

Grenzüberschreitende Beschäftigung im Gesundheitswesen Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz

Bestandsaufnahme des grenzüberschreitenden Gesundheitssektors

März 2001



Grenzregionen

Transfrontalier

Saar - Lor - Lux

Rheinland - Pfalz

Inhalt	Seite
Einführung	3
1 Gesundheitswesen in der Europäischen Union	4
1.1 Sonderstellung des Gesundheitswesens	4
1.2 Geschichte der Gesundheitssysteme	6
1.3 Ausgaben für die Gesundheitsversorgung	6
1.4 Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme	7
1.5 Kulturelle Bedingtheit medizinischer Versorgung	8
2 Gesundheitssysteme der drei Länder	10
2.1 Deutsches Gesundheitssystem	10
2.2 Französisches Gesundheitssystem	10
2.3 Luxemburgisches Gesundheitssystem	11
2.4 Gesundheitsversorgung in der Region Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz	11
3 Grenzüberschreitender Gesundheitssektor	13
3.1 Grenzüberschreitende Kooperation von Gesundheitseinrichtungen	13
3.1.1 Saarländisches Gesundheitsministerium	13
3.1.2 Rheinland-Pfälzisches Gesundheitsministerium	16
3.1.3 Winterberg Kliniken	17
3.1.4 Universitätsklinik Homburg	18
3.2 Beschäftigte im grenzüberschreitenden Gesundheitswesen	20
3.2.1 Prinzip der Freizügigkeit	20
3.2.2 Im Gesundheitswesen beschäftigte Grenzgänger	20
3.2.3 Kompatibilität der Ausbildung am Beispiel der Pflegeausbildung	23
3.2.4 Vorteile und Probleme der grenzüberschreitenden Berufsausübung im Pflegewesen	27
3.2.5 Deutsch-Französische Gemeinschaftspraxis	29

Inhalt	Seite
3.3 Patienten im grenzüberschreitenden Gesundheitswesen	30
3.3.1 Situation des Grenzgängers	30
3.3.2 Beratungsangebot für Grenzgänger	31
3.3.3 Fallbeispiel	33
3.3.4 Grenzüberschreitendes Rettungswesen	33
4 Bedeutung des Gesundheitssektors für den SLLR-Arbeitsmarkt	34
4.1 Wirtschaftsfaktor Gesundheitswesen	34
4.2 Arbeitssuchende im Gesundheitswesen	36
4.3 Offene Stellen im Gesundheitswesen	37
4.4 Potentialanalyse	38
5 Ausblick	39
Verzeichnis der Abbildungen	41
Literatur	42

Einführung

Ziel der vorliegenden Kurzstudie ist eine Einschätzung der Bedeutung der öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen für den Arbeitsmarkt der Großregion Saarland-Lothringen-Luxemburg-Rheinland-Pfalz (SLLR) und der damit verbundenen Möglichkeiten zur Ausweitung der bestehenden grenzüberschreitenden Beschäftigungsverhältnisse.

Die Großregion SLLR ist die Region Europas mit den meisten Grenzpendlern. Die grenzüberschreitende Kooperation ist in den letzten Jahren auf immer neue Bereiche ausgeweitet worden. Ungeachtet der Tatsache, dass das Gesundheitswesen bei keinem der letzten Gipfeltreffen der Regionen auf der Tagesordnung stand, spielt es dennoch in vielerlei Hinsicht eine wesentliche Rolle bei der Integration eines gemeinsamen grenzüberschreitenden Arbeitsmarktes.

Die Kurzstudie ist eine erste Bestandsaufnahme des grenzüberschreitenden Gesundheitssektors. Ausgehend von der Sonderstellung des Gesundheitswesens im europäischen Einigungsprozess (Territorialprinzip) und den unterschiedlichen Gesundheitssystemen in den drei Ländern werden drei Ebenen der Zusammenarbeit dargestellt:

- Grenzüberschreitende Kooperation von Gesundheitseinrichtungen
- Beschäftigte im grenzüberschreitenden Gesundheitswesen
- Grenzüberschreitende Patientenbehandlung

Im Mittelpunkt stehen dabei Nutzen und Vorteile eines grenzüberschreitenden Gesundheitswesens sowie Probleme der Kooperation und Mobilitätshindernisse. Das Thema wird auch in den folgenden Haushaltsjahren behandelt und vertieft, weil die Gesundheitsberufe zu den EURES-Zielgruppen gehören.

Gabriele Holzheimer

Iris Schiffmann

Autorinnen

Joachim Geppert

EURES-Transfrontalier

Koordinator

1 Gesundheitswesen in der Europäischen Union

1. 1 Sonderstellung des Gesundheitswesens

Innerhalb der Europäischen Union und dem europäischen Einigungsprozess nehmen das Gesundheits- und Sozialsystem eine Sonderstellung ein. Die Regelungen, die den freien Verkehr von Waren, Personen, Dienstleistungen und Kapital vorsehen, gelten nicht für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind sich darin einig, dass die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Gesundheitsversorgung unberührt bleibt. Es gilt hier das Territorialprinzip. Für Arbeitnehmer im Gesundheitswesen hingegen besteht das Prinzip der Freizügigkeit.

Die EU-Verträge von 1992 nehmen den Gesundheitssektor von der „Harmonisierung der Gesetze und Vorschriften zwischen den Mitgliedstaaten“ ausdrücklich aus (vgl. *Medicine and Medical Education in Europe*, S. 31). Dies ist folgerichtig, da die medizinische Praxis zwar auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht, das Gesundheitssystem selbst aber auf politischen und gesellschaftlichen Abmachungen und Traditionen fußt. So unterscheidet sich die Kompetenzabgrenzung zwischen Ärzten und Pflegeern, es unterscheiden sich die Träger in öffentliche und private und der Staat greift durch seine Regulierungskompetenz in die praktische Ausgestaltung ein.

Territorialprinzip

Das geltende Territorialprinzip bedeutet, dass in aller Regel die Sozialversicherungen der EU-Mitgliedstaaten eine Krankenbehandlung nur dann finanzieren, wenn sich die Versicherten auch in dem Land behandeln lassen, in dem sie krankenversichert sind. Hält sich ein Versicherter als Besucher in einem anderen EU-Mitgliedstaat auf und wird dort akut behandlungsbedürftig, wird er versorgt, als sei er im Gastland krankenversichert. Die Behandlungskosten werden nach dem Sachleistungsprinzip von der Krankenkasse seines Heimatlandes übernommen. Von dieser Ausnahmeregelung abgesehen ist es für gesetzlich Krankenversicherte (in Deutschland ca. 90% der Bevölkerung) praktisch unmöglich, sich auf Kosten ihrer heimatlichen Krankenkasse im benachbarten Ausland behandeln zu lassen.

Grundsatzurteil

Der Europäische Gerichtshof, der oberhalb der Beschlussrechte der Regierungen angesiedelt ist, hat am 28. April 1998 Grundsatzurteile in den Fällen der luxemburgischen Staatsangehörigen Kohl und Decker gefällt, mit denen die nationale Krankenkasse verpflichtet wurde, im Ausland in Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistungen zu bezahlen. Die Beschlüsse wurden mit der Binnenmarkt-Gesetzgebung, genauer mit der Dienstleistungsfreiheit, begründet und haben eine weitreichende Bedeutung für die grenzüberschreitende ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung.

Internationale Kooperation

Internationale Kooperation im Gesundheitswesen gibt es seit vielen Jahren. Im Jahre 1926 organisierte sich die Ärzteschaft in Warschau in der Ärztevereinigung APIM (Association Professionnelle Internationale de Medicine). Der Zweite Weltkrieg beendete die Tätigkeit dieser Organisation. Die politische Integration Europas führte zu der Entstehung neuer europäischer Ärzteorganisationen. Eine davon ist das 1959 gegründete „Comité Permanent“. Bei einem Treffen im Frühjahr 2000 einigten sich die Mitglieder auf folgenden zukunftsweisenden Standpunkt: „Der Patient soll die Freiheit haben, Gesundheitsdienstleistungen dort innerhalb der EU in Anspruch zu nehmen, wo er will. Dabei soll er darauf vertrauen können, dass sein nationales Finanzierungssystem in der gesamten EU gilt.“ Das Comité Permanent“ hat der EU vorgeschlagen, „dass zu den (Grund-)Rechten des europäischen Bürgers eine hochwertige Gesundheitsversorgung und ein gleichwertiger Zugang zu medizinischer Behandlung gehören sollten“.

Die Freiheit des EU-Bürgers, Gesundheitsdienstleistungen in allen EU-Mitgliedstaaten in Anspruch nehmen zu können, ist eine wesentliche Voraussetzung für die Integration eines gemeinsamen Arbeitsmarkts im Gesundheitswesen.

1.2 Geschichte der Gesundheitssysteme

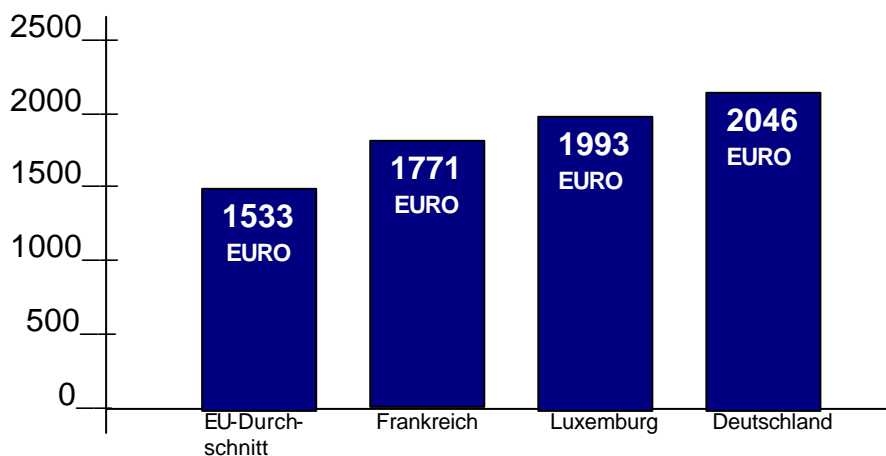
Gesundheitsfürsorge ist eingebettet in den Kanon der Daseinsfürsorge, die eine Nation ihren Bürgern bereitstellt. Hier gibt es erhebliche Unterschiede. Anfang des 19. Jahrhunderts waren Ärzte den Reichen vorbehalten, während sich die breite Masse durch Hausmittel oder Heilpraktiker kurieren musste. Deutschland war das erste Land, in dem eine Krankenversicherung gesetzlich eingeführt und geregelt wurde. Die anderen folgten später, meist angetrieben durch kirchliche Wohlfahrtsgedanken und die Einführung des allgemeinen Wahlrechtes. Der Staat übernahm Verpflichtungen für seine Wähler, schrittweise wachsend „von der Wiege bis zur Bahre.“ Dabei bildeten sich vier Arten von Systemen heraus:

1. Das skandinavische und britische System betrachtet Gesundheitsfürsorge als Aufgabe des Staates. Krankenhäuser sind in Staatsbesitz.
2. Belgien, Frankreich, Deutschland und Luxemburg führen eine Pflichtversicherung ein, lassen die Trägerschaft von Krankenhäusern aber frei.
3. Die Mittelmeer-Länder sehen ein Mischsystem vor mit Versicherungen für die, die möchten und Dienstleistungen in öffentlicher oder privater Trägerschaft.
4. Zentral- und Osteuropa führt ein sozialistisches System ein mit freiem Zugang zu staatlichen Gesundheitsdienstleistungen für alle.

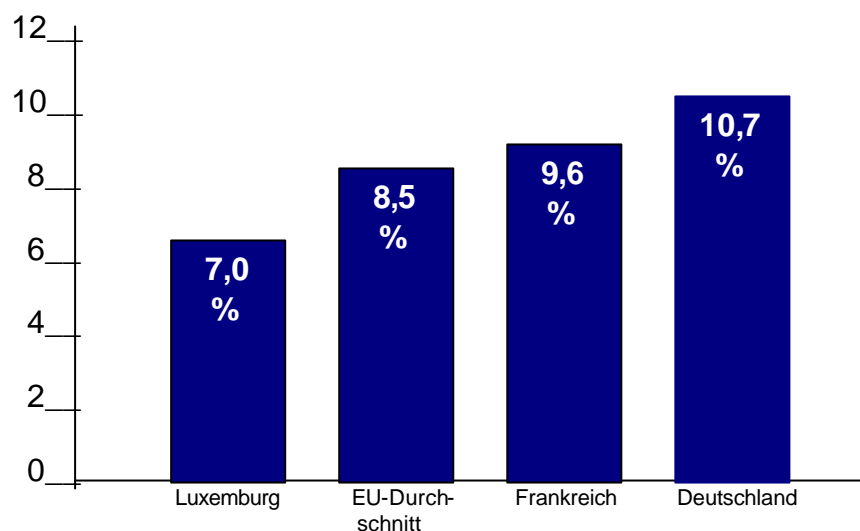
Heute entwickeln sich die Systeme - mit Ausnahme des verschwundenen Systems Nr. 4 - weiter, meist in Richtung auf Abwägung von Kosten und Nutzen.

1.3 Ausgaben für die Gesundheitsversorgung

Abb.1 Jährliche pro Kopf-Ausgaben in EURO



1997 (Quelle: Gesundheitssysteme im Wandel)

Abb.2 Prozentsatz der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt

1.4 Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme

Abb. 3

Platz 1	Frankreich
Platz 2	Italien
Platz 7	Spanien
Platz 9	Österreich
Platz 12	Portugal
Platz 14	Griechenland
Platz 16	Luxemburg
Platz 17	Niederlande
Platz 18	England
Platz 19	Irland
Platz 21	Belgien
Platz 23	Schweden
Platz 25	Deutschland
Platz 31	Finnland
Platz 34	Dänemark
Platz 191	Sierra Leone

Quelle WHO 2000

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Jahr 2000 in einer weltweiten Studie die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme im Sinne einer Kosten-Nutzen-Analyse verglichen. Frankreich ist dabei auf Platz eins gekommen. Die verwendeten Indikatoren sind grundsätzlicher Natur, sie beruhen zum Teil auf harten Fakten, wie etwa der Lebenserwartung und Geburtenrate, zum Teil sind es Expertenschätzungen, wie etwa die Zugänglichkeit der allgemeinen Bevölkerung zu Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge oder dem Kostenanteil, der vom Patienten selbst zu tragen ist. Die Ergebnisse dieser Studie sind natürlich in Frankreich mit besonderer Befriedigung re-

gistriert worden. In der französischen Presse gab es aber auch Stimmen, die darauf hinwiesen, dass es sich hierbei häufig um Plandaten des Zentralstaates und nicht um real vorhandene Versorgungsleistungen handelt, die Eigenheiten der Provinzen wiedergeben könnten. Die Indikatoren wurden vor allem unter dem Gesichtspunkt der Verfügbarkeit in allen Ländern ausgesucht und sind deshalb nicht in der Lage, feinere Unterscheidungen zu treffen.

Neben Frankreich liegen sowohl Luxemburg als auch Deutschland wie alle übrigen EU-Mitgliedstaaten weltweit in der Spitzengruppe was die Güte und Zugänglichkeit der Gesundheitsdienstleistungen angeht, wobei Deutschland seine Position im Vergleich zu anderen EU-Ländern mit geringerem Erfolg relativ teuer erkaufte.

1.5 Kulturelle Bedingtheit medizinischer Versorgung

Lynn Payer hat in ihrem Buch „Andere Länder, andere Leiden“ (1988) - bezogen auf Deutschland, Frankreich, England und die USA - nachgewiesen, dass von der Wissenschaft zwar wichtige Impulse für die Medizin ausgehen, der Einfluss kultureller Faktoren sich jedoch immer und überall bemerkbar macht. Hier einige ihrer Erkenntnisse.

Am häufigsten werden Ärzte wegen ganz alltäglicher Probleme wie Erschöpfung, Angstzuständen, hohem Blutdrucks, grippalen Infekten und Empfängnisverhütung aufgesucht, für die es nicht immer „wissenschaftliche“ Lösungen gibt. Die Art und Weise, wie ein Arzt mit diesen Problemen umgeht, ist im täglichen Leben zumeist wichtiger, als die Behandlungsmethoden seltener Krankheiten, auch wenn diese vielleicht stärker an der Wissenschaft und am internationalen Standard orientiert sind.

Die Art der Honorierung des Arztes sowie das System der medizinischen Versorgung beeinflussen die Behandlung: Die Wunde eines Patienten, die von einem spanischen Arzt genäht worden ist, wird zwei Stiche aufweisen, denn in Spanien werden die Ärzte pauschal für die Behandlung einer Wunde bezahlt. Ein österreichischer Arzt hätte sechs, ein belgischer Arzt so viele Stiche wie möglich gemacht, denn ihr Honorar richtet sich nach der Anzahl der Stiche.

Deutsche neigen dazu, ungeheuerere Mengen von Medikamenten für das Herz einzunehmen und deutsche Ärzte haben die Tendenz, Herzinsuffizienz aufgrund von Indizien zu diagnostizieren, bei denen kein Arzt in Frankreich, England oder Amerika auch nur an das Herz denken würde. In der deutschen Sprache gibt es kein Wort für „chest pain“ (Schmerzen im Brustkorb) so dass der deutsche Patient gezwungen ist, von „Herzschmerzen“ zu sprechen und ein deutscher Arzt mit „Herzinsuffizienz“ möglicherweise nur meint, dass der Patient erschöpft ist. Während niedriger Blutdruck in Deutschland mit 85 verschiedenen Medikamenten, mit Hydrotherapie und Heilbädern behandelt wird, berechtigt er den amerikanischen Patienten, der „darunter leidet“, zu niedrigeren Lebensversicherungsraten.

Franzosen neigen dazu, Kopfschmerzen als Migräne zu bezeichnen und tatsächliche Migräne häufig als „crise de foie“. Die Diagnose einer Virusinfektion beunruhigt einen Franzosen in der Regel weitaus mehr, als die einer angegriffenen Leber. In Deutschland ist es genau umgekehrt.

Descartes' Liebe zur Logik und Theorie und seine Verachtung für aus der Praxis gewonnene Daten haben das französische Denken nachhaltig beeinflusst. Angesichts der großen Bedeutung, die Franzosen dem Denken beimessen, ist es kaum verwunderlich, dass Konsultationen (ohne irgendwelche Behandlung) in Frankreich höher honoriert werden und Arztbesuche im Durchschnitt sehr viel länger dauern als in Deutschland.

Die französische Diagnosefindung lässt sich mit einem Puzzle vergleichen, bei dem die einzelnen Teile = Symptome zu einer Diagnose zusammengefügt werden. Im Gegensatz dazu gehen amerikanische und deutsche Ärzte bei der Diagnosefindung in aller Regel nach dem Ausschlussprinzip vor, nach dem zunächst jede mögliche Diagnose in Erwägung gezogen, geprüft und gegebenenfalls verworfen wird. Ungeachtet der Tatsache, dass Ärzte generell eine Neigung zu autoritärem Auftreten haben, scheint diese Tendenz in Deutschland besonders stark ausgeprägt zu sein. Auf die Frage der Autorin, was deutsche Patienten selbst hinter ihren Beschwerden vermuteten, bekam sie von mehreren deutschen Ärzten zur Antwort, dass deutsche Personen gar keine Vermutungen äußerten, da ihnen beigebracht wurde, dass es nicht an ihnen sei, eine Diagnose zu stellen.

2 Gesundheitssysteme der drei Länder

2.1 Deutsches Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem ist stark reguliert. Es gibt sieben große Krankenversicherungen mit mehr als 1000 Dienststellen, die 90 % der Bevölkerung abdecken. Die Kosten werden zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern aufgeteilt, die Beiträge sind genau festgelegt. Besserverdienende sind von der Versicherungspflicht ausgenommen. Die Hälfte der Kliniken sind Einrichtungen der öffentlichen Hand, die übrigen sind gemeinnützige Einrichtungen der Kirchen oder des Roten Kreuzes. Vier Prozent sind gewinnorientiert und in Privatbesitz. Ärzte an Kliniken sind Angestellte. Ambulanzen können allgemeinmedizinisch oder fachärztlich sein, haben aber keinen Zugang zu den Kliniken. Hierher rührt eine teilweise Doppelung der Untersuchungen, die „doppelte Facharztschiene“, die hohe Kosten verursacht. Die amtlichen Gesundheitseinrichtungen beschränken sich auf die Kontrolle ansteckender Krankheiten und auf Umweltfragen.

2.2 Französisches Gesundheitssystem

Das System ist pluralistisch, die Finanzierung erfolgt öffentlich und privat. Vier Fünftel der Bevölkerung ist in derselben Krankenversicherung, sie wird finanziert durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer und ist gesetzlich geregelt. Betriebskrankenkassen und weitere Fonds ergänzen die Finanzierung. Zwei Drittel der Klinikbetten sind in Staatsbesitz, sie erhalten ein Budget und müssen damit wirtschaften. Private Kliniken gehören entweder Ärzten oder Unternehmen und liquidieren nach Absprache. Niedergelassene Allgemeinärzte und Gemeindefürsorgern werden nach festen Sätzen und erbrachter Leistung bezahlt. Kranke können sich auch unmittelbar an Fachärzte wenden. Das System der Gesundheitsfürsorge kooperiert mit den Systemen der Sozialhilfe und mit kommunalen Stellen. Die Modalitäten der Leistungsfinanzierung fördern das Kostenbewusstsein der Patienten. Ambulante Leistungen werden von der Krankenkasse nach dem Kostenerstattungsprinzip vergütet, und das auch nur in Höhe von 65 % der Kosten. Im Falle einer stationären Behandlung gehen ebenfalls 20% der ärztlichen Behandlungskosten zu Lasten der Patienten. Fast 90% der Franzosen haben zur Verminderung des Selbstbeteiligungsrisikos eine Zusatzversicherung bei einer „Mutuelle“ abgeschlossen.

Plan Juppé

Der Plan Juppé von 1996, der eine Gesundheits- und Sozialreform und insbesondere eine Krankenhausreform ist, sieht die Förderung der Kooperation zwischen öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die Schaffung strukturübergreifender zusätzlicher Angebote wie z.B. medizinischer Großgeräte und die Entwicklung von Versorgungsnetzwerken zwischen dem ambulanten und stationären Sektor vor. Die Krankenhäuser werden aufgefordert, regionale Versorgungsprogramme zu entwickeln. Sie werden ermutigt, Allianzen mit den privaten Kliniken, aber auch mit den praktizierenden Ärzten und den sozialmedizinischen Einrichtungen einzugehen mit dem Ziel der gemeinsamen Nutzung der Infrastruktur, Diagnosegeräte und Ausstattung.

2.3 Luxemburgisches Gesundheitssystem

Die Kleinheit des Landes macht das System überschaubar. Es gibt in Luxemburg 12 Versicherungen, die Mitgliedschaft in einer ist Pflicht. Beiträge teilen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Die Kliniken gehören fast ausnahmslos den Gemeinden oder Kirchen. Ärzte in Kliniken werden nach erbrachter Leistung bezahlt, Patienten haben freie Arztwahl.

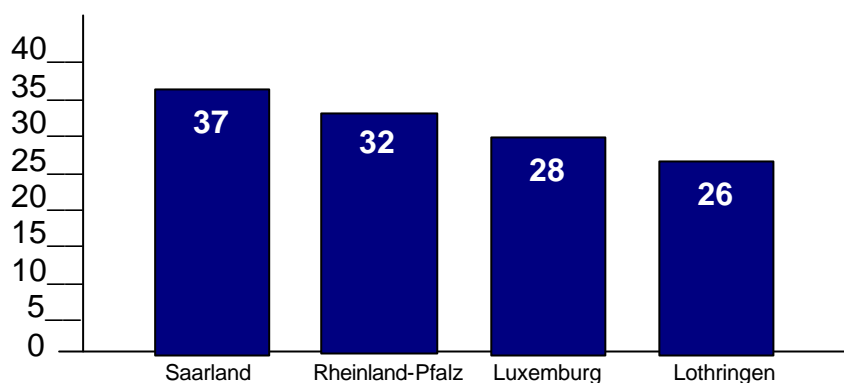
2.4 Gesundheitsversorgung in der Region Saar-Lor-Lux-Rheinlandpfalz

Abb. 4 Anzahl der Ärzte, Zahnärzte und Apotheken in SLLR

	Saarland	Lothringen	Luxemburg	Rheinland-Pfalz
Ärzte	4 007	6 388	1 069	12 989
nicht selbständig	2 483	2 511	?	7 364
frei praktizierend	1 524	3 877	?	5 625
Praktische Ärzte	1 832	3 264	353	5 763
Fachärzte	2 175	3 124	716	7 226
Zahnärzte	632	1 456	260	2 070
Apotheken	364	750	86	1 160

Angabe für 1997; Quelle: Statistisches Jahrbuch 2000

Abb. 5 Anzahl der Ärzte je 10 000 Einwohner in SLLR



Angabe für 1997; Quelle: Statistisches Jahrbuch 2000

Abb. 6 Anzahl der aufgestellten Betten in SLLR

	Saarland	Lothringen	Luxemburg	Rheinland-Pfalz
Öffentliche Krankenhäuser	4 937	6 946	2 058	9 783
Private Krankenhäuser	3 169	4 688	867	18 506
Summe	8 106	11 634	2 925	28 289

Angabe für 1997; Quelle: Statistisches Jahrbuch 2000

Abb. 7 Anzahl des Krankenhauspersonals in SLLR

	Saarland	Lothringen	Luxemburg	Rheinland-Pfalz
Krankenpflegepersonal	6 836	23 541	?	20 554
Hebammen, Entbindungspfleger	102	668	143	496
Masseure, Krankengymnasten	232	1 264	?	1 002

Angabe für 1997; Quelle: Statistisches Jahrbuch 2000

Abb. 8 Sterbefälle nach Todesursachen in SLLR

	Saarland	Lothringen	Luxemburg	Rheinland-Pfalz
Kreislauf- erkrankungen	6 249	6 944	1 565	19 615
Bösartige Neubildungen	3 042	5 859	969	10 956
Kraftfahrzeug- unfälle	77	297	57	364
Selbst- morde	99	450	86	597

Angabe für 1997; Quelle: Statistisches Jahrbuch 2000

3 Grenzüberschreitender Gesundheitssektor

Im grenzüberschreitenden Gesundheitssektor können drei Ebenen unterschieden werden. Zum einen die der Kooperation der Gesundheitseinrichtungen, zum zweiten die derjenigen Arbeitnehmer, die als Grenzgänger im Gesundheitssektor tätig sind und zum dritten die der Patienten, die entweder als Grenzgänger direkt von einem Gesundheitssystem versorgt werden oder indirekt von der grenzüberschreitenden Kooperation profitieren.

3.1 Grenzüberschreitende Kooperation von Gesundheitseinrichtungen

3.1.1 Saarländisches Gesundheitsministerium

Zur besseren Einschätzung der regionalen grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor hat das saarländische Gesundheitsministerium 1999 eine Umfrage zum aktuellen Stand der Kooperation der saarländischen Krankenhäuser mit Lothringen und Luxemburg durchgeführt. Hier die wichtigsten Ergebnisse:

Behandlung ausländischer Patienten

1998 wurden in den saarländischen Krankenhäusern 2 054 französische und 379 luxemburgische Patienten behandelt. Damit hat sich seit 1990 die Zahl der französischen Patienten mehr als verdoppelt, die der luxemburgischen fast halbiert. Es handelt sich bei diesen Zahlen jedoch lediglich um ein knappes Prozent der insgesamt vollstationär behandelten Patienten. Dies liegt nicht an mangelnder Aufnahme-

kapazität oder fehlender Bereitschaft der saarländischen Krankenhäuser, sondern an der stark eingeschränkten Leistungsgewährung bei grenzüberschreitender Krankenhausbehandlung.

Abrechnung der für ausländische Patienten erbrachten Leistungen

Seit 1998 erlaubt eine neue Regelung der Bundespflegesatzverordnung den Krankenhäusern, die Leistungen für ausländische Patienten entweder innerhalb des Krankenhausbudgets abzurechnen oder sie aus diesem Budget herauszunehmen. Der Vorteil für das Krankenhaus liegt darin, dass bei zunehmender Anzahl ausländischer Patienten zusätzliche Einnahmen erzielt werden können, die dem Krankenhaus verbleiben. 1999 wurde die Wahlmöglichkeit erst von einem Krankenhaus genutzt, für das Jahr 2000 hatten drei weitere Krankenhäuser deren Nutzung geplant.

Kooperationen

Fünf Krankenhäuser haben bereits eine feste Kooperation mit einem Partnerkrankenhaus vereinbart bzw. in Planung. Inhalte der Kooperation sind:

- Erfahrungsaustausch im ärztlichen Bereich
- Fortbildung
- Personalaustausch im ärztlichen und pflegerischen Bereich
- Nutzung medizinischer Einrichtungen in der Zukunft
- Einrichtung ärztlicher Konsilien in Spezialfällen

Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen und Institutionen

- 1997 haben die Universitätskliniken Homburg und Nancy eine umfassende Zusammenarbeit vertraglich vereinbart: Wissenschaftliche Zusammenarbeit; Austausch von Medizinstudenten, Ärzten, Pflegekräften und anderen Berufsgruppen des Gesundheitssektors
- Vertrag über den Austausch von angehenden Krankenschwestern und Krankenpflegern zwischen dem Evangelischen Fliedner-Krankenhaus in Neunkirchen und dem Lycée Professionnel Régional in Freyming-Merlebach
- Möglichkeit für luxemburgische Ärzte, einen Teil ihrer Facharzt-Ausbildung in saarländischen Krankenhäusern zu absolvieren

- Zusammenarbeit des Caritas-Krankenhauses Dillingen mit der Universitätsklinik Nancy im Bereich der experimentellen Schlaganfall-Forschung
- Forschungsprojekt „Arbeit und Schlaf“ des Caritas-Krankenhauses Dillingen in Zusammenarbeit mit der Dillinger Hütte und den Ford-Werken Saarlouis
- Zusammenarbeit der geriatrischen Rehabilitationsklinik Mettlach mit dem Service de Formation Socio-familiale und dem Centre Medico-social in Luxemburg

Teilnahme an grenzüberschreitenden Veranstaltungen

Die meisten Krankenhäuser haben an grenzüberschreitenden Veranstaltungen zu einem der folgenden Themen teilgenommen:

- Ärztliche Fortbildung
- Deutsch-Französischer Schlafforschungskongress
- Psychiatrische Saar-Lor-Lux-Symposien
- Qualitätssicherung
- Materialeinkauf
- Outsourcing

Bedeutung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit

Auf einer Skala zur Bedeutung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit von 1 (völlig unwichtig) bis 6 (sehr wichtig) lag der Durchschnitt bei 3,9, wobei die Zusammenarbeit für vier Krankenhäuser sehr wichtig und für kein Krankenhaus völlig unwichtig ist.

Hindernisse einer intensiveren grenzüberschreitenden Zusammenarbeit

- Sprachprobleme
- Personalabwanderung nach Luxemburg aufgrund des höheren Lohnniveaus
- Inkompatibilität der Versorgungsstrukturen, Versicherungs- und Abrechnungssysteme und der damit verbundenen langwierigen Abrechnungsformalitäten
- Uneinheitliche Aus- und Weiterbildung
- Unterschiedliche Gesetze, z.B. bei den Hygiene-Verordnungen
- Fehlende Grenznähe

Offene Fragen:

Wer koordiniert, organisiert und finanziert die Zusammenarbeit?

Welchen Nutzen hat das Ganze?

3.1.2 Rheinland-Pfälzisches Gesundheitsministerium

Das Land Rheinland-Pfalz hat Interesse, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit v.a. zu Frankreich zu verstärken. Obwohl die grenzüberschreitende Versorgung im Akutkrankenhausbereich durch die geltende Rechtslage sehr erschwert, wenn nicht weitgehend verhindert wird, hat das rheinland-pfälzische Gesundheitsministerium folgende Initiativen in die Wege geleitet:

- Anfang des Jahres wurden mit dem Elsass auf Arbeitsebene Möglichkeiten der konkreten Zusammenarbeit sondiert. Dabei kommt eine grenzüberschreitende Versorgung zwischen dem St. Josefkrankenhaus in Dahn und dem Elsass auf verschiedenen Gebieten in Betracht, was zur Zeit zwischen den Krankenhäusern in Weissenburg und Dahn geprüft wird.
- Es wurde eine Umfrage zum Thema Dialyse in Auftrag gegeben: Versorgung von französischen Sozialversicherten in grenznahen Krankenhäusern in der Pfalz. Die Ergebnisse stehen noch aus.
- In diesem Jahr wird der Abschluss eines Kooperationsvertrages zwischen den französischen Behörden und der BG-Unfallklinik in Ludwigshafen erwartet, der die Versorgung von Schwerbrandverletzten betrifft.

3.1.3 Winterberg Kliniken

Fachkräfteaustausch

Ein mehrwöchiger Fachkräfteaustausch wurde 1995 vom französischen Gesundheitsministerium ins Leben gerufen. Kooperationspartner waren das Hôpital du Parc in Sarreguemines und die Saarbrücker Winterbergkliniken. Da es in Frankreich keinen eigenständigen Ausbildungsgang zur Kinderkrankenpflege gibt, hatten die französischen Krankenschwestern vor allem Interesse daran, in der Kinderklinik zu hospitieren, um die Pflege- und Betreuungskonzepte für Säuglinge und Kinder kennen zu lernen. Darüber hinaus bestand auf französischer Seite der Wunsch, sich über die in den Intensiv- und Infektionsstationen praktizierte Hightech Medizin zu informieren. Das Interesse der deutschen Fachkräfte galt den konservativen und operativen Disziplinen in Frankreich. Außerdem waren der in Frankreich übliche überwiegend gleichberechtigte Umgang mit den Medizinern sowie die Möglichkeit zur Ausführung sogenannter höherwertiger Tätigkeiten (siehe Abb. 14) Anreize für eine Hospitation in Frankreich.

Im Ergebnis war ein einseitiges Interesse von Seiten der Franzosen zu verzeichnen. Sieben Franzose und nur zwei Deutsche nutzten das Austauschangebot.

Abschreckend auf die deutschen Fachkräfte wirkte die Aussicht, im französischen Krankenhaus veraltete bauliche Gegebenheiten (alte Säle, hohe Flure etc) anzutreffen, sowie ein als überholt eingeschätztes Instrumentarium und eine ungewohnte Materialknappheit. Die wenig vertraute Struktur des Belegarztsystems und die im Vergleich zur französischen Ausbildung als geringer empfundene eigene Fachkompetenz waren weitere Gründe für das zurückhaltende Interesse. Nach einer einmaligen Durchführung wurde der Fachkräfteaustausch eingestellt.

Informationsveranstaltung für Krankenpflegeschülerinnen und -schüler

Im Rahmen einer eintägigen Veranstaltung werden die Schülerinnen und Schüler des Mittelkurses mit der Ausbildungs- und Infrastruktur des Krankenhauses des Nachbarlandes vertraut gemacht. Der Vormittag wird in Sarreguemines, der Nachmittag in Saarbrücken gestaltet. Die Beteiligten bewerten die Veranstaltung insgesamt positiv und loben die jeweiligen Sprachkenntnisse einiger Mitschülerinnen und Mitschüler. Die Veranstaltung wird auch in Zukunft einmal jährlich durchgeführt.

4-wöchige Ausbildung französischer Krankenpflegeschülerinnen und -schüler

Die Krankenpflegeschule in Sarreguemines ist derzeit nicht in der Lage, eine Ausbildung im Bereich der Chirurgie sicherzustellen. Daher werden im März 2001 sechs und im Mai fünf Schülerinnen und Schüler ihre Ausbildung jeweils vier Wochen auf den operativen Stationen Orthopädie, Unfall-, und Allgemeinchirurgie der Winterbergkliniken absolvieren. Ungeachtet der Tatsache, dass fast alle angemeldeten Schülerinnen und Schüler über Deutschkenntnisse verfügen, legt die Pflegedienstleitung bei der Schülerzuweisung Wert darauf, dass die Auszubildenden von einer französisch sprechenden Fachkraft begleitet werden. Wesentliche Inhalte der Ausbildung sind die prä- und postoperative Betreuung, verschiedene Methoden der Prophylaxen und Mobilisationstechniken, sowie eine Einführung in die Praxis der Pflegediagnose und -dokumentation. Außerdem nehmen die Auszubildenden an den pflegerischen Übergaben, den ärztlichen Visiten und den Aufklärungsgesprächen teil. Die Schülerinnen und Schüler fahren am Abend nach Hause. Von dem Betreuungsaufwand für die Station abgesehen, entstehen bei dem Projekt keine Kosten.

3.1.4 Universitätsklinik in Homburg

Die Klinik unterhält regelmäßige Kontakte zu Frankreich, Luxemburg und dem Militärkrankenhaus in Landstuhl.

Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Nancy

Die Rechtsgrundlage für die Zusammenarbeit bildet der 1997 geschlossene Kooperationsvertrag. Seitdem findet einmal im Jahr ein bis zu zweiwöchiger Fachkräfteaustausch statt, an dem jeweils 15 deutsche und 15 französische Pflegekräfte teilnehmen. Auch Mitarbeiter auf der Verwaltungsebene der beiden Krankenhäuser informieren sich im Rahmen eines Austausches über die Gegebenheiten im Nachbarland.

Zusammenarbeit mit dem Centre Hospitalier (CHL) in Ettelbruck

Der Pflegedienstleiter der Universitätsklinik in Homburg unterrichtet regelmäßig das Fach „Management“ in Ettelbruck. Zur Zeit absolvieren zwei Schüler aus Luxemburg im Rahmen des EU-Programms „Leonardo“ einen Teil ihrer Ausbildung in Homburg.

Sprachkurs

Seit fünf Jahren werden einmal jährlich ein Französisch-Grund- und Aufbau-Kurs und ein Spezialkurs mit medizinischer Fachsprache angeboten. Die anfängliche Resonanz war mit 50 bis 60 Teilnehmern sehr groß. In diesem Jahr sind es immerhin noch 25 Mitarbeiter, die sich eingeschrieben haben. Die Winterberg Kliniken bieten in diesem Jahr aufgrund mangelnder Nachfrage keinen Sprachkurs an.

Nutzen und Erfolge der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit

- Möglichkeiten zu informellem Wissensaustausch über „best practices“ in Diagnose, Therapie, Pflege, Qualitätssicherung, Materialeinsatz, Abrechnung etc.
- Einschätzung und Verständnis der auszuübenden Tätigkeiten in verändertem Kontext
- Erkennen kulturbedingten Denkens und Handelns
- Einstellung auf die Bedürfnisse deutscher, französischer und luxemburgischer Patienten

Langfristig: bessere Nutzung der vorhandenen Infrastrukturen und daraus resultierende ökonomische Vorteile

Von Ausnahmen abgesehen erachten im Saarland die beiden Krankenhäuser der Maximalversorgung (Homburg und Winterberg) - und somit auch ihre Partner in Lothringen und Luxemburg - sowie die grenznahen Krankenhäuser grenzüberschreitende Zusammenarbeit als **wichtiges Unternehmensziel**. Ob und wie intensiv grenzüberschreitende Zusammenarbeit praktiziert wird hängt entscheidend von der Haltung der Krankenhausleitung und vor allem von dem **persönlichen Engagement** einzelner Mitarbeiter ab, die sowohl von der „europäischen Idee“ als auch von langfristig erzielbaren wirtschaftlichen Vorteilen durch eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit überzeugt sind.

3.2 Beschäftigte im grenzüberschreitenden Gesundheitswesen

3.2.1 Prinzip der Freizügigkeit

Alle Mitgliedstaaten erkennen mittlerweile die Ausbildungsvoraussetzungen zur Ausübung von Berufen des Gesundheitssektors an, d.h. Arbeitnehmer haben das Recht und die Möglichkeit, ihren Beruf in jedem Mitgliedstaat der europäischen Union auszuüben. Von diesem Prinzip der Freizügigkeit profitieren sowohl Gesundheitseinrichtungen als auch Arbeitnehmer.

3.2.2 Im Gesundheitswesen beschäftigte Grenzgänger

Woher stammen die Beschäftigten, die im Gesundheitswesen in Rheinland-Pfalz und dem Saarland arbeiten, dort aber nicht wohnen? Mit Abstand die meisten kommen aus dem jeweils benachbarten Bundesland, nur wenige aus Lothringen oder Luxemburg. Die wenigen Luxemburger haben wohl eher aus familiären Gründen den grenzüberschreitenden Arbeitsort gewählt. Die Zahl der Lothringer ist deutlich höher. Interessant ist der Vergleich zwischen der Zahl der Saarländer, die in Rheinland-Pfalz arbeiten mit der Zahl der Pfälzer, die im Saarland tätig sind. Die Wanderungsbewegungen sind in etwa gleich stark. Eigentlich könnte jeder zuhause bleiben, statt „grenzüberschreitend“ zu arbeiten. Anders ausgedrückt, die Anreize sind in beiden Richtungen gleich und heben sich gegenseitig auf. Es besteht jedenfalls kein Gefälle in eine Richtung, wie es bei Pendlern über Nationengrenzen durchaus vorhanden ist.

Abb. 9 Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Grenzgänger in Gesundheitsberufen mit Arbeitsort Rheinland-Pfalz

Wohnort			
Berufsordnung	Lothringen	Luxemburg	Saarland
Ärzte	9	7	168
Zahnärzte	1	1	4
Tierärzte	/	/	3
Apotheker	/	2	34
Heilpraktiker	/	/	2
Masseure, Therapeuten	8	1	83
Krankenschwestern, Hebammen	40	4	783
Pflegehelfer	15	1	80
DTA, PTA*	1	/	18
Sprechstunden- helfer	19	3	161
Medizinallaboranten	2	/	62

*Diät-, Pharmazeutisch-technische Assistenten

Stand: Juli 1999; Quelle: Landesarbeitsamt

Abb. 10 Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Grenzgänger in Gesundheitsberufen mit Arbeitsort Saarland

Wohnort			
Berufsordnung	Lothringen	Luxemburg	Rheinland-Pfalz
Ärzte	45	2	154
Zahnärzte	2	/	4
Tierärzte	/	/	4
Apotheker	4	/	11
Heilpraktiker	/	/	3
Masseure, Therapeuten	19	/	102
Krankenschwestern, Hebammen	109	/	776
Pflegehelfer	94	/	119
DTA, PTA*	5	/	25
Sprechstunden- helfer	95	1	209
Medizinallaboranten	32	/	87

*Diät-, Pharmazeutisch-technische Assistenten

Stand: Juli 1999; Quelle: Landesarbeitsamt

Arbeitsort Lothringen

Die Anzahl der Luxemburger, die in Deutschland arbeiten ist bereits sehr gering und es kann nach Auskunft der ANPE davon ausgegangen werden, dass die sich die Anzahl der in Lothringen im Gesundheitswesen arbeitenden Luxemburger und Saarländer an einer Hand abzählen lässt.

Abb. 11 Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Grenzgänger im Gesundheitswesen (einschließlich sozialer Einrichtungen wie Waisenhäusern, Altenheimen und Einrichtungen für Behinderte) mit Arbeitsort Luxemburg

Wohnort	Deutschland	Frankreich	Summe
Beschäftigte			
Frauen	577	1 428	2 005
Männer	236	269	505
Summe	813	1 697	2 510

Stand: 31. März 2000; Quelle: IGSS

Abb. 12 Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Grenzgänger im Krankenhauswesen mit Arbeitsort Luxemburg

Wohnort	Deutschland	Frankreich	Summe
Art des Krankenhauses			
Akutkrankenhäuser	252	813	1 065
Rehabilitationskliniken	8	13	21
Psychiatrie	41	4	45
Summe	301	830	1 131

Stand: 31. März 2000; Quelle: IGSS

3.2.3 Kompatibilität der Ausbildung am Beispiel der Pflegeausbildung

Nach dem Prinzip der Freizügigkeit kennen die einzelnen Länder die Ausbildung im jeweils anderen Land zwar an, trotzdem gibt es Unterschiede der Ziele und Inhalte in der Ausbildung aufgrund der in der Berufspraxis auszuführenden Tätigkeiten in der Behandlungspflege.

Abb. 13 Stundenanzahl in der Krankenpflegeausbildung

	Deutschland	Frankreich	Luxemburg
Gesetzliche Vorschrift der Stundenanzahl	ja	ja	nein (Stundentafel)
Theorie	1 600 Stunden	2 240 Stunden	1 756 Stunden
Praxis	3 000 Stunden	2 275 Stunden	1 688 Stunden
Summe	4 600 Stunden	4 760 Stunden	3 444 Stunden

Stand: März 2001; Quelle: eigene Recherche

Auffallend im Stundenvergleich sind die deutliche Praxisorientierung der Krankenpflegeausbildung in Deutschland, die Ausgewogenheit zwischen Theorie und Praxis in Frankreich und die erheblich geringere Gesamtstundenzahl in Luxemburg.

Ziele und Inhalte der Krankenpflegeausbildung

Ziele und Inhalte der Krankenpflegeausbildung in den drei Ländern orientieren sich an der realen Situation, die die Pflegekräfte in ihrem Berufsleben in den Krankenhäusern vorfinden werden. Diese ist abhängig von den unterschiedlichen Gesundheitssystemen. In Frankreich und Luxemburg gibt es das Belegarztsystem, womit eine geringere ärztliche Präsenz verbunden ist und die Pflegekräfte dementsprechend sowohl die Möglichkeit als auch die Verpflichtung haben, selbstständig Entscheidungen zu treffen und notwendige Maßnahmen einzuleiten und durchzuführen. Ihre Mitarbeit bei Diagnose und Therapie ist daher intensiver als in deutschen Krankenhäusern.

Besonderheiten der Krankenpflegeausbildung

Deutschland

In Deutschland ist die Verantwortungsbeziehung zwischen Arzt und Pflegekraft gesetzlich nicht klar definiert. Zwar obliegen dem Arzt grundsätzlich die Anordnung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, jedoch kann er deren Durchführung auch an das Pflegepersonal delegieren. Er ist dabei sowohl für die Auswahl einer den Anforderungen entsprechend qualifizierten Pflegekraft als auch für die präzise Anordnung der Maßnahmen verantwortlich, d.h. er trägt die Führungs- bzw. Anordnungsverantwortung. Die angewiesene Pflegekraft trägt die Durchführungsverantwortung und ist für die „sach- und fachgerechte“ Ausführung verantwortlich. Wenn sie eine delegierte Maßnahme übernimmt, obwohl sie ihr nach eigener Einschätzung nicht gewachsen ist, wird von einem „Übernahmeverschulden“ gesprochen. Hierfür kann sie genauso zur Verantwortung gezogen werden wie für den Fall, dass sie eine Maßnahme durchführt, die von ihrem konkreten Wissenstand her fehlerhaft ist.

In Deutschland sind an die Einrichtung eines Pflegedienstes bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Die zukünftige Leitungskraft benötigt u.a. eine mindestens 2jährige Vollzeitbeschäftigung in der Krankenpflege - davon 1 Jahr im ambulanten Pflegedienst - und eine spezielle Weiterbildung zur Leitung eines ambulanten Pflegedienstes.

Die pflegewissenschaftlichen Bestrebungen in Deutschland lehnen die Ausübung von Tätigkeiten, die dem medizinischen Verantwortungsbereich zuzurechnen sind tendenziell ab. Wichtig im Sinne der Pflegewissenschaft ist die Ausübung pflegenaher Tätigkeiten mit verändertem Blickwinkel: weg von der Pathogenese hin zur Salutogenese. Aktivierende Pflege, Beratung und Anleitung durch die Pflegekraft gewinnen zunehmend an Bedeutung.

Frankreich

Die Krankenpflegeausbildung in Frankreich dauert etwas länger als drei Jahre und ist im Vergleich zu Deutschland und Luxemburg kostenpflichtig. Je nach besuchter Schule kostet die Ausbildung 20 000 bis 30 000 FF pro Jahr.

Eine französische Krankenschwester kann sich nach ihrer Ausbildung selbstständig machen. Von Bedeutung für die zukünftige Gemeindefarbeit sind daher in der Theorie die Fächer „santé publique“ sowie „soins de santé primaire et communautaires“ mit jeweils 80 Stunden sowie ein Praktikumseinsatz von 105 Stunden.

Da es in Frankreich keine eigenständige Ausbildung zur Kinderkrankenschwester gibt, wird hier in der theoretischen und praktischen Ausbildung auch intensiv auf Aspekte der Kinderkrankenpflege eingegangen.

Luxemburg

Eine Besonderheit der Krankenpflegeausbildung in Luxemburg besteht darin, dass die Absolventen gleichzeitig mit ihrem Abschluss auch das Abitur erworben haben. In Luxemburg findet die Spezialisierung zur Kinderkrankenpflege in einem einjährigen Weiterbildungslehrgang nach der regulären Krankenpflegeausbildung statt. Bezogen auf die Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie erlaubt das Règlement grand-ducal vom 21.01. 98 die Ausübung der dort aufgelisteten Tätigkeiten im Grunde dann, wenn genügend praktische Erfahrungen im Zusammenhang mit diesen Tätigkeiten gesammelt werden konnten.

Tätigkeiten der Behandlungspflege einer Pflegekraft

Die Tätigkeiten, die von einer Pflegekraft in Eigeninitiative ohne ärztliche Anordnung, in Eigeninitiative auf ärztliche Anordnung hin und in Eigeninitiative auf ärztliche Anordnung hin und in ärztlicher Präsenz durchgeführt werden müssen oder dürfen sind in den drei Ländern gesetzlich unterschiedlich vorgeschrieben.

Abb. 14 Tätigkeiten der Behandlungspflege einer Pflegekraft

	Deutschland	Frankreich	Luxemburg
	Keine gesetzliche Regelung	Gesetzliche „Muss“-Regelung	Gesetzliche „Darf“-Regelung
Magensonden legen	Arzt	②	②
Magensonden wechseln	Arzt	①	①
Injektionen (intramuskulär + subcutan) verabreichen	②	②	②
Infusionen legen	Arzt	②	②
Intravenöse Medikationen verabreichen	Arzt	②	②
Blut entnehmen	Arzt	②	②
Blutkonserven anhängen	Arzt	③	③
Braunülen legen	Arzt	②	②
Impfen	Arzt	②	③
Dialysepatienten apparativ betreuen	bei entsprechender Weiterbildung	②	③
Halbautomatischen Defibrillator bedienen	Arzt	③	③
EEG, EKG (ohne Photosimulation) schreiben und beurteilen	bei entsprechender Weiterbildung	②	②
Arteriell Blut entnehmen	Arzt	③	Arzt
Blutleere anlegen	Arzt	③	③
Beatmungsgerät einstellen und bedienen	bei entsprechender Weiterbildung	②	③

Stand: März 2001; Quelle: eigene Recherche

① in Eigeninitiative ohne ärztliche Anordnung

② in Eigeninitiative auf ärztliche Anordnung hin

③ in Eigeninitiative auf ärztliche Anordnung hin und in ärztlicher Präsenz

3.2.4 Vorteile und Probleme der grenzüberschreitenden Berufsausübung im Pflegewesen

Abb. 15 Tarifvergleich der Monatsgehälter: Brutto-Jahreseinkommen einschließlich der Zuwendungen geteilt durch 12

	Saarland	Lothringen	Luxemburg
Krankenschwester, ledig			
Laufbahnbeginn	1 902 EURO	1 615 EURO	2 654 EURO
Laufbahnende	2 449 EURO	2 405 EURO	5 003 EURO
Krankenschwester, verheiratet, 1 Kind			
Laufbahnbeginn	2 002 EURO	1 615 EURO	2 654 EURO
Laufbahnende	2 638 EURO	2 405 EURO	5 003 EURO

Stand: März 2001; Quelle: eigene Recherche

Auffallend im Tarifvergleich sind die sehr guten Gehälter in Luxemburg und die vergleichsweise geringere Bezahlung in Frankreich zu Beginn der Laufbahn.

Lothringen

Saarländische und luxemburgische Pflegekräfte sind wenig motiviert, in Lothringen zu arbeiten. Erstens ist die Bezahlung in Frankreich für den Beruf der Krankenpflege weniger attraktiv. Zweitens sind die Ausbildungsvorschriften nicht kompatibel.

Drittens sind die baulichen und technischen Möglichkeiten weniger ansprechend.

Interessant für deutsche Pflegekräfte könnte es sein, die gleichberechtigte Umgangsweise zwischen Ärzten und Pflegenden kennen zu lernen.

Luxemburg

Cours de législation

Im Rahmen der europäischen Anerkennung gesundheitsrelevanter ausländischer Hochschuldiplome stellt Luxemburg dem Antragsteller den „épreuve d'aptitude“ (Eignungsprüfung) oder eine „stage d'aptation“ (Anpassungslehrgang) zur Auswahl. Im Rahmen der Eignungsprüfung wird ein sechswöchiger „Cours de législation“ angeboten, der nach bestandener schriftlicher Abschlussprüfung zur Anerkennung des ausländischen Berufs- oder Studienabschluss in Luxemburg berechtigt. Der

"Zuwanderer" kann somit nachweisen, dass er über für seine Berufsausübung relevante Kenntnisse des nationalen Rechts verfügt.

Probleme deutscher Pflegekräfte

Für deutsche Krankenschwestern kann es unter Umständen schwierig sein, sich auf die für sie ungewohnten zusätzlichen Arbeitsanforderungen in Luxemburg einzustellen. Der erste Anreiz, in Luxemburg zu arbeiten, ist für viele Pflegende sicherlich die attraktivere finanzielle Entlohnung. Sobald eine deutsche Pflegende in Luxemburg arbeitet, muss sie sich nach der luxemburgischen Gesetzgebung richten. Von einer deutschen Pflegefachkraft wird verlangt, dass sie dieselben Tätigkeiten wie ihre luxemburgische Kollegin ausführen kann. Es kommt vor, dass eine deutsche Pflegefachkraft am Nachmittag alleine auf einer Station arbeitet und kein Arzt zur Stelle ist. Bei bestimmten Tätigkeiten (z.B. bei dem Anhängen von Blutkonserven) kommt es im pflegerischen Alltag aufgrund der unterschiedlichen Fachkompetenz u.U. zu Konflikten zwischen den deutschen, französischen und luxemburgischen Pflegenden.

Sprachprobleme

Auch bei den Übergaben zum Schichtwechsel können Probleme entstehen. Macht eine deutsche Pflegefachkraft einer französischen Übergabe oder umgekehrt, muss häufig eine luxemburgische Pflegefachkraft vermittelnde Übersetzungsarbeit leisten.

Saarland

Für eine Krankenschwester mit französischer Ausbildung ist ein Arbeitsplatz im Saarland neben finanziellen Vorteilen gegenüber dem Verdienst in Lothringen auch mit der Tatsache verbunden, dass die Arbeit in gewisser Weise als leichter empfunden wird, da viele Tätigkeiten, die in Frankreich von einer Pflegekraft übernommen werden müssen, in Deutschland von Ärzten durchgeführt werden.

Fallbeispiel „homo oeconomicus“

Petra hat in Saarbrücken erfolgreich eine kostenfreie Ausbildung als Krankenschwester abgeschlossen. Anschließend arbeitet sie ein Jahr lang im lothringischen Longwy, wo sie das lernt, was ihr in der deutschen Ausbildung nicht zuteil wurde. Sie lernt ihren Zukünftigen kennen und sucht sich – wie er – eine Arbeit in Luxemburg. Das Paar lebt in Frankreich, profitiert von günstigerer Miete und niedrigeren Sozialabgaben dort und verdient sehr gut im hochpreisigen Luxemburg.

3.2.5 Deutsch-französische Gemeinschaftspraxis

Seit einigen Jahren betreiben ein deutscher und ein französischer Arzt eine Gemeinschaftspraxis in einem zu Frankreich grenznahen Ort. Im Unterschied zu einer Praxisgemeinschaft wird nach einem internen Vertrag gemeinsam abgerechnet. 25 bis 30% der Patienten dieser Praxis sind französische Grenzgänger. Zwei weitere Ärzte sind mit einer halben Stelle in der Praxis angestellt. Sie übernehmen die Nacht- und Sonntagsdienste und die Urlaubsvertretungen. Die Praxis zählt mittlerweile zu den großen Praxen in der Region und verfügt über ein umfangreiches Leistungsangebot. In Ausnahmefällen, d.h. auf Bitten eines bettlägerigen Patienten hin, werden auch Hausbesuche im grenznahen Frankreich gemacht, was die Patienten sehr zu schätzen wissen.

Beide Partner sind zweisprachig, eine Tatsache, die wesentlich zu dem Erfolg der Praxis beiträgt. Außerdem wird die Praxis gerne von französischen Grenzgängern und ihren Angehörigen besucht, weil hier „unter einem Dach“ unterschiedliche medizinische Leistungen erbracht werden. Dies erspart dem Patienten viele Wege zu Spezialeinrichtungen, in denen einzelne Untersuchungen durchgeführt werden, um anschließend vom Hausarzt interpretiert zu werden, wie das in Frankreich üblich ist.

Im Gegensatz zu manch' deutschen Patienten, die - gewöhnt an das deutsche System der Kostenerstattung - teilweise eine fordernde Haltung an den Tag legen, haben französische Patienten häufig ein ausgeprägtes Kostenbewusstsein und werden daher auch als bescheidener erlebt.

Zum Bedauern vieler älterer ehemaliger Grenzgänger ist seit einigen Jahren ein Gesetz in Kraft getreten, das es Rentnern nicht länger erlaubt, sich weiterhin bei dem ihnen vertrauten deutschen Arzt behandeln zu lassen. Sie sind verpflichtet, einen französischen Arzt in ihrer Wohnortnähe zu konsultieren.

Die Partner der Gemeinschaftspraxis sind überzeugt von ihrem Modell und halten eine Nachahmung für empfehlenswert.

3.3 Patienten im grenzüberschreitenden Gesundheitswesen

3.3.1 Die Situation des Grenzgängers

Der Grenzgänger ist definiert als Arbeitnehmer der seine berufliche Aktivität in einem Mitgliedstaat der europäischen Union ausübt, von dem er jeden Tag oder einmal in der Woche zu seinem Wohnort, einem anderen Mitgliedstaat der europäischen Union, zurückkehrt. Im Gesundheits- und Pflegebereich haben sowohl der Grenzgänger als auch seine Familienangehörigen die Wahl, ob sie sich in der Region des Arbeitsortes oder in der Region des Wohnortes behandeln lassen wollen.

Der Grenzgänger bzw. seine Familienangehörigen haben ausschließlich Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft, nicht aber auf Krankengeld. Geldleistungen übernimmt die Krankenkasse, bei der die Sozialversicherungsbeiträge gezahlt werden.

Um von den Sachleistungen an seinem Wohnort profitieren zu können, lässt sich der Grenzgänger einen „E 106-Schein“ bei seiner Krankenkasse am Arbeitsort ausstellen. Mit diesem Schein, einer aktuellen Geburtsurkunde, dem gültigen Personalausweis oder der „carte de séjour“ geht er zur „Caisse primaire d'assurance maladie“ (CPAM) seines Wohnorts, die prüft, ob seine Anspruchsvoraussetzungen als Grenzgänger erfüllt sind. Sind alle Unterlagen in Ordnung, wird für den Grenzgänger eine individuelle Patientenakte angelegt und es wird ihm eine Berechtigungskarte ausgehändigt, die bei jedem Arztbesuch am Wohnort vorgezeigt wird.

3.3.2 Beratungsangebot für Grenzgänger

In einem schriftlichen Interview hat die AOK in Saarbrücken, bei der neben der Knappschaft und der BKK Ford die Mehrzahl der im Saarland beschäftigten Grenzgänger krankenversichert ist, Antwort auf folgende Fragen gegeben:

Existiert ein spezielles Beratungsangebot für Grenzgängerinnen und Grenzgänger?

Wir haben regelmäßige Sprechtage sowohl bei der CPAM in Forbach und Saargemünd als auch bei der Grenzgängervereinigung.

Seit wann besteht das Beratungsangebot?

- CPAM in Saargemünd:
seit dem 28. Juli 1995 jeweils am letzten Freitag des Monats
- CPAM in Forbach:
seit dem 4. April 1997 an jedem 1. und 3. Freitag eines Monats
- Grenzgängervereinigung in Saargemünd:
seit 1999 an jedem 1. und 3. Freitag des Monats

Worin besteht das Beratungsangebot?

Hauptintention ist, dass wir den Versicherten im Rahmen eines erweiterten Serviceangebotes die Möglichkeit geben, kompetente Auskünfte zu Fragen der Sozialversicherung - insbesondere in grenzüberschreitenden Fragen - zu erhalten. Es werden, soweit als möglich, auch Fragen aus den Themengebieten anderer Sozialversicherungsträger beantwortet. Über das Beratungsangebot hinaus sind unsere Kundenberater/innen auch behilflich beim ausfüllen von Anträgen und Formularen sowie bei der Benennung der zuständigen Stellen.

Wie häufig wird das Beratungsangebot genutzt?

Die Beratungsstellen werden an den Beratungsterminen durchschnittlich jeweils von 10 – 20 Personen in Anspruch genommen.

Von wem (Nationalität, Berufsgruppe) wird das Beratungsangebot genutzt?

Es wird hauptsächlich von französischen Staatsbürgern genutzt. Den Großteil bildet die Gruppe der Arbeitnehmer/innen, wobei alle Berufsgruppen vertreten sind (Grenzgänger). Auch Versicherte anderer Krankenkassen nutzen unser Angebot.

Ist eine steigende Tendenz der Nachfrage des Beratungsangebots zu verzeichnen?

Diese Frage kann nur mit ja beantwortet werden. In einer Zeit, in der sehr viele Gesetzesänderungen auf die Bürger/innen einwirken und das Sozialrecht immer komplexer wird, ist eine verstärkte Nachfrage zwangsläufig, was wir positiv werten. Dieser Entwicklung werden wir mit unseren Beratungsstellen gerecht.

Bieten die Krankenkassen der „Konkurrenz“ vergleichbare Beratungen an?

Unseres Wissens bietet keine andere Krankenkasse ihren ausländischen Versicherten einen solchen Service an.

Wie ist die Kostenübernahme im Notfall (Rettungswesen, Unfallversorgung) geregelt?

Das Grundproblem besteht darin, dass unseres Wissens Notfalleinsätze über die Landesgrenzen hinweg noch nicht abschließend geregelt sind.

Gibt es ein Recht des Patienten auf Behandlung in einer Spezialklinik im benachbarten Ausland?

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der Medizin entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen.

Gibt es bereits Kooperationen der AOK mit Krankenkassen in der Großregion Saar-Lor-Lux?

Zur Zeit bestehen keine weitergehenden Kooperationen mit Krankenkassen in der Großregion.

Besteht ein Kooperationsinteresse der AOK mit Krankenkassen in der Großregion Saar-Lor-Lux?

Aus Sicht der AOK arbeiten alle Beteiligten in grenzüberschreitenden Fragen eng zusammen. Die guten Kontakte zur CPAM, der französischen Grenzgängervereinigung und den einzelnen Interessenvertretungen in den Betrieben bieten hierfür eine gesunde Ausgangsbasis. Diese gute Zusammenarbeit sollte in unserer überschaubaren Region weiter intensiviert werden.

3.3.3 Fallbeispiel

Frau Martha Müller ist 40 Jahre alt und deutscher Herkunft. Sie wohnt im lothringischen Bouzonville und arbeitet als Krankenschwester in Saarbrücken. Aufgrund eines vorliegenden Carpal-tunnelsyndroms (äußerst schmerzhaftes Nervenverkleben) am rechten Handgelenk, lässt sie sich im Dezember 2000 ambulant in Saarbrücken operieren. Sie wird sukzessive für sechs Wochen krankgeschrieben. Die Wundheilung verläuft gut. Nach ca. zwei Wochen können die Fäden an der Handinnenfläche entfernt werden. Da Frau Müller mit ihrer frisch operierten Hand, in der sie immer noch Schmerzen hat, nicht Auto fahren kann, möchte sie sich die Fäden von einem niedergelassenen Arzt in Bouzonville entfernen lassen. Obwohl sie Probleme mit der französischen Sprache hat, hofft sie, sich ihrem französischen Hausarzt verständlich machen zu können. Der französische Arzt entfernt die Fäden und Frau Müller zahlt die für den Arztbesuch üblichen 150 FF. Für das vom Arzt verschriebene Verbandmaterial und ein Desinfektionsmittel zahlt sie in einer lothringischen Apotheke 49 FF.

Wie erhält Frau Müller ihr Geld zurück?

Nach Angaben ihrer Krankenkasse in Saarbrücken soll sie die Rechnung an der für sie zuständigen CPAM in Bouzonville einreichen. Da Frau Müller jedoch kein Girokonto in Bouzonville hat, kann sie ihre Auslagen nur über den Weg zurückerhalten, indem sie von der CPAM einen Scheck erhält, den sie bei einer nahegelegenen Post einlöst. Sie bekommt denselben Anteil zurückerstattet, den ein lothringischer Arbeitnehmer auch bekäme. Für Lothringen sind das 90 %.

Die Krankenkasse in Deutschland erstattet den Selbstbeteiligungsanteil (die zu verbleibenden 10%) nicht an die lothringische CPAM nicht.

3.3.4 Grenzüberschreitendes Rettungswesen

Am 23. Februar 2001 hatten Deutsche kurz hinter der Grenze auf französischer Seite einen Verkehrsunfall. Deutsche Polizisten waren als erste am Unfallort und alarmierten die saarländische Rettungsleitstelle. Diese lehnte die Entsendung von Helfern ab, weil dazu das Ersuchen der Rettungsleitstelle in Metz erforderlich sei und nicht vorliege. Ein juristisch korrektes Vorgehen, das bei der Bevölkerung allerdings auf wenig Verständnis trifft, wie die Berichterstattung der Saarbrücker Zeitung darüber deutlich macht. Es handelt sich nicht um den ersten Zwischenfall dieser Art.

So darf beispielsweise der Rettungshubschrauber, der bei den Winterberg-Kliniken stationiert ist, nicht über die französische Grenze zu Rettungseinsätzen fliegen. Hintergrund ist die Frage der Kostenübernahme. Aufgrund des aktuellen Vorfalles haben sich die Saarländische Innenministerin Kramp-Karrenbauer und die französische Prefektin Malgorne ins Benehmen gesetzt und mündlich eine unbürokratische Regelung vereinbart, die später schriftlich fixiert werden soll. Kernpunkt ist die Berechtigung, dass nicht nur die Rettungsleitstelle in Metz, sondern jeder Retter, ob Arzt oder Feuerwehrmann, auf französischer Seite den deutschen Rettungsdienst anfordern darf. Die dadurch entstehenden Kosten werden vom Saarland übernommen. Demnach darf auch der Rettungshubschrauber in Frankreich rettend eingreifen und etwa eine Saarbrückerin retten, die auf dem Parkplatz des Cora-Einkaufszentrums einen Herzinfarkt erleidet. Sie wird dann von „Christoph 16“ zum Winterberg geflogen. Wohin fliegt er die Frau aus Stiring-Wendel, der das gleiche passiert? In der anstehenden schriftlichen Fixierung müssten auch Fragen wie diese geklärt werden.

Wenn es in Zukunft eine schriftliche Regelung darüber geben wird, wie Rettungsmaßnahmen bei Unfällen in Grenznähe zu gestalten sind, muss diese einfach sein und der grenznahen Bevölkerung eingängig kommuniziert werden. Wie sonst soll Europa im Denken der Menschen verankert werden, wenn nicht durch Nachbarschaftshilfe?

4 Bedeutung des Gesundheitssektors für den SLLR-Arbeitsmarkt

4.1 Wirtschaftsfaktor Gesundheitswesen

Beschaffungsmarkt

Gesundheitseinrichtungen profitieren - wie andere Wirtschaftsunternehmen auch – vom europäischen Binnenmarkt beim Einkauf von Material, Geräten, Medikamenten und Lebensmitteln, sowie bei der Vergabe von Baumaßnahmen und Reparaturaufträgen. Die Feststellung der großen Anzahl der in diesem erweiterten Gesundheitssektor tätigen Personen stellt eine Herausforderung zukünftiger statistischer Untersuchungen dar.

Abb. 16 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Gesundheitsberufen

	Rheinlandpfalz	Saarland	Summe
Ärzte	6 484	2 150	8 634
Zahnärzte	297	78	375
Tierärzte	240	39	279
Apotheker	1 436	349	1 785
Heilpraktiker	165	55	220
Masseure, Therapeuten	5 663	1 346	7 009
Kranken- schwestern, Hebammen	31 666	10 249	41 915
Pflegehelfer	10 167	2 666	12 833
DTA, PTA*	1 968	447	2 415
Sprechstunden- helfer	22 956	6 542	29 498
Medizinal- laboranten	3 493	1 073	4 566
Summe	84 535	24 994	109 529

*Diät-, Pharmazeutisch-technische Assistenten

Stand: 30. Juni 1999; Quelle: Landesarbeitsamt Rheinland-Pfalz Saarland

Im Gesundheitswesen arbeiten Angestellte und Selbständige. Ärzte mit eigener Praxis oder Apotheker mit eigener Apotheke sind in dieser Statistik nur dann erfasst, wenn ihr zu versteuerndes Einkommen unter der Grenze der Sozialversicherungspflicht liegt. Medizinische Berufe wie Krankenschwester, MTA oder Pfleger sind vom Einkommen her generell sozialversicherungspflichtig und deshalb vollständig enthalten. Die Gesamtzahl von ca. 110 Tausend Beschäftigten ist eine konservative Zahl, die reale Zahl liegt darüber. Die konservative Schätzung erhöht sich noch um weitere ca. 50 000 Personen aus Lothringen und Luxemburg (siehe unten). Die Zahl von 160 000 ist eine Annäherung an die Realität und zeigt die Bedeutung des Gesundheitssektors für den Arbeitsmarkt SLLR.

Abb. 17 Beschäftigte im Gesundheitswesen in Lothringen

Lothringen	
Ärzte	6 388
Zahnärzte	1 456
Apotheker	750
Krankenhauspersonal	25 473
Summe	34 067

Quelle: Statistisches Jahrbuch 2000

Abb. 18 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Gesundheitswesen

Luxemburg	
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Gesundheitswesen (einschließlich sozialer Einrichtungen wie Waisenhäusern, Altenheimen und Einrichtungen für Behinderte)	
Frauen	
Luxemburgerinnen	5 350
Deutsche	577
Französinen	1 428
Belgierinnen	723
Sonstige Herkunft	2 961
Männer	
Luxemburger	1 378
Deutsche	236
Franzosen	269
Belgier	162
Sonstige Herkunft	382
Summe	13 466

Stand: 31. März 2000; Quelle: IGSS

Das Gesundheitswesen stellt einen bedeutsamen Wirtschaftsfaktor dar, besonders was die Zahl der Arbeitsplätze betrifft.

4.2 Arbeitssuchende im Gesundheitswesen

Abb.19 Arbeitssuchende in Gesundheitsberufen

	Saarland		Rheinland-Pfalz	
	Arbeitslose	Nicht Arbeitslose	Arbeitslose	Nicht Arbeitslose
Ärzte	28	8	50	26
Zahnärzte	1		4	4
Tierärzte	2		5	1
Apotheker	6	3	6	4
Heilpraktiker		1	1	3
Masseure, Therapeuten	12	11	65	41
Krankenschwestern, Hebammen	34	19	109	55
Pflegehelfer	17	9	91	56
DTA, PTA*	4		13	6
Sprechstundenhelfer	44	26	166	80
Medizinallaboranten	3	1	12	6
Summe	151	78	522	282

*Diät-, Pharmazeutisch-technische Assistenten

Stand: Januar 2001; Quelle: Landesarbeitsamt Rheinland-Pfalz Saarland

Lothringen

Nach Angaben der ANPE gibt es derzeit in Lothringen insgesamt **in allen Gesundheitsberufen 663 Arbeitssuchende**.

Luxemburg

Für Luxemburg liegen leider keine Zahlen vor.

4.3 Offene Stellen im Gesundheitswesen**Abb. 20 Offene Stellen in Gesundheitsberufen**

	Saarland	Rheinland-Pfalz
Ärzte	44	186
Zahnärzte	4	6
Tierärzte	3	7
Apotheker	10	47
Heilpraktiker		
Masseure, Therapeuten	31	168
Krankenschwestern, Hebammen	100	318
Pflegehelfer	15	59
DTA, PTA*	15	57
Sprechstundenhelfer	97	328
Medizinallaboranten	13	42
Summe	332	1 218

*Diät-, Pharmazeutisch-technische Assistenten

Stand: Januar 2001; Quelle: Landesarbeitsamt Rheinland-Pfalz Saarland

Lothringen

Nach Angaben der ANPE gibt es derzeit in Lothringen insgesamt **für alle Gesundheitsberufe 497 offene Stellen**.

Luxemburg

Für Luxemburg liegen leider keine Zahlen vor, eine informelle Stellungnahme besagt jedoch, dass auch der Grenzraum bereits „ausgeschöpft“ ist und somit **offene Stellen** im Gesundheitswesen derzeit **vakant** bleiben.

Wer sucht Arbeit und wie stehen die Chancen, eine Arbeit zu finden? Sie stehen generell gut. Von der Anzahl aus gesehen, „käme jeder unter“. Lediglich in Lothringen ist die Anzahl der Arbeitssuchenden höher als die der offenen Stellen im Gesundheitssektor. Hier gäbe es also die Möglichkeit, zukünftige Grenzgänger zu „mobilisieren“.

Die Tatsache, dass es in Gesundheitsberufen offene Stellen gibt, kann erklärt werden durch unzulängliche Passung der Spezialisierungen (z.B. kann ein HNO-Arzt nicht als Orthopäde arbeiten) und mangelnde Mobilitätsbereitschaft innerhalb des grenzüberschreitenden Arbeitsmarktes. Dabei darf nicht übersehen werden, dass sowohl die Kenntnis als auch die Akzeptanz der in Betracht kommenden grenzüberschreitenden Arbeitsmöglichkeiten unabdingliche Mobilitätsvoraussetzungen sind.

4.4 Potentialanalyse

Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen in der Großregion kennt grenzüberschreitende Beschäftigungsverhältnisse und Praxisgründungen nicht erst seit gestern. Regionale Besonderheiten und familiäre Verbindungen haben in der Vergangenheit zu einer konstanten Zahl von „Grenzüberschreitern“ geführt. Eine dramatische Zunahme ist bei ansonsten unveränderten Rahmenbedingungen nicht zu erwarten.

Deutschland

Zwischen dem Saarland und Rheinland-Pfalz sind die Wanderungsbewegungen ausgeglichen, es gibt keine besonderen „Sog“-Faktoren und keine speziellen Vorbehalte oder Hindernisse. Der Arbeitsmarkt für Gesundheitsberufe ist noch aufnahmefähig, es gibt generell mehr offene Stellen als Bewerber, grenzüberschreitende Arbeitsverhältnisse könnten hier Engpässe beseitigen helfen. Im Vergleich zu Frankreich ist die Bezahlung in Deutschland attraktiver, im Vergleich zu Luxemburg sind die realisierbaren Beschäftigungszahlen größer.

Luxemburg

Für Deutsche und Franzosen ist die ärztliche und pflegerische Tätigkeit in Luxemburg einerseits wegen der dort üblichen hohen Gehälter attraktiv, andererseits muss neben Deutsch oder Französisch meist auch Letzeburgisch gelernt oder familiär

beherrscht werden. Obwohl das Land klein ist, stellt sein Arbeitsmarkt einen gewissen Sog aus den Nachbarstaaten dar. Andererseits bildet Luxemburg mehr Ärzte in den Nachbarländern aus, als es beschäftigen kann.

Frankreich

Frankreich vermeidet weitgehend „Überschuss“ durch die zentralstaatliche Planung im Gesundheitssektor. Trotzdem gibt es derzeit in Lothringen mehr Arbeitssuchende als offene Stellen im Gesundheitswesen. In Frankreich kann sich eine Krankenschwester leichter als Selbständige niederlassen als in Deutschland. Sie darf und muss auch ohne ärztliche Anweisungen in bestimmten Angelegenheiten aktiv werden. Die Gehälter und Gewinne, die sich aus medizinischer Tätigkeit realisieren lassen, sind niedriger als in den beiden Nachbarländern. Der Arbeitsmarkt ist weitgehend durch Einheimische gesättigt. Trotzdem ist es für einige wenige Deutsche und Luxemburger attraktiv und möglich, grenzüberschreitend dort tätig zu sein. Eine Vergrößerung der Anzahl scheint wenig wahrscheinlich.

5 Ausblick

Das Gesundheitswesen in der SLLR-Region stellt einen bedeutsamen Wirtschaftsfaktor dar, besonders was die Zahl der Arbeitsplätze betrifft. In Gesundheitsberufen gibt es im Vergleich zu anderen Berufsgruppen viele offene Stellen, die durch eine Förderung der Mobilitätsbereitschaft innerhalb des grenzüberschreitenden Arbeitsmarktes von Grenzgängern besetzt werden könnten. Dabei darf nicht übersehen werden, dass sowohl die Kenntnis als auch die Akzeptanz der in Betracht kommenden grenzüberschreitenden Arbeitsmöglichkeiten unabdingliche Mobilitätsvoraussetzungen sind.

Die Freiheit des EU-Bürgers, Gesundheitsdienstleistungen in allen EU-Mitgliedstaaten in Anspruch nehmen zu können, ist eine wesentliche Voraussetzung für die Integration eines gemeinsamen Arbeitsmarkts im Gesundheitswesen. Diese Freiheit wird von dem Grundsatzurteil des Europäischen Gerichtshofs zwar unterstützt, führt jedoch, wenn sie wahrgenommen wird im Alltag immer noch zu langwierigen

Prozessen mit den Kostenträgern. Sie bezieht sich auch nicht auf stationäre Behandlungen in Krankenhäusern der Nachbarländer.

Von Ausnahmen abgesehen erachten in der Grenzregion vor allem die Krankenhäuser der Maximalversorgung grenzüberschreitende Zusammenarbeit als wichtiges Unternehmensziel. Ob und wie intensiv grenzüberschreitende Zusammenarbeit praktiziert wird, hängt entscheidend von der Haltung der Krankenhausleitung und vor allem von dem persönlichen Engagement einzelner Mitarbeiter ab, die sowohl von der „europäischen Idee“ als auch von langfristig erzielbaren wirtschaftlichen Vorteilen durch eine bessere gemeinsame Nutzung der vorhandenen Infrastrukturen überzeugt sind.

Es ist zu vermuten, dass vielen Akteuren im Gesundheitswesen der „Nutzen des Ganzen“ nicht transparent ist und sie sich v.a. die teilweise berechtigte Frage stellen, wer die Zusammenarbeit koordinieren, organisieren und finanzieren soll.

Zusätzlich zu gegebener Inkompatibilität der Versorgungsstrukturen, Versicherungs- und Abrechnungssysteme und uneinheitlicher Aus- und Weiterbildung ist es jedoch immer wieder die Sprachbarriere, die einer intensiveren grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Wege steht. Abgesehen davon, dass entsprechende Sprachkenntnisse eine wesentliche Voraussetzung für die Zusammenarbeit mit Kollegen und einen patientengerechten Umgang sind, wäre es bei gegebener Sprachgewandtheit auch wesentlich einfacher, sich bei Referenzpersonen vor Ort über die Unterschiede der verschiedenen Systeme zu informieren, um dann vielleicht festzustellen, dass sie nicht so unüberwindbar sind wie ursprünglich angenommen.

Nutzen und Vorteile grenzüberschreitender Zusammenarbeit müssen der grenznahen Bevölkerung eingängig und überzeugend kommuniziert werden.

Verzeichnis der Abbildungen

- Abb. 1 Jährliche pro Kopf-Ausgaben für die Gesundheitsversorgung
- Abb. 2 Prozentsatz der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt
- Abb. 3 Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme
- Abb. 4 Anzahl der Ärzte, Zahnärzte und Apotheken in SLLR
- Abb. 5 Anzahl der Ärzte je 10 000 Einwohner in SLLR
- Abb. 6 Anzahl der aufgestellten Betten in SLLR
- Abb. 7 Anzahl des Krankenhauspersonals in SLLR
- Abb. 8 Sterbefälle nach Todesursachen in SLLR
- Abb. 9 Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Grenzgänger in
Gesundheitsberufen mit Arbeitsort Rheinland-Pfalz
- Abb. 10 Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Grenzgänger in
Gesundheitsberufen mit Arbeitsort Saarland
- Abb. 11 Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Grenzgänger im
Krankenhauswesen mit Arbeitsort Luxemburg
- Abb. 12 Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Grenzgänger im
Gesundheitswesen (einschließlich sozialer Einrichtungen wie
Waisenhäusern, Altenheimen und Einrichtungen für Behinderte) mit
Arbeitsort Luxemburg
- Abb. 13 Stundenanzahl in der Krankenpflegeausbildung
- Abb. 14 Tätigkeiten der Behandlungspflege einer Pflegekraft
- Abb. 15 Tarifvergleich der Monatsgehälter
- Abb. 16 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Gesundheitsberufen
- Abb. 17 Beschäftigte im Gesundheitswesen in Lothringen
- Abb. 18 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Luxemburg
- Abb. 19 Arbeitssuchende in Gesundheitsberufen
- Abb. 20 Offene Stellen in Gesundheitsberufen

Literatur

Äärimaa, M. (2000), Ärztliche Arbeit und Zusammenarbeit in Europa, www.bundesaerztekammer.de

Arbeitskammer des Saarlandes (1999), Die soziale Sicherheit von Grenzgängern, Merziger, Völklingen

Bundesangestelltentarif (2000), Vergütungstarifvertrag

European Observatory on Health Care Systems (1999), Health-Care Systems in Transmission: Luxembourg, www.observatory.dk

European Observatory on Health Care Systems (2000), Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland, www.observatory.dk

Eysenbach, G. (1998), Medicine and Medical Education in Europe: The Eurodoctor, Thieme, Stuttgart

Großkopf, V., Klein, H. (2000), Krankenpflege und Recht, Spitta, Balingen

Hohmann, J. (1998), Gesundheits-, Sozial-, und Rehabilitationssysteme in Europa, Huber, Göttingen

Kurtenbach, H., Golombeck, G., Siebers, H. (1998), Krankenpflege mit Ausbildungs-, und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege, Köln

LCGB santé (1997), Tarifvertrag der in den Luxemburger Krankenhäusern beschäftigten Arbeitnehmer, Luxemburg

Mertens, R. (1999), Die saarländischen Krankenhäuser und die grenzüberschreitende Zusammenarbeit, unveröffentlichtes Manuskript

Ministère de l'Education Nationale (1998), Recueil de Textes législatifs relatifs aux professions de santé: Règlement grand-ducal du 21 janvier 1998 portant sur l'exercice de la profession d'infirmier, Service centrale des Imprimés de l'Etat, Luxembourg

Ministère de l'interieur (1999), Grille des salaires du secteur publique

Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire (1993), Journal officiel de la République Française: Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Ministère de la Sécurité Sociale (2000), Aperçu sur la législation de la sécurité sociale, Mamer: La situation particulière du frontalier, Luxembourg

Ministère du Travail et des Affaires sociales (1992), Formation de la Profession d'Infirmier: Présentation du programmes d'études, Berger-Levrault

Payer, L. (1993), Andere Länder, andere Leiden, Campus, Frankfurt

Rennen-Allhoff, B., Bergmann-Tacke, I. (2000) , Lehrerinnen und Lehrer für
Pflegeberufe in Europa, Huber, Göttingen

Statistische Ämter der Großregion (2000), Statistisches Jahrbuch 2000: Saar-Lor-
Lux-Rheinland-Pfalz-Wallonie, Bialec, Nancy

WHO (2000), World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance,
www.who.int/whr