig es ist, Kinder in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik zu stellen, da Investitionen in ihre Gesundheit von wesentlicher Bedeutung für die Sicherstellung der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung sind. Ziel der Strategie ist es letztlich, die Gesundheitsbelastung durch Umweltfaktoren in der Europäischen Union zu vermindern, Gesundheitsgefahren zu ermitteln und abzuwehren und die Politikfähigkeit der Union in diesem Bereich zu stärken. In der ersten Phase der Strategie (2004-2010) geht es darum, fundierte Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Umweltfaktoren und - unter anderem - Atemwegserkrankungen, Asthma und Allergien bei Kindern zu gewinnen.

¹ Gemeinsamer Bericht der Europäischen Umweltagentur, Kopenhagen, und des WHO-Regionalbüros für Europa (2002).

6. BEKRÄFTIGT die Schlussfolgerungen des Rates vom 27. Oktober 2003¹ über eine europäische Strategie für Umwelt und Gesundheit, in denen unter anderem diese neue Strategie begrüßt und auf den Einfluss aufmerksam gemacht wurde, den Umweltfaktoren in Gebäuden auf die Häufigkeit von Atemwegserkrankungen, Asthma und Allergien bei Kindern haben können, und in denen hervorhoben wurde, dass nicht hinnehmbare Risiken wie Tabakrauch in der Umgebungsluft verringert oder vollkommen ausgeschlossen werden müssen.
7. ERINNERT AN das von der Gemeinsamen Forschungsstelle der EU und dem irischen Vorsitz veranstaltete Arbeitstreffen zum Thema Asthma bei Kindern, das am 23. April 2004 in Cork stattfand und bei dem die Teilnehmer
- das Konzept der Umweltgenomik in Bezug auf Asthma bei Kindern unterstützt und einen multidisziplinären Ansatz in Forschungsprojekten gefordert haben, demzufolge genetische und Umweltfaktoren gleichzeitig untersucht werden;
 - festgestellt haben, dass Europa hierfür eine geeignete Arbeitsgrundlage bietet, da es genetisch unterschiedliche Gruppen aufweist;
 - betont haben, dass sich an der Umweltgenomik ausgerichtete Forschungsarbeiten zum Asthma bei Kindern in erster Linie auf eine bessere Prävention und Diagnose und einen besseren Umgang mit der Krankheit konzentrieren sollten;
 - dazu aufgerufen haben, die ethischen Grundsätze, die für die Forschung gelten, voll und ganz zu achten; und
 - dafür plädiert haben, die Forschung zum Asthma bei Kindern beispielsweise anhand des Ansatzes der Umweltgenomik auszuweiten und Asthma bei Kindern als prototypisches Beispiel heranzuziehen.
8. BEGRÜSST die gesamteuropäische Ministerkonferenz über Umwelt und Gesundheit, die im Juni 2004 in Budapest stattfinden soll und von der erwartet wird, dass sie sich den Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan für Kinder in der Europäischen Region (Children's Environment and Health Action Plan for Europe (CEHAPE)) zu Eigen machen wird.
9. STELLT FEST, dass Asthma bei Kindern auf ein Zusammenspiel zahlreicher verschiedener Faktoren zurückzuführen sein kann, zu denen die Qualität der Raumluft und die Luftverschmutzung im Freien ebenso zählen wie Baustoffe, Gebäudeauslegung und -wartung; die individuelle genetische Veranlagung, Ernährung und Lebensweise sowie sozioökonomische Bedingungen und die Qualität der medizinischen Versorgung. Abhängig unter anderem vom Alter und Geschlecht des Betroffenen kann die Reaktion auf die verschiedenen Faktoren entsprechend unterschiedlich ausfallen.

¹ ABl. C 268 vom 7.11.2003, S. 2.

10. HEBT HERVOR, dass Tabakrauch in der Umgebungsluft, der mehr als 50 bekannte Krebs erregende Stoffe (Karzinogene) enthält, und Luftverschmutzung insbesondere in den ersten Lebensjahren zu den größten Gefahren für die Gesundheit der Atemwege gehören und zur Verschlimmerung der Asthmaerkrankungen beitragen.
11. BETONT, dass einheitliche Definitionen und Termini - insbesondere ihre Verwendung in klinischen Datenbanken - einem europaweiten Verständnis von Asthma bei Kindern förderlich wäre.
12. STELLT FEST, dass Asthma und verwandte Erkrankungen bei Kindern innerhalb der Europäischen Union von Region zu Region unterschiedlich stark auftreten und dass eine eingehende Untersuchung dieser Abweichungen wichtige Erkenntnisse über die Ursachen und Auslöser von Asthma bei Kindern liefern kann.
13. ZIEHT DEN SCHLUSS, dass unter vollkommener Wahrung der jeweiligen einzelstaatlichen und gemeinschaftlichen Zuständigkeiten sowohl auf nationaler wie auch auf europäischer Ebene Maßnahmen erforderlich sind, um dieser wachsenden Bedrohung der Gesundheit der Bevölkerung in vollem Umfang zu begegnen.
14. ERSUCHT DIE KOMMISSION UND DIE MITGLIEDSTAATEN,
 - die Erforschung der Faktoren, die Asthma bei Kindern verursachen können (wozu auch Umweltstressoren sowie die genetische und sonstige Veranlagung des Einzelnen gehören) sowie Forschungstätigkeiten, die sich mit den Gründen für das regional unterschiedlich starke Auftreten der Krankheit beschäftigen, zu fördern und zu unterstützen;
 - die Entwicklung einheitlicher Termini und Definitionen voranzubringen, die im Zusammenhang mit Asthma bei Kindern verwendet werden;
 - zuverlässige Daten über Asthma bei Kindern zu sammeln und zu verbreiten;
 - den Austausch bewährter Praktiken bei der Prävention von Asthma bei Kindern und der Durchführung der Unterstützungsmaßnahmen zu fördern;
 - alle relevanten Gruppen einzubeziehen, die zur Bekämpfung von Asthma bei Kindern beitragen können;
 - sicherzustellen, dass die große Gefahr, die der Gesundheit der Bevölkerung durch Asthma bei Kindern droht, bei der Umsetzung des Umwelt- und Gesundheitsaktionsplans für Kinder in der Europäischen Region (Children's Environment and Health Action Plan for Europe (CEHAPE), der im Juni 2004 auf der gesamteuropäischen Ministerkonferenz über Umwelt und Gesundheit angenommen werden soll, in vollem Umfang berücksichtigt wird.

15. ERSUCHT DIE MITGLIEDSTAATEN,
- einen multidisziplinären Ansatz zu verfolgen und Asthma bei Kindern insbesondere im Rahmen ihrer einzelstaatlichen Gesundheitspolitik zu begegnen und
 - das Bewusstsein dafür zu fördern, welche Verantwortung insbesondere Erwachsene im tagtäglichen Umgang mit Kindern tragen, wenn es um Tabakrauch und die Bedeutung der allgemeinen Luftqualität geht.
16. ERSUCHT DIE KOMMISSION sicherzustellen, dass Asthma bei Kindern in allen betreffenden Politikbereichen der Gemeinschaft berücksichtigt wird."

– **ANGABEN ÜBER LEBENSMITTEL**

Der Rat nahm Kenntnis von einem Bericht über die Fortschritte, die bei der Prüfung des Entwurfs einer Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben über Lebensmittel erzielt worden sind.

Mit der vorgeschlagenen Verordnung soll ein gemeinschaftlicher Regelungsrahmen für den Umgang mit Angaben auf den Etiketten von Lebensmitteln geschaffen werden. Nach der Verordnung wären gesundheitsbezogene Angaben bei bestimmten Lebensmitteln unter strengen Bedingungen und im Anschluss an eine unabhängige wissenschaftliche Bewertung und eine Genehmigung der Gemeinschaft zulässig.

Die gemeinschaftliche Harmonisierung der Regeln zu den Angaben würde einen Beitrag zum Schutz der Verbraucher und der Gesundheit der Bevölkerung leisten und Hindernisse für das reibungslose Funktionieren des Binnenmarktes abbauen, die sich aus dem Nebeneinanderbestehen verschiedener nationaler Rechtsvorschriften ergeben.

Die Stellungnahme des Europäischen Parlaments in erster Lesung steht noch aus.

*Nähere Informationen finden Sie in folgendem Dokument auf der Internetseite des Rates:
Dok. 11646/03.*

– **ZUSATZ VON VITAMINEN UND MINERALSTOFFEN ZU LEBENSMITTELN**

Der Rat nahm Kenntnis vom einem Bericht über die Fortschritte, die bei der Prüfung des Entwurfs einer Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über den Zusatz von Vitaminen und Mineralstoffen sowie anderen Stoffen zu Lebensmitteln erzielt worden sind.

Die vorgeschlagene Verordnung zielt darauf ab, die nationalen Vorschriften über den Zusatz von Vitaminen, Mineralstoffen und anderen Stoffen zu Lebensmitteln zu harmonisieren und gleichzeitig dafür zu sorgen, dass die betreffenden Produkte keine Gefahr für die menschliche Gesundheit darstellen, wodurch der Schutz der europäischen Verbraucher verbessert wird. Durch die Harmonisierung sollen ferner Hindernisse für den innergemeinschaftlichen Handel abgebaut werden.

Die Stellungnahme des Europäischen Parlaments in erster Lesung steht noch aus.

*Nähere Informationen finden Sie in folgendem Dokument auf der Internetseite des Rates:
Dok. 14842/03.*

SONSTIGES

- Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die "offene Koordinierungsmethode" (Mitteilung der Kommission, Dok. 8131/04)
- Entwicklungen im Dienstleistungsbereich:
 - Dienstleistungen von allgemeinem Interesse (Weißbuch der Kommission, Dok. 9643/04)
 - Dienstleistungen im Binnenmarkt (Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates, Dok. 6174/04)
- Schutz der Arbeitnehmer vor optischer Strahlung (geänderter Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates, Dok. 9891/04)
- Vorschläge der Kommission zur Änderung von Verordnungen, mit denen folgende Einrichtungen geschaffen wurden:
 - Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (Bilbao) (Dok. 9050/04, 9950/04)
 - Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Dublin) (Dok. 9031/04, 9950/04)
- Die soziale Dimension der Globalisierung (Mitteilung der Kommission, Dok. 9824/04, 9951/04)
- Gleichbehandlung von Männern und Frauen in Arbeits- und Beschäftigungsfragen (Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates - Neufassung - Dok. 8839/04, 9952/1/04)
- Bericht über das Gender Mainstreaming im Bildungsbereich (Dok. 9923/04)
- Indikatoren für sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz (Dok.9832/04 + ADD 1)
- Seminar in Lissabon zum Thema Entwicklung, Gleichheit und Demokratie in der Gemeinschaft der portugiesischsprachigen Länder am 15. März 2004 (Dok. 9839/04)

- Veranstaltungen des Vorsitzes:
 - Konferenz in Bundoran zur Vereinbarkeit von Mobilität und sozialer Integration am 1./2. April 2004 (Dok. 9832/04)
 - Konferenz in Limerick zur Gleichstellung der Geschlechter am 6./7. Mai 2004 (Dok. 9825/04)
 - Konferenz in Budapest zur Verordnung 1408/71 am 7./8. Mai 2004 (Dok. 9826/04)
 - Konferenz in Dublin zu Familie, Wandel und Sozialpolitik in Europa am 13./14. Mai 2004 (Dok. 9827/04)
 - Konferenz in Dublin zum Thema "Gewalt gegen Frauen - Von der Verletzung der Menschenrechte zu ihrer Verteidigung" am 24./25. Mai 2004 (Dok. 9828/04)
 - Konferenz in Limerick zum Thema "Verwirklichung der Gleichheit - Planmäßige und systematische Ansätze zur Erarbeitung von politischen Maßnahmen" am 27./28. Mai 2004 (Dok. 9829/04)
 - Konferenz in Brüssel zum Thema "Armut in Europa" am 28./29. Mai 2004 (Dok. 9830/04)
- Zukunftsfähige Gesundheitsversorgung (Dok. 8131/04, 9946/04)
- Europäisches Zentrum für die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten
- Europäische Krankenversicherungskarte (Dok. 9927/04)
- Europäische Gesundheitsstrategie
- Umwelt und Gesundheit
- Osteoporose (Dok. 9807/04)
- Diabetes (Dok. 9808/04)

SONSTIGE ANGENOMMENE PUNKTE

GESUNDHEIT

Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakkonsums

Der Rat nahm einen Beschluss über den Abschluss des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakkonsums im Namen der Gemeinschaft an (Dok. 9859/04).
