



FEANTSA

Gesundheit und Wohlbefinden für ALLE – Integrierte
Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen

Juni 2013

Gesundheit und Wohlbefinden für ALLE – Integrierte Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen

■ European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL

Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri AISBL

194 Chaussée de Louvain ■ 1210 Brussels ■ Belgium ■ Tel.: +32 2 538 66 69 ■ Fax: +32 2 539 41 74 ■ office@feantsa.org ■ www.feantsa.org

Dieses "White Paper" soll PolitikerInnen und EntscheidungsträgerInnen im Gesundheitsbereich und der Wohnungslosenhilfe die Bedürfnisse von wohnungslosen Menschen auf allen Ebenen darstellen. Die Schlüsselemente eines integrierten und koordinierten Sozialhilfesystems werden herausgestrichen und sollen als Leitlinie für Politik, Dienstleistungsentwicklung und deren Umsetzung dienen. Reflektiert wird auch die Rolle der EU bei der Finanzierung und Förderung dieser Politik.

Hintergrund: Wohnungslosigkeit, Wohnen und Gesundheit

Menschen erfahren Wohnungslosigkeit, wenn sie keinen Rückzugsort haben, an dem sie sicher und in Ruhe und Würde leben können¹. Wohnungslosigkeit bzw. der Verlust einer Wohnung können unterschiedliche Ausprägungen haben: Menschen schlafen auf der Straße und halten sich an öffentlichen Plätzen auf, sie übernachten in Notschlafstellen oder in zeitlich begrenzten Wohngelegenheiten. Oder sie leben in stationären Einrichtungen, Spitälern oder Gefängnissen, jedoch ohne die Möglichkeit, danach in eine passende Wohnung zurückkehren zu können.

Menschen gelten auch dann als wohnungslos, wenn sie in ungeschützten, unsicheren Behausungen leben, die als Wohnräume ungeeignet, überfüllt oder rechtlich nicht abgesichert² sind.

Wohnungslosigkeit entsteht durch eine Verkettung von strukturellen und individuellen Problemen: Zu den strukturellen Problemen zählen zum Beispiel der Mangel an leistbarem Wohnraum oder Arbeitslosigkeit, zu den individuellen Problemlagen gehören zum Beispiel Überschuldung, Trennungen oder Krankheit.

Wohnen ist auch ein gesellschaftlicher Faktor, der sich entscheidend auf die Fähigkeit gesund zu leben auswirkt. Schlechte Wohnqualität ist auch Grundlage für die Entstehung von Krankheit, es verkompliziert die Behandlung und verzögert die Heilung.

Stabile und angemessene Wohnverhältnisse wirken sich positiv auf die Gesundheitssituation aus, während unsichere, zu teure oder instabile Wohnverhältnisse das Risiko von Gesundheitsproblemen erhöhen. Es bestehen kausale Zusammenhänge zwischen Wohnungslosigkeit und mangelhafter Gesundheit. Umgekehrt kann auch Krankheit zu Wohnungslosigkeit führen, was die Gesundheit weiter negativ beeinflusst.

Zur Debatte über Ursache und Wirkung gibt es keine einfachen Antworten. Klar ist jedoch, dass Wohnungslosigkeit gravierende Folgen für die Gesundheit hat. Wohnungslose Menschen haben ein höheres Risiko, körperlich oder geistig zu erkranken, als Menschen ohne Wohnprobleme³. Zusätzlich nehmen wohnungslose Menschen Drogen wesentlich häufiger, in höheren Dosierungen und unter unsichereren Bedingungen. Riskantes Verhalten hängt mit Wohninstabilität zusammen, am häufigsten bei Menschen, die im Freien oder in Notschlafstellen übernachten.

Wohnungslose Menschen, insbesondere obdachlose Menschen, die auf der Straße leben, sowie LangzeitnutzerInnen von Notschlafstellen, sind besonders stark von vorzeitiger Sterblichkeit durch Alkoholmissbrauch, Drogensucht und durch psychische oder körperliche Gesundheitsprobleme⁵ betroffen.

Trotz dieser beträchtlichen gesundheitlichen Belastungen haben wohnungslose Menschen keinen ausreichenden Zugang zur Gesundheitsversorgung. Dieser Zusammenhang zwischen dem Bedarf an und fehlender Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung wird als „umgekehrtes Pflegegesetz“ bezeichnet. In anderen Worten: je mehr die Menschen Hilfe brauchen, desto weniger erhalten sie sie.¹

Kontext: Ein rechtsbasierter Zugang zur Gesundheitsvorsorge für wohnungslose Menschen

Gesundheit und Wohnungslosigkeit müssen in einem multidimensionalen und ganzheitlichen Ansatz⁷ sowie im Zusammenhang mit Menschenrechten und der Ungleichheit in Gesundheitsfragen gesehen werden⁸.

Gesundheitliche Ungleichheit wird als Ungleichheit im Gesundheitsstatus zwischen unterschiedlichen Gruppen verstanden. Die Sterblichkeitsrate bei wohnungslosen Menschen zeigt ein extremes Beispiel dieser Ungleichheit. Menschen, die auf der Straße leben, sterben im Durchschnitt um 20 Jahre früher als die Normalpopulation².

Der rechtsbasierte Ansatz zur Gesundheitspolitik basiert auf der Verantwortung des Staates, diese Ungleichheit zu beseitigen und das Recht auf Gesundheit für alle zu gewährleisten. Die vier einander beeinflussenden und letztlich ausschlaggebenden Faktoren sind: Bereitstellung, Zugänglichkeit, Angemessenheit und Leistbarkeit.

- **Bereitstellung:** Gesundheitsversorgung muss für alle gewährleistet werden. Einrichtungen, die für die Gesundheitsvorsorge zur Verfügung stehen, müssen auch wohnungslose Menschen miteinbeziehen.
- **Zugänglichkeit:** Gesundheitsversorgung, materiell und als Dienstleistung, muss nicht nur bereitgestellt werden, sondern muss darüber hinaus auch zugänglich sein. Selbst wenn wohnungslose Menschen berechtigt sind, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen, stehen sie oft vor bürokratischen, organisatorischen, finanziellen oder sozialen Barrieren, die den Zugang limitieren. Stigmatisierung, Vorurteile und Diskriminierung stellen so eine signifikante Barriere dar. Ebenso kann der Informationsmangel über Gesundheitsdienste als Barriere bezeichnet werden.
- **Angemessenheit:** Allgemeine Gesundheitseinrichtungen sind oft nicht auf wohnungslose Menschen ausgerichtet. Es gibt lange Wartezeiten, zahlreiche Registrierungsvorschriften und überfüllte Warteräume. Auf Grund der fehlenden Anpassung an die Bedürfnisse von wohnungslosen Menschen können sie keine kontinuierliche Gesundheitsversorgung für diese leisten.

¹ Hart, Inverse care law, The Lancet, 1971

² Psychische Störungen und Sterblichkeit bei wohnungslosen Menschen in Dänemark, eine nationale Registerstudie (The Lancet, 2011)

- **Leistung:** In vielen Ländern verhindern zu hohe Kosten den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für wohnungslose Menschen.

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass die vollständige Realisierung des Rechts auf Gesundheit³ weit über die Bereitstellung von medizinischer Versorgung hinausgeht. Es bedarf der zusätzlichen Beteiligung der sozialen und wirtschaftlichen Sektoren zur Gesundheitsversorgung, indem auch die weiter reichenden sozialen Determinanten von Gesundheit angesprochen werden: Wohnmöglichkeit, Erziehung und Beschäftigung. Zusätzlich muss sich die öffentliche Gesundheitsvorsorge als Teil der präventiven Strategie auch der Wohnproblematik annehmen und unzureichende Wohnversorgung als Gesundheitsproblem wahrnehmen.

Acht Elemente zur Entwicklung eines integrierten und koordinierten Gesundheits- und Sozialhilfesystems

Wohnungslose Menschen erfahren eine signifikant höhere Rate an Sterblichkeit, Behinderung und chronischen Krankheiten, als die Normalbevölkerung. Die Langzeiterkrankung von wohnungslosen Menschen und die bekannten Barrieren zur Realisierung des Rechts auf Gesundheit zeigen, dass die Strukturen zur Unterstützung von wohnungslosen Menschen neu organisiert werden müssen. Aufgrund der fragmentierten Gesundheitsversorgungssysteme bekommen wohnungslose Menschen oft nicht die passenden Behandlungen in den unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen. Die Koordinierung sämtlicher Teile des Gesundheitssystems wie Allgemeinmedizin, Spitäler, Psychiatrie, Drogen- und Alkoholentzugsanstalten könnte Situationen vermeiden, die wohnungslose Menschen erleben, wenn sie von einem Dienst zum nächsten vermittelt werden und immer nur akute Symptome behandelt werden. Es bedarf vielmehr einer ganzheitlichen Behandlung.

Um bessere Resultate zu erzielen, ist eine bessere Integration von Gesundheitsdiensten mit Sozialdiensten und Wohnversorgung zu gewährleisten. Es ist evident, dass nur multisektorale Antworten, die Wohnversorgung, Sozialdienste und Gesundheitsdienste einschließen, eine langfristige Lösung von Gesundheitsproblemen wohnungsloser Menschen gewährleisten können. Integrierte Ansätze führen zu gesundheitlichen Verbesserungen von wohnungslosen Menschen, indem sie die organisatorischen Barrieren zwischen den unterschiedlichen Diensten reduzieren und auf diese Weise wohnungslosen Menschen ermöglichen, die nötigen Dienste in Anspruch zu nehmen. Besonders wichtig ist zu erwähnen, dass die verschiedenen Finanzierungssysteme keine Barriere darstellen dürfen. Ein integriertes und koordiniertes Hilfesystem würde folgende acht Schlüsselemente beinhalten:

1. Flexible und zugeschnittene Dienste für wohnungslose Menschen

Die Dienste müssen sich an den PatientInnen orientieren und Hilfe rund um die individuellen Bedürfnisse organisieren. Dieses Personalisieren der Dienste würde es ermöglichen, im tatsächlichen Interesse der PatientInnen zu agieren und wäre flexibel genug, um den Zugang von wohnungslosen Menschen zu Hilfsleistungen zu garantieren. Zielgruppenadäquate Gesundheitsdienste für wohnungslose

³ Recht auf Gesundheit (Art 12 ICESCR)

Menschen sind niederschwellig im Zugang, flexibel, tolerant und individuell in den Antworten auf den Bedarf an medizinischer Versorgung, und sie bieten hohe Qualität. Sie sollten auf der Basis von Drop-In anstatt Ordinationsterminen funktionieren und können entweder stationäre Angebote (zum Beispiel in einem Medizinischen Zentrum oder Spital) oder ambulante Angebote (Besuchsdienste und Streetwork) sein. Während solche gezielte Angebote einerseits zur Verbesserung in der Gesundheitsvorsorge wohnungsloser Menschen beitragen, können sie andererseits zur Folge haben, dass Stereotypen gegen wohnungslose Menschen eher verstärkt werden, statt sie positiv zu verändern. Eine weitere Folge kann darüber hinaus sein, dass das Regelgesundheitsystem sich aus der Pflicht genommen sieht, Gesundheitsvorsorge für alle anzubieten. Spezialisierte Angebote spielen damit eine wichtige Rolle dabei, wohnungslose Menschen beim Übergang ins System zu unterstützen.

2. Zugängliche Regelgesundheitsversorgung

Die Notwendigkeit, dass Gesundheitsdienstleister ihre Angebote auch an die Bedürfnisse von wohnungslosen Menschen anpassen, liegt klar auf der Hand. Die Beseitigung administrativer und physischer Zugangshürden für wohnungslose Menschen würde jedoch für sich allein nicht genügen, es bedarf auch besserer Information über die angebotenen Gesundheitsdienste und die jeweiligen Anspruchsberechtigungen. Zusätzlich sollten wohnungslose Menschen beim Zugang zu Gesundheitsdiensten von Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften und SozialarbeiterInnen auf Augenhöhe begleitet und unterstützt werden.

3. Unterstützende Umgebung

Das Misstrauen in das Gesundheitssystem ist eine besonders signifikante Barriere für wohnungslose Menschen. Es ist oft begründet in vorangegangenen negativen Erfahrungen mit DienstleisterInnen des Gesundheitssystems und bringt das Gefühl mit sich, nicht willkommen zu sein. Um Stigmata und Diskriminierung gegen wohnungslose Menschen zu verhindern bedarf es einer gesteigerten Aufmerksamkeit und eines Verständnisses der komplexen und verwobenen Natur der Gesundheitsbedürfnisse von wohnungslosen Menschen seitens der ProfessionistInnen durch entsprechendes Training. Wohnungslose Menschen mit Respekt und in einem unterstützenden Setting zu behandeln, ist zentraler Bestandteil einer erfolgreichen Begegnung mit ihnen und ermöglicht diesen einen regelmäßigen Zugang zum Gesundheitssystem.

4. Effektives Entlassungsmanagement aus Spitälern

Wohnungslose Menschen werden oft nach der Erstbehandlung des akuten Einweisungsgrundes entlassen, ohne dass andere, gleichzeitig vorliegende Krankheiten wie zum Beispiel psychische Erkrankungen adäquat behandelt oder z.B. auch eine Methadon-Behandlung durchgeführt wurde. Eine vorzeitige Entlassung in eine für die Erholung ungeeignete Umgebung (die Straße, eine Notschlafstelle oder instabile Wohnverhältnisse) führt oft dazu, dass eine Heilung nicht oder nur unvollständig gelingt und die PatientInnen bald wieder in die

Notaufnahme zurückkommen⁴. Daher ist es notwendig, gleich bei der Aufnahme von wohnungslosen Menschen in den stationären Bereich für effektive Maßnahmen in Bezug auf die Wohnsituation nach der Entlassung zu sorgen. Ziel sollte die Zusammenarbeit eines spezialisierten Teams aus Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften, die sich um die Wohnsituation kümmern, und AllgemeinmedizinerInnen, an die sich wohnungslose Menschen wenden können und wo sie ihren Bedürfnissen entsprechende Hilfe bekommen, sein. Eine geklärte Wohnversorgung sollte Voraussetzung bei der Entlassung aus dem Spital sein.

5. Vorsorge und Gesundheitsförderung

Wohnungslose Menschen haben von sich selbst oft eine positive Einschätzung ihres Gesundheitszustands, was oft in starkem Kontrast mit den diagnostizierten Krankheiten steht. Das ist auf den Überlebensmechanismus zurück zu führen, der für die Bewältigung von extremen Lebensumständen nötig ist. Darüber hinaus sind andere Prioritäten wie die Suche nach Unterkunft, Nahrung und Sicherheit wichtiger als die Gesundheitsprobleme. Daraus resultiert, dass wohnungslose Menschen länger als andere die Krankheitssymptome ignorieren und dann erst in einem fortgeschrittenen Stadium eine Notfallambulanz aufsuchen. Gesundheitsvorsorge und Präventionsstrategien sollten dort vorangetrieben werden, wo sie für wohnungslose Menschen am leichtesten zugänglich sind. Dazu gehören beispielsweise Screenings in mobilen Ambulanzen oder Impfprogramme in Notfallabteilungen. Die Verbesserung des Gesundheitsverständnisses⁵ sollte ebenfalls Bestandteil eines proaktiven Angebots an wohnungslose Menschen sein.

6. Verringerung von Beeinträchtigungen – „harm reduction“

„Harm reduction“ ist ein wertfreier Ansatz, der unerwünschte gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Konsequenzen von Substanzmissbrauch auf individueller und gesellschaftlicher Ebene abwendet. Der Fokus richtet sich mehr auf die Prävention der schädlichen Wirkungen der Substanz als auf die Abstinenz. „Harm reduction“ unterstützt die Entscheidung für Abstinenz, sicheren oder kontrollierten Gebrauch und erkennt an, dass verschiedene Menschen auch unterschiedliche Hilfsangebote brauchen. Oftmals unterstützt sie auch Interventionen, die nicht nur die Sucht behandeln, sondern auch deren zugrundeliegende strukturellen Faktoren. „Harm reduction“ ist so gesehen eine adäquate Antwort auf problematischen Substanzgebrauch und Wohnungslosigkeit. Ein Beispiel dafür liefert der Housing First-Ansatz. Man hilft den Menschen dort, wo sie gerade im Moment stehen. Sie werden nachhaltig mit einer ihren Bedürfnissen entsprechenden Wohnung versorgt, unabhängig davon, ob sie nüchtern oder hinsichtlich ihres Drogenkonsums behandlungswillig sind. Sobald die Wohnsituation abgesichert ist, kann sich die weitergehende Unterstützung von einem ganz geringen Ausmaß bis hin zu einem fortwährenden

⁴ Die Forschung zeigt, dass Neuaufnahmen innerhalb von 28 Tagen nach der Entlassung gerade bei wohnungslosen Menschen besonders häufig sind.

⁵ Wissen über die Gesundheit, Verständnis und Umsetzungsfähigkeit von Informationen

Sicherungsprogramm⁶ für sinnvoll erweisen, um eine nachhaltige Wohnversorgung der betroffenen Person zu sichern. Es ist evident, dass angemessene Wohnversorgung in Kombination mit einem Spezialprogramm, das sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert, sowohl stabilisierend wirkt als auch Drogen- und Alkoholkonsum reduzieren kann. Dieser Ansatz trennt die Behandlung von der Wohnversorgung, betrachtet die Therapie als freiwillig und das Wohnen als fundamentales Menschenrecht⁷. Andere Strategien einer "Harm reduction" beinhalten Nadeltausch, Substitutionstherapie⁸, sichere Konsumräume und Programme für einen kontrollierten Alkoholkonsum.

7. Partizipation und peer support

Partizipation und peer support von wohnungslosen Menschen bei der Konzipierung und in der Umsetzung von für sie ausgerichteten Gesundheitsangeboten können ihren Zugang zum Gesundheitssystem verbessern. Auf diese Weise kann besser auf die Bedürfnisse der Zielgruppe eingegangen werden und Lücken im Versorgungssystem eingehen.

8. Unabhängige Lebensführung und wohnungsfokussierte Ansätze

Institutionalisiertes Wohnen kann negative Effekte auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden haben. Zum Beispiel haben Menschen, die lange Zeit in Übergangswohnungen leben, oft weit mehr Stress und ein niedrigeres Selbstwertgefühl⁹. Solchen Wohnangeboten mangelt es oft an ausreichend Privatsphäre, sie schränken mehr oder weniger Freiheit und Autonomie ein und sind auch häufig überfüllt. Es ist evident, dass sich das auf die Gesundheit von wohnungslosen Menschen auswirkt. Allerdings kann eine dauerhafte eigenständige Wohnung alleine nicht alle Probleme von langfristig wohnungslosen Menschen lösen. Wohnungsfokussierte Ansätze, die auch die Bereitstellung der nötigen Hilfsdienste in den individuellen Wohnungen beinhalten, haben sich jedoch als effektiv erwiesen. Mit den richtigen Unterstützungsangeboten können wohnungslose Menschen erfolgreich ihren eigenständigen Mietvertrag aufrechterhalten. Diese Dienste unterstützen die Menschen dort, wo sie wohnen und entsprechen ihren Bedürfnissen, anstatt sie in standardisierte Modelle¹⁰ zu pressen. Auf lange Sicht kann unterstütztes Wohnen bessere Erfolge zu geringeren Kosten erzielen, als die traditionellen hochpreisigen institutionellen Angebote. Es kann zu einer Reduktion der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und von Spitalsaufenthalten kommen –

⁶ Housing First bietet Einzelfallhilfe für jene Menschen, die den größten Bedarf haben, indem es bestimmte gemeinwesenorientierte Hilfsmaßnahmen einsetzt und so proaktive, intensive gemeinwesenorientierte Hilfe in der eigenen Wohnung des Betroffenen bereitstellt, rund um die Uhr falls nötig und für jene, die nur gemäßigten Hilfebedarf haben, intensive Einzelfallhilfe bei der ein einzelner Case-Manager als Verbindungsglied zwischen Betroffenen und Hilfsdiensten fungiert.

⁷ Tsemberis 2006

⁸ Vorgangsweise zum Ersatz von illegalen Drogen durch medizinisch verordnete Substanzen

⁹ Eine vergleichende Studie von Einrichtungen für wohnungslose Menschen: Moore 1995

¹⁰ Wohnungsorientierte Ansätze nehmen Abschied vom Stufenmodell, das die Angebotspalette in Europa dominiert. In Stufenmodellen geht man davon aus, dass wohnungslose Menschen zuerst durch eine Reihe Maßnahmen geschleust werden müssen, bevor sie „wohnfähig“ sind.



FEANTSA

sowie allgemein zu verbesserten Gesundheitsergebnissen der KlientInnen. . Unabhängiges Wohnen und die Möglichkeit, im eigenen Leben Veränderung herbeizuführen, tragen zum Wohlbefinden bei, unterstützen Heilungsprozesse und verhindern Rückfälle. Unterstütztes Wohnen kann also als positive Gesundheitsmaßnahme gelten, weil es die Gesundheit und das Wohlbefinden verbessert, den sorgsam Umgang mit der Gesundheit unterstützt und Akutinterventionen und teure Notdienste vermeidet.

Die Rolle der EU

Die Wirtschaftskrise zeigt die Strukturprobleme im Gesundheitssektor und zugleich die Notwendigkeit auf, trotz reduzierter Budgets effiziente Gesundheitsversorgung bereit zu stellen. Im Rahmen der Krise hat sich auch die wichtige Rolle der EU¹¹ gezeigt, indem sie im Rahmen des „Europäischen Semesters“¹² auf die Reform der Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten durch länderspezifische Empfehlungen für Reformen in der Gesundheitspolitik Einfluss nimmt. In die Gesundheit zu investieren ist eine Priorität im kürzlich veröffentlichten „Social Investment Package“¹³ der EU-Kommission, die zum Ziel hat, die Mitgliedsstaaten zu einer effizienteren und effektiveren Mittelverwendung in der Gesundheitsvorsorge zu bewegen. Es erklärt die Gesundheit zu einem Wert an sich und sieht sie als Investition in die Zukunft: Investitionen in die Gesundheit können demnach dazu beitragen, hohe wirtschaftliche und soziale Kosten in der Zukunft zu vermeiden .

Der oben beschriebene Entwurf einer Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen steht im Einklang mit dem von der EU vorgeschlagenen „Social Investment Package“. Es betont die Notwendigkeit von gezielten, individuellen und integrativen Dienstleistungen als effektivste Form der Problemlösung für wohnungslose Menschen. Die Kommission schlägt eine Reihe von Strategien vor, die den Nutzen und die Nützlichkeit der Gesundheitssysteme verbessern. Wir weisen nochmals darauf hin, dass eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von obdachlosen Menschen dadurch erreicht werden kann, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung erleichtert wird und dass dadurch auch die Überbeanspruchung der Notfallambulanzen in den Spitälern vermieden wird. Es ist jedoch wichtig darauf aufmerksam zu machen, dass Reformen im Gesundheitssystem über reine Kosteneinsparungen hinausgehen und zu einer Verbesserung für alle NutzerInnen - inklusive wohnungsloser Menschen - führen sollen. Um das zu erreichen, ist es notwendig, in die Reduktion von Ungleichheiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung durch integrierte und koordinierte Gesundheits- und Sozialschutzsysteme zu investieren.

¹¹ Obwohl die Gesundheit im Kompetenzbereich der Mitgliedsstaaten liegt, eröffnet der Vertrag von Lissabon, dass die EU zu Aktionen zum Gesundheitsschutz und zur Gesundheitsförderung durch Kooperation und Vorsorge auffordert. Die Schlüsselrolle der Gesundheit wurde schon lange in der EU erkannt. Ungleichheiten in der Gesundheitsvorsorge anzusprechen gehört zu den zentralen Aufgaben der EU Gesundheitsstrategie und dafür gibt es auch viele den Mitgliedstaaten zugängliche Instrumente. Im Sinne des „Gesundheit für alle“ Ansatzes ist Gesundheit in alle EU-Politiken integriert.

¹² Das Europäische Semester dient zur EU-weiten Koordination auf makroökonomischer, budgetärer und struktureller Ebene.

¹³ http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf



FEANTSA



FEANTSA is supported by
the European Community Programme for Employment and Social Solidarity (2007-2013).

This programme was established to financially support the implementation of the objectives of the European Union in the employment and social affairs area, as set out in the Social Agenda, and thereby contribute to the achievement of the Lisbon Strategy goals in these fields. The seven-year Programme targets all stakeholders who can help shape the development of appropriate and effective employment and social legislation and policies, across the EU-27, EFTA and EU candidate and pre-candidate countries. To that effect, PROGRESS purports at:

- providing analysis and policy advice on employment, social solidarity and gender equality policy areas;
- monitoring and reporting on the implementation of EU legislation and policies in employment, social solidarity and gender equality policy areas;
- promoting policy transfer, learning and support among Member States on EU objectives and priorities;
and
- relaying the views of the stakeholders and society at large.

For more information see:
http://ec.europa.eu/employment_social/progress/index_en.html

The views expressed herein are those of the authors and the Commission is not responsible for any use that may be made of the information contained herein.