

## Problemstellungen

Insbesondere der demographische Wandel stellt alle Nationen in Europa vor neue Aufgaben. Die höhere Lebenserwartung der Bevölkerung Europas wird dazu führen, dass der Anteil der über 65-jährigen stetig zunimmt.

Die europäische Kommission geht davon aus, dass sich dieser Anteil von 16,1% im Jahre 2000 auf 22 % im Jahr 2025 und 27,5 % im Jahr 2050 erhöhen wird.

### Jugend- und Altenquotient 1998 - 2100

	Jugend-quotient <sup>1</sup>	Altenquotient <sup>2</sup>	Unterstützungs-quotient <sup>3</sup>
1998	38	38,6	76,6
2000	38,1	42,8	80,9
2010	33,2	48,3	81,5
2020	31,3	59,9	91,2
2030	33,1	81,3	114,4
2040	32,1	85,9	118
2050	31,9	91,4	123,3
2060	32,7	92,6	125,3
2070	33,1	93	126,1
2080	33,2	92,2	125,4
2090	34	90,9	124,9
2100	34,5	88,7	123,2

<sup>1</sup> Unter 20-Jährige auf 100 Menschen im Alter von 20 bis unter 60  
<sup>2</sup> Über 60-Jährige auf Menschen im Alter von 20 bis 60  
<sup>3</sup> Summe aus Jugend- und Altenquotient

Die Gesundheitssysteme in der Europäischen Union und den Kandidatenländern stehen in naher Zukunft vor der Herausforderung, drei Ziele gleichzeitig zu verwirklichen, nämlich den allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung, ein qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot und die langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme zu gewährleisten.

Verbunden hiermit wird es einen großen zusätzlichen Bedarf an Pflegeleistungen innerhalb der EU geben. Insbesondere ab dem 65. Lebensjahr steigen die Gesundheitsausgaben pro Kopf sehr stark an.

Auf lange Sicht führt dies zu einer ungleichen Kostenverteilung nach Altersgruppen und zu einem überproportional erhöhten Bedarf nach langfristiger medizinischer Versorgung. Insgesamt könnten sich so die Ausgaben für Gesundheitssysteme im Jahr 2000 5,5 – 7,5 % des BIP auf bis zu 12,1 % des BIP im Jahre 2050 erhöhen.

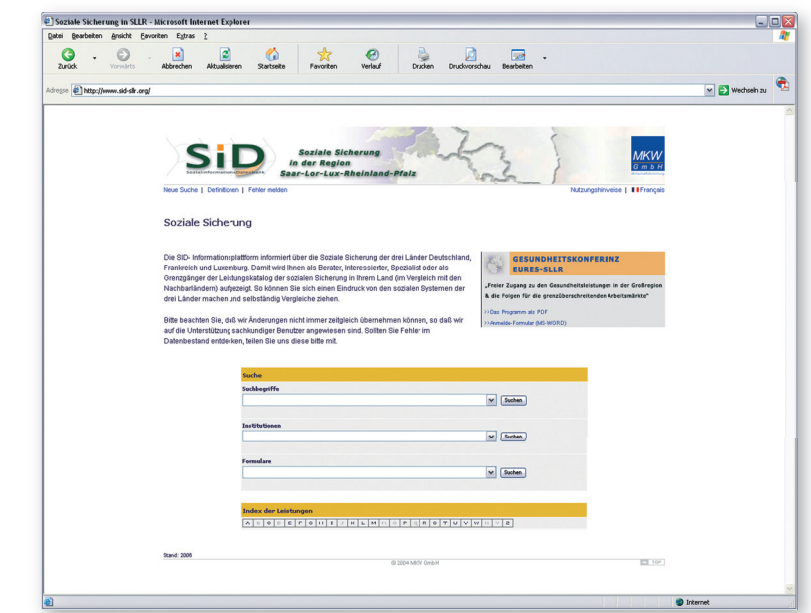
Eine weitere Problematik ist die Knappheit an "Humanressourcen". Bereits heute fehlen z.B. in Frankreich ca. 45.000 Ärzte und Pflegekräfte. In den Jahren von 1995 – 2000 hat die Beschäftigung innerhalb der EU um 6,8 % zugenommen, aber um 12,6 % im Bereich "Gesundheit & Soziales". Dies alles muss man aufgrund des demographischen Wandels unter dem Aspekt einer schrumpfenden Erwerbsbevölkerung sehen.

	Health spending and financing							
	Total expenditure as % of GDP		Public expenditure as % of total expenditure on health		Average growth rate	Health expenditure per capita USD PPP		
	2003	1993	2003	1993	1996-2003	2003	1993	
Australia <sup>1</sup>	9,3	8,2	67,5	65,9	4,1	2699	1542	
Austria	7,6	7,8	69,9	74,2	1,8	2280	1669	
Belgium	9,6	8,1	..	..	4,2	2827	1601	
Canada	9,9	9,9	69,9	72,7	4,2	3003	2014	
Czech Republic	7,5	6,7	90,1	94,8	5,4	1298	760	
Denmark	9	8,8	83	62,7	2,8	2763	1763	
Finland	7,4	8,3	76,5	76,1	4,1	2118	1430	
France	10,1	9,4	76,3	76,5	3,5	2903	1878	
Germany	11,1	9,9	78,2	80,2	1,6	2996	1988	
Greece	9,9	8,8	51,3	54,5	4,9	2011	1077	
Hungary	7,6	7,7	70,2	87,4	6	1115	638	
Iceland	10,5	8,7	63,5	83,3	5,9	3115	1745	
Ireland	7,3	7	75,2	73,3	11,4	2386	1039	
Italy	8,4	8	75,1	76,3	3,1	2258	1529	
Japan	7,9	6,5	61,5	79,2	3	2139	1365	
Korea	5,6	4,3	49,4	35,5	10,2	1074	453	
Luxembourg	6,1	6,2	65,4	92,9	5,3	3190	1891	
Mexico	6,2	5,8	46,4	43,2	4	583	397	
Netherlands	9,8	6,6	62,4	73,6	4,6	2976	1701	
New Zealand	8,1	7,2	76,7	76,6	3,4	1886	1115	
Norway	10,3	8	63,7	84,6	5,3	3807	1695	
Poland	6	5,9	72,4	73,8	3	677	378	
Portugal	9,6	7,3	69,7	63	3,7	1797	881	
Slovak Republic	5,9	..	88,3	..	4,1	777	..	
Spain	7,7	7,5	71,2	76,6	2,6	1835	1089	
Sweden	9,2	8,6	85,3	87,4	5,4	2594	1644	
Switzerland	11,5	9,4	58,5	54,3	2,8	3781	2401	
Turkey	6,6	3,7	62,9	66,4	..	452	200	
United Kingdom	7,7	6,9	63,4	85,1	5,7	2231	1232	

Die Soziale Informations Datenbank (SID) ist der Versuch eines terminologischen Vergleiches der Gesundheitssysteme in Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz. Per Eingabe über die Suchmaske erhält der Benutzer Infos zu:

- Institutionen
- Leistungen
- Sozialversicherungen
- Formularen

Gleichzeitig werden die äquivalenten Leistungen der beiden anderen Länder dazu dargestellt.



[www.sid-sllr.org](http://www.sid-sllr.org)

## Links zum Thema

Statistisches Bundesamt  
[www.destatis.de](http://www.destatis.de)

EURES  
[www.europa.eu.int/eures](http://www.europa.eu.int/eures)

[www.sid-sllr.org](http://www.sid-sllr.org)

LAGS  
[www.lags.de](http://www.lags.de)

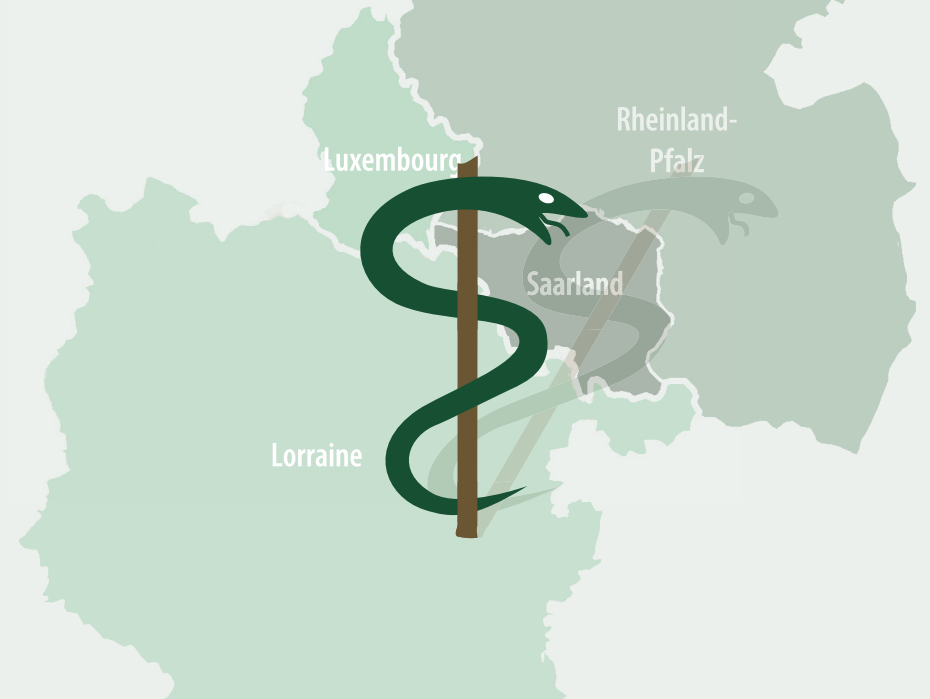
CLTS  
[www.clt-sante.fr](http://www.clt-sante.fr)

Europäische Gesundheitskarte  
[www.die-gesundheitskarte.de](http://www.die-gesundheitskarte.de)

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V.  
[www.lzg-rlp.de](http://www.lzg-rlp.de)



## Gesundheit in der Großregion



## Gesundheitssystem Deutschland

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist darauf ausgerichtet, eine möglichst umfassende und flächendeckende Versorgung aller Bundesbürger sicherzustellen. Die Versorgung beruht dabei auf den drei wesentlichen Säulen:

### 1. Primär-Versorgung durch niedergelassene Ärzte

In Deutschland praktizieren rund 40.000 niedergelassene Ärzte. Sie stellen die ambulante und fachärztliche Versorgung sicher. So kann bereits in der Primär-Diagnostik ein hoher Standard erreicht werden. Bei Bedarf erfolgt die Einweisung in Krankenhäuser zur Akut-Versorgung.

### 2. Akut-Versorgung in Krankenhäusern

Die Bundesrepublik verfügt über ca. 2500 Krankenhäuser zur Akutversorgung. Der größte Teil ist auf Grundversorgung ausgerichtet (ca. 1600), während ca. 450 weitere Kliniken auf die sogenannte Maximalversorgung ausgerichtet sind. Hier finden sich hochspezialisierte Abteilungen für komplexe Krankheitsbilder. Hinzu kommen noch 48 Universitätskliniken, welche Spitzenmedizin, Forschung & Lehre abdecken.

### 3. Nachsorge / Rehabilitation

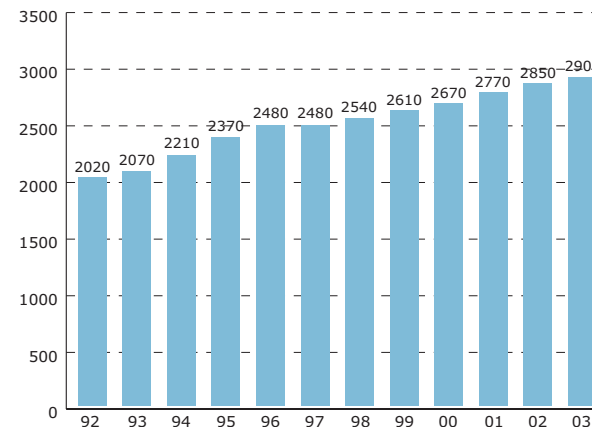
Ein weltweit einzigartiges Netz von ca. 1000 Rehakliniken stellt die Nachsorge zur Akut-Medizin sicher.

### Finanzierung

Jeder Arbeitnehmer ist automatisch bei den gesetzlichen Krankenkassen versichert, sofern sein Jahresverdienst eine sogenannte Beitragsbemessungsgrenze (zur Zeit 47.250,- € jährlich), welche jährlich neu berechnet wird, nicht übersteigt. Übersteigt der Jahresverdienst die Beitragsbemessungsgrenze, so hat man die Möglichkeit sich privat zu versichern.

Der Beitrag zur gesetzl. Krankenkasse liegt im Moment im Durchschnitt bei 14,7 % des Bruttolohnes. Dies wird jeweils zur Hälfte von Arbeitnehmer und Arbeitgeber bezahlt. Aufgrund der schlechten Finanzsituation vieler gesetzlicher Kassen und den in Deutschland hohen Lohnnebenkosten wurde zum 01.07.2005 eine zusätzliche Gebühr i.H.v. 0,9 % des Bruttolohnes eingeführt, die vom Arbeitnehmer getragen wird.

Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Euro je Einwohner



© Statistisches Bundesamt Deutschland 2005

## Gesundheitssystem Luxemburg

In Luxemburg decken 12 Versicherungen die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ab. Die Mitgliedschaft in einer dieser Versicherungen ist für alle Personen mit Wohnsitz in Luxemburg Pflicht.

Die Krankenhäuser in Luxemburg gehören fast ausnahmslos den Kirchen oder Gemeinden.

## Gesundheitssystem Frankreich

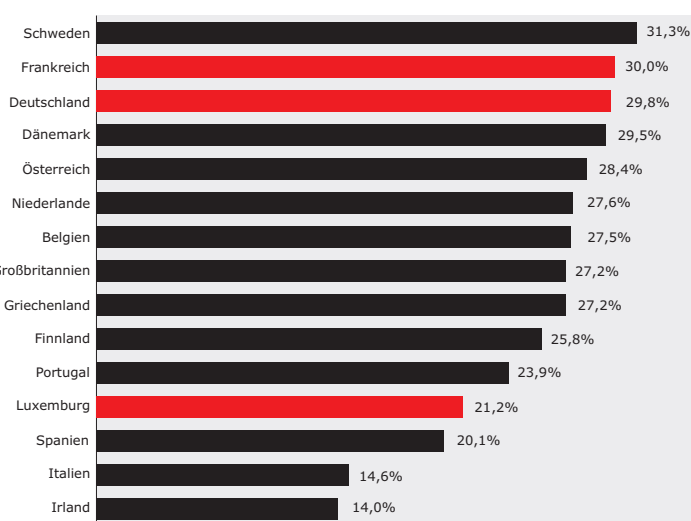
Die staatliche Krankenversicherung in Frankreich funktioniert nach dem Solidaritätsprinzip. Somit erhält also jede Person mit Wohnsitz in Frankreich, unabhängig von Alter, Einkommen, Geschlecht und Gesundheitszustand, Versicherungsschutz.

80 % der Franzosen sind über die allgemeine Krankenversicherung (régime général d'assurance maladie) gegen Risiken durch Krankheit, Mutterschaft, Invalidität und Tod versichert. Der Rest der Erwerbstätigen ist über Krankenkassen für bestimmte Berufsgruppen (z.B. Freiberufler, Seeleute) abgesichert. Zum 01.01.2000 trat die allgemeine Krankenversicherung (Couverture maladie universelle) in Kraft, die auch die Erwerbslosen pflichtversichert. Somit ist jeder mit Wohnsitz in Frankreich versichert. Desweiteren dient die CMU als Zusatzversicherung, da gerade bei ambulanter Versorgung nur 64,3 % der Kosten von der allgemeinen Krankenversicherung übernommen werden. Ca. 87 % der versicherten haben eine Zusatzversicherung bei der CMU.

Ähnlich wie in Deutschland, besteht auch das Französische Gesundheitssystem aus den 3 Säulen

- Primärversorgung durch niedergelassene Ärzte
- Akut-Versorgung in Krankenhäusern
- Nachsorge / Rehabilitation

Ausgaben für die soziale Sicherung in Prozent des BIP in der EU im Jahr 2001



### Finanzierung

Der größte Teil der Gelder für das Gesundheitssystem kommt auch in Frankreich aus den Sozialabgaben auf Lohn / Einkommen. Anders als in Deutschland, trägt der Arbeitgeber den Hauptteil (12,8 %) während die Arbeitnehmer nur einen geringe Zuzahlung leisten (0,75 %). Da dieser geringe Anteil nicht ausreichte, wurde 1991 der „allgemeine Sozialbeitrag“ in Höhe von 7,5 % auf 95 % des Bruttoeinkommens (auch Einkommen aus Kapital und Vermögen), welche von den Arbeitnehmern zu tragen ist, eingeführt.

### Mobilitätshemmnisse

Gerade für die über 150.000 Grenzgänger innerhalb unserer Großregion, gibt es neben den psychologischen Hemmnissen, wie z.B. die Sprachbarriere, auch viele administrative Hemmnisse, welche die Arbeit im Nachbarland erschweren.

Dies fängt teilweise schon bei der Qualifikation an. Ein deutscher Zahntechnik-Meister ist in der Regel nicht mit der Qualifikation und der Fachterminologie eines französischen prothésiste dentaire vertraut und umgekehrt.

Zum 01.01.2006 kam die europäische Gesundheitskarte, die den Zugang zu den Gesundheitssystemen in der EU grenzübergreifend erleichtern soll. Allerdings besitzen auch in der Großregion nur wenige Menschen eben diese Karte. Hier besteht massiver Informationsbedarf, um auch im Gesundheitsbereich die Mobilität über die Grenzen zu steigern und einen Überblick zu schaffen welche Leistungen diese neue Karte bietet.

Weitere Beispiele für Mobilitätshemmnisse liefert der EURES-Mobilitätsreport, der zum Download unter folgender URL bereitsteht.

[www.wec-europa.org/downloads](http://www.wec-europa.org/downloads)

Mit über 600 EURES-Beratern in ganz Europa übernimmt das EURES-Netzwerk die Beratung zur beruflichen Mobilität in Europa.

Interessenten finden weitere Infos zu EURES in unserer Großregion unter:

[www.eures-sllrp.org](http://www.eures-sllrp.org)  
[www.wec-europa.org](http://www.wec-europa.org)

Und unter dem offiziellen EURES Portal der EU für ganz Europa:

[www.europa.eu.int/eures](http://www.europa.eu.int/eures)

## Best Practices

Bereits seit 1997 gibt es eine grenzüberschreitende Kooperation der AOK Aachen, welche mit einer Vereinbarung mit einem niederländischen Krankenhaus (UMC St Radboud Nijmegen) begann.

Seit dem Jahr 2000 wurde diese Kooperation erweitert zu dem Modellprojekt "(I)ZOM". Im Rahmen dieses Modellprojektes wurden den Bürgern der Zugang zu den Gesundheitssystemen der grenznahen Länder erleichtert.

### Ablauf des Modells "IZOM" in der Praxis

- Versicherter erhält auf Antrag Anspruchsausweis E112 mit Informationen über die Behandlung im Nachbarland.
- In einer deutschen Krankenkasse wird ihm ein Behandlungsausweis für die fachärztliche Versorgung ausgestellt.
- In Arztpraxen, in Polikliniken (NL) und in Krankenhäusern wird die Behandlung durchgeführt.
- Beratung mit Unterstützung durch die Mitarbeiter in den Geschäftsstellen der Krankenkassen.
- bei Kooperationspartnern verkürzte Wege



Im Anschluss wurde das Modellprojekt "GesundheitsCard International" gestartet, das man wohl auch als den Vorläufer der Europäischen Gesundheitskarte nennen kann.



Gesundheitscard International

### Ablauf des Modells "GesundheitsCard International" in der Praxis

- Freigabe ärztlicher Versorgung im Nachbarland – bedarfsgerecht – wie ZOM
- Verträge zwischen CZ/AOK, Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken
- einfaches Handling für alle
- Nutzung elektronischer Lösungen grenzüberschreitend und Chip-Karte in den Grenzregionen
- gemeinsamer Service in den Geschäftsstellen
- langfristige Zusage (bis Ende 2005 gültige Karte) ist verlässliche Basis für die Behandlung



Europäische Gesundheitskarte