



# Gesundheitswesen und grenzüberschreitende Beschäftigung in der Großregion

Bestandsaufnahme  
des Gesundheitssektors in Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz

Mai 2006

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

## **Einführung**

### **1 Gesundheitsversorgung in den Industrienationen**

#### **1.1 HealthCast 2020: Wesentliche Ergebnisse der Studie**

#### **1.2 Signifikante Merkmale eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems**

### **2 Patientenmobilität und Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der EU**

#### **2.1 Die „Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen“ und die medizinische Versorgung**

#### **2.2 Strategiepapier über die Freizügigkeit von Patienten und die gesundheitliche Versorgung**

#### **2.3 Gesundheitsmodernisierungsgesetz**

#### **2.4 Die „offene Methode der Koordinierung“**

### **3 Gesundheitssysteme in der Großregion**

#### **3.1 Kulturelle Bedingtheit medizinischer Versorgung**

#### **3.2 Prinzipien der Gesundheitsversorgung in den Teilregionen**

##### **3.2.1 Deutsches Gesundheitssystem**

##### **3.2.2 Französisches Gesundheitssystem**

##### **3.2.3 Luxembourgisches Gesundheitssystem**

#### **3.3 Krankenhauslandschaft in den Teilregionen**

##### **3.3.1 Die wirtschaftliche Zukunft der Spitäler**

##### **3.3.2 SWOT-Analyse**

##### **3.3.3 Rheinland-Pfalz/Saarland**

##### **3.3.4 Lothringen**

##### **3.3.5 Luxembourg**

### **4 Gesundheitsversorgung in der Großregion**

#### **4.1 Deutsch-Französisches Rahmenabkommen**

#### **4.2 Grenzen und deren Überschreitbarkeit**

#### **4.3 Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Grenzgänger in Gesundheitsberufen mit Arbeitsort Rheinland-Pfalz**

#### **4.4 Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Grenzgänger in Gesundheitsberufen mit Arbeitsort Saarland**

#### **4.5 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Gesundheitsberufen mit Arbeitsort Luxembourg**

#### **4.6 Anzahl der Fachkräfte im Gesundheitswesen in der Großregion**

#### **4.7 Anzahl der aufgestellten Betten in der Großregion**

#### **4.8 Krankenhauspersonal in der Großregion**

#### **4.9 Arbeitsmarkt „Gesundheit“ in Rheinland-Pfalz**

##### **4.9.1 Offene Stellen**

##### **4.9.2 Arbeitssuchende**

##### **4.9.3 Arbeitslose**

#### **4.10 Arbeitsmarkt „Gesundheit“ im Saarland**

##### **4.10.1 Offene Stellen**

##### **4.10.2 Arbeitssuchende**

##### **4.10.3 Arbeitslose**

#### **4.11 Arbeitsmarkt „Gesundheit“ in Lothringen**

## **5 Übergang des Gesundheitswesens ins Informationszeitalter**

### **6 Länderspezifisches**

- 6.1 Modellprojekt „Gesundheitskarte Rheinland-Pfalz“**
- 6.2 Health-Care-Branche im Saarland**
- 6.3 Häuslicher Pflegedienst in Luxembourg**

### **7 Grenzüberschreitendes Arbeiten im Gesundheitswesen**

- 7.1 Warum ist grenzüberschreitendes Arbeiten im Gesundheitswesen so schwierig?**
- 7.2 Erfahrungen grenzüberschreitenden Arbeitens**
- 7.3 Gesundheitsberufe als Mobilitätschance**
- 7.4 Veranstaltungen zum grenzüberschreitenden Gesundheitswesen**
  - 7.4.1 Ärztliche Versorgung im Saarland und in Lothringen**
  - 7.4.2 Freier Zugang zu Gesundheitsleistungen in der Großregion**

### **8 Gesundheitstourismus**

### **9 Exkurs**

- 9.1 Internet-Apotheke**
- 9.2 Unregelmäßigkeiten im Gesundheitswesen**

### **10 Ausblick**

### **Literatur und Links**

## **Vorschau**

- Im Kapitel 1 werden grundlegende Fragen zum Gesundheitswesen anhand einer Studie von PriceWaterhouse dargestellt, die auch auf die Grenzregion beziehbar sind.
- Im Kapitel 2 geht es um die Stellungnahme der EU bezüglich der wünschbaren Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen der Mitgliedsländer.
- Im Kapitel 3 wird die „Landschaft“ des Gesundheitswesens in den drei betroffenen Ländern der Großregion veranschaulicht.
- Im Kapitel 4 geht es um die statistischen Einzelheiten in der Großregion. Hier sind insbesondere die aktuellen Arbeitsmarktdaten wichtig.
- Im Kapitel 5 wird der Übergang ins Informationszeitalter anhand der geplanten und im Feldversuch befindlichen Gesundheitskarte dargestellt.
- Im Kapitel 6 werden als Länderspezifika das rheinland-pfälzische Modellprojekt „elektronische Gesundheitskarte“, die Entwicklung der Health-Care-Branche im Saarland und die luxembourigische häusliche Pflege dargestellt.
- Im Kapitel 7 geht es um die Faktoren, die grenzüberschreitendes Arbeiten begünstigen oder beschränken.
- Im Kapitel 8 findet der Gesundheitstourismus Erwähnung.
- Im Kapitel 9 schließlich geht es als Exkurs um das Phänomen „Internet-Apotheke“ und das leidige Thema der Unregelmäßigkeiten im Gesundheitswesen.

## Einführung

Wer sich das Thema Gesundheit vornimmt, kann im Internet eine schier unerschöpfliche Anzahl von Studien, Kommentaren und Berichten vorfinden. Das Gesundheitswesen ist nicht nur in Deutschland zur Zeit im Umbruch, sondern in der gesamten EU. Es ist wegen der großen Anzahl von Quellen und nahezu täglich ändernder politischer Rahmenumstände fast unmöglich, sich ein allumfassendes aktuelles Bild zu verschaffen.

Geht man grenzüberschreitend vor, multipliziert sich das Problem gleich noch um Faktor 3, da sich in der Grenzregion drei nationale Modelle (Deutschland, Frankreich und Luxembourg) von Gesundheitswesen begegnen. Wenn Patienten grenzüberschreitend Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen oder wenn Ärzte oder Pflegepersonal sich grenzüberschreitend orientieren, ist die Kenntnis des jeweils anderen Systems jedoch unerlässlich.

Die Konvergenz der Systeme ist ein Grundpfeiler der EU - wie weit geht die Konvergenz bisher und welche „best practices“ tauscht man in der Großregion aus - und was kann das EURES-Netzwerk dazu beitragen ?

Die hier vorgelegte Studie versteht sich als Wegweiser in diesem Dickicht. Sie basiert auf der Vorgänger-Studie von 2001 und aktualisiert diese mit neuesten Daten. Gleichzeitig wird versucht, es dem Leser zu erleichtern, wenn er sich in bestimmte Schlüsselfragen des grenzüberschreitenden Gesundheitswesens einarbeiten möchte.

Ein Ziel ist die Darstellung des Gesundheitssektors in der Großregion und der damit verbundenen grenzüberschreitenden Beschäftigungsverhältnisse. Im Mittelpunkt stehen dabei Nutzen und Vorteile eines grenzüberschreitenden Gesundheitswesens sowie Möglichkeiten der Kooperation und die mögliche Überwindung bestehender Mobilitätshindernisse.

Für Anregungen und Verbesserungsvorschläge sind wir jederzeit offen.

*Joachim Geppert*

*Saarbrücken 2006*

*Iris Schiffmann*



## 1 Gesundheitsversorgung in den Industrienationen

Die im Folgenden zitierten Ausgangsüberlegungen und Resultate der groß angelegten dritten HealthCast-Studie „HealthCast 2020: Gesundheit zukunftsfähig gestalten“ (PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2005) gelten unter dem Vorbehalt regionaler Besonderheiten auch für die Großregion und liefern somit Leitideen für die zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung in Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz.

Traditionell wurde der Gesundheitssektor als ein rein regionaler Markt mit nationaler Regulierung angesehen. Dies führte dazu, dass in der Vergangenheit ein internationaler Austausch von Systeminnovationen und neuen Versorgungsideen in eher geringem Maße und zeitverzögert stattfand.

Auch wenn wesentliche Kontextfaktoren, wie Gesetzgebung, Wirtschaft, Kultur von Land zu Land stark variieren, so treten doch erstaunliche Ähnlichkeiten bei den systemischen Herausforderungen sowie für die korrespondierenden Antworten und Lösungsansätze auf. Trotz des komplexen Anforderungsspektrums, mit dem die meisten Gesundheitssysteme konfrontiert sind, gibt es über den gesamten Globus verteilt kontinuierlich eine Vielzahl von technologischen Neuerungen und leistungsseitigen Innovationen, etwa in den Bereichen

- Prävention
- Patientenorientierung
- Vergütung

als Basis und Triebfeder für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung und für die Senkung der Kosten in dem jeweiligen System.

Seit 1997 steigt in den OECD-Ländern der Anteil des Bruttoinlandprodukts (BIP), der für Gesundheit verwandt wird, kontinuierlich an. Im Jahr 2002 gaben die 24 OECD-Länder insgesamt 2,7 Billionen US-\$ für Gesundheit aus. Schätzungen von PricewaterhouseCoopers zufolge werden sich die Gesundheitsaufwendungen der OECD-Länder im Jahr 2020 mehr als verdreifachen und bei etwa 10 Billionen US-\$ liegen.

**Gesundheitseinrichtungen und Regierungen rund um den Globus suchen nach Lösungen, wie die steigenden Kosten bei gleichzeitigem Zugang zu sicherer und hochwertiger medizinischer Versorgung kontrolliert werden können.**

Die einzelnen Volkswirtschaften sind eng miteinander verbunden und die Produktivität eines jeden Landes hängt unmittelbar von der Gesundheit seiner Bevölkerung ab. Daher ist die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems eine Frage des internationalen Wettbewerbs und damit ein weltweiter ökonomischer Imperativ.

„Nachhaltigkeit ist ein ökonomischer Zustand, in dem die Nachfrage der Menschen und der Industrie an die Umwelt gedeckt werden kann, ohne dass die Fähigkeit, künftige Generationen zu versorgen, gemindert wird“ (Paul Hawken, The Ecology of Commerce).

Diese Auslegung trifft besonders auf die Gesundheitsversorgung zu:

**Bleiben die Produktivität, die finanzielle Basis und das Angebot auf dem derzeitigen Stand, so werden die Gesundheitseinrichtungen von heute die Nachfrage von morgen nicht mehr decken können. Damit sind unsere bestehenden Gesundheitssysteme nicht nachhaltig.**

Der HealthCast-Studie zufolge leidet die Gesundheitsversorgung der meisten Industrienationen unter ähnlichen, existenzbedrohenden Problemen:

- **Schwindendes Vertrauen und Ängste der Bevölkerung hinsichtlich eines bedarfsgerechten Zugangs zu medizinischen Leistungen**
- **Eklatante strukturelle Defizite bei der Finanzierung sowohl auf Leistungsanbieter- als auch auf Versicherungsseite**
- **Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen unter Beachtung von Wirtschaftlichkeit und Qualität**

Im Mittelpunkt der HealthCast-Studie steht die Gestaltung von Lösungsansätzen mit Blickrichtung auf die gesundheitssystemischen Metatrends Globalisierung und Integration. Untersuchungsleitende Fragestellungen sind dabei:

- Welche Erkenntnisse können aus den Erfahrungen anderer Länder gewonnen werden?
- Welche best practices gibt es und was für Schlüsse lassen sich für die nationale Systemausformung hin zu mehr Nachhaltigkeit und damit Zukunftsfähigkeit ziehen?
- Gibt es zudem spezielle Umsetzungstreiber, die als Motor bei der Implementierung hilfreich sein können?

Dabei werden Lösungen und Innovationen aus den verschiedensten Teilen des Globus vorgestellt, von denen die Autoren überzeugt sind, dass sie die Zukunft eines nachhaltigen Gesundheitssystems prägen werden.

## **1.1 HealthCast 2020: Wesentliche Ergebnisse der Studie**

### **• Anstieg der Gesundheitsausgaben**

Die Gesundheitsausgaben steigen in den kommenden Jahren stärker an als bisher. Schätzungen zufolge werden sich im Jahr 2020 die Aufwendungen für Gesundheit verdreifacht haben. Dem gegenüber wird das größte Einsparungspotenzial seitens des Staates, bei den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten identifiziert.

## • Lastenverteilung

Hohe Akzeptanz erfährt ein Gesundheitssystem, in dem die finanziellen Lasten und Risiken sowohl auf private als auch auf öffentliche Schultern verteilt werden. Mehr als 75 % der Befragten plädieren für eine Teilung der Finanzierungsverantwortung. Mehr als die Hälfte aller Experten hält Wettbewerb, anteilige Finanzierung des Gesundheitswesens durch den Steuerzahler, regulierte Kostenkontrolle und Kostenbeteiligung durch die Patienten für wichtig.

## • Qualitäts- und Preistransparenz

Die Forderung nach Nachhaltigkeit bei Kosten, Qualität und öffentlichem Vertrauen dominiert die derzeitige Diskussion in der Gesundheitsversorgung. Qualitäts- und Preistransparenz werden von mehr als 80 % der HealthCast 2020-Befragten als wesentliche Nachhaltigkeitsfaktoren genannt. Standortabhängig wird die Frage beantwortet, wer derzeit als größter Antreiber für die Verbesserung der Versorgungsqualität verantwortlich ist: In den USA sind es Patientenvereinigungen, in Europa und Kanada die niedergelassenen Ärzte, respektive die Krankenhäuser und im Nahen Osten, Australien und Asien ist es die jeweilige Regierung.

## • Disease-Management

Vorsorge- und Disease-Management-Programme besitzen großes Potenzial für eine gleichzeitige Verbesserung des Versorgungsniveaus und zur Kostenreduktion. Diese bedürfen jedoch eines integrativen Systemansatzes unter Einbeziehung aller betroffenen Leistungsanbieter und der Krankenversicherungen. Mehr als 80 % der Befragten sehen in dem Mangel an integrierten Versorgungskonzepten ein großes oder das größte Problem der Gesundheitsversorgung.

## • Ergebnisbasierte Vergütungssysteme

Mit Blick auf die Weiterentwicklung von Individualverantwortung und Patientenrechten rücken zunehmend ergebnisbasierte Vergütungssysteme und ein Ausbau der Selbstbeteiligung in den Mittelpunkt. Die weltweiten Entscheider aus dem Gesundheitssektor erwarten einen deutlichen Anstieg an nachfrageorientierten Angeboten und Versorgungskonzepten. Nur 35 % der HealthCast 2020-Befragten sind der Ansicht, dass die Krankenhäuser in ihrer heutigen Struktur den Ansprüchen immer besser informierter Patienten gewachsen sind. Überdies haben schon ein Großteil (85 %) der Gesundheitssysteme ergebnisbasierte Vergütungsprogramme eingeführt. 43 % der Befragten sind der Meinung, dass die Übernahme eines Teils der Kosten durch die Patienten durchaus ein effizientes Instrument für das Nachfragemanagement darstellt.

## • Informationstechnologie

Die Informationstechnologie (IT) besitzt für das Gesundheitswesen eine integrative und akzelerierende Funktion – sofern sie einrichtungs- und systemweit Einsatz findet. Die meisten HealthCast-Befragten sehen in der IT einen wichtigen / sehr wichtigen Faktor für die Integration der Gesundheitsversorgung (73 %) sowie Potenzial für einen verbesserten Informationsaustausch. Allerdings löst der isolierte Einsatz von IT ohne prozessuale Einbindung noch keine Probleme. Ein geringerer Anteil der Befragten hält die IT für einen wichtigen / sehr wichtigen Faktor bei der Verbesserung der Patientensicherheit (54 %) oder für den Ausbau des Patientenvertrauens (35 %).

Die fortschreitende globale und sektorale Integration resultiert nicht zuletzt auch aus der Tatsache, dass mittlerweile sowohl national als auch international viel konsequenter best practices ausgetauscht werden und die Grenzen zwischen den stationären und ambulanten Leistungsanbietern, den Pharma- und Medizintechnikunternehmen und den Krankenversicherungen verschwimmen.

## 1.2 Signifikante Merkmale eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems

PricewaterhouseCoopers hat sieben Bausteine/“Säulen der Nachhaltigkeit“ identifiziert, die als Leitgedanken und Grundelemente zur Ausgestaltung und Implementierung von Nachhaltigkeit dienen können:

### 1. Integrative Basis

Finanzielle und leistungsseitige Nachhaltigkeit lässt sich nur gemeinsam unter Einbeziehung der wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens auf Grundlage eines bedarfsgerechten Zugangs zu medizinischen Leistungen und Transparenz erreichen (Aufhebung der sektoralen Trennung).

### 2. Digitale Infrastruktur

Konsequenter und kompatibler Einsatz von Informationstechnologien in Verbindung mit intra- und interinstitutioneller Vernetzung eröffnet den Raum zu mehr Effizienz, Integration und Wissenstransfer bei allen klinischen und administrativen Prozessen.

### 3. Anreizorientiertes Nachfragemanagement

Grundlage für eine wirtschaftlich effiziente Steuerung des Zugangs zu medizinischen Leistungen sind nachvollziehbare Anreizsysteme (Aufbau von Marktstrukturen als Steuerungsinstrumentarium).

### 4. Qualität und Sicherheit

Ausgangspunkt jedweden Vertrauens in medizinische Leistungen ist die Definition, Überwachung und Fortschreibung verbindlicher Qualitätsstandards.

### 5. Strategische Ressourcenallokation

Die Verteilung der finanziellen und leistungsseitigen Ressourcen muss den zum Teil gegensätzlichen Interessenslagen im Gesundheitswesen Rechnung tragen. Dies ist die Voraussetzung für Wettbewerb, einen gerechten Zugang zu medizinischen Leistungen und eine ausgewogene Lastenverteilung zwischen privaten und öffentlichen Händen oder zwischen Individuum und Gesamtheit.

### 6. Innovationsorientierung und Fortschritt

Die gezielte Weiterentwicklung der Versorgungsstandards und der Ausbau der Therapiemöglichkeiten bedingen eine Kultur der Erneuerung und der Innovationsfreundlichkeit.

### 7. Flexibilität und Anpassungsfähigkeit

Die Auflösung der starren klinischen Rollenverteilung eröffnet Raum für neue integrative Therapiekonzepte: Weg von der tradierten Systemausrichtung auf Institutionen hin zu einer patientenzentrierten Informationsorientierung.



## 2 Patientenmobilität und Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der EU

**Am Anfang stand das Kohll/Decker-Urteil:** Der Gerichtshof hat am 28. April 1998 zwei wichtige Urteile in den Rechtssachen C-120/95 (Decker) und C-158/96 (Kohll) erlassen, die das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung durch den Träger der sozialen Sicherheit in Luxemburg für die Erstattung der Kosten einer in einem anderen Mitgliedstaat erworbenen Brille bzw. einer dort durchgeführten Zahnbehandlung betreffen.

**Der Gerichtshof hatte festgestellt, dass dieses Erfordernis gegen Gemeinschaftsrecht verstößt, insbesondere gegen die Grundsätze des freien Warenverkehrs und der Dienstleistungsfreiheit.**

Die Gesundheitssysteme und die einzelstaatlichen Gesundheitspolitiken in der EU sind heute enger miteinander verknüpft als jemals zuvor. Diese Tatsache wirft viele gesundheitspolitische Probleme auf:

- Qualität und Zugang zur grenzübergreifenden medizinischen Versorgung
- Informationsvorschriften für Patienten, Leistungserbringer im Gesundheitswesen und politische Entscheidungsträger
- Handlungsspielraum für die Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen
- Koordination einzelstaatlicher Gesundheitspolitik mit den europäischen Vorschriften

Um Wege für den Umgang mit dieser Problematik aufzuzeigen, hat die Kommission Minister der Mitgliedstaaten und Vertreter der Zivilgesellschaft eingeladen, an einem Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union teilzunehmen. Der vom Reflexionsprozess auf seiner Abschlusssitzung am 8. Dezember 2003 vereinbarte Bericht enthält Empfehlungen in fünf Hauptbereichen:

1. Europäische Zusammenarbeit zur besseren Nutzung von Ressourcen
2. Informationen für Patienten, Leistungserbringer im Gesundheitswesen und politische Entscheidungsträger
3. Zugang zur Gesundheitsversorgung und Qualität der Gesundheitsversorgung
4. Abstimmung der innerstaatlichen Gesundheitspolitik mit den europäischen Vorschriften
5. Gesundheitsfragen und Kohäsions- und Strukturfonds der Union

## 2.1 Die „Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen“ und die medizinische Versorgung

Beim Ausschuss hochrangiger Regierungssachverständiger für Gesundheit handelt es sich um ein informelles Beratungsgremium der Kommissionsdienste. Der Ausschuss dient als Forum für den Austausch von Informationen über wichtige gesundheitsbezogene Entwicklungen auf europäischer Ebene und in den Mitgliedstaaten.

### Die Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung

Der Bericht von 2003 über den Reflexionsprozess zur Patientenmobilität stellte einen politischen Meilenstein dar, weil er deutlich machte, welches Potenzial die europäische Zusammenarbeit birgt, um die Mitgliedstaaten bei der Verwirklichung ihrer Ziele zu unterstützen. In ihrer Mitteilung KOM (2004) 301 vom 20. April 2004 legte die Kommission ihre Antwort auf den Reflexionsprozess dar. Um die in der Mitteilung angekündigte Arbeit voranzutreiben, wurde zunächst eine Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung eingesetzt. Diese Gruppe nahm im Juli 2004 ihre Arbeit auf. Sie führt Experten aus allen Mitgliedstaaten zusammen und wird in folgenden sieben Bereichen tätig:

#### Grenzübergreifende Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen

- Eingehende Analyse der finanziellen Auswirkungen und der Nachhaltigkeit der grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung
- Grenzübergreifende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen
- Untersuchung der Ursachen für die Mobilität und die Notwendigkeit, sich im Ausland versorgen zu lassen
- Information der Patienten über Qualität, Sicherheit und Kontinuität der Versorgung
- Rechte und Pflichten der Patienten in Bezug auf Haftungsfragen bei der grenzübergreifenden Versorgung
- Erhebung von Informationen zur Beobachtung der grenzübergreifenden Inanspruchnahme und Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen

#### Leistungserbringer im Gesundheitswesen

- Austausch von Informationen über die Fortbildung zur Qualitätssicherung
- Sicherstellung, dass alle Mitgliedstaaten Grunddaten über die Freizügigkeit von Leistungserbringern des Gesundheitswesens vorlegen
- Beobachtung der Auswirkungen der Wanderungsbewegungen aus den Mitgliedstaaten
- Weitergabe von Informationen über die jeweilige Einstellungspraxis, um festzustellen, ob gemeinsame Grundsätze entwickelt werden können.

#### Referenzzentren

- Rolle bei der Bekämpfung seltener Krankheiten oder anderer Zustände, die eine spezialisierte Versorgung erfordern
- Entwicklung von Optionen und Verfahren für die Benennung europäischer Referenzzentren für begrenzte Zeit auf europäischer Ebene

#### Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitswesen

- Nutzen eines nachhaltigen europäischen Netzes für Technologiefolgenabschätzung
- Methoden zur Entwicklung gemeinsamer Kerninformationspakete, zur Unterstützung der Übertragbarkeit von Folgenabschätzungen, für die Ermittlung von Themen und deren Prioritäten, die Erstellung von Berichten, die Abstimmung gemeinsamer Kerninformationen auf nationale gesundheitspolitische Prozesse und die Weitergabe von Methoden, Know-how und Praxisfragen

#### Information und Gesundheitstelematik

- Angesichts der Mobilität der Bürger und der europaweiten Verfügbarkeit gesundheitstelematischer Dienstleistungen bedarf es einer allgemeinen Informationsstrategie für Gesundheitssysteme in einem europäischen Kontext.
- Die künftige Arbeit sollte sich darauf konzentrieren, eine solche Informationsstrategie zu entwickeln und Maßnahmen zur Umsetzung des Aktionsplans für e-Health zu skizzieren.
- Ferner sollte geprüft werden, welche Informationen für die Patienten, die Leistungserbringer im Gesundheitswesen und die politischen Entscheidungsträger bereitzustellen sind und welche Strukturen sich für die Zusammenarbeit im Bereich der Information und der Gesundheitstelematik eignen.

#### Health Impact Assessment und Gesundheitssysteme

- Der Einfluss der Europäischen Union auf die Gesundheit wird hauptsächlich durch andere Politikbereiche als den Bereich der öffentlichen Gesundheit ausgeübt.
- Es muss an einem kohärenten Konzept gearbeitet werden, um die Auswirkungen anderer Bereiche der Gemeinschaftspolitik auf die Gesundheit zu bewerten.
- Man wird sich auf laufende Arbeiten auch anderer internationaler Organisationen stützen, um gemeinsam Instrumente zu entwickeln, welche die Auswirkungen anderer Bereiche der EU-Politik auf die Gesundheit durch die Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme zu messen. Diese könnten dann auf Zuverlässigkeit und Validität getestet werden.

#### Patientensicherheit

- Interventionen der Gesundheitsversorgung sollen dem Patienten zwar nützen, können in manchen Fällen jedoch auch Schaden anrichten.
- Ein EU-Netz oder –Forum für Patientensicherheit, das mit anderen internationalen Organisationen zusammenarbeitet, könnte die Bemühungen zur Verbesserung der Sicherheit der Patientenversorgung in allen EU-Mitgliedstaaten bündeln, indem Informationen und Know-how ausgetauscht werden.
- 

Quelle: [www.ec.europa.eu/comm/health/ph](http://www.ec.europa.eu/comm/health/ph)

Die Hochrangige Gruppe hat auch an weiteren Arbeiten mitgewirkt, die für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung von Bedeutung sind, wie beispielsweise an der offenen Methode der Koordinierung für die gesundheitliche Versorgung und die Langzeitpflege, wie in der Mitteilung KOM(2004) 304 dargelegt. Die Hochrangige Gruppe erstattet dem Rat für Beschäftigung, Soziales, Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten jährlich Bericht.

**Der Bericht von 2003 über den Reflexionsprozess zur Patientenmobilität stellte einen politischen Meilenstein dar, weil er deutlich machte, welches Potenzial die europäische Zusammenarbeit birgt, um die Mitgliedstaaten bei der Verwirklichung ihrer Ziele zu unterstützen.**

In ihrer Mitteilung KOM (2004) 301 vom 20. April 2004 legte die Kommission ihre Antwort auf den Reflexionsprozess dar. Um die in der Mitteilung angekündigte Arbeit voranzutreiben, wurde zunächst eine „Hochrangige Gruppe“ für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung eingesetzt. Diese Gruppe nahm im Juli 2004 ihre Arbeit auf. Sie führt Experten aus allen Mitgliedstaaten zusammen und wird in folgenden sieben Bereichen tätig:

- 1. Grenzübergreifende Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen**
- 2. Leistungserbringer im Gesundheitswesen**
- 3. Referenzzentren**
- 4. Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitswesen**
- 5. Information und Gesundheitstelematik**
- 6. Health Impact Assessment und Gesundheitssysteme**
- 7. Patientensicherheit**

Zwar bleibt die gesundheitliche Versorgung weiterhin in der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten, doch stehen diese vor einigen gemeinsamen Herausforderungen wie der demografischen Entwicklung, der verstärkten Nachfrage sowie höheren Erwartungen der Bürger und dem raschen technologischen Wandel. Die Kommissionsvorschläge sollen dem einzelnen Bürger zugute kommen und enthalten Bemühungen, die praktische Zusammenarbeit zu erleichtern, damit der Bürger sich auch in anderen Mitgliedstaaten gesundheitlich versorgen lassen kann. Sie dürften außerdem die Patienten stärken, indem sie ihnen bessere Informationen darüber an die Hand geben, wie man die gesundheitliche Versorgung grenzübergreifend in Anspruch nehmen kann, und indem sie die Technologie zur Verbesserung von Qualität, Verfügbarkeit und Wirksamkeit der Versorgung optimal ausnutzt.

Sie kommen auch den Leistungserbringern im Gesundheitswesen zugute, da sie den Aufbau von Spitzentechnologiezentren vorschlagen und skizzieren, wie neue Technologien nutzbar gemacht werden können.

**„Nach den EU-Vorschriften haben die Patienten das Recht, sich in anderen Mitgliedstaaten gesundheitlich versorgen zu lassen. Doch die Inanspruchnahme dieses Rechts kann sich als schwierig erweisen. Ein zentrales Anliegen dieses Vorschlags besteht darin, die Rechte der Patienten zu verdeutlichen und sicherzustellen, dass sie die notwendigen Informationen erhalten, um diese Rechte wahrnehmen zu können. Mein Ziel ist es, letztendlich eine europäische Patientencharta zu erstellen, auf die sich jeder berufen kann,“ so David Byrne, der für Gesundheit und Verbraucherschutz zuständige Kommissar.**

## 2.2 Strategiepapier über die Freizügigkeit von Patienten und die gesundheitliche Versorgung

- **Bessere Information der Patienten** über die Möglichkeiten, sich in anderen Mitgliedstaaten gesundheitlich versorgen zu lassen. (Auch wenn die Patienten nach EU-Vorschriften das Recht haben, sich in anderen Mitgliedstaaten behandeln zu lassen (siehe IP/01/995), ist die Ausübung dieses Rechts nicht immer so einfach. Die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat hängt davon ab, ob man über die Qualität, Verfügbarkeit und Angemessenheit der dort angebotenen Behandlungen informiert ist. Außerdem muss man wissen, wie man sich vom eigenen Gesundheitssystem oder der Krankenversicherung die Kosten erstatten lassen kann)
- **Erleichterung der Nutzung freier Kapazitäten** in anderen Mitgliedstaaten durch die Leistungserbringer im Gesundheitswesen (wie leer stehende Krankenhausbetten)
- **EU-weite Netze von Sachverständigen** im Gesundheitswesen und Spitzentechnologiezentren sowie koordinierte Evaluierung neuer Gesundheitstechnologien
- **Systematischer Austausch** bewährter Verfahren

## 2.3 Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz (GMG) von 2004

Vor 2004 konnten Reisende aus EU-Ländern in anderen EU-Ländern in Notfällen mit dem „Auslandskrankenschein E111“ ihrer Krankenkasse einen Arzt im Gastland aufsuchen. Die Leistungen wurden zwischen den beiden Kassen abgerechnet.

Seit 2004 können Reisende jetzt auch ohne dass ein Notfall vorliegt, im EU-Ausland Ärzte aufsuchen. Sie zahlen zunächst selbst und reichen die Rechnung nach ihrer Rückkehr bei ihrer Kasse ein. Das klingt – zumindest für Gutbetuchte – erstaunlich einfach. In der Praxis wird eher selten von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Gesundheitssysteme sind den jeweiligen nationalen Traditionen verhaftet, eine Konvergenz ist nicht in Aussicht. Generell kann gelten, dass Behandlungen im EU-Ausland zumeist billiger sind als in Deutschland, man wähnt sich demnach auf der sicheren Seite. Das trifft aber nicht immer zu. Manche Konsultationen sind in Land A nicht im Kanon der Kassenleistungen aufgeführt, wohl aber in Land B.

**Beispiel 1** Ein Deutscher unterzieht sich in Spanien (Mallorca) einer physiotherapeutischen Behandlung, zahlt und bittet um Erstattung bei seiner Kasse in Deutschland. Diese Behandlung ist in Spanien keine Kassenleistung, wohl aber in Deutschland. Die deutsche Kasse verweigert die Erstattung mit der Begründung, mangels Erstattungsfähigkeit im spanischen System könne die deutsche Kasse nicht überprüfen, ob die Behandlung in Spanien sachgerecht erfolgt sei.

**Beispiel 2** Schönheitsoperationen sind in Deutschland grundsätzlich keine Kassenleistungen. Im Ausland erfolgte Operationen können zwar bis 70% billiger sein, werden aber nicht erstattet. Für Leistungen, die in Deutschland nicht erstattungsfähig sind, kann der Selbstzahler im Ausland Geld sparen, z.B. bei Brillen, der Implantation von Zähnen oder eben Schönheitsoperationen. Ungeklärt bleibt die Frage der Haftung bei mangelhafter Ausführung oder Materialfehler.

### **Transnationale Exklusivmedizin**

Für spezielle Zielgruppen, etwa arabische Kaufleute, werden von einigen Kliniken Sektoren bereitgehalten, die den Bedürfnissen dieser Zielgruppe entsprechen. Diese Patienten reisen in der Regel mit großer Entourage an und stellen bezüglich Unterkunft, Verpflegung und Service Ansprüche wie an ein Fünf-Sterne-Hotel. Hier ergeben sich sehr gute Berufschancen für Pflege- und Dienstpersonal aus bikulturellen Familien. Deutsche Medizin genießt im arabischen Raum einen sehr guten Ruf. Wenn Kliniken den Lebensgewohnheiten dieser Klientel entgegen kommen, haben sie gute Chancen.

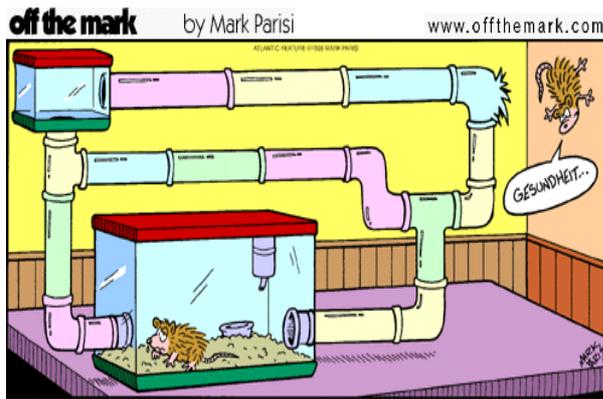
### **2.4 Die „offene Methode der Koordinierung“**

Die „offene Methode der Koordinierung“ ist ein Prozess, in dem innerhalb der EU gemeinsame Ziele/ Leitlinien festgelegt werden und die Zielerreichung in den Mitgliedstaaten mittels Indikatoren ermittelt wird.

Nach der Beschäftigungspolitik wird sie derzeit im Bereich der sozialen Ausgrenzung und in Zukunft vermutlich im Gesundheitswesen angewandt. Als mögliche Ziele kommen in Frage:

- Erreichung eines hohen Gesundheitsniveaus
- Gestaltung und Funktion der Gesundheitswesen entsprechend den gerechtfertigten Bedürfnissen und Erwartungen der Bevölkerung
- Zugang zu bedarfsgerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien
- Sicherstellung fairer und nachhaltiger Finanzierung

Eine so fundierte EU-Gesundheitspolitik könnte das Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlicher EU-Regulierung und nationaler Finanzierung und Leistungserbringung lösen helfen.



### 3 Gesundheitssysteme in der Großregion

#### 3.1 Kulturelle Bedingtheit medizinischer Versorgung

Lynn Payer hat in ihrem Buch „Andere Länder, andere Leiden“ - 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, ungeheuerer 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.

### **3.2 Prinzipien der Gesundheitsversorgung in den Teilregionen**

Die Systeme der sozialen Sicherheit in den Teilregionen folgen dem Bismarck'schen Sozialversicherungsmodell mit folgenden Grundprinzipien:

- **Umfassende Pflichtversicherung**
- **Finanzierung über einkommensabhängige Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge**
- **Organisation durch öffentliche und gemeinnützige Versicherungsträger**
- **Öffentliche und private Leistungsanbieter**

Trotz gleicher Grundmodelle der Sozialversicherung unterscheiden sich die nationalen Gesundheitssysteme hinsichtlich:

- Organisation
- Regulierung
- Finanzierung
- Bereitstellung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Die Gesundheitssysteme beruhen auf einer gemischten Finanzierung, wobei der Großteil der Finanzierung durch öffentliche Ausgaben aus Sozialversicherungsabgaben und Steuermitteln bestritten wird. Der Anteil der privaten Zuzahlungen liegt derzeit bei weniger als 20% der gesamten Gesundheitsausgaben.

Den Gesundheitssystemen in Luxemburg und Lothringen ist die „médecine libérale“, d.h. die freie Wahl durch den Patienten, sowie die „liberté thérapeutique“, die Verschreibungsfreiheit gemeinsam.

## Exkurs: Sozial Informations Datenbank (SID)

Die SID- Informationsplattform informiert über die Soziale Sicherung der drei Länder Deutschland, Frankreich und Luxemburg. Damit wird Ihnen als Berater, Interessierter, Spezialist oder als Grenzgänger der Leistungskatalog der sozialen Sicherung in Ihrem Land (im Vergleich mit den Nachbarländern) aufgezeigt. So können Sie sich einen Eindruck von den sozialen Systemen der drei Länder machen und selbständig Vergleiche ziehen.

SID ist der Versuch eines terminologischen Vergleiches der Gesundheitssysteme in Saar-Lor-Lux. Per Eingabe über die Suchmaske erhält der Benutzer Informationen zu:

- Institutionen
- Leistungen
- Sozialversicherungen
- Formularen



Gleichzeitig werden die äquivalenten Leistungen der beiden anderen Länder dargestellt.

Des weiteren finden Sie unter <http://www.sid-sllr.org/definitionen.pdf> ein Handbuch unter dem Titel:

### „Soziale Sicherung in Frankreich, Deutschland und Luxembourg“

Bei diesem Handbuch handelt es sich um eine terminologische Untersuchung zum Thema soziale Sicherung in Frankreich, Luxemburg und Deutschland. Die Ergebnisse der terminologischen Untersuchung werden mittels einer Datenbank aufbereitet und sind via Internet abrufbar. Ziel ist es, Benutzern – Grenzgängern in der Region ebenso wie Experten und Beratern – unabhängig von ihren Sprachkenntnissen eine Plattform zu bieten, um sich gezielt über länderspezifische Ausprägungen und Besonderheiten informieren zu können.

Außerdem befasst sich SID auch Schwerpunktmäßig mit den weiteren Thematiken der Sozialen Sicherung in der Großregion. Hierzu wurden in 2006 zwei Flyer zu den Themen Gesundheit & Rente in der Großregion erstellt – eine Fortsetzung ist geplant:



Die Sozial Informations Datenbank, sowie alle 3 Flyer finden Sie unter

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

### 3.2.1 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 in der Regel 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.

#### Saarland / Rheinland-Pfalz

- Pflichtversicherung seit 1883, gesetzliche Krankenversicherung (GKV), in der rund 90% der Bevölkerung versichert sind
- Ca. 280 Krankenkassen
- GKV Leistungen: Regelleistungen plus Zuzahlungen, z.B. bei Krankenhausaufenthalten
- Grundprinzipien:
  - Bedarfsprinzip: die Leistungen werden grundsätzlich nach dem medizinischen Bedarf der Versicherten gewährt
  - Solidarprinzip: d.h. die Beitragszahlungen bestimmen sich durch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Mitglieder
  - Sachleistungsprinzip: Gewährung von Sachleistungen vorrangig der Kostenerstattung
- Private Krankenkassen für Arbeitnehmer mit höherem Einkommen und Selbstständige oder für freiwillige private Zusatzversicherung
- Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsträgern in Deutschland im Jahr 2002:
  - Öffentliche Haushalte: 8%
  - Gesetzliche Krankenversicherung: 57%
  - Soziale Pflegeversicherung: 7%
  - Gesetzliche Rentenversicherung: 2%
  - Gesetzliche Unfallversicherung: 2%
  - Private Krankenversicherung: 8%
  - Arbeitgeber: 4%
  - Private Haushalte und private Organisationen: 12%

### 3.2.2 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 Gemeindeschwestern 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.

## **Lothringen**

- Gemischtes Gesundheitssystem
- Öffentliche und private Versicherungsmöglichkeiten
- Freiwillige, private Zusatzversicherungen („mutuelles“)
- Seit 2000: Sicherstellung der Gesundheitsversorgung Bedürftiger („Couverture maladie universelle“)
- Finanzierung der Gesundheitsausgaben:
  - Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Staat: 76 %
  - Zusatzversicherung: 13 %
  - Private Haushalte: 11 %
- Rückerstattung der Krankenhausleistungen durch die GKV : 80% außer im Elsass - Moselle (100%)
- Rückerstattung der verschriebenen Arzneien: 35, 65 bzw. 100 % durch die GKV
- Dezentralisierung des französischen Finanzierungsmodells des Gesundheitswesens

### **3.2.3 Luxembourgisches 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.

## **Luxembourg**

- Gesetzliche Pflichtversicherung
- Freiwillige, private Zusatzversicherung
- 9 Krankenversicherungen (Krankenkassendachverband, UCM „Union des Caisses de Maladie“)
- Automatische Zugehörigkeit, je nach Berufsgruppe
- Finanzierung der Gesundheitsausgaben:
  - Gesetzliche Krankenversicherung und Staat: 93,5 %,
  - Zusatzversicherung und private Haushalte: 6,5%
- Zwei Systeme der Kostenübernahme:
  - Rückerstattung der getätigten Vorauszahlungen der Versicherten
  - Direktzahlung der Krankenversicherung („tiers payant“)
- Rückerstattung medizinischer Behandlungskosten: im Durchschnitt 97%
- Rückerstattung der verschriebenen Arzneien: 0%, 40%, 80% bzw. 100% (Durchschnitt: 73,6% im Jahr 2002)
- Krankenhausleistungen werden direkt mit der UCM verrechnet, Eigenbeteiligung des Patienten für die Unterbringung 9,30 € pro Tag

### 3.3 Krankenhauslandschaft in den Teilregionen

#### Deutschland

- Krankenhäuser nach Trägerschaft: öffentlich, frei-gemeinnützig, privat
- Krankenhäuser nach Versorgungsstufe: Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung
- Sicherung der stationären Versorgungsstruktur liegt in der Funktion der Bundesländer
- Duale Finanzierung: Staat und Länder (Investitionen) sowie Krankenkassen (laufende Betriebskosten, d.h. Personal- und Sachkosten)
- Bis 1996 Selbstkostendeckungsprinzip (jährlich verhandelte Budgets zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern)
- Ab 1996 Mischfinanzierung: Budgets sowie Fallpauschalen und Sonderentgelte
- Seit 1997: neue Formen der Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (Hausarztmodelle, Praxisnetze, indikationsbezogene integrierte Versorgungsstrukturen, z.B. Diabetes)
- Mit der Gesundheitsreform 2000: Einführung des neuen, leistungsorientierten Finanzierungssystems: „DRG-System“ (Diagnosis Related Groups, fallbezogene Diagnosegruppen) Demnach sollen zukünftig alle Krankenhausleistungen nach ihrem Aufwand bewertet und einzelnen Fallgruppen zugeordnet werden, die einheitlich vergütet werden. D.h. gleiche Leistungen sollen dann in jedem Krankenhaus gleich viel kosten, unabhängig davon, ob sie in einem Universitätsklinikum oder in einem Krankenhaus der Grundversorgung erbracht worden sind und unabhängig von den real entstandenen Kosten.

#### Frankreich

- Staatlich definierter Rahmen der Krankenhausplanung
- In den 90er Jahren: Dezentralisierung/Regionalisierung auf Basis von regionalen Gesundheitsorganisationsschemas „SROS“ (schémas régionaux d'organisation sanitaire) über regionale Krankenhausagenturen (Gründung der Agenturen „Agences Régionales de l'Hospitalisation“ 1996)
- Krankenhauswesen ist zusammengesetzt aus öffentlichen und freigemeinnützigen (PSPH) Einrichtungen und Privatkliniken, die sich über Tarifgestaltung je Behandlung „tarification à l'acte“ finanzieren
- Neues Vergütungssystem für alle Krankenhauseinrichtungen ab Ende 2004, das sich auf die behandelten Fälle bezieht: T2A

#### Luxembourg

- Zentralisierte Organisation unter staatlicher Führung (Ministère de la Santé)
- Krankenhausreform in den 90er Jahren
- Krankenhausplan 2001 und Carte sanitaire als Planungsinstrumentarium für das Leistungsangebot (3 Krankenhausregionen)
- Öffentliche und private Klinikeinrichtungen
- Finanzierung der Krankenhäuser mittels jährlicher Budgetierung

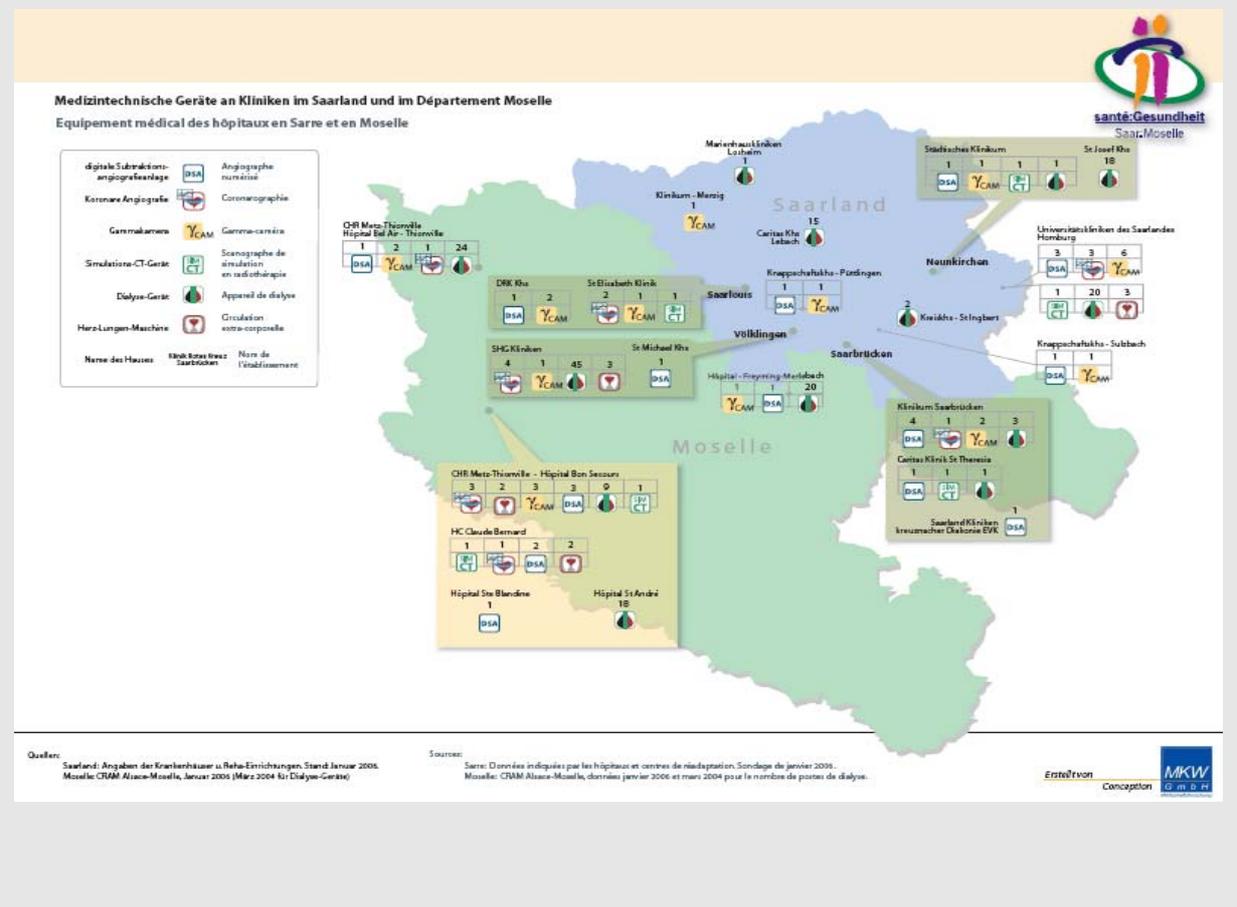
Quelle: CEPROS, Gesundheitswesen in der Großregion 2020, S. 29-33

## Exkurs: Gesundheitsstudie Saar-Moselle

Im Jahr 2004 wurde von der LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (LAGS) und dem Centre Lorrain des Technologies de la Santé (CLTS) das grenzüberschreitende Projekt Gesundheit Saar-Moselle ins Leben gerufen. Innerhalb der Projektdauer von 3 Jahren sollen folgende Maßnahmen und Ziele verwirklicht werden:

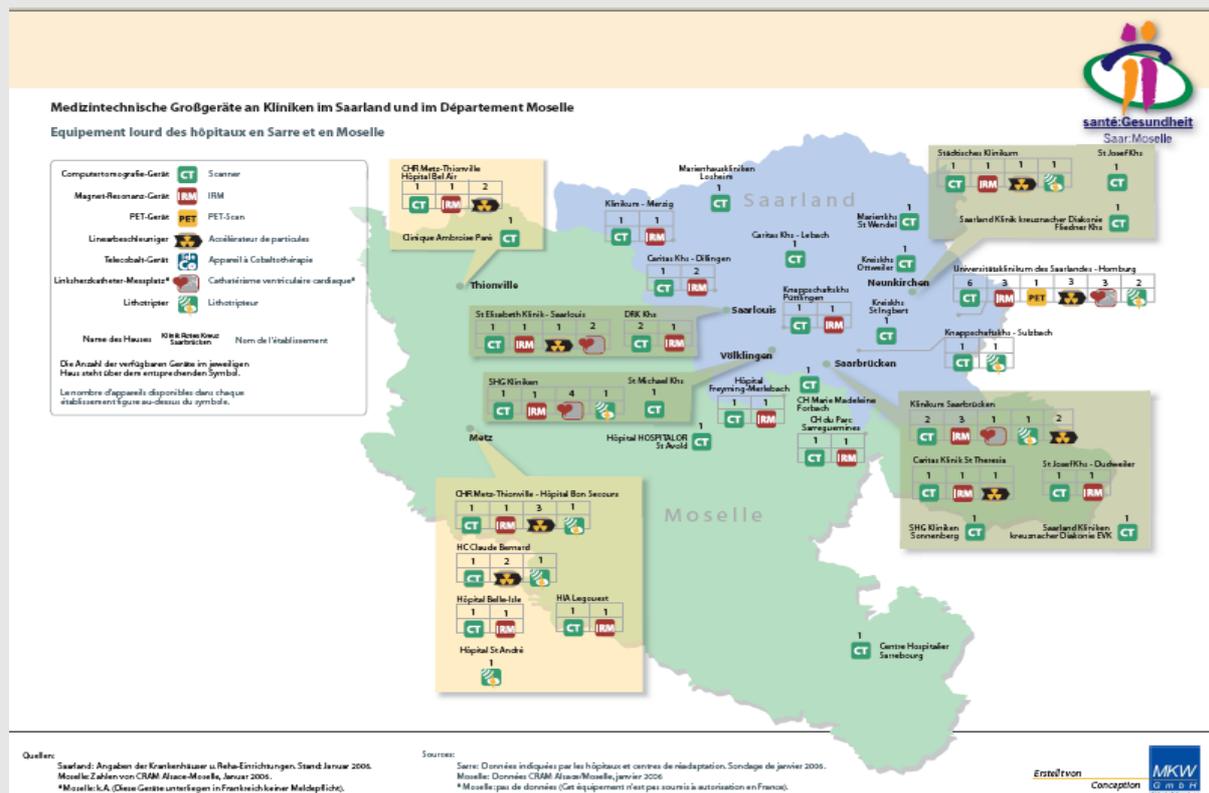
1. Die Strukturen der jeweiligen Gesundheitswesen vergleichen
2. Das grenzüberschreitende Leistungsangebot und dessen Inanspruchnahme erfassen
3. Eine grenzüberschreitende Datenbank mit Informationen zum Gesundheitswesen im Département Moselle und dem Saarland erstellen
4. Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung erleichtern
5. Mögliche Kosteneinsparungen ermitteln durch eine rationellere Nutzung der Infrastruktur und der technischen Geräte
6. Grenzüberschreitende Kooperationen zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens anregen und begleiten
7. Neue Entwicklungschancen für Unternehmen im wirtschaftlichen und technologischen Bereich ermitteln

Im Rahmen des Projektes entstanden Übersichtskarten (ausgearbeitet von MKW Wirtschaftsforschung), die exemplarisch die Verfügbarkeit von medizinischen Geräten und Großgeräten darstellen:



Außerdem wurde eine Befragung von Krankenhäusern im Saarland und im Department Moselle durchgeführt. Diese Befragung hatte unter anderem die 3 Ziele:

- (1) Übersicht der Standorte der Krankenhäuser in Saarland und Moselle
- (2) Vergleich der Leistungsangebote und Ausstattung mit medizinischen Geräten
- (3) Darstellung der Patientenströme



Die gesamte Befragung, bzw. die daraus entstandenen Karten, können unter:

[http://www.gesundheit-saar-moselle.org/fileadmin/external/sanitas\\_karten.pdf](http://www.gesundheit-saar-moselle.org/fileadmin/external/sanitas_karten.pdf)

heruntergeladen werden.

Das Projektteam von LAGS/CLTS hat bisher mehrere deutsch-französische Veranstaltungen organisiert:

- Am 7. Oktober 2004 befasste sich ein Kolloquium mit der heutigen Situation und den Perspektiven der ärztlichen Versorgung in der Grenzregion.
- Am 27. März 2006 fand eine Veranstaltung zum deutsch-französischen Rahmenabkommen und der Problematik der grenzüberschreitenden Notfallversorgung statt.

- Die Kooperationsbörse HEALTHCARE Sar-Lor-Lux für Unternehmen und Forschungsinstitute der Gesundheitsbranche wird in Zusammenarbeit mit der Zentrale für Produktivität und Technologie (ZPT) Saar e.V. zum 3. Mal organisiert
- Am 28. November 2005 wurde gemeinsam mit den belgischen, französischen und luxemburgischen Partnern der Projekts "LuxLorSan" sowie dem OFBS (Observatoire Franco-Belge de la Santé) mit dem Projektteam von eine europäische Tagung zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Straßburg veranstaltet.

**Wünschenswert wäre es ähnliche Projekte auf den Raum der Großregion auszudehnen, um Synergieeffekte zu identifizieren und in der Folge diese im Sinne der Kostenersparnis zu nutzen. Die 3 in der Großregion vorhandenen Interreg-Programme könnten hierbei (wie bei LAGS/CLTS und ihrem Projekt Gesundheit Saar-Moselle) als Finanzierungsquellen dienen.**

#### Links

LAGS	<a href="http://www.lags.de">www.lags.de</a>
CLTS	<a href="http://www.clt-sante.com">www.clt-sante.com</a>
LZG	<a href="http://www.lzg-rlp.de">www.lzg-rlp.de</a>
Gesundheit Saar-Moselle	<a href="http://www.gesundheit-saar-moselle.org">www.gesundheit-saar-moselle.org</a>

### **3.3.1 Die wirtschaftliche Zukunft der Spitäler in der Großregion - Gleiche Kosten, mehr Qualität – Ein Zeitungsartikel ohne Kommentar**

**Le Jeudi, 25-02-05**

„Die Spitäler verschlingen nahezu die Hälfte des Krankenkassengeldes. Wie der Sektor wirtschaftlich effizienter arbeiten kann, war das Thema einer Fachtagung am 24. Februar 2005 im Mondorfer Casino 2000.

Der Schein trügt. Obwohl die Konferenz in der Geldmaschine Casino 2000 stattfand, von Geldüberfluss wagten die Teilnehmer nicht zu reden. Den ganzen Tag über tagten Fachleute aus der Großregion zum Thema wirtschaftliche Zukunft des Krankenhauses. Die Zusammenkunft, die leitende Mitarbeiter der Krankenhäuser der Region vereinigte, wurde von der "Entente des hôpitaux luxembourgeois" (EHL) und dem "Institut Universitaire international Luxembourg" (IUIL) ausgerichtet. Durch die Tagung führte Daniele Fonck, Direktorin von Le Jeudi und Tageblatt-Chefredakteurin. Angesichts des enger werdenden finanziellen Rahmens für Gesundheitsausgaben machen sich medizinische Leistungserbringer, Krankenkassen und vor allem die Politik zunehmend Gedanken darüber, wie die begrenzten Mittel effizienter eingesetzt werden können.

In Luxemburg hatte sich im Oktober 2004 die Quadripartite mit der Ärzteschaft über Wege zur Eindämmung der Kostenexplosion verständigt. Thema der nächsten Sitzung der Viererrunde aus Regierung, Versicherten Vertreter, Ärzteschaft und Arbeitgeber am 9. März würden nun die Krankenhäuser sein, sagte Gesundheitsminister Mars di Bartolomeo, der an der Fachtagung teilnahm.

Die Spitäler bestreiten nahezu fünfzig Prozent der Kassenausgaben. In zehn Jahren seien rund eine Milliarde EURO in die Modernisierung von Krankeneinrichtungen investiert worden. Nach der Infrastruktur müsse nun auch die Qualität optimiert werden, so Di Bartolomeo.

Vor den versammelten Spitalmanagern plädierte er für Qualitätsprüfung, für einen Vergleich der Krankenhäuser untereinander sowohl in Luxemburg als auch in der Großregion. Arbeitsweisen als auch Management seien kritisch zu hinterfragen. Stärker als bisher sollen sich die Krankenhäuser an den Bedürfnissen der Patienten orientieren, und nicht unbedingt an neuen Angeboten.

Zusammenarbeit zwischen Spitalern und Arbeitsteilung waren andere Stichwörter. Konkurrenz könne man sich nicht mehr leisten, betonte Di Bartolomeo. Die Krankenhäuser müssten selbst aktiv an den Problemlösungen mitarbeiten. "Wir müssen auch hier das Luxemburger Modell anwenden", betonte er und erinnerte gleichzeitig daran, dass man Lösungen auch im Ausland finden könne.

Eines hob das Regierungsmitglied mehrmals hervor: Effizienter arbeiten heißt nicht Qualitätseinschränkung. Die Frage sei, wie die Kosten kontrolliert werden könnten, ohne die Qualität zu mindern. Die Großregion umfasst das Saarland, Rheinland-Pfalz, Wallonien, die deutsch- und französischsprachige Gemeinschaft Belgiens, Lothringen und Luxemburg. Ernest Frieden, Präsident der EHL hält Kooperation für notwendig. Mit seinen Appellen an die Krankenhäuser, sich der finanziellen Probleme des Gesundheitssektors anzunehmen, rennt Minister Mars di Bartolomeo offene Türen ein. Die Zeit sei gekommen, mit Phantasie nach wirksamen und dauerhaften Lösungen zu suchen, die

eine angepasste Verwaltung der bereits realisierten Vorhaben oder der noch im Entstehen begriffenen Infrastrukturprojekte erlauben würde, sagte Ernest Frieden, Präsident der "Entente des hôpitaux luxembourgeois" (EHL). Frieden sprach von einer Krise, die es durch "konzertierte und gezielte Aktionen" zu bewältigen gelte. Optimierung der Verwaltungsmethoden und Synergien zwischen Krankenhäusern der Großregion seien unerlässlich.“

### 3.3.2 SWOT-Analyse zur Einschätzung des Leistungsangebots

Die SWOT-Analyse (Akronym für **S**trengths, **W**eaknesses, **O**pportunities und **T**hreats) ist ein Werkzeug des strategischen Managements. In dieser einfachen und flexiblen Methode werden sowohl innerbetriebliche Stärken und Schwächen (Strength-Weakness), als auch externe Chancen und Gefahren (Opportunities-Threats) betrachtet, welche die Handlungsfelder des Unternehmens betreffen. Aus der Kombination der Stärken/Schwächen-Analyse und der Chancen/Gefahren-Analyse kann eine ganzheitliche Strategie für die weitere Ausrichtung der Unternehmensstrukturen und der Entwicklung der Geschäftsprozesse abgeleitet werden. Die Stärken und Schwächen sind dabei relative Größen und können erst im Vergleich mit den Konkurrenten beurteilt werden.

#### 3.3.3 Rheinland-Pfalz/Saarland

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hohe Dichte an Krankenhäusern der Maximalversorgung (Universitätskliniken, akademische Lehrkrankenhäuser)</li> <li>▪ Zunahme an privat geführten Krankenhäusern und Klinikketten</li> <li>▪ Bereits existierende Modelle der internen Zentrenbildung</li> <li>▪ Qualität der medizinischen Ausbildung</li> <li>▪ Hohes Qualifikationsniveau des Krankenhauspersonals und der Servicequalität</li> <li>▪ Bestehende Einkaufsverbände: Einsparungen durch Mengeneffekte</li> <li>▪ Einführung des Vergütungssystems durch Fallpauschalen seit 2004</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemmnisse bei Integration und Kooperation von Gesundheitsdienstleistern</li> <li>▪ Reformstau im Gesundheitswesen</li> <li>▪ Anstieg der laufenden Krankenhauskosten und Rückgang der Finanzierungsmöglichkeiten durch öffentliche Fördermittel: Finanzkrise, Investitionsstau</li> <li>▪ Hoher Regulierungsgrad der Arbeitsbedingungen</li> <li>▪ Nicht effiziente Auslastung der Krankenhausinfrastruktur</li> <li>▪ Seit 2006 anfällig für Streiks zu Lasten der Patienten</li> </ul>
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integration der Versorgungsmodelle</li> <li>▪ Konsolidierung des Gesundheitsmarktes</li> <li>▪ Erhöhung der Leistungstransparenz und Erzielung kürzerer Verweildauer durch die Einführung der Fallpauschalenvergütung</li> <li>▪ Begünstigung des Wandels vom politisch zum ökonomisch geprägten Gesundheitsmarkt durch den Privatisierungstrend</li> <li>▪ Kooperationen der Leistungsanbieter durch den Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen</li> <li>▪ Frühzeitiger Einstieg in die ambulante Tageschirurgie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insolvenzgefahr der Krankenhäuser: Aufgabe von Krankenhausstandorten; Gefährdung der deckenden Versorgung im heimatlichen Raum</li> <li>▪ Kapazitätsabbau im Krankenhauswesen (öffentliche Krankenhäuser)</li> <li>▪ Fallpauschaleneinführung birgt die Gefahr der vorzeitigen Entlassung von Patienten</li> <li>▪ Abbildungsgenauigkeit der Kosten-/Leistungsstruktur in Fallpauschalen, Auslösen von Fehlanreizen</li> <li>▪ Private Ausgründungen von Krankenhäusern in eigenständige Einrichtungen: Kostenspirale</li> </ul>

**MKW hat Frau Astrid Beck, Betriebswirtin und langjährige Leiterin der Abteilung „Controlling“ der Elisabeth-Klinik in Saarlouis, gebeten, Stärken, Chancen, Schwächen und Risiken aus ihrer Sicht zu erläutern und zu kommentieren.**

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="188 398 770 488"> <p>▪ <b>Hohe Dichte an Krankenhäusern der Maximalversorgung (Universitätskliniken, akademische Lehrkrankenhäuser)</b></p> <p><i>Beck:</i> Im Saarland gibt es 2 Krankenhäuser der Maximalversorgung. In Homburg (wg. Grenznähe zu RP auch hoher Anteil von Patienten aus RP) und Saarbrücken, daneben gibt es weitere Kliniken der Schwerpunktversorgung, die akademische Lehrkrankenhäuser sind. Die genaue Bettenzahl und Links zu den einzelnen Häusern sind über <a href="http://www.skgev.de">www.skgev.de</a> erhältlich.</p> <p>Zudem gibt es im Saarland 9 Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung. Auch Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung bieten ein hohes Diagnostik- und Behandlungsniveau.</p> <p>Sehr gute Ausstattung mit medizinisch-technischen Großgeräten wie CT, MRT, Linearbeschleuniger, Linksherzkathetermessplätze usw</p> <p>Zunehmender Ausbau von RIS (radiologischen Informationssystemen, die digitale Verwendung, Versand und Archivierung von radiologischen Untersuchungen ermöglichen.)</p> </li> <li data-bbox="188 1167 770 1227"> <p>▪ <b>Bereits existierende Modelle der internen Zentrenbildung</b></p> <p><i>Beck:</i> Bisher existieren bereits einige Zentren, z. B. Herzzentrum Völklingen oder die auf Psychiatrie und Geriatrie spezialisierten SHG-Kliniken Sonnenberg. Weitere Zentrenbildung könnte sich durch die derzeit durchgeführte Änderung der Krankenhausplanung ergeben.</p> </li> <li data-bbox="188 1458 770 1581"> <p>▪ <b>Qualität der medizinischen Ausbildung und hohes Qualifikationsniveau des Krankenhauspersonals und der Servicequalität</b></p> <p><i>Beck:</i> In den Kliniken gilt durchgängig ein hoher Grad an examiniertem Krankenpflegepersonal, es gibt kaum Pflegehilfpersonal oder sonstiges Hilfspersonal.</p> <p>Die meisten saarländischen Krankenhäuser haben sich einem Qualitätszertifizierungsverfahren unterzogen: DIN ISO, KTQ und ProCum-Cert (konfessionelle Krankenhäuser, entspricht KTQ, wird aber ergänzt um christliche Kategorien wie Spiritualität, Fragen zur Sterbebegleitung...); mit der Durchführung der Zertifizierung und der Verleihung des entsprechenden Zertifikates wird dem Krankenhaus ein funktionierendes Qualitätsmanagement bescheinigt (näheres unter <a href="http://www.procum-cert.de">www.procum-cert.de</a>)</p> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="807 398 1383 488"> <p>▪ <b>Hemmnisse bei Integration und Kooperation von Gesundheitsdienstleistern</b></p> <p><i>Beck:</i> Diese sind insbesondere durch die strikte finanzielle Trennung bedingt. Modelle wie integrierte Versorgung und Disease-Management-Programme laufen nur schleppend an.</p> </li> <li data-bbox="807 663 1383 786"> <p>▪ <b>Anstieg der laufenden Krankenhauskosten und Rückgang der Finanzierungsmöglichkeiten durch öffentliche Fördermittel: Finanzkrise, Investitionsstau</b></p> <p><i>Beck:</i> Der Spardruck wird für die Krankenhäuser immer größer. Methoden der Behandlung werden immer besser aber leider auch immer teurer. Krankenhäuser sind an die Tariferhöhungen oder Beitragserhöhungen z. B. der Krankenkassen beim Personal gebunden (70 % der Kosten eines normalen Krankenhauses sind Personalkosten), erhalten aber in den letzten Jahren keine entsprechend hohen Budgetaufstockungen mehr. Immer mehr bisher durch Landesmittel geförderte Maßnahmen (Umbaumaßnahmen, Anschaffung von teuren Geräten) müssen durch das Krankenhaus oder den Krankenhausträger selbst finanziert werden.</p> </li> <li data-bbox="807 1261 1383 1321"> <p>▪ <b>Hoher Regulierungsgrad der Arbeitsbedingungen</b></p> <p><i>Beck:</i> Die Umsetzung des EuGH-Urteils zur Arbeitszeit ist derzeit in den meisten Krankenhäusern im Gange, führt mitunter zu erheblichen Mehrkosten, aber auch zu Mindereinnahmen der Ärzte, wenn z. B. die Bereitschaftsdienstzulage wegfällt, dadurch dass ein Schichtmodell eingeführt wird.</p> </li> <li data-bbox="807 1585 1383 1646"> <p>▪ <b>Nicht effiziente Auslastung der Krankenhausinfrastruktur</b></p> <p><i>Beck:</i> Aufgrund der engen finanziellen Situation der Krankenhäuser sind Einrichtungen, die ineffiziente Abteilungen unverändert beibehalten von der Schließung bedroht. Deutlich wird dies am Beispiel der Geburtshilfe, die sich bei geringer Geburtenzahl nicht rechnet, denn es müssen rund um die Uhr Ärzte, Hebammen und Anästhesisten vorgehalten werden, weil so manches Kind keine 20 Minuten warten will, bis die Mannschaft komplett ist, also ist hier keine Rufbereitschaftsdienstlösung möglich.</p> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Bestehende Einkaufsverbünde: Einsparungen durch Mengeneffekte</b></li> </ul> <p><b>Beck:</b> Überwiegend bei Krankenhäusern der selben Trägerschaft realisiert. Durch gemeinsame Einkaufskonditionen aller Häuser eines Krankenhausträgers oder durch Bildung von ausgelagerten Firmen, die den Einkauf für die gesamten Einrichtungen einer Trägerschaft (oftmals nicht nur Krankenhäuser, sondern auch Heime, Hospizen, Reha-Einrichtungen...) übernehmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Einführung des Vergütungssystems durch Fallpauschalen seit 2004</b></li> </ul> <p><b>Beck:</b> Durch die Einführung des DRG- Fallpauschalensystems (DRG=Diagnosis related groups = diagnosebezogene Fallpauschalengruppen) wird der gesamte Krankenhausaufenthalt über eine Fallpauschale vergütet, fast unabhängig von der Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Werden die untere oder obere Grenzverweildauer unterschritten bzw. überschritten wird ein Abschlag bzw. Zuschlag von der bzw. zu der Fallpauschale berechnet. Da die Behandlungsdaten Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Prozeduren (OP's u.ä.), ggf. Alter des Patienten, bei Neugeborenen auch das Gewicht des Neugeborenen bestimmend für die DRG-Fallpauschale sind, handelt es sich hierbei um ein sehr viel gerechteres Finanzierungssystem als in der Vergangenheit, in der lediglich die Verweildauer und in jüngster Vergangenheit auch die Fachabteilungen ausschlaggebend für die Vergütung der einzelnen Krankenhausleistung war. Die DRG-Fallpauschalen werden derzeit und in den nächsten Jahren (sog. Konvergenzphase) sukzessive auch Grundlage für die Jahresbudgets der Krankenhäuser sein.</p>	
<b>Chancen</b>	<b>Risiken</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Integration der Versorgungsmodelle</b></li> </ul> <p><b>Beck:</b> Die Integration verläuft eher schleppend. Die einzelnen Sektoren waren bisher streng getrennt – insbesondere finanziell. Die Möglichkeit des Abschlusses von Verträgen zur integrierten Versorgung wird trotz finanziellem Anreiz – sog. Anschubfinanzierung schleppend genutzt, weil Einzelverträge einzelner Krankenkassen mit einzelnen Krankenhäusern erforderlich sind.</p> <p>DMP-Programme (Disease-Management-Programme) existieren mittlerweile für Brustkrebskrankungen, Koronare Herzkrankheit und Diabetes. DMP- sind strukturierte Behandlungsprogramme zur „sektorenübergreifenden, indikationsabhängigen und systematischen Koordination der Behandlung von i.d.R. chronisch kranken Patienten. Anders als die integrierten Versorgungsverträge werden diese Programme (i.d.R.) von allen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Insolvenzgefahr der Krankenhäuser: Aufgabe von Krankenhausstandorten; Gefährdung der deckenden Versorgung im heimatlichen Raum</b></li> </ul> <p><b>Beck:</b> Dieses Risiko ist insbesondere mit der sukzessiven Umstellung auf ein komplettes DRG-System gegeben. Krankenhäuser, die unwirtschaftlich sind und in der aktuellen Situation nicht entsprechend reagieren, sind definitiv von der Schließung bedroht. Im Saarland dürfte die flächendeckende Versorgung nicht gefährdet sein. Bei 1 Million Einwohnern haben wir derzeit 26 Krankenhäuser, die innerhalb kurzer Zeit von allen Orten im Saarland erreicht werden können. Auch bei der Aufgabe von Standorten dürfte das nächste Krankenhaus noch schnell genug erreicht werden können.</p>

Krankenkassen im Land einheitlich abgeschlossen. Krankenhäuser mit bestimmten Strukturvoraussetzungen, niedergelassene Ärzte usw. können freiwillig an den Programmen teilnehmen. Ziel dieser Programme ist die optimale Koordination und Einbindung der Versorgungsektoren.

- **Erhöhung der Leistungstransparenz und Erzielung kürzerer Verweildauer durch die Einführung der Fallpauschalenvergütung**

**Beck:** durch die umfangreichen Informationen, die das DRG-System mit sich bringt (Verschlüsselung von Patientendaten wie Diagnosen, Prozeduren...), ergibt sich eine sehr hohe Leistungstransparenz für den einzelnen Krankenhaus – Fall und für alle Fälle eines Hauses, da die Daten anonymisiert einer Datenauswertungsstelle zur Verfügung gestellt werden müssen. Dadurch, dass die Fallpauschale - mit Ausnahme der Fälle, die von der unteren oder oberen Grenzerweildauer betroffen sind bzw. Verletzungsfälle sind - unabhängig von der Verweildauer des Patienten im Krankenhaus vergütet wird, ist kein Anreiz mehr gegeben, den Patienten unnötig lange im Krankenhaus zu behalten. Im Gegenteil, es werden massive Anstrengungen zur Organisationsverbesserung (z. B. Ausbau der vor- und nachstationären Behandlung) vorgenommen, um den Patienten möglichst rasch zu behandeln. Die Gefahr einer zu frühen Entlassung ist dadurch reduziert, dass Fälle, die innerhalb einer gewissen Frist mit gleicher Erkrankung wieder im Krankenhaus aufgenommen werden, zu einem Fall zusammengefasst und zusammen vergütet werden (verschiedene „Wiederkehrerregelungen“).

- **Frühzeitiger Einstieg in die ambulante Tageschirurgie**

**Beck:** seit einigen Jahren wird die Anzahl der ambulanten Operationen stark erhöht. Dies ist zum einen durch medizinischen Fortschritt (bessere OP-Methoden, z. B. minimal-invasive Eingriffe) und zum anderen den Druck der Krankenkassen, im bundesweiten „Katalog ambulant durchführbarer Eingriffe“ ([www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)) aufgeführte Eingriffe nur noch in Ausnahmefällen stationär zu bezahlen bedingt. Viele Kliniken haben ambulante OP-Zentren aufgebaut und somit eine Infrastruktur ähnlich wie im niedergelassenen Bereich geschaffen. Patienten bevorzugen ambulante OPs in Krankenhäusern, weil dort im Notfall der klinische Hintergrund (z.B. Intensivstation) in Anspruch genommen werden kann.

- **Fallpauschaleneinführung birgt die Gefahr der vorzeitigen Entlassung von Patienten**

**Beck:** Krankenkassen und Politik fordern seit Jahren eine starke Verkürzung der Krankenhausverweildauer. Im SGB V ist sogar vorgeschrieben, dass ambulant vor stationär gilt. Hilfsmittel dazu sind die Möglichkeit der vor- und nachstationären Behandlung sowie die Möglichkeit der Finanzierung häuslicher Krankenpflege durch die Krankenkassen. Eine gute Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen ist auch sehr sinnvoll, damit der Patient z. B. nach einer Hüftgelenksimplantation direkt in eine Rehaklinik, wo er optimal weiterversorgt wird, verlegt werden kann. Oftmals gibt es durch vom Krankenhaus erstellte „Klinische Behandlungspfade = Clinical Pathways“ genaue Entlassungskriterien. Sind diese nicht erreicht, kann der Patient nicht entlassen/verlegt werden.

- **Abbildungsgenauigkeit der Kosten/Leistungsstruktur in Fallpauschalen, Auslösen von Fehlanreizen**

**Beck:** Dies könnte zu Konzentrationen führen, in dem ein Krankenhaus nur die Eingriffe durchführt, bei denen es auch „verdient“, aber die Krankenhäuser haben einen übergeordneten „Versorgungsauftrag“ und müssen die für die Einrichtung geeigneten Patienten aufnehmen, es sei denn, es kommt zu Kapazitätsengpässen (etwa Abmeldung wegen voll belegter Intensivstation).

- **Private Ausgründungen von Krankenhäusern in eigenständige Einrichtungen: Kostenspirale**

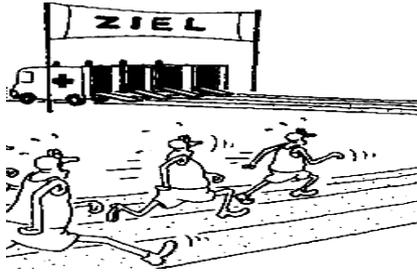
**Beck:** Dies ist im Saarland bisher nicht gegeben, auch mittelfristig m. E. keine Gefahr.

### 3.3.4 Lothringen

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gemischtes privat- und öffentlichrechtliches Krankenhauswesen mit verschiedenen Spezialisierungen</li> <li>▪ Universitätskrankenhäuser mit internationaler Reputation</li> <li>▪ Spitzentechnologie und hohe Ausstattung</li> <li>▪ Technologieinvestitionen in Industrie-Partnerschaft</li> <li>▪ Umfassendes Angebot an Gesundheitsleistungen</li> <li>▪ Hohe Qualifikation der Arbeitskräfte des Gesundheitswesens</li> <li>▪ „Couverture maladie universelle“, allgemeines Rückerstattungssystem von Gesundheitsleistungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demographische Krise im medizinischen Bereich (35 Stundenwoche, Numerus Clausus, Nachfolgeproblem)</li> <li>▪ Vergütung des Pflegepersonals: Abwanderung in andere Länder</li> <li>▪ Keine Einkaufszusammenschlüsse, geringe Effizienz bei der Beschaffung von Medikamenten und Technologie</li> <li>▪ Mangel an Transparenz auf der Ebene der Krankenhausführung und auf der Ebene der Zusammenarbeit der implizierten Akteure</li> <li>▪ Wenig politisches Interesse an europäischen Direktiven, schwache Beteiligung an interregionalen Entwicklungsprogrammen</li> <li>▪ Planungsmangel: unzureichende Nutzung der verfügbaren Spitzentechnologie</li> <li>▪ Ungleichgewicht von Krankenhäusern der Akut-/Pflegeversorgung</li> <li>▪ Fehlen an Sanktionierungsmöglichkeiten für die Gesundheitsdienstleister</li> </ul>
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neues Vergütungssystem basierend auf Fallpauschalen („T2A“ = tarification à l'activité)</li> <li>▪ Erfahrung in grenzüberschreitenden medizinischen Projekten</li> <li>▪ Entwicklung der Telemedizin und der Health Care Informations- und Kommunikationstechnologie</li> <li>▪ Alterung der Gesellschaft: ansteigende Nachfrage nach medizinischen Diensten für alle Patientengruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Historisch gewachsener Mangel an nationalen/regionalen Planungsmaßnahmen</li> <li>▪ Entwicklung der Krankenhauskosten</li> <li>▪ Verlust von Pflegepersonal durch Abwanderung in die Nachbarländer</li> <li>▪ Verschlechterung der Arbeitsbedingungen</li> <li>▪ Ausdünnung der medizinischen Versorgung in der Peripherie und den ländlichen Gebieten</li> <li>▪ Mobilität der Patienten</li> </ul>

### 3.3.5 Luxembourg

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Freier Zugang der Patienten zu allen Bereichen der Gesundheitsversorgung</li> <li>▪ Medizinische Versorgung ist für die Patienten „gratis“</li> <li>▪ Umfassende Notfallversorgung</li> <li>▪ Hohe Qualität der erbrachten Gesundheitsleistungen</li> <li>▪ Qualifizierung der im Gesundheitswesen Beschäftigten</li> <li>▪ Hohe Anzahl an Spezialisten</li> <li>▪ Attraktive Arbeitsbedingungen für medizinisches Personal</li> <li>▪ Investitionen des Staates in moderne Infrastruktur und Medizintechnologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ungenügende Krankenhausspezialisierung/ähnliche Leistungsangebote</li> <li>▪ Fehlen von Universitätskrankenhäusern</li> <li>▪ Dominanz der öffentlich-rechtlichen Entscheidungsprozesse</li> <li>▪ Verhältnis Spezialisten/Allgemeinmediziner</li> <li>▪ Keine juristische Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Krankenhäusern</li> <li>▪ Fehlen an kritischen Größen zur Qualitätssicherung der Leistungserbringung</li> <li>▪ Fehlende Verantwortungsübernahme der Patienten</li> <li>▪ Vergütung der Ärzte auf der Basis quantitativer – nicht qualitativer – Kriterien</li> <li>▪ Fehlen einer adäquaten Ausbildungsstruktur (Ärzte, Pflege)</li> <li>▪ Unzureichende Kapazitätsauslastung der medizinisch-technischen Geräte</li> <li>▪ Fehlen von Einkaufszusammenschlüssen</li> </ul>
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geografischer Zuschnitt und politische Struktur: Flexibilität bezüglich Steuerung, Harmonisierung und Kooperation</li> <li>▪ Bestehen einer Vernetzung stationär-ambulanter Versorgung (HELP)</li> <li>▪ Entstehen von neuen Berufsbildern im Klinikbereich („ingénieurs de production, de logistique...“)</li> <li>▪ EFQM Modell</li> <li>▪ Grenzüberschreitende Kooperationen</li> <li>▪ Entstehen von medizinischen Zusatz- und Nischenangeboten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Notwendigkeit einer strategischen Planung von mittel- bis langfristigen Reformen</li> <li>▪ Notwendigkeit von modernen wirtschaftlichen Planungskonzepten für die Krankenhäuser</li> <li>▪ Kostenexplosion – Unterfinanzierung des Gesundheitssystems</li> <li>▪ Hoher Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten der Krankenhäuser</li> <li>▪ Medizinische Demographie: Alterung der Ärzteschaft</li> <li>▪ Mangel an Koordination grenzüberschreitender Kooperationen</li> <li>▪ Abhängigkeit von medizinischem Personal (Ärzte, Pflegekräfte) aus dem Ausland</li> </ul>



#### 4 Gesundheitsversorgung in der Großregion

	Deutschland	Frankreich	Luxembourg	Belgien
<b>Einwohnerzahl</b>	<b>82,3 Mio.</b>	<b>59,1 Mio.</b>	<b>0,4 Mio.</b>	<b>10,2 Mio.</b>
<b>Ärzte pro 100 000 Einwohner</b>	<b>360</b>	<b>330</b>	<b>250</b>	<b>410</b>
<b>Gesundheitsausgaben in % vom Brutto-Inlandsprodukt</b>	<b>10,7 %</b>	<b>9,5 %</b>	<b>5,6 %</b>	<b>8,7 %</b>

Quelle: Ärzte Zeitung, 30.04.2004

#### 4.1 Deutsch-Französisches Rahmenabkommen (9. März 2006)

„Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und ihr französischer Amtskollege Xavier Bertrand haben heute in Berlin eine Verwaltungsvereinbarung unterzeichnet, mit der das am 22. Juli 2005 unterschriebene Rahmenabkommen zwischen Deutschland und Frankreich über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich ergänzt wird“.

**Für die Bundesländer Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland sowie die Regionen Elsass und Lothringen ist das die Voraussetzung, um lokale Kooperationsvereinbarungen schließen zu können.**

Lokale Kooperationsvereinbarungen können u. a. Regelungen über die Organisation der notfallmedizinischen Versorgung und des Krankentransportes von Patienten vorsehen. Auch der Personaleinsatz und die finanziellen Aspekte der Zusammenarbeit können definiert werden. Beispielsweise kann eine pauschale Genehmigung zur Inanspruchnahme von Behandlungen im jeweils anderen Land durch die zuständigen Sozialversicherungsträger unter Übernahme der Behandlungskosten erteilt werden. Darüber hinaus können Kontrollkriterien für die Qualität und Sicherheit der Versorgung festgelegt werden.

Ulla Schmidt: „Mit dieser Verwaltungsvereinbarung sind wir einen entscheidenden Schritt auf dem Weg zu einer Verbesserung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vorangekommen. Mit den Verträgen zur grenzüberschreitenden

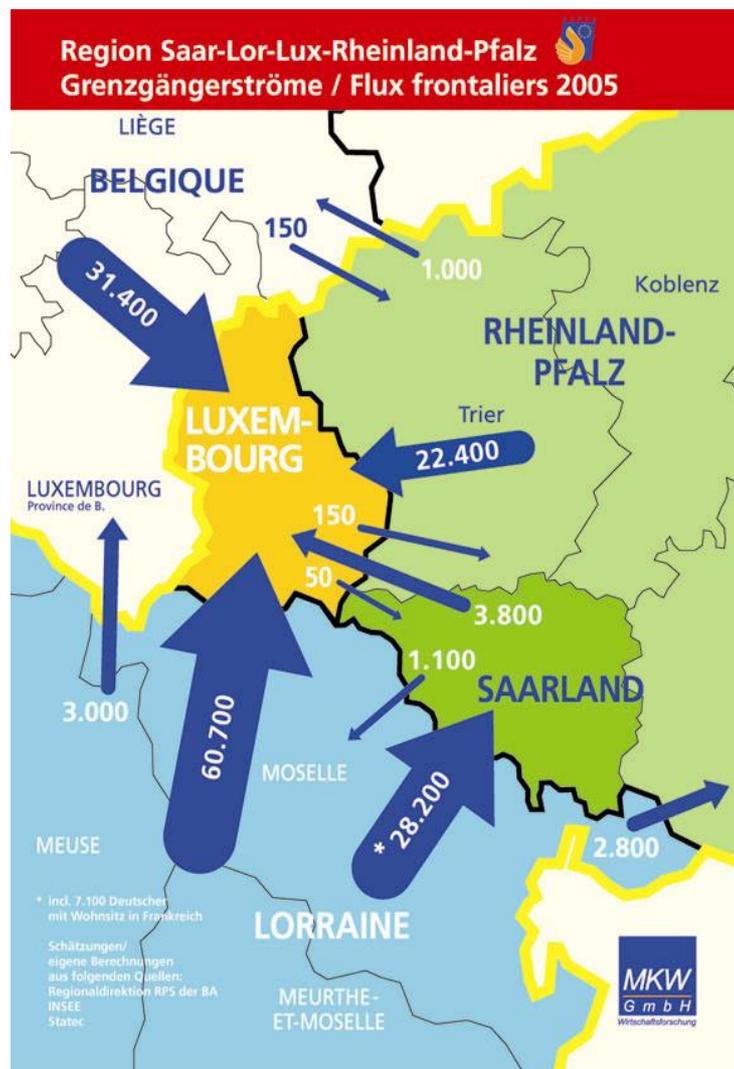
Zusammenarbeit und den künftigen Kooperationsvereinbarungen erhalten die Menschen in der deutsch-französischen Grenzregion eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige Versorgung, und zwar sowohl im Hinblick auf die Notfallmedizinische Versorgung als auch auf planmäßige Behandlungen bzw. bei chronischen Krankheiten. Das ist ein gutes Beispiel für ein bürgernahes Europa."

Die nationalen Gesetzgebungsverfahren zur Umsetzung der Verträge in innerstaatliches Recht werden sowohl in Deutschland als auch in Frankreich bis zum Herbst dieses Jahres abgeschlossen.

Pressemitteilung, Berlin, 9. März 2006

#### 4.2 Grenzen und deren Überschreitbarkeit

**M**enschen, die an Grenzen leben, überschreiten diese in der Regel nur dann, wenn sie auf der anderen Seite einen Vorteil vermuten und real erleben, der es Wert ist, die Mühe der Grenzüberschreitung auf sich zu nehmen. Waren Grenzüberschreitungen in der Vergangenheit entweder verboten oder zumindest mit dem Odium des Verbotenen versehen, so sind sie im zusammenwachsenden Europa politische Ziele staatlichen Handelns geworden. Die Menschen der Grenzregionen sollen also umdenken und ihr Verhalten entsprechend der neuen Gegebenheiten ändern. Europa soll kein Abstraktum bleiben, es soll einen für die Menschen unmittelbar in ihren Lebenszusammenhängen erfahrbaren Sinn und Nutzen gewinnen.



#### Virtuelle Grenzen

Europäische Binnengrenzen sind heute nicht mehr physisch markiert, bestehen im Denken und Verhalten der Menschen aber weiter. Diese virtuellen Grenzen werden etwa durch die Sprache definiert. Wer die Sprache des Nachbarn gelernt hat, verfügt bereits über eine Fähigkeit, durch welche die Grenzüberschreitung erheblich vereinfacht wird. Bei gegebener Bilingualität kann auch ein kleiner Nutzen, der jenseits der

Grenze vermutet wird, bereits zur Grenzüberschreitung ausreichen. Der Bilinguale hat sich der Mühe unterzogen, die Sprache seines Nachbarn zu lernen und kann danach die Vorteile seiner Grenzlage erheblich besser nutzen, als es der Monoguale vermag – es sei denn, es handelte sich um Vorteile, die auch ohne Sprachbeherrschung zu erlangen sind. Für den Einkauf im Supermarkt jenseits der Grenze braucht man entweder die Sprache des Nachbarn nicht, weil die Auslagen selbsterklärend sind, oder das Personal des Supermarktes wird so ausgesucht, dass es zumindest rudimentär bilingual ist. So kaufen Franzosen und Deutsche ihr Benzin oder ihre Zigaretten eben dort, wo diese Dinge gerade mal billiger sind – meist in Luxembourg.

### **Mobilitätshemmnisse**

Eine gänzlich andere Situation liegt vor, wenn sich Grenzlandbewohner im Nachbarland z.B. einer Zahnbehandlung unterziehen. Hier bedarf es eines höheren Maßes an Vertrauen als etwa bezüglich der Oktanzahl des Treibstoffes an der Tankstelle.

- Kann ich mich wirklich dem Arzt gegenüber verständlich machen, ihm mein Befinden korrekt schildern?
- Kann ich bei ärztlichen Fehlern im Nachbarland meine Regressansprüche geltend machen?
- Habe ich als „Ausländer“ die Möglichkeit, Rechtsberatung und aktive Hilfestellung/Aufklärung zu erhalten?
- Wird meine Krankenkasse die Behandlungskosten in gewohntem Maße (also wie Zuhause) übernehmen?
- Gibt es besondere Prozeduren, die einzuhalten sind und die zuhause unüblich oder unbekannt sind?

Im Falle einer Zahnbehandlung muss der vermutete Nutzen „hinter der Grenze“ also erheblich größer sein, um mich zu bewegen, die Grenze wirklich zu überschreiten, als im Falle der Tankstelle. **Gesundheit ist ein hohes Gut, das man nicht leichtfertig wegen ein paar gesparter Euro aufs Spiel setzen möchte.** Unterhalb dieser Schwelle sind Grenzüberschreitungen eher zu erwarten, etwa im Wellness-Bereich. Wer sich ein Wohlfühl-Wochenende privat finanzieren kann, probiert das System und die Einrichtungen des Nachbarn schon eher aus, wenn der Preis stimmt oder andere Attraktionen in der Nähe locken, etwa die Spielbank von Mondorf-les-Bains.

Ein Wellness-Kunde ist kein leidender Patient, sondern genussorientierter Klient. Was kann man schon falsch machen mit Ayurveda-Massagen? Wieso sollte die ayurvedische Kompetenz im eigenen Land höher sein als beim Nachbarn, wenn die verwendete Behandlungsmethode ohnehin ein Kulturimport aus Indien ist?

### **Arten der Grenzüberschreitungen**

Grenzüberschreitung kann punktuell erfolgen, um eine ganz spezielle Chance zu nutzen, die sich auf der anderen Seite bietet, sie kann aber auch habituell oder permanent erfolgen.

### **Sporadische Besucher**

Viele Medikamente sind in Frankreichs Apotheken billiger, gleichzeitig werden Verschreibungen deutscher Ärzte akzeptiert. Ist die Grenznahe groß, wird der Umweg in Kauf genommen, ist sie klein, lohnt der Weg sich nicht. Am französischen Nationalfeiertag strömen viele Franzosen in deutsche Einkaufszentren, weil diese

dann geöffnet sind und man mal schauen möchte, wie sich die Einkaufslandschaft in Deutschland darstellt.

### **Kunden-Pendler**

Aus diesen Erstkontakten kann sich bei nachhaltig gegebenem Vorteil ein neuer Status entwickeln. Man wird zum habituellen Kunden-Pendler für bestimmte Warengruppen und kauft regelmäßig Werkzeuge und Wandfarben in Deutschland, Fleisch & Fisch in Frankreich, Zigaretten und Kraftstoffe in Luxemburg.

### **„Günstigere Wohnort-Wahl über die Grenze“**

Erwerb und Unterhalt von Wohneigentum ist in Frankreich billiger als in Deutschland oder gar Luxemburg. Auch Sozialabgaben und Steuern können dort niedriger ausfallen. Unmittelbar entlang der Grenze bilden sich in der Folge dieser Unterschiede Wohngürtel aus, die kaum Integration in Gemeinde, Kultur oder Sprache des aufnehmenden Landes anstreben. Es gibt viele Deutsche, die zwar in Frankreich leben, ihre Kinder aber in Deutschland zur Schule bringen. Viele dieser „Wohn-Opportunisten“ unternehmen keine Anstrengung, die Sprache des Gastlandes zu erlernen oder das Gemeindeleben dort zu bereichern. Sie wohnen lediglich jenseits der Grenze ohne diese mental zu überschreiten.

### **Arbeitnehmer-Pendler**

Der Arbeitsmarkt in Deutschland, stärker noch in Luxemburg, bietet für viele Berufe günstigere Bedingungen als in Ostfrankreich. Es gibt viele Ungelernte, die täglich aus Frankreich nach Deutschland oder Luxemburg pendeln, um dort als IndustriearbeiterInnen tätig zu werden. In der Regel sind dazu kaum Sprachkenntnisse erforderlich. Es handelt sich um angelernte Routinetätigkeiten.

Anders stellt sich die Arbeitsaufnahme in höherwertigen Berufen dar. Hier sind gute Sprachkenntnisse erforderlich, die sich nicht im familiären Umfeld als „Platt“ lernen lassen, sondern eine höhere Schulbildung voraussetzen. Für gut ausgebildete junge Leute mit Sprachkenntnissen oder dem Willen, diese zu erwerben, stellt in gegebener Grenzlage Deutschland, besonders aber Luxemburg eine attraktive Karrierealternative z.B. im Gesundheitssektor zu einer Tätigkeit im eigenen Land dar. Für Deutsche u.a. aus Trier/Rheinland-Pfalz trifft dies im Falle von Luxemburg ebenfalls zu, nicht jedoch für Elsass oder Lothringen. Anders ausgedrückt: Das französische Schul- und Universitätssystem bildet erheblich mehr junge Leute aus, die anschließend in Deutschland arbeiten, als das deutsche System für Frankreich.

- Die ökonomische Idealkombination wäre demnach: Als Franzose in Deutschland oder Luxemburg arbeiten, in Frankreich wohnen und täglich pendeln. Das ist vorteilhaft bei einem täglichen Weg zur Arbeit von 30-40 km.
- An zweiter Stelle käme dann der Deutsche, der in Deutschland arbeitet und zum Wohnen nach Frankreich pendelt. Das wäre bis 20 km noch vorteilhaft.
- Der ungünstigste – und auch nur in seltenen Ausnahmefällen realisierte Weg – wäre als Luxemburger zuhause zu wohnen und zur Arbeit nach Deutschland oder Frankreich zu pendeln.

#### 4.3 Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Grenzgänger in Gesundheitsberufen mit Arbeitsort Rheinland-Pfalz

Wohnort	Lothringen			Luxembourg			Saarland		
	Juli 99	Juni 05	Diff.	Juli 99	Juni 05	Diff.	Juli 99	Juni 05	Diff.
<b>Berufsordnung</b>									
Ärzte	9	12	+ 3	7	15	+ 8	168	188	+ 20
Zahnärzte	1	/	- 1	1	1	/	4	6	+ 2
Tierärzte	/	/	/	/	/	/	3	3	/
Apotheker	/	1	+ 1	2	/	- 2	34	35	+ 1
Heilpraktiker	/	/	/	/	/	/	2	2	/
Masseure, verwandte Berufe	8	6	- 2	1	3	+ 2	83	89	+ 6
Krankenschwestern, -pfleger	40	47	+ 7	4	8	+ 4	783	741	- 42
Helfer in der Krankenpflege	15	22	+ 7	1	2	+ 1	80	71	- 9
Diätassistenten	1	/	- 1	/	/	/	18	25	+ 7
Sprechstundenhelfer	19	23	+ 4	3	2	- 1	161	170	+ 9
Medizinallaboranten	2	6	+ 4	/	/	/	62	58	- 4
	95	117		19	31		1398	1388	
			+ 22			+ 12			- 10

#### 4.4 Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Grenzgänger in Gesundheitsberufen mit Arbeitsort Saarland

Wohnort	Lothringen			Luxembourg			RheinlandPfalz		
	Juli 99	Juni 05	Diff.	Juli 99	Juni 05	Diff.	Juli 99	Juni 05	Diff.
<b>Berufsordnung</b>									
Ärzte	45	76	+ 31	2	6	+ 4	154	170	+ 16
Zahnärzte	2	/	- 2	/	/	/	4	3	- 1
Tierärzte	/	/	/	/	/	/	4	2	- 2
Apotheker	4	7	+ 3	/	1	+ 1	11	20	+ 9
Heilpraktiker	/	1	+ 1	/	/	/	3	3	/
Masseure, verwandte Berufe	19	33	+ 14	/	1	+ 1	102	133	+ 31
Krankenschwestern, -pfleger	109	214	+105	/	2	+ 2	776	876	+100
Helfer in der Krankenpflege	94	114	+ 20	/	1	+ 1	119	123	+ 4
Diätassistenten	5	10	+ 5	/	/	/	25	24	- 1
Sprechstundenhelfer	95	140	+ 45	1	1	/	209	251	+ 42
Medizinallaboranten	32	46	+ 14	/	/	/	87	102	+ 15
	405	641		3	12		1494	1707	
			+236			+ 9			+213

#### 4.5 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Gesundheitswesen in Luxembourg (nach Wohnort)

	Belgien	Deutschland	Frankreich	Luxembourg	Total
<b>Arbeiter</b>	<b>34</b>	<b>37</b>	<b>198</b>	<b>1 348</b>	<b>1 617</b>
Krankenhaus	19	2	82	854	
Arztpraxis	1	4	15	234	
Zahnarztpraxis	3	19	3	118	
Labor	3	2	0	7	
Paramedizin	3	1	10	36	
Andere	5	9	88	77	
Tierärztlich	0	0	0	22	
<b>Angestellte (privat)</b>	<b>883</b>	<b>634</b>	<b>1 500</b>	<b>4 835</b>	<b>7 852</b>
Krankenhaus	732	477	1 153	3 601	
Arztpraxis	33	22	109	560	
Zahnarztpraxis	17	44	53	252	
Labor	25	32	31	82	
Paramedizin	31	10	94	104	
Andere	42	44	60	226	
Tierärztlich	3	5	0	10	
<b>Angestellte (kommunal)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>87</b>	<b>87</b>
Krankenhaus	0	0	0	54	
Arztpraxis	0	0	0	0	
Zahnarztpraxis	0	0	0	0	
Labor	0	0	0	0	
Paramedizin	0	0	0	0	
Andere	0	0	0	33	
Tierärztlich	0	0	0	0	
<b>Freiberufler (Hochschulbildung)</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>989</b>	<b>1 028</b>
Krankenhaus	0	1	0	0	
Arztpraxis	6	3	4	585	
Zahnarztpraxis	5	0	5	216	
Labor	1	1	0	2	
Paramedizin	11	0	1	102	
Andere	0	0	0	1	
Tierärztlich	1	0	0	83	
<b>Freiberufler (Handwerk, Handel)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>34</b>	<b>38</b>
Krankenhaus	0	0	0	0	
Arztpraxis	0	0	0	0	
Zahnarztpraxis	0	0	0	1	
Labor	0	0	0	0	
Paramedizin	1	2	1	29	
Andere	0	0	0	3	
Tierärztlich	0	0	0	1	
<b>Total</b>	<b>942</b>	<b>678</b>	<b>1 709</b>	<b>7 293</b>	<b>10 622</b>

Quelle: IGSS/Statec Oktober 2005

## **Schwierige Grenzüberschreitungen**

Wenn diese Grenzüberschreitungen schon nicht aus kultureller Affinität erfolgen, wird Interkulturalität auf eine schwere Probe gestellt, wenn es um gewichtigere Dinge geht, die wahrscheinlich auch angstbesetzt sind. Hier ist die Gesundheit das prominenteste Beispiel.

Wenn eine Operation ansteht, legt man sich auf einen OP-Tisch des Gastlandes oder der Heimatkultur? Nimmt man in dieser prekären Situation in Kauf, dass es möglicherweise Sprachprobleme mit den behandelnden Ärzten geben könnte? Dass im ansonsten so erträglichen Gastland die Ausbildung der Ärzte vielleicht doch nicht dem entspricht, was man zuhause erwarten darf? Wie ist überhaupt die Ausstattung der Kliniken mit modernen Apparaten? Was tue ich, wenn zwar der Arzt meine Sprache spricht, nicht aber die Nachtschwester?

Diese Ängste nimmt man nur in Kauf, wenn es entweder im Notfall nicht anders geht (siehe grenzüberschreitendes Rettungswesen) oder wenn der ökonomische Vorteil erheblich erscheint im Vergleich zur eigenen interkulturellen Gewandtheit.

Die Angstbesetztheit medizinischer Versorgung war wohl einer der Gründe, warum das Gesundheitswesen bislang von den Einheitsbestrebungen der EU ausdrücklich ausgenommen worden war. Ob diese Ausnahme in Zukunft noch aufrecht erhalten werden kann und sollte, ist sehr fraglich, denn gerade im Gesundheitsbereich steigen die Kosten aus zwei Gründen: Die Menschen werden älter und die medizinischen Möglichkeiten wachsen an. Unmittelbare Konsequenz auf den Arbeitsmarkt ist, dass gut ausgebildetes medizinisches Personal in der Großregion SLLR eine knappe Ressource ist, um die sich alle bemühen. Gesundheitsberufe stellen demnach einen wachsenden Markt dar mit ausgezeichneten Zukunftsperspektiven. Heute schon stellen sie ca. 10 % der Grenzgänger dar - mit steigender Tendenz.

## **Kulturelles Umfeld der Institution**

Eine deutsche Krankenschwester wird in einem luxemburgischen Krankenhaus eher akzeptiert, als dass sich ein Luxemburger in ein deutsches oder französisches Krankenhaus begeben würde. Man findet in deutschen Kliniken französisches Personal und in luxemburgischen Kliniken deutsches und französisches Personal. Personal ist im Gesamtzusammenhang eines Krankenhauses oder einer Altenpflegestation nur einer der Faktoren, die den Charakter der Umgebung bestimmen, ausländisches Personal ist eine Art „Einsprengsel“, das den nationalen Charakter nicht nachhaltig verändert. Die Akzeptanz ist deshalb vergleichsweise hoch.

Personal bewegt sich demnach einfacher über Grenzen, als dies Patienten zu tun bereit sind. Medizinische Behandlung im Nachbarland müsste schon erhebliche Kostenattraktivität aufweisen, bevor der Patient sie vor Behandlungen zuhause auswählt – oder es handelte sich um relativ standardisierte Prozeduren von kurzer Dauer und mit geringem Potential zur Angstausslösung.

#### 4.6 Anzahl an Fachkräften im Gesundheitswesen in der Großregion (Veränderung im Zeitraum 1997-2003)

	Saarland	Lothringen	Luxembourg	RheinlandPfalz
<b>Ärzte</b>				
1997	4 007	6 388	1 069	12 989
2003	4 136	6 877	1 206	13 690
	+ 129	+ 489	+ 137	+ 701
<b>nicht selbständig</b>				
1997	2 483	2 511		7 364
2003	2 526	3 005		7 785
	+ 43	+ 494		+ 421
<b>frei praktizierend</b>				
1997	1 524	3 877		5 625
2003	1 610	3 872		5 905
	+ 86	- 5		+ 280
<b>Praktische Ärzte</b>				
1997	1 832	3 264	353	5 763
2003	1 850	3 493	399	5 980
	+ 18	+ 229	+ 46	+ 217
<b>Fachärzte</b>				
1997	2 175	3 124	716	7 226
2003	2 286	3 384	807	7 710
	+ 111	+ 260	+ 91	+ 484
<b>Zahnärzte</b>				
1997	632	1 456	260	2 070
2003	676	1 454	316	2 158
	+ 44	- 2	+ 56	+ 88
<b>Apotheken</b>				
1997	364	750	86	1 160
2003	352	753	92	1 150
	- 12	+ 3	+ 6	- 10

Quellen: Statistisches Jahrbuch der Großregion 2000 und 2004

Die Anzahl der Ärzte, auch der Fachärzte, ist in allen Regionen zwischen 1997 und 2003 kräftig gewachsen. Insbesondere die Zahl der Ärzte in Lothringen ist vergleichsweise am meisten gestiegen.

#### 4.7 Anzahl der vorhandenen Betten in der Großregion (Veränderung im Zeitraum 1997- 2003)

	Saarland	Lothringen	Luxembourg	RheinlandPfalz
<b>Öffentliche Krankenhäuser</b>				
1997	4 937	6 946	2 058	9 783
2003	4 486	6 644	keine Angabe	9 319
	- 451	- 302		- 464
<b>Private Krankenhäuser</b>				
1997	3 169	4 688	867	18 506
2003	2 909	3 917	keine Angabe	16 556
	- 260	- 771		- 1950
<b>Total</b>				
1997	8 106	11 634	2 925	28 289
2003	7 395	10 561	2 493	25 875
<b>Bettenabbau</b>	<b>711</b>	<b>1 073</b>	<b>432</b>	<b>2 414</b>

Quellen: Statistisches Jahrbuch der Großregion 2000 und 2004

Der Abbau von Krankenhausbetten ist in allen Regionen erfolgt. In Lothringen (das im Vergleich zur Einwohnerzahl die geringste Anzahl an Krankenhausbetten hat) wurde dennoch im Verhältnis am stärksten abgebaut.

#### Betten je 1000 Einwohner

	Saarland	Lothringen	Luxembourg	RheinlandPfalz
<b>2003</b>	<b>7,0</b>	<b>4,7</b>	<b>5,6</b>	<b>6,4</b>

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Großregion 2004

Die beiden deutschen Regionen Rheinland-Pfalz und Saarland haben trotz starkem Bettenabbau, die höchste Bettenanzahl pro Einwohner.

#### 4.8 Krankenhauspersonal in der Großregion (Veränderung im Zeitraum 1997- 2003)

	Saarland	Lothringen	Luxembourg	RheinlandPfalz
<b>Krankenpflegepersonal</b>				
1997	6 836	23 541	keine Angabe	20 554
2003	6 713	20 553	5 544	20 653
	- 123	- 2 988		+ 99
<b>Hebammen, Entbindungspfleger</b>				
1997	102	668	143	496
2003	102	630	114	456
	+/- 0	- 38	- 29	- 40
<b>Masseure, Krankengymnasten</b>				
1997	232	1 264	keine Angabe	1 002
2003	247	914	392	1 058
	+ 15	- 350		+ 56

**Beim Krankenpflegepersonal hat es in Lothringen einen massiven Abbau gegeben. In den anderen Regionen aber ein leichtes Wachstum.**

#### 4.9 Arbeitsmarkt „Gesundheit“ in Rheinland-Pfalz

##### 4.9.1 Offene Stellen

Berufsordnung	März 01	März 06	Differenz
Ärzte	202	66	- 136
Zahnärzte	6	4	- 2
Tierärzte	9	2	- 7
Apotheker	51	27	- 24
Heilpraktiker	0	2	+ 2
Masseure, verwandte Berufe	210	117	- 93
Krankenschwestern, -pfleger	328	91	- 237
Helfer in der Krankenpflege	88	29	- 59
Diätassistenten	69	24	- 45
Sprechstundenhelfer	357	128	- 229
Medizinallaboranten	48	10	- 38
	<b>1 368</b>	<b>500</b>	<b>- 868</b>

Quelle: Landesarbeitsamt RPS 2001 und BA 2006

**Es gibt in Rheinland-Pfalz sehr viel weniger offene Stellen in Pflegeberufen als im Jahr 2001.**

##### 4.9.2 Arbeitssuchende in Gesundheitsberufen in Rheinland-Pfalz

Zielberuf	März 01	März 06	Differenz
Ärzte	369	364	- 5
Zahnärzte	56	73	+ 17
Tierärzte	29	27	- 2
Apotheker	40	46	+ 6
Heilpraktiker	27	75	+ 48
Masseure, verwandte Berufe	628	812	+ 184
Krankenschwestern, -pfleger	951	1 679	+ 728
Helfer in der Krankenpflege	965	1 372	+ 407
Diätassistenten	116	225	+ 109
Sprechstundenhelfer	1 798	3 020	+ 1 222
Medizinallaboranten	252	273	+ 21
	<b>5 231</b>	<b>7 966</b>	<b>+ 2 735</b>

Quelle: Landesarbeitsamt RPS 2001 und BA 2006

**Demnach ist die Zahl der Arbeitssuchenden in den medizinischen Berufen stark gestiegen.**

#### 4.9.3 Arbeitslose in Gesundheitsberufen in Rheinland-Pfalz

Zielberuf	März 01	März 06	Differenz
Ärzte	286	192	- 94
Zahnärzte	44	52	+ 8
Tierärzte	19	16	- 3
Apotheker	31	19	- 12
Heilpraktiker	18	42	+ 24
Masseure, verwandte Berufe	472	494	+ 22
Krankenschwestern, -pfleger	699	918	+ 219
Helfer in der Krankenpflege	774	823	+ 49
Diätassistenten	92	137	+ 45
Sprechstundenhelfer	1 382	1 927	+ 545
Medizinallaboranten	196	176	- 20
	<b>4 013</b>	<b>4 796</b>	<b>+ 783</b>

Quelle: Landesarbeitsamt RPS 2001 und BA 2006

Je niedriger die Qualifikation, umso stärker die Arbeitslosigkeit. Insbesondere niedriger Qualifizierte laufen Gefahr arbeitslos zu werden, während die Arbeitslosigkeit bei den Akademikern gesunken und erwartungsgemäß am geringsten ist.

#### 4.10 Arbeitsmarkt „Gesundheit“ im Saarland

##### 4.10.1 Offene Stellen in Gesundheitsberufen im Saarland

Berufsordnung	März 01	März 06	Differenz
Ärzte	47	18	- 29
Zahnärzte	5	0	- 5
Tierärzte	3	1	- 2
Apotheker	12	9	- 3
Heilpraktiker	0	1	+ 1
Masseure, verwandte Berufe	47	41	- 6
Krankenschwestern, -pfleger	97	36	- 61
Helfer in der Krankenpflege	19	9	- 10
Diätassistenten	17	8	- 9
Sprechstundenhelfer	99	29	- 70
Medizinallaboranten	12	2	- 10
	<b>358</b>	<b>154</b>	<b>- 204</b>

Quelle: Landesarbeitsamt RPS 2001 und BA 2006

Obwohl die Gesellschaft weiter altert und der Bedarf an Gesundheitsleistungen weiter angestiegen ist, gibt es weniger offene Stellen in den Gesundheitsberufen im Saarland: Es gibt weniger offene Stellen als Jahr 2001.

#### 4.10.2 Arbeitssuchende in Gesundheitsberufen im Saarland

Zielberuf	März 01	März 06	Differenz
Ärzte	150	92	- 58
Zahnärzte	10	11	+ 1
Tierärzte	9	7	- 2
Apotheker	19	11	- 8
Heilpraktiker	15	12	- 3
Masseure, verwandte Berufe	202	184	- 18
Krankenschwestern, -pfleger	386	602	+ 216
Helfer in der Krankenpflege	365	454	+ 89
Diätassistenten	33	36	+ 3
Sprechstundenhelfer	690	879	+ 189
Medizinallaboranten	68	48	- 20
	1 947	2 336	+ 389

Quelle: Landesarbeitsamt RPS 2001 und BA 2006

Die Zahl der Arbeitssuchenden in den Gesundheitsberufen ist im Vergleich zum Jahr 2001 um fast 20 % angestiegen: Es gibt erheblich mehr Arbeitssuchende als im Jahr 2001.

#### 4.10.3 Arbeitslose in Gesundheitsberufen im Saarland

Zielberuf	März 01	März 06	Differenz
Ärzte	116	58	- 58
Zahnärzte	9	9	+/- 0
Tierärzte	7	4	- 3
Apotheker	14	6	- 8
Heilpraktiker	14	6	- 8
Masseure, verwandte Berufe	140	115	- 25
Krankenschwestern, -pfleger	267	356	+ 89
Helfer in der Krankenpflege	282	272	- 10
Diätassistenten	26	16	- 10
Sprechstundenhelfer	512	574	+ 62
Medizinallaboranten	58	27	- 31
	1 445	1 443	- 2

Quelle: Landesarbeitsamt RPS 2001 und BA 2006

Es gibt im Jahr 2006 erheblich weniger arbeitslose Ärzte, hingegen ist die Zahl arbeitsloser Krankenschwestern und Sprechstundenhelfer stark gestiegen.

#### 4.11 Arbeitsmarkt „Gesundheit“ in Lothringen

Offene Stellen (März 2006)	2021
Arbeitssuchende (März 2006)	906

Quelle: Services DDA Moselle est

In Lothringen ist das Angebot an Stellen für Gesundheitsberufe mehr als doppelt so hoch wie die Nachfrage und bildet somit die Ausnahme zu den anderen Regionen, in denen es mehr Arbeitssuchende als zuvor gibt.



Jetzt schauen wir doch erstmal, wie es Ihrer elektronischen Gesundheitskarte geht

## 5 Übergang des Gesundheitswesens ins Informationszeitalter

### Hintergrundinformationen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland

Die elektronische Gesundheitskarte ist ein Vorhaben, das von manchen als eines der größten IT-Projekte Europas bezeichnet wird. Die elektronische Gesundheitskarte bildet zusammen mit dem elektronischen Heilberufsausweis eine wesentliche technische Grundlage für den Übergang des Gesundheitswesens ins Informationszeitalter. Ein solch ehrgeiziges Unterfangen kann nicht von heute auf morgen, sondern nur schrittweise realisiert werden. Ab 2006 wird die elektronische Gesundheitskarte die bisherige Krankenversichertenkarte schrittweise ersetzen. Das bedeutet, dass nicht von Beginn an alle Funktionen zur Verfügung stehen, sondern mit zunehmender Leistungsfähigkeit des Systems realisiert und nachgeladen werden.

Die Gesundheitskarte wird technisch so entwickelt sein, dass sie in der Lage ist, neben ihren administrativen Funktionen auch Gesundheitsdaten verfügbar zu machen. Hierfür ist es erforderlich, die Gesundheitskarte als Mikroprozessorkarte auszugestalten, um Authentifizierung (elektronische Identitätsprüfung), Verschlüsselung und elektronische Signatur zu ermöglichen. Damit kann eine größtmögliche Sicherheit der Daten gewährleistet werden. Die elektronische Gesundheitskarte wird zur Identifikation mit einem Lichtbild ausgestattet sein, das grundsätzlich bei Karteninhabern ab der Vollendung des 15. Lebensjahres aufzubringen ist (Ausnahme z.B. Schwerpflegebedürftige).

#### Administrativer Teil (verpflichtend)

- Versicherungsangaben einschließlich Angaben zum Zuzahlungsstatus
- Berechtigung, im europäischen Ausland behandelt zu werden (Ersatz des E-111-Formulars)
- Papierlose Übertragung eines Rezepts

Nach erfolgreicher Einführung der administrativen Funktionen werden nach und nach die medizinischen Funktionen zur Verfügung gestellt, die allesamt freiwillig sind.

#### Medizinischer Teil (freiwillig)

- Dokumentation der eingenommenen Arzneimittel
- Notfallinformationen
- Zusätzliche Gesundheitsinformationen
  - Möglichkeit zur Aufnahme von elektronischen Mitteilungen (z. B. Arztbrief)
  - Elektronische Verwaltung von Patientenquittungen, zur Information über die vom Arzt erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten
  - Eigene von den Patientinnen und Patienten selbst zur Verfügung gestellte Daten (zum Beispiel Protokolle über Blutzuckerwerte eines Diabetikers)

Die Daten werden entweder auf der Karte selbst gespeichert (z. B. Notfallinformationen) oder auf Servern, wobei der Zugriff dann über elektronische Verweise auf der Karte erfolgt.

## Ziele

1. **Bessere Versorgung dank Notfalldatensatz und Informationen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit**
2. **Kosten senken durch effizientere Datenverarbeitung, bessere Versorgung und mehr Transparenz**
3. **Stärkung der Patientenrechte**

### **Bessere Versorgung dank Notfalldatensatz und Informationen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit**

Die elektronische Gesundheitskarte soll in erster Linie dazu beitragen, die Kommunikation aller Beteiligten zu verbessern und dadurch auch die Qualität der medizinischen Versorgung zu steigern. Alle Versicherten können künftig die Daten, die für den Notfall wichtig sind (Notfalldatensatz) über ihre Gesundheitskarte verfügbar machen. Diese Daten können dann im Notfall vom zugriffsberechtigten medizinischen Personal im Krankenhaus oder Rettungsdienst gelesen werden. Für die Versicherten geschieht dies natürlich auf komplett freiwilliger Basis. Der Arzt erfährt dadurch von wichtigen Grunderkrankungen oder Allergien und kann schneller und zielgerichteter handeln.

Genauso wie der Notfalldatensatz kann auch die Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit dem behandelnden Arzt oder dem Apotheker wichtige Informationen liefern. So weiß er dadurch beispielsweise genau, wie viel Insulin sich ein Diabetiker spritzt oder welche Präparate ein Herzpatient einnimmt. Die Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit dient zusätzlich dazu, mögliche Wechselwirkungen zu erkennen, die auftreten können, wenn bestimmte Medikamente parallel eingenommen werden. Das Risiko von Arzneimittelunverträglichkeiten bei bestehenden Erkrankungen (Kontraindikationen) kann ebenfalls vermindert werden. Das reduziert Komplikationen und kann sogar Todesfälle verhindern. Denn heute sterben mehr Menschen an den Folgen unerwünschter Arzneimittelereignisse als im Straßenverkehr.

Auf eine bessere medizinische Versorgung zielt auch die an die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gekoppelte Kommunikationsinfrastruktur. Sie wird in Zukunft alle medizinischen Einrichtungen von der Arztpraxis bis zur Klinik elektronisch miteinander vernetzen. Arztpraxen, Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen können dadurch schneller und sicherer miteinander kommunizieren und Befunde austauschen. Das unterstützt die ärztliche Therapieentscheidung, macht die Behandlung effizienter und hilft dabei, überflüssige Untersuchungen zu vermeiden.

### **Kosten senken durch effizientere Datenverarbeitung, bessere Versorgung und mehr Transparenz**

Schließlich sollen Gesundheitskarte und elektronische Datennetze auch dabei helfen, Kosten einzusparen, die im Gesundheitswesen entstehen, weil Verwaltungsvorgänge durch die gängigen Mischlösungen aus elektronischer Dokumentation und Papierdokumentation unnötig komplex werden. Ein gutes Beispiel dafür, wie sich das deutsche Gesundheitssystem durch den Einsatz von Kommunikationstechnik effi-

zienter gestalten lässt, ist das elektronische Rezept. Gegenwärtig werden rund 700 Millionen Rezepte, die Jahr für Jahr im deutschen Gesundheitswesen ausgestellt werden, in Arztpraxen, Apotheken und Apothekenrechenzentren bis zu fünfmal angefasst und neu bearbeitet.

Die durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erwarteten Einsparungen ergeben sich insbesondere durch Erleichterungen bei der verwaltungstechnischen Abwicklung der Rezepte, durch Verminderung behandlungsbedürftiger Wechsel- und Nebenwirkungen von Arzneimitteln, durch die Verringerung von Doppelbehandlungen und die schnellere Verfügbarkeit von Notfall- und sonstigen Behandlungsdaten.

### **Stärkung der Patientenrechte**

Ein weiteres vordringliches Ziel der elektronischen Gesundheitskarte ist die Stärkung der Patientenrechte und die Schaffung von mehr Transparenz. Wer mehr über seinen Gesundheitszustand weiß, kann mehr Eigenverantwortung für das Management seiner Gesundheit übernehmen. In weiteren Ausbaustufen können Patienten in Kooperation mit ihren Ärzten mit Hilfe der elektronischen Gesundheitskarte sichere elektronische Patientenakten anlegen, in denen wichtige Dokumente wie Arztbriefe, Befunde und später auch medizinische Bilddateien abgelegt werden können. Auch zusätzliche Gesundheitsinformationen, zum Beispiel über den Impfstatus oder Vorsorgeuntersuchungen, können zukünftig elektronisch verwaltet werden.

### **Vorteile für Patientinnen und Patienten**

- Wichtige Gesundheitsdaten sind besser verfügbar (z. B. im Notfall und beim Arztwechsel), dadurch kann in vielen Fällen eine qualitativ bessere Behandlung erreicht werden, insbesondere mehr Therapiesicherheit bei der Arzneimittelverordnung.
- Durch die Möglichkeit, die gespeicherten Daten vollständig zu lesen bzw. sich ausdrucken zu lassen, erhalten Patienten einen besseren Überblick über ihren eigenen Gesundheitsstatus (Impfstatus, Allergien, Verlauf chronischer Erkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen). Dadurch wird auch die Eigenverantwortung und aktivere Mitwirkung der Patientinnen und Patienten gestärkt.

### **Vorteile für Ärztinnen und Ärzte**

- Schnellerer Überblick über den Gesundheitsstatus der Patientinnen und Patienten, z.B. in Notfallsituationen
- Optimierung von Arbeitsprozessen durch sichere Möglichkeit der Übertragung von Daten aus und in eigene Akten; mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten
- Reduzierung von Doppeluntersuchungen
- Verbesserung der Kommunikation als wichtige Voraussetzung für die integrierte Versorgung
- Leichtere Nutzung von Arzneimittelinformationssystemen und Fachdatenbanken

### **Rechtliche Grundlagen**

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG), das am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, bildet die rechtliche Grundlage für die elektronische Gesundheitskarte.

Ergänzt werden diese grundlegenden Regelungen durch das Verwaltungsvereinfachungsgesetz. Darin wurden die Zugriffsrechte fortgeschrieben.

Mit dem Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen, das am 28. Juni 2005 in Kraft getreten ist, werden die Organisationsstruktur für die Gesellschaft für Telematik (gematik mbH) und die Finanzierung der Infrastruktur geregelt.

### **Datensicherheit / Datenschutz**

Datenschutz- und Sicherheitsaspekte spielen eine zentrale Rolle. Die Patientinnen und Patienten müssen sich auf ein größtmögliches Maß an Sicherheit und Vertraulichkeit verlassen können. Gleichzeitig gilt es, praktikable Lösungen zu finden, die für einen reibungslosen Ablauf in der Praxis sorgen.

### **Mit der elektronischen Gesundheitskarte in der Hand wird der Patient zum Herrn seiner Daten**

Dazu wurden in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz sowie Patientenvertretern folgende Regelungen gesetzlich festgelegt:

- Die Speicherung der medizinischen Daten geschieht nur mit Einwilligung der Patienten. Sie können die gespeicherten Informationen einsehen oder sich Ausdrucke davon anfertigen lassen. Sie können auch veranlassen, dass Daten gelöscht werden.
- Seinen Ärzten ermöglicht der Patient mit Hilfe seiner elektronischen Gesundheitskarte Zugriff zu den gespeicherten Dokumenten. Nur der Patient selbst kann seine behandelnden Ärzte in einer Arztpraxis oder in einem Krankenhaus autorisieren und ihnen so Einblick in seine individuellen Gesundheitsdaten verschaffen.
- Für alle Daten gilt, dass der Patient und niemand sonst entscheiden kann, welchen Ärzten oder Arztgruppen er den Zugriff auf welche Dokumente erlaubt.
- Ärzte und Apotheker müssen sich mit einem elektronischen Heilberufsausweis gegenüber der Gesundheitskarte authentifizieren. Jeder Zugriff wird protokolliert.

Der Verstoß gegen Datenschutzregelungen hat strafrechtliche Konsequenzen. Das GKV-Modernisierungsgesetz hat deswegen den § 307 SGB V um entsprechende Vorschriften erweitert und neue Straftatbestände im Zusammenhang mit der elektronischen Gesundheitskarte durch § 307 a SGB V geschaffen. Wer auf die medizinischen Daten, die über die elektronische Gesundheitskarte zugänglich gemacht werden, ohne Erlaubnis zugreift, macht sich strafbar und kann mit Freiheits- oder Geldstrafe belangt werden.

### **Kosten - Einsparungen - Finanzierung**

Die gesamte Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wird nach Berechnungen der Selbstverwaltung je nach Ausgestaltung Investitionen von bis zu 1,4 Milliarden erfordern. Aus vorliegenden Gutachten ergibt sich, dass innerhalb kurzer Zeit eine Amortisation der entstehenden Investitionen und Betriebskosten eintritt. Allein durch die Einführung des elektronischen Rezepts zusammen mit der Arzneimitteldokumentation und Vereinfachung der administrativen Abläufe wird mit erheblichen Einsparungen gerechnet. Wesentliche Verbesserungen der Versorgungsqualität lassen sich nicht finanziell bewerten.

Die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung haben eine Vereinbarung zur Finanzierung der Telematikinfrastruktur geschlossen. Danach werden den Leistungserbringern die Kosten, die in der Festlegungs-, Erprobungs-, Einführungs- und der Betriebsphase entstehen, über Zuschläge finanziert. Mit dem Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen wird die Finanzierung der Telematikkosten gesetzlich abgesichert.

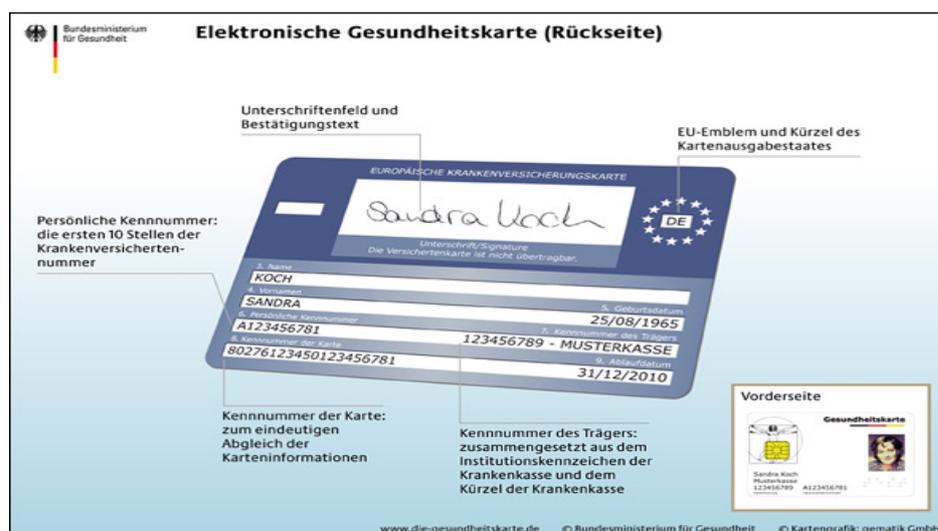
## Europa

Die elektronische Gesundheitskarte wird mit einer „europäischen Rückseite“ ausgestattet sein, die die Inanspruchnahme von Leistungen in den Mitgliedstaaten der EU ermöglicht.

Von Anfang an wird sich die Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) als Sichtausweis auf der Rückseite der elektronischen Gesundheitskarte befinden. Sie ersetzt den bisher bei Krankheitsfällen im Ausland üblichen "Auslandskrankenschein" und ermöglicht den Versicherten so eine unbürokratische medizinische Behandlung im europäischen Ausland.

Auf mittlere Sicht wird eine europaweite Standardisierung und die darauf beruhende Herstellung interoperabler Infrastrukturen und Lösungen angestrebt, die beispielsweise Notfalldatensätze oder Arzneimitteldokumentationen EU-weit verfügbar machen würde. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung war die Mitteilung der Europäischen Kommission "Aktionsplan für einen europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste". Dieses Dokument sieht vor, dass in Europa bis zum Jahr 2010 elektronische Gesundheitsdienste für das medizinische Personal, für Patienten und Bürger zum Alltag gehören sollen.

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



## 6 Länderspezifisches

### 6.1 Modellprojekt „Gesundheitskarte Rheinland-Pfalz“



Liebe Bürger und Bürgerinnen,  
sehr geehrte Herren und Damen,

die Einführung der elektronischen Patientenkarte ist eine große Chance für unser Gesundheitssystem, denn sie ermöglicht durch innovative EDV eine bessere und schnellere Kommunikation im Rahmen der medizinischen Versorgung.

Vor allem Patientinnen und Patienten werden vom Einsatz dieser neuen Karte profitieren, da sie selbst, aber auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte umfassender als bisher über ihre Krankengeschichte und den bisherigen Behandlungsverlauf informiert werden.

Nur am Bedarf der Patientinnen und Patienten und der sie behandelnden Ärzte orientierte Konzepte werden im Gesundheitswesen der Zukunft erfolgreich sein. Eine bessere medizinische Kommunikation, ein intensiverer Abgleich der Arzneimittelverträglichkeit verordneter Medikamente, die Verfügbarkeit von Notfallinformationen aus der Patientenakte sowie die Eintragung persönlicher Informationen, z.B. der Patientenverfügung oder des Organspendeausweises - in einem Patientenfach - geben den Patientinnen und Patienten in der konkreten Behandlungssituation eine neue eigenständigere Rolle.

Die Einführung der elektronischen Patientenkarte wird zurzeit vom Gesundheitsministerium Rheinland-Pfalz zusammen mit seinen Partnerinnen und Partnern im Gesundheitswesen in einem Modellprojekt „Gesundheitskarte Rheinland-Pfalz“ in Trier erprobt.

Fragen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt nach diesem Projekt. Ich würde mich freuen, wenn Sie aktiv daran teilnehmen könnten.

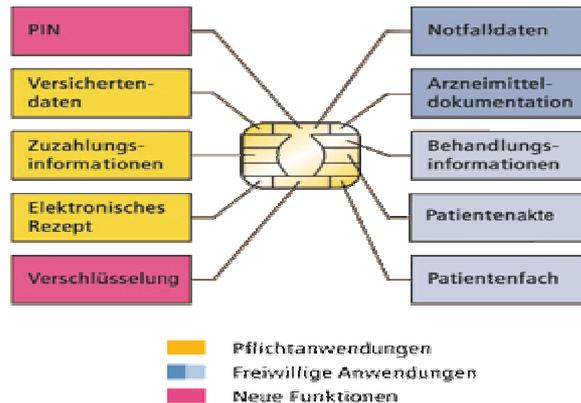


**Malu Dreyer**

Ministerin für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit  
des Landes Rheinland-Pfalz



## Was kann die elektronische Gesundheitskarte?



### **Pflichtanwendungen der neuen Karte sind:**

- **Die Versichertendaten, also die bisherigen Daten der Krankenversicherungskarte. Zusätzlich erhält die neue Karte ein Lichtbild des Versicherten.**
- Das **elektronische Rezept** zur Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form.
- Der **Berechtigungsnachweis** zur Behandlung im europäischen Ausland (**E111**) – als Sichtausweis auf der Rückseite.

### **Darüber hinaus gibt es folgende freiwillige Anwendungen:**

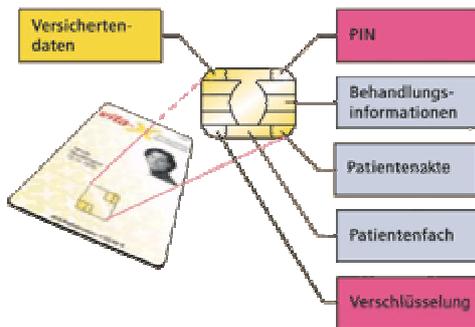
- **Notfalldaten**, medizinische Daten, soweit sie für die Notfallversorgung erforderlich sind (z.B. Blutgruppe, Allergien).
- **Elektronischer Arztbrief**: Befunde, Diagnosen, Therapieempfehlungen sowie Behandlungsberichte in elektronischer und maschinell verwertbarer Form für eine einrichtungsübergreifende, fallbezogene Kooperation.
- Daten einer **Arzneimitteldokumentation** - eine Zusammenfassung sämtlicher an den Versicherten abgegebenen Medikamente.
- **Elektronische Patientenakte** mit Daten über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte sowie Impfungen für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation über den Patienten.
- Durch von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten (z.B. Hinweis auf eine Patientenverfügung oder Organspendeausweis).

**Durch Eingabe einer vierstelligen Geheimzahl (PIN) werden Behandlungsdaten der elektronischen Patientenakte, die sich auf einem Server befinden, dem behandelnden Arzt zur Verfügung gestellt.**

## Elektronische Patientenakte

Der größte Nutzen für die medizinische Versorgung für Patienten und Ärzte liegt in dem Baustein elektronische Patientenakte. Deshalb wird dieser Baustein vorgezogen und in Arztpraxen und Krankenhäusern in Trier erprobt. Dies dient auch der Sicherstellung und Akzeptanz zur Einführung der gesamten elektronischen Gesundheitskarte.

### Welche Vorteile bietet die elektronische Patientenakte?



- Alle behandelnden Ärzte können sicher über medizinische Daten wie Diagnosen, Befunde oder Röntgenbilder sowie verordnete Medikamente informiert werden.
- Die Qualität der Behandlung wird durch die Verringerung des Risikos auf Grund fehlender oder falscher Informationen deutlich verbessert.
- Die Arzneimittelsicherheit wird durch die Prüfung von Wechselwirkungen im Praxisverwaltungssystem aufgrund aller Diagnosen zwischen den verordneten Medikamenten erhöht. Weiterhin erfolgt eine Überprüfung von Gegenanzeigen, die bei der Verordnung eines Medikamentes beachtet werden sollten.
- Die Karte eröffnet die Möglichkeit, den Informationsaustausch zwischen den Ärzten wesentlich zu verbessern und zu vereinfachen.
- Bei Wohnortwechsel, hat der neue Arzt sofort Zugang zur kompletten elektronischen Patientenakte, ohne Karteikarten bei dem vorherigen Arzt anzufordern.

### Was kann die elektronische Patientenakte?

Die „Elektronische Gesundheitskarte Rheinland-Pfalz“ beinhaltet eine Gesundheitsakte (vita-X- Gesundheitsakte). Die vita-X-Gesundheitsakte ist eine mobile elektronische Patientenakte, in welche bei jedem Arztbesuch nach Rücksprache mit dem Patienten Gesundheitsdaten wie Röntgenbilder, Laborbefunde, Diagnosen etc. abgelegt werden können. Im Gegensatz zu einer Papierakte wird die vita-X-Gesundheitsakte nicht beim Arzt selbst gelagert, sondern auf einem zentralen Computer, auf den alle vom Patienten ausdrücklich bevollmächtigten Ärzte mit seiner jeweiligen Zustimmung zugreifen. Darüber hinaus erfolgt die Speicherung seiner Gesundheitsdaten so, dass nur über die Karte die Verbindung zum Namen des Patienten hergestellt werden kann. Zusätzlich werden die Daten verschlüsselt und nur durch den Einsatz der Karte durch den Patienten können die Daten entschlüsselt werden.

## Welche Praxen nehmen am Modellprojekt teil?

Name	Fachgruppe	Anschrift	PLZ / Ort	Telefon
Dr. med. Beate Danz	Fachärztin für Allgemeinmedizin	Olewigerstr. 111	54295 Trier	06 51 - 93 83 20
Dr. med. Dieter Everz	Facharzt für Allgemeinmedizin	Ehrangerstr. 1	54293 Trier	06 51 - 96 84 00
Bernward Hehenkamp	Facharzt für Allgemeinmedizin	Im Litzelholz 78	54293 Trier	06 51 - 6 60 01
Gemeinschaftspraxis Dr. med. Jörg Iserloh Dr. med. Jutta Stute	Praktische Ärzte	Fleischstr. 12	54290 Trier	06 51 - 75 87 3
Gemeinschaftspraxis Michael Langenbach Dr. med. Dirk Röhlich	Facharzt für Allgemeinmedizin Facharzt für Innere Medizin	Am Weidengraben 3	54296 Trier	06 51 - 2 17 54
Dr. med. Matthias Lazzaro	Facharzt für Allgemeinmedizin	Biewererstr. 217	54293 Trier	06 51 - 9 96 06 08
Dr. med. Hansjoerg Lucas	Facharzt für Allgemeinmedizin	Fleischstr. 13	54290 Trier	06 51 - 9 94 01 55
Dr. med. Werner Martin	Facharzt für Allgemeinmedizin	Eurenerstr. 53c	54294 Trier	06 51 - 8 67 72
Gemeinschaftspraxis Dr. med. Carl-Heinz Müller Dr. med. Klaus Lienkamp	Fachärzte für Allgemeinmedizin	Gilbertstr. 59	54290 Trier	06 51 - 97 51 50
Dr. med. Michael Raach	Facharzt für Allgemeinmedizin	Petrusstr. 18	54290 Trier	06 51 - 2 80 33
Dr. med. Rosemarie Schmitz	Praktische Ärztin	Eurenerstr. 53c	54294 Trier	06 51 - 8 67 72
Dr. med. Egbert Schneider	Arzt für Allgemeinmedizin	Tessenowstr. 11	54295 Trier	06 51 - 3 10 01
Dr. med. Michael Siegert	Arzt für Allgemeinmedizin	Am Mariahof 29	54296 Trier	06 51 - 93 81 10
Dr. med. Christian Voss	Arzt für Allgemeinmedizin	Christophstr. 11	54290 Trier	06 51 - 7 51 52
Dr. med. Armin Ensgraber	Anästhesist	Kochstr. 13	54290 Trier	06 51 - 8 43 00
Dr. med. Florian Stader	Anästhesist	Kochstr. 13	54290 Trier	06 51 - 8 43 00
Dr. med. Martin Hunger	Facharzt für Chirurgie	Luxemburgerstr. 150	54290 Trier	06 51 - 82 78 40
Dr. /Univ. Pavia Bertrand Gartner	Frauenarzt	Brotstr. 44	54290 Trier	06 51 - 4 20 30

Agnes Lucas	Frauenärztin	Fleischstr. 13	54290 Trier	06 51 - 9 94 01 55
Dr. med. Alexander Roberg	Facharzt für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	Kutzbachstr. 7	54290 Trier	06 51 - 4 03 45
Birgit Roth	Frauenärztin	Christophstr. 20	54290 Trier	06 51 - 9 94 05 66
Dr. med. Johannes Roth	Facharzt für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	Fleischstr. 10	54290 Trier	06 51 - 9 70 65 20
Dr. med. Ulrich Roth	Facharzt für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	Fleischstr. 10	54290 Trier	06 51 - 9 70 65 10
Gemeinschaftspraxis Dr. med. Christiane Detemple Dr. med. Karin Konkol	Fachärztinnen für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	Theodor-Heuss-Allee 17	54290 Trier	06 51 - 2 71 80
Dr. med. Rudolf Sauter	Arzt für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	Südallee 33	54290 Trier	06 51 - 4 00 01
Gemeinschaftspraxis Dr. med. Reinhold Brunner Dr. med. Luise Brunner	Hautärzte	Liebfrauenstr. 9	54290 Trier	06 51 - 4 10 11
Dr. med. Gerd Kautz	Hautarzt	Am Markt 3	54329 Konz	0 65 01 - 99 81 63
Dr. med. Detlev Steimers	Hals-Nasen-Ohrenarzt	Porta-Nigra-Platz 2	54290 Trier	06 51 - 2 53 44
Dr. med. Monika Grundheber	Ärztin für Innere Medizin - Hämatologie	Friedrich-Wilhelm-Str. 23	54290 Trier	06 51 - 4 74 79
Dr. med. Friedrich Teiwes	Internist - Kardiologe	Hauptmarkt 6	54290 Trier	06 51 - 97 54 40
Dr. med. Christian Merziglod	Facharzt für Innere Medizin	Petrusstr. 4	54290 Trier	06 51 - 2 50 79
Gemeinschaftspraxis Dr. med. Klaus-Peter Schneider Dr. med. Hubertus Schauten	Internisten	Stresemannstr. 9	54290 Trier	06 51 - 14 55 90
Dr. med. Volker Arndt	Neurologe, Psychiater u. Psychotherapeut	Südallee 33	54290 Trier	06 51 - 7 50 55
Dr. med. Michael Brenner	Arzt für Neurologie, Psychiatrie u. Psychotherapie	Stresemannstr. 5-9	54290 Trier	06 51 - 7 65 43
Uwe Roczen	Nervenarzt	Südallee 37e	54290 Trier	06 51 - 9 79 42 70
Dr. med. Wieland Hirth	Facharzt für Neurologie u. Psychiatrie	Südallee 37e	54290 Trier	06 51 - 9 79 42 70
Gemeinschaftspraxis Dr. med. Peter Krapf Dr. med. Norbert Kaltenkirchen	Fachärzte für Orthopädie	Hosenstr. 20	54290 Trier	06 51 - 7 52 25

Dr. med. - Med. inst. Mark Indig	Urologe - Naturheilverfahren	Kutzbachstr. 7	54290 Trier	06 51 - 4 96 95
Dipl. Psych. Michaela Hirth	Psychologische Psychotherapeutin	Südallee 37e	54290 Trier	06 51 - 9 79 42 70
Dipl. Psych. Johannes Schädler	Psychologischer Psychotherapeut	Kurfürstenstr. 56	54290 Trier	06 51 - 9 94 55 93
Dipl. Psych. Peter Weidlich	Psychologischer Psychotherapeut	Glockenstr. 10	54290 Trier	06 51 - 7 50 70
Dipl. Psych. Angelika Schraft	Psychologische Psychotherapeutin	Kochstr. 13	54290 Trier	06 51 - 4 57 00
Dipl. Psych. Manfred Heinz	Psychologischer Psychotherapeut	Kochstr. 13	54290 Trier	06 51 - 4 57 00
Dr. med. Thomas Wasser	Facharzt für Psychiatrie	Kurfürstenstr. 56	54295 Trier	06 51 - 9 94 55 65
Annette Hirth-Zerbe	Fachärztin für Psychiatrie	Südallee 37e	54290 Trier	06 51 - 9 79 42 70

#### Welche Krankenhäuser nehmen am Modellprojekt teil?

Name	Anschrift	PLZ / Ort	Telefon
Krankenanstalt Mutterhaus der Borromäerinnen	Feldstraße 16	54290 Trier	06 51 - 9 47 - 0
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier	Nordallee 1	54292 Trier	06 51 - 2 08 - 0

#### Wann endet das Modellprojekt?/ Was geschieht mit den Daten?

Das Modellprojekt "Elektronische Gesundheitskarte Rheinland-Pfalz" ist zunächst bis Mitte 2007 geplant. Eine Verlängerung wird angestrebt. Während der Teilnahme an dem Modellprojekt kann jeder Beteiligte ohne Mitteilung von Gründen jederzeit die Löschung einzelner Daten verlangen. Im Falle einer vorzeitigen Beendigung des Projektes werden die einen Patienten betreffenden Daten unverzüglich gelöscht.

#### Wie sicher sind die Daten der elektronischen Patientenakte?

Nur der Patient bestimmt mit der Herausgabe seiner Karte und zusätzlich durch Eingabe seiner geheimen PIN, welcher Arzt Einsicht in seine Patientenakte bekommt. Des Weiteren wurde das Sicherheitskonzept des Modellprojektes „Elektronische Gesundheitskarte Rheinland-Pfalz“ von dem Landesdatenschutzbeauftragten Rheinland-Pfalz geprüft. Er hat gegen das Modellprojekt und insbesondere gegen das Sicherheitskonzept keine datenschutzrechtlichen Bedenken erhoben.

## Konzeption der wissenschaftlichen Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung des Projektes umfasst zum einen eine Evaluation des Praxisbetriebs der Chipkarte und zum anderen eine Akzeptanzstudie in der potentiellen Nutzergruppe sowie eine entsprechende Befragung bei allen niedergelassenen Ärzten im Zuständigkeitsbereich der früheren KV Trier. Versuchsregion für den Probetrieb der Chipkarte ist die Region Trier (Stadt Trier, Umland). Zu beteiligen sind Praxen niedergelassener Ärzte mit hausärztlichem Versorgungsauftrag in der Stadt, deren Patientenstamm einen hohen Anteil multimorbider Patienten mit überdurchschnittlicher Konsultationsfrequenz und einem hohen Überweisungspotential umfasst. Daneben sind Fachärzte verschiedener Bereiche mit Sitz in Trier zu beteiligen. Geplant ist, dass 50 Praxen an dem Modellprojekt teilnehmen. Außerdem werden auch alle Trierer Krankenhäuser, ausgewählte Apotheken und Psychotherapeuten beteiligt. Die Auswahl der Praxen trifft das Projektbüro der KV. Der Befragung der Bevölkerung in der Region zur Ermittlung der Akzeptanz einer elektronischen Gesundheitsakte sollten gezielte Informationskampagnen der Krankenkassen, der Ärzteschaft und des Ministeriums über die Einsatzmöglichkeiten und Vorteile der Chipkarte vorausgehen. Die Nutzung der in die Karte integrierten elektronischen Patientenakte ist freiwillig, eine hohe Beteiligung der Bevölkerung ist mithin nur zu erreichen, wenn man diese von den Vorteilen des Systems zu überzeugen vermag. Wesentlicher Bestandteil der Akzeptanzstudie ist damit auch die spezifische Untersuchung des individuellen Informationsverhaltens sowie der subjektiven Bewertung von Informationen und Informationsquellen.

### Links:

<http://www.vita-x.de>

<http://www.gesundheitskarte-rlp.de/index.php>

<http://www.masfg.rlp.de/>

<http://www.kv-trier.de>

<http://www.zentras.uni-trier.de/>

<http://www.uni-trier.de/uni/fb4/soziologie/faecher/asozi/Start.htm>

## Fazit: Für und wider Gesundheitskarte

Die bisher verwendete Versicherungskarte ist selbst nicht sicher. Sie basiert auf einer veralteten Technologie (Magnetstreifen) und kann mit einfachen Mitteln manipuliert werden. In Frankreich ist eine verbesserte Version in Gebrauch. Sie basiert auf einem Mikrochip, der nur mit sehr hohem Aufwand manipulierbar ist.

Mit der heutigen deutschen Karte kann jemand zum Arzt gehen, sich ein teures Medikament verschreiben lassen und morgen geht er zum nächsten Arzt und wieder erhält er seine Verschreibung. Dieses „Shopping“ kann sehr rentabel sein, die Medikamente werden dann über das Internet verkauft. Bis die Versicherung diesen Vorgang bemerkt, können schon mal 6 Monate vergangen sein und der Kartenbetrüger ist schon außer Landes.

Die geplante neue deutsche Patientenakte wird es dem Arzt ermöglichen, die gesamte Serie bisheriger Arztbesuche und deren Verschreibungen zu überblicken. Die Patientendaten werden extern gespeichert, bei Verlust der Karte gehen die Daten selbst nicht verloren.

Das Leben kann einfacher werden, sobald wir eine E-Card haben. Ganz gleich, welcher Arzt aufgesucht wird, er weiß schon Bescheid. Die E-Card wird durch den Schlitz des Lesegerätes geschoben und auf dem Bildschirm wird aufgelistet, was so alles schon von Ärzten verschrieben wurde, bei denen wir zuvor gewesen sind. Er kann frühere Röntgenbilder ansehen und mit seinen aktuellen Aufnahmen vergleichen, er hat alle Daten, die von Kliniken und Reha-Zentren gespeichert worden sind. Kurzum: er ist nicht mehr auf das, was der Patient ihm in der Anamnese erzählen kann, angewiesen, denn er weiß auch das, was der über sich längst vergessen hat – oder ihm aus diversen aber guten Gründen nicht mitteilen möchte. Diesem Arzt stehen die Diagnosen und Therapien, die seine Kollegen bis dato angeordnet haben, als aktuelles und in Sekunden abrufbares Wissen zur Verfügung.

**Natürlich zum Nutzen des Patienten. Sein Arzt genießt schließlich sein Vertrauen. Genießt auch das System sein Vertrauen, auf dem diese Daten abgelegt werden?**

Seit dem Fiasko bei der Einführung des Mautsystems, sind wir etwas vorsichtiger geworden, was zentral operierende IT-Einrichtungen betrifft. Das Telematik-System, das hinter der E-Card für die Gesundheit stehen soll, muss um ein Vielfaches komplexer und zuverlässiger sein, als das System für Mauterfassung. Die Karte, die der Patient mit sich führt hat nur Speicherplatz für das Nötigste, nämlich administrative Daten, vielleicht auch noch aktuelle Rezepte, nicht aber Krankenakten, Laborbefunde und Röntgenbilder. Diese sind zwar über die Karte abrufbar, wenn der Arzt seine Zugangskarte ebenfalls einlesen lässt, aber sie sind nicht in seiner Obhut. Der Chaos Computer Club hat sich auf seiner Jahrestagung bereits eingehend damit beschäftigt, ob und wie an diese Datenbestände heranzukommen ist. Auch die Pharma-Industrie wartet auf diese Daten, ganz legal, um statistische Forschungen zu betreiben, die Krankenkassen sind ebenfalls daran interessiert, aufgrund der Datenanalyse unsinnige Verordnungen unmöglich zu machen. Etwas diskreter stellen sich die Lebensversicherer auf, denn Einblick in die Datenbestände würden es ihnen ermöglichen, Anträge von Risiko-Kunden abzulehnen. Ist das System erst einmal eingespielt, kann man sich vorstellen, dass Bewerber für eine Stelle in der Wirtschaft die Personalabteilung autorisieren müssen, sich persönliche Gesundheitsdaten anzusehen. Ähnlich wie heute bei Kontoeröffnungen die Schufa abgefragt wird.

**Aber die Karte hat doch unübersehbare Vorteile, sie ist praktisch und spart eine Menge Geld, das letztlich doch die Beitragszahler zu entrichten haben.**

Tut sie das wirklich? Haben nicht IT-Mammutprojekte in anderen Bereichen eher die Kosten erhöht? Wird die Karte dazu führen, dass Krankenakten beim Arzt nicht mehr geführt werden oder entsteht durch die Karte nicht eine Doppelung des Aufwandes? Außerdem müssen Krankendaten 30 Jahre lang aufbewahrt werden – verwechslungsfrei?

Die Gesundheitskarte gibt dem Patienten eine Versichertennummer, die lebenslang gültig ist. An diese Nummer können sich andere Dienstleister anhängen. Es ist technisch möglich, auch andere Ordner in diesem System zu speichern, etwa eine Karriere bei der Bundesagentur für Arbeit oder – warum nicht – auch den Punktestand der „Verkehrssünderkartei“ in Flensburg.

## 6.2 Health-Care-Branche im Saarland

Nach Einschätzung des Bundesverbandes Medizintechnologie (BWMed) schaut die Health-Care-Branche bundesweit zuversichtlich in die Zukunft und rechnet mit steigenden Umsätzen. Der BWMed vertritt als Wirtschaftsverband über 200 Unternehmen, die Medizinprodukte bzw. Medizintechnologien herstellen. Die gesamte Medizinprodukteindustrie in Deutschland hat einen Umsatz von rund 18 Mrd. Euro und beschäftigt über 100.000 Mitarbeiter. Medizinische Produkte und Dienstleistungen bleiben ein Wachstumsmarkt: wegen der demographischen Entwicklung, wegen des rasanten medizinisch-technischen Fortschritts und wegen des gestiegenen Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung. Dazu gehört auch die Bereitschaft, künftig mehr auch aus eigener Tasche in die eigene Gesundheit zu investieren.

Die saarländischen Unternehmen der Health-Care-Branche sehen optimistisch in die Zukunft: sie erwarten in den nächsten Jahren höhere Marktanteile und steigende Beschäftigtenzahlen. Dies ergab eine aktuelle Umfrage der Zentrale für Produktivität und Technologie Saar (ZPT) unter 124 Produktions-, Handels- und Dienstleistungsunternehmen der Branche mit zusammen über 6.000 Mitarbeitern. Rechnet man die rund 340 Handwerksunternehmen (Orthopäden, Augenoptiker, Zahntechniker, Hörgeräteakustiker) dazu, gibt es im Saarland derzeit rund 470 Unternehmen in den Bereichen Medizintechnik, Medizinprodukte, Pharma und Dienstleistungen rund um das Gesundheitswesen. Insgesamt beschäftigen sie fast 8.500 Mitarbeiter - knapp 150 mehr als vor drei Jahren.

	Beschäftigte	Anzahl Firmen	%
<b>Handwerk</b>	<b>2 400</b>	<b>342</b>	<b>28,4</b>
<b>Handel</b>	<b>2 367</b>	<b>39</b>	<b>28,0</b>
<b>Industrie</b>	<b>2 718</b>	<b>36</b>	<b>32,3</b>
- Medizintechnik	<b>1 651</b>	<b>12</b>	<b>19,6</b>
- Medizinprodukte	<b>332</b>	<b>11</b>	<b>3,9</b>
- Pharma	<b>525</b>	<b>6</b>	<b>6,3</b>
- Sonstige	<b>210</b>	<b>7</b>	<b>2,5</b>
<b>Dienstleistungsunternehmen</b>	<b>751</b>	<b>47</b>	<b>8,9</b>
<b>Forschungsinstitute</b>	<b>205</b>	<b>2</b>	<b>2,4</b>
<b>Gesamt</b>	<b>8 441</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

Differenziert man die Dienstleistungsunternehmen, die rund 9 Prozent der Mitarbeiter beschäftigen, nach der Art der erbrachten Dienstleistung, ergibt sich folgendes Bild:

	Beschäftigte	Anzahl Firmen
Labordienstleistungen	209	10
DL Pharma	111	7
Medizintechnische Dienstleistungen	91	6
DL Software-Entwicklung	51	7
DL Consulting	32	6
DL Arbeitsschutz	17	4
Facility Management	190	2
Sonstige	50	5
<b>Gesamt</b>	<b>751</b>	<b>47</b>

Nicht eingerechnet sind dabei die Beschäftigten im „klassischen“ Gesundheitssektor Krankenhäuser/Reha-Einrichtungen (18.800), Arzt- und Zahnarztpraxen (4.150), Physiotherapie-Praxen (2.500), Pflegeheime (6.700), ambulante Pflegedienste (2.350) und Apotheken (2.300). Rechnet man die Beschäftigten zusammen, kommt man auf **über 45.000 Menschen**, die im saarländischen Gesundheitswesen arbeiten.

### Hoher Primäreffekt in der Health-Care-Branche

Produzierende Unternehmen, Dienstleister und Forschungsinstitute weisen einen beachtlichen Primäreffekt auf: drei Viertel von ihnen sind bundesweit tätig, die Hälfte unterhält auch Geschäftsbeziehungen zu ausländischen Kunden. Die meisten sind dennoch weitgehend auf ihren „Heimatmarkt“ angewiesen.

Das Interesse an einem weiteren Ausbau der Vertriebsaktivitäten ist sehr groß: über die Hälfte der Firmen äußerten Interesse an Vertriebskooperationen. Daher sind sie auch überdurchschnittlich an internationalen Fachmessen und Markterkundungsreisen interessiert.

So gab es 2005 bereits den elften Saarland-Gemeinschaftsstand auf der Düsseldorfer MEDICA, der wichtigsten Branchenfachmesse weltweit. Auf diesem „Weltforum für Arztpraxis und Krankenhaus“ waren rund 20 Saar-Aussteller vertreten, ein Großteil von ihnen am Gemeinschaftsstand, der mit Landesmitteln von der ZPT organisiert und betreut wurde.

Bereits im Januar 2004 hatte die ZPT einen Saarland-Gemeinschaftsstand auf der Arab Health“ in Dubai organisiert. Die acht Aussteller waren mit ihrem Messe-Auftritt in den Emiraten sehr zufrieden: die Messe gilt als die wichtigste Drehscheibe für den gesamten arabischen Wirtschaftsraum, der bis nach Indien und Pakistan ausstrahlt.

Neben der Organisation von Messeständen bietet die ZPT der Branche auch eine Reihe von Möglichkeiten, um Geschäftspartner zu finden. So zum Beispiel gab es im Juni 2004 die erste Saar-Lor-Lux-Kooperationsbörse für Medizintechnik und Medizinprodukte. In den Räumen der IHK Saarland kamen rund 30 Unternehmen aus der Großregion Saarland, Lothringen, Rheinland-Pfalz und der Wallonie zusammen. Insgesamt kam es dabei zu rund 100 Einzelgesprächen. Wegen des großen Erfolges wird es ein weiteres Branchentreffen, diesmal in Lothringen geben.

Von den befragten Firmen verkaufen ihre Produkte und Dienstleistungen...

**...im Saarland: 71 Firmen ( 58 %)**

**...in der Bundesrepublik: 92 Firmen ( 75 %)**

**...im Ausland: 61 Firmen ( 50 %)**

### **Innovationspotential**

Die Branche zeichnet sich durch ein hohes Innovationspotential aus: 62 der befragten Firmen - das ist über die Hälfte - betreiben Eigenentwicklungen, zwei Drittel arbeiten mit Universitäten und Forschungseinrichtungen zusammen, jeweils mehr als die Hälfte sind laufend an Forschungsergebnissen und am regelmäßigen Bezug von Technologie-Informationen (wie z.B. Patenteintragungen) interessiert. Rund ein Drittel plant Kooperationen im Bereich Forschung und Entwicklung..

Ein Musterbeispiel für eine gelungene Innovation „made im Saarland“ ist ein weltweit einzigartiges Mehrdosis-Behältnis, das die Ursapharm GmbH entwickelt hat. Mit dem System „Comod“ können flüssige Inhalte insbesondere Arzneimittel ohne Zusatz von Konservierungsstoffen auch bei Langzeitanwendung keimfrei gehalten werden. Die MedTron AG entwickelt und produziert Kontrastmittel-Injektoren für die Radiologie. Das Unternehmen erwartet für das kommende Jahr mit diesen innovativen Entwicklungen erstmals eine Installationsbasis von weltweit über 2.000 Geräten.

Neu ist auch ein Verblisterungs-System zur individuellen Medikamentenversorgung, das die assist Pharma GmbH kürzlich vorgestellt hat: mit diesem System können Langzeitpatienten für jeden Wochentag und jeden Einnahmezeitpunkt nach genauer ärztlicher Vorschrift mit individuell verpackten Dosierungseinheiten versorgt werden.

### **High-Tech-Dienstleistungen für die Pharmaindustrie**

Herausragenden Anteil an der Profilierung des saarländischen Health-Care-Standortes haben die jungen spin-off-Gründungen, die sich im Starterzentrum der Universität des Saarlandes, im Science Park und im Biomedizinischen Zentrum der Stadt Homburg etabliert haben. Sie beschäftigen immerhin zusammen bereits über 120 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

### **Zunehmender Bedarf an Leistungen des Gesundheitshandwerks**

„Seine Marktstellung hat sich das Handwerk durch wertvolle Dienstleistungen im Bereich der Prävention, der Kuration und der Rehabilitation erschlossen“, so Hans-Alois Kirf, Präsident der Handwerkskammer des Saarlandes. Im Hinblick auf den rapide steigenden Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft, sieht Kirf künftig sogar einen zunehmenden Bedarf an Zahnersatz, Hörgeräten, Sehhilfen und Ortho-

pädietechnik. Ob aus diesem Bedarf jedoch eine konkrete Nachfrage für das Handwerk entsteht, bleibt abzuwarten. „Denn es steht zu befürchten, dass in den kommenden Jahren der bürokratische Aufwand im Gesundheitswesen zunimmt und die effektiven Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zurückgehen“, so Kirf. Das Handwerk müsse sich auf diese Entwicklung einstellen.

Der Weltmarkt für Medizintechnologien, so eine Veröffentlichung des BVMed, betrug 2003 rund 184 Mrd. Euro. Medizintechnologien sind damit weltweit ein wichtiger ökonomischer Faktor. Der europäische Markt ist mit 55 Mrd. Euro nach den USA mit 79 Mrd. Euro der zweitgrößte Markt der Welt. Deutschland ist mit 18 Mrd. Euro als Einzelmarkt nach den USA und Japan weltweit der drittgrößte Markt und mit Abstand der größte Markt Europas. Er ist rund doppelt so groß wie Frankreich und rund drei Mal so groß wie Italien und Großbritannien.

Das durchschnittliche Wachstum des Weltmarktes für Medizinprodukte betrug 2003 rund 6 Prozent. Das entspricht auch ungefähr dem Marktwachstum in Japan und den USA. Das Wachstum des Marktes für Medizinprodukte fällt in Deutschland mit rund 4,2 Prozent sowohl im weltweiten als auch im europäischen Bereich etwas geringer aus. Am stärksten wachsen derzeit die Märkte in China, Brasilien sowie Osteuropa.

Die momentan schwierige Inlandssituation mit einem Umsatzwachstum der 200 BVMed-Mitgliedsunternehmen von nur 1,3 Prozent im ersten Halbjahr 2004 hänge mit der Kopplung der Kasseneinnahmen an die Lohnentwicklung zusammen. „Diese größte Schwäche unseres Gesundheitssystems muss durch die anstehende Gesundheitsreform beseitigt werden, so BVMed-Geschäftsführer Joachim M. Schmitt.

Keine Frage: das deutsche Krankenversicherungssystem krankt an mangelnder Transparenz, einem Übermaß an Regulierung, fehlendem Wettbewerb und einem falschen Anreizsystem. Ein übergreifendes Reformkonzept ist leider noch nicht in Sicht. Statt einer Bürgerversicherung sollte man aber ernsthaft über eine Gesundheitsprämie nachdenken: sie scheint ein richtiger Schritt in die richtige Richtung zu sein.

Quelle: [www.saarland.ihk.de](http://www.saarland.ihk.de), Gerd Martin, Branchenreport 2005

### **6.3 Häuslicher Pflegedienst in Luxembourg: Help „Doheem versuergt“ – Ein Interview mit Frau Strupp, deutsche Krankenschwester in Luxembourg tätig**

#### **MKW**

Frau Strupp, Sie sind als in Deutschland examinierte Krankenschwester bereits seit neun Jahren in Luxembourg tätig. Was hat Sie seinerzeit bewogen, Ihren Beruf gerade dort ausüben zu wollen?

#### **Strupp**

*Zuerst einmal möchte ich sagen, dass ich meinen Beruf sehr gerne ausübe. In deutschen Krankenhäusern ist die Eigenständigkeit einer Krankenschwester eher eingeschränkt. Hinzu kommt, dass die Entlohnung in Luxembourg bei einer Arbeitszeit von 40 Stunden pro Woche fast doppelt so hoch ist wie in Deutschland und somit dem Engagement und der erbrachten Leistung auch entspricht.*

#### **MKW**

Vor zweieinhalb Jahren haben Sie den Arbeitgeber gewechselt und arbeiten seitdem für „Help“, eine der beiden großen Einrichtungen für häusliche Pflege in Luxembourg. Wie ist die häusliche Pflege organisiert?

#### **Strupp**

*Oberstes Ziel von „Help“ ist es einerseits die Patienten so lange als möglich in ihrer häuslichen Umgebung zu belassen und andererseits die Angehörigen zu entlasten. Unsere Dienstleistungen reichen von Hausarbeit/Putzdienst, täglicher Körperpflege, Blutdruck messen, Verband und/oder Windeln wechseln, Spritzen verabreichen und sonst anfallenden Pflegeakten über ergotherapeutische Maßnahmen wie z.B. Vorlesen und Einkaufen bis hin zu palliativer Pflege und Sterbebegleitung. Darüber hinaus bieten wir Betreuung „garde à domicile/surveillance“ oder den Aufenthalt in einem „foyer du jour“ an, um betreuenden Angehörigen Freizeit zu ermöglichen.*

#### **MKW**

Das ist ein umfangreiches Spektrum, aber diese Leistungen werden auch von deutschen Pflegediensten angeboten. Wodurch unterscheiden sich die Luxembourger?

#### **Strupp**

*Vergleichbar der deutschen Pflegeversicherung wird auch in Luxembourg eine sehr detaillierte Anamnese im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen durchgeführt, wobei der individuelle Pflegebedarf ermittelt und aufgelistet wird. Im Anschluss daran wird dem deutschen Patienten eine Pflegestufe zugewiesen und er erhält einen bestimmten Geldbetrag, der ihm ermöglichen soll, die ihm zustehenden Pflegeleistungen zu „kaufen“. Anders in Luxembourg: Der Patient hat die Wahl, entweder Geld zu bekommen oder direkt die erforderlichen Pflegeleistungen. Es liegt in seiner Entscheidung, ob er dazu das Angebot von „Help“ oder von „Hellef Doheem“ (der zweiten landesweiten Pflegeorganisation) in Anspruch nehmen möchte. Darüber hinaus haben die Angehörigen die Möglichkeit, bestimmte Pflegeleistungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbst zu übernehmen, wofür sie von der Pflegeversicherung bezahlt werden.*

## **MKW**

Das ist augenscheinlich wesentlich unkomplizierter als das deutsche Pflegesystem. Der Patient muss nicht lange kalkulieren und suchen, sondern bekommt auf direktem Wege, was er braucht.

## **Strupp**

*Dazu kommt noch die Möglichkeit, einen Sozial-Tarif zu beantragen. Der ist interessant für Personen mit eher geringer Pflegebedürftigkeit, die nichtsdestotrotz unsere Pflegeleistungen in Anspruch nehmen möchten.*

## **MKW**

„Help“ beschäftigt in Luxemburg ca. 400 Mitarbeiter in mehreren Stützpunkten (Croix rouge: 16, andere: 5). Sie arbeiten im Stützpunkt Junglinster mit 14 Kolleginnen und Kollegen. Welcher Nationalität sind die und welche Qualifikation haben sie?

## **Strupp**

*In unserem Stützpunkt arbeiten 9 Krankenschwestern/Krankenpfleger, 3 „aide soignante“ (Schwesternhelferin) und 3 „aide socio-familiale“. Deutscher Nationalität sind 3 Krankenschwestern, 3 Krankenpfleger, 1 Schwesternhelferin und 2 „aide socio-familiale“. 2 Krankenschwestern und eine Schwesternhelferin sind Luxemburgerinnen. Eine Krankenschwester kommt aus Portugal, eine Schwesternhelferin aus Polen und last but not least arbeiten wir mit einer afrikanischen „aide socio-familiale“ zusammen. Sie sehen, wir sind multikulturell und ich kann Ihnen versichern, wir arbeiten sehr gut zusammen und sind ein Team, das für die Patienten von 6h30 bis 22h00 jederzeit erreichbar ist.*

## **MKW**

Wie ist es um Ansehen und Akzeptanz deutscher Pflegekräfte bei den Luxembourger Patienten bestellt?

## **Strupp**

*Luxembourger Patienten schätzen deutsches Pflegepersonal aufgrund der „deutschen Tugenden“ wie Zuverlässigkeit, Ordnung, Gründlichkeit und Fleiss. Es kommt jedoch auch mal vor, dass ältere Patientinnen Vorbehalte haben, sich von jungen, blonden und blauäugigen Pflegern versorgen zu lassen.*

*Sind die Patienten aus irgendeinem Grund misstrauisch, ist man der „Hure-Preiss“, was aber nicht viel mehr heißt als „Du blöder Preusse“.*

## **MKW**

Frau Strupp, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Weitere Informationen unter: [www.help.lu](http://www.help.lu)



## 7 Grenzüberschreitendes Arbeiten im Gesundheitswesen

### 7.1 Warum ist grenzüberschreitendes Arbeiten im Gesundheitswesen so schwierig?

#### Aus der Sicht eines Arztes

Befragung eines saarländischen Zahnarztes: Zu mir kommen Patienten aus Frankreich oder Luxemburg nur, weil sie einen deutschen Arbeitgeber haben, der sie bei der AOK versichert. Die AOK zahlt nur innerhalb Deutschlands die Höchstsätze und finanziert dadurch Behandlungen nach „state of the arts“.

Ich habe einmal ernsthaft versucht, mich mit einem französischen Kollegen zusammenzutun, aber das ist schon im Vorfeld gescheitert. Die deutsche Abrechnungsordnung hat überschlagsmäßig 500 Seiten, die französische ganze 6 Seiten und was am Ende dieses Papierkriegs herauskommt sind 30 % mehr Honorar für den französischen Kollegen. Es wurde dann für ihn sehr bald uninteressant, sich mit mir zusammenzutun.

Es gibt die Verpflichtung für den Arzt in Frankreich, einen Patienten zu einem spezialisierten Zentrum zu überweisen, sobald eine entsprechende Indikation auftritt. Das kann der Arzt in Frankreich ohne Risiko tun, denn das spezialisierte Zentrum muss den Patienten wieder zum überweisenden Arzt zurückschicken, sobald keine spezielle Behandlung mehr erforderlich ist. In Deutschland ist dies anders. Hier herrscht freie Arztwahl. Aus diesem Grund versuchen die deutschen Kollegen, solange es irgend geht, den Patienten zu behalten und mit „bordeigenen Mitteln“ zu behandeln, denn weg ist weg und kommt nicht wieder.

In den französischen Zentren bekommt der Patient zwar nicht immer sofort einen Termin, aber die dortigen Kollegen sind fit, weil sie spezialisiert sind. Sie machen nichts anderes und ihre technische Ausstattung wird ohne besonderen Antrag nach geraumer Zeit (ca. alle 5 Jahre) erneuert. In Deutschland kann ein Kollege auch mit einem antiquierten Röntgengerät weiter Diagnosen stellen und behandeln.

#### Aus der Sicht der Patienten

Alte Menschen nehmen in Kauf, von einer polnischen oder rumänischen Pflegekraft betreut zu werden, Hauptsache dies geschieht zuhause. Sprachkenntnisse sind nicht so wichtig, die Kommunikation ist z.B. mit Alzheimer ohnehin eingeschränkt, die Kosten sind entscheidend. Wer seine alte Mutter in ihrem vertrauten Haus betreuen lassen möchte, findet in der Regel kein bezahlbares Angebot, dies mit einer deutschen Pflegekraft tun zu lassen. Die Polin oder Rumänin als Alternative ist

zu Hause wahrscheinlich Lehrerin und möchte in den Ferien in Deutschland Geld verdienen. Sie schläft und isst im Haus der Pflegeperson, ist rund um die Uhr erreichbar und mit 1000 €/Monat gut bezahlt.

Bevor ein ansonsten gesunder deutscher Patient allerdings das Flugzeug nach Warschau oder Sofia besteigt, um sich dort ernsthaft behandeln zu lassen (also nicht Wellness), muss schon einiges passiert sein. Die Distanz zu Metz und Nancy (50-90 km) ist für Deutsche aus Trier oder Worms fast ebenso schwer zu überbrücken wie die nach Sofia sobald sie ein „Weh“ haben. Deutsche akzeptieren einen ausländischen Arzt offenbar problemlos, solange er in eine deutsche Umgebung arbeitet, haben aber ein Problem damit, wenn die Arbeitsumgebung zu „ausländisch“ wird.

## **7.2 Erfahrungen mit grenzüberschreitenden Projekten in der Großregion**

Ziele, Vorgaben und Absichtserklärungen der EU-Kommission bedürfen der praktischen Umsetzung und persönlichen Motivation engagierter Handelnder. Anlässlich der Tagung „Grenzüberschreitende soziale Dienste /Sozialarbeit“ am 23./24. April 2002 in Aachen hat Herr Michael Achten (Caritas Luxemburg) Erfahrungen und Handlungsstrategien grenzüberschreitender Zusammenarbeit dargestellt, die im Folgenden - exemplarisch für die Komplexität und den Erfolg grenzüberschreitender Zusammenarbeit - wiedergegeben werden.

Quelle: [www.soziale-dienste-in-europa.de](http://www.soziale-dienste-in-europa.de) (Observatorium für die Entwicklung der Sozialen Dienste in Europa)

„Obwohl die geographischen Entfernungen zwischen den Ländern der Großregion gering sind und die Lebenslagen der Menschen sich ähneln, ist die vollständige Übernahme von erfolgreichen Konzepten aus einem Nachbarland ins andere wenig sinnvoll.“

Eine `andere' Kultur mit `anderen' Systemen, `anderen' Strukturen, `anderer' Sprache oder: Was beim/für den `Nachbarn' selbstverständlich ist, geht bei/für uns noch lange nicht ...

Dank meiner Zusammenarbeit mit deutschen, französischen und belgischen Kollegen wurde mir bewusst, wie wichtig es ist, bei grenzüberschreitenden Begegnungen eine deskriptive und eine einfache, anstatt einer strukturpolitischen, fachlichen und komplizierten Sprache zu sprechen. Es ist m.E. nämlich nicht das Sprechen oder Hören einer Fremdsprache, sondern das Spiegeln der Aussagen sprich der benannten Institutionen in die eigene kulturelle Realität, die zu Missverständnissen oder Übertragungsschwierigkeiten führen.

Das Übersetzen der deutschen Begriffe „Erziehungshilfe“, „Jugendhilfeplan“, „Jugendamt“, z. B. ins Französische, ist weniger eine ‚semantische‘, ‚begriffliche‘, sondern eine strukturelle Schwierigkeit. Diese für den deutschen Sozialpädagogen selbstverständlichen Begrifflichkeiten existieren im bundesrepublikanischen Kontext und können nur in diesem Rahmen verstanden werden. In Frankreich oder Luxemburg sieht der sozialpolitische Rahmen mit seinen Einrichtungen ganz anders aus. In den verschiedenen Nachbarländern konnte ich grundverschiedene kulturelle Ansichten von „Hilfe“, „Hilfsmaßnahmen“, „Verständnis von Pflichten und Rechten des Bürgers“ erkennen. So ist es vom rechtlichen System und den sozialpädagogischen Strukturen abhängig, ob ein Kind mit ‚unangepasstem‘ Verhalten als ‚caractériel‘,

hilfsbedürftig oder verhaltensauffällig bezeichnet wird. Ein Kind mit identischem Verhalten würde also in Deutschland nicht nur anders ‚betreut‘, ‚unterstützt‘ oder ‚bestraft‘ werden als z. B. in Luxemburg, nein es würde sogar anders ‚bezeichnet‘ werden; möglicherweise existierte sein ‚Problem‘ auch gar nicht, weil ein entsprechendes Hilfsangebot dort nicht besteht.

Die Art der Hilfs-, Begleitungs- oder Strafmaßnahme, die Kindern (und ihren Familien) ‚helfen‘ soll, ist also vom jeweiligen Rechtssystem, der ‚Kultur‘ und dem System öffentlicher Zuschüsse auf dem Feld der Sozialhilfe abhängig. Während in der Bundesrepublik Deutschland der/die jugendliche, minderjährige BürgerIn laut dem Kinder-Jugend-Hilfe-Gesetz (KJHG) zwar gegenüber dem deutschen Staat ein Recht auf Hilfe hat, der Staat aber wenig in die Privatsphäre seiner BürgerInnen interveniert, ist es in Luxemburg und Frankreich der Staat (état protecteur), der seine (jungen) BürgerInnen „schützt“ und somit direktiv in die Familie eingreifen kann.

Durch die interregionale Projektarbeit lernte ich nicht nur die Arbeit im Partnerland kennen, sondern ich musste meine Arbeit, unsere luxemburgischen Konzepte und Systeme meinen ausländischen KollegInnen in einer ihnen verständlichen Sprache beschreiben. Die Fragen der FachkollegInnen, das Verfassen von schriftlichen Beiträgen und das Formulieren von Anträgen haben zur Konsequenz, dass ich bis dato als selbstverständlich angenommene Konzepte und Einrichtungen anders, differenzierter und in ihrem spezifischen kulturellen Kontext sehe.

Mir wurde (wieder) klar, dass nicht nur das Definieren eines „problematischen menschlichen Verhaltens“ kulturabhängig ist, sondern dass auch das ‚Hilfsangebot‘ (in der Großregion) sehr stark von Gesellschaft zu Gesellschaft variiert, was die praktische interregionale Zusammenarbeit komplexer, aber auch aufregender gestaltet.

Ein weiteres interessantes Nebenprodukt von interregionaler Projektarbeit bestand in der Förderung der Zusammenarbeit von nationalen Akteuren in einem europäischen Projekt. Über den europäischen Umweg kam es zu inländischen Kooperationen zwischen sonst in Konkurrenz stehenden Diensten und Fachleuten.

### **Meine Handlungsstrategien für eine erfolgreiche grenzüberschreitende Projektarbeit**

- Klären der Motivation: Wer will eine interregionale Zusammenarbeit? Was soll das Ziel dieser Zusammenarbeit und des Projektes sein?
- Akzeptanz und Vertrauen zwischen den Personen

Grenzüberschreitende Projektarbeit basiert auf der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Menschen. Daher sollten alle am Projekt unmittelbar beteiligten Partner persönlich eine solche Kooperation und den Austausch mit ‚andersdenkenden‘ KollegInnen wollen. Neben der persönlichen Motivation ist es wichtig, dass die jeweils eingebundenen VertreterInnen entscheidungsbefugt sind und den unmittelbaren Nutzen der interregionalen Projektarbeit für ihre nationale Einrichtungen erkennen.

**Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit sollte auch einen direkten Mehrwert und einen Qualitätsschub für die nationale Struktur bringen.**

Ausgangsbasis für grenzüberschreitende Kooperation im Bereich der Erziehungs- und Sozialhilfe sollte die Motivation sein, bestehende nationale Dienste weiterbringen zu wollen. Die auf der praktischen Ebene handelnden Menschen (,KlientInnen', MitarbeiterInnen) sollen den Nutzen dieser durch europäische Programmmittel geförderten grenzüberschreitenden Projekte erkennen. Die Motivation für Veränderung und die Neugierde, wie es beim Nachbarn aussieht, sollte auf allen Ebenen (Leitung bis ausführende Ebene) bestehen. Deshalb ist es wichtig, Zeit und Geld einzuplanen, um möglichst gut zu informieren. Der zeitintensive Verwaltungsaufwand für die Projektvorbereitung und -durchführung im Kontakt mit der Europäische Kommission darf auch nicht unterschätzt werden.

Die Zielsetzungen (wer will was?), sowie die Arbeitsteilungen (wer macht was?) und die damit zusammenhängende Finanzierung (wer zahlt/kriegt was?) sollten zwischen den Projektpartnern zu Beginn der Zusammenarbeit abgesprochen werden und allen Partnern klar sein. Der zeitliche und räumliche Rahmen solcher Gespräche sollte so gesteckt sein, dass genügend ,Raum' besteht, seinen Gegenüber mit seinem kulturellen Hintergrund kennen zu lernen bzw. zu überprüfen, wie der Partner die eigenen Aussagen verstanden hat.

Für das Gelingen eines interregionalen Projekts ist es m.E. wichtig, die Kultur (Geschichte, soziale Strukturen, Eigenarten...) als spezifische Konstruktionen des eigenen Gesellschaftssystems zu erkennen und zu akzeptieren. Man muss offen dafür sein, dass es beim Nachbarstaat ganz anders aussieht und Hilfe ganz anders verstanden werden kann. Ich muss mir die Zeit nehmen, das ,Hilfesystem' und die ,Kultur' des Nachbarlandes kennen lernen zu wollen und mich darauf vorbereiten, die eigene nationale Realität dem ausländischen Kollegen vermitteln zu wollen.

**Die kulturellen und politischen Besonderheiten der Regionen und Länder müssen unbedingt berücksichtigt werden, wenn ein erfolgreiches Konzept aus dem Nachbarland übernommen werden soll.**

In den Gesprächen mit den Projektpartnern sollte weniger von einem Vergleich der Strukturen, als von einer Beschreibung der Lebenslagen der Klienten und den sozialpädagogischen Hilfsmaßnahmen ausgegangen werden. Dabei sollten die Partner in einer einfachen, deskriptiven Sprache direkt miteinander reden. Dabei finde ich den gleichzeitigen Gebrauch mehrerer Nationalsprachen verständlicher, präziser und beziehungsfördernder als das Sprechen einer technischen Fachsprache, die z. B. von Drittpersonen (Dolmetschern) in eine Drittsprache - meistens Englisch - übersetzt wird.

Ich möchte meinen Beitrag mit einem Zitat von Heinz von Foerster schließen und Sie ermutigen, in die konkrete europäische Zusammenarbeit einzusteigen. Dabei dürfen Sie sich nicht von den kompliziert anmutenden Verwaltungsstrukturen des Nachbarlandes und dem dichten Verwaltungsjargon der EU-Programme entmutigen lassen:

„Bild des Tanzes: Man entscheidet sich nicht programmatisch dafür, jetzt zu tanzen, sondern tut es, man tanzt ganz einfach. Und plötzlich dreht man sich, sieht wieder etwas Neues, gänzlich Unerwartetes".“

## 7.3 Gesundheitsberufe als Mobilitätschance

„**AG mobil**“: Anerkannte Weiterbildungen in Gesundheitsberufen als **Mobilitätschance** in der Region Trier/Rheinland-Pfalz/Luxembourg; Philipp Gonon, Katrin Kraus, Projektbericht 2004; Universität Trier

Die Autoren kommen aufgrund ihrer Studie zu drei Thesen zur Kooperation, die sie mit entsprechenden Handlungsempfehlungen an Bildungsinstitutionen, Bildungspolitik und Arbeitsmarkt verbinden:

- **Kooperationspotentiale aufzeigen und nutzen**
- **Transparenz und Koordination ermöglichen**
- **Mobilitätschancen schaffen**

Eine ausführliche Darstellung der Studie findet sich in „Gesundheitsberufe in der Grenzregion – eine international-vergleichende Regionalstudie zur beruflichen Bildung“; Katrin Kraus, Susanne Müller, Philipp Gonon; IKO-Verlag für Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt/London, 2004

## 7.4 Veranstaltungen

### 7.4.1 Ärztliche Versorgung im Saarland und in Lothringen

Am 7. Oktober 2004 haben CLTS und LAGS in Forbach ein Kolloquium zur „ärztlichen Versorgung im Saarland und im Département Moselle“ veranstaltet und 2005 einen Tagungsband mit einem Weißbuch zur ärztlichen Versorgung in der Grenzregion veröffentlicht. Dies enthält drei Aktionsvorschläge:

- **Vorschlag 1**  
Prüfung der Einrichtung eines sog. grenzüberschreitenden One-Stop-Shops in der Struktur eines ständig besetzten Büros, um ausübende medizinischer Berufe aktuell über Gesetze und Ausübungsbedingungen beiderseits der Grenze zu informieren und auch bei der Niederlassung (Finanzierungsmöglichkeiten, Räumlichkeiten, Formalitäten) zu unterstützen.
- **Vorschlag 2**  
Prüfung der Möglichkeit, eine Plattform für die grenzüberschreitende Ausbildung für Ausübende medizinischer Berufe zu schaffen.
- **Vorschlag 3**  
Prüfung der Einführung eines Aktionsprogramms, um die sprachlichen und interkulturellen Kompetenzen im Bereich Gesundheitswesen zwischen dem Saarland und dem Département Moselle zu fördern und zu entwickeln.

## 7.4.2 Freier Zugang zu Gesundheitsleistungen in der Großregion

Am 19. Januar 2005 fand unter der Schirmherrschaft der Ministerien für Gesundheit von Luxemburg, Rheinland-Pfalz und des Saarlandes in Mondorf-les-Bains die EURES-SLLR-Konferenz „Freier Zugang zu den Gesundheitsleistungen in der Großregion und die Folgen für die grenzüberschreitenden Arbeitsmärkte“ statt. Es folgt eine kurze Zusammenfassung der Konferenz:



### **GESUNDHEITSKONFERENZ EURES-SLLR**

#### **„Freier Zugang zu den Gesundheitsleistungen in der Großregion & die Folgen für die grenzüberschreitenden Arbeitsmärkte“**

**Mittwoch 19. Januar 2005 – « Domaine Thermal », Avenue des  
Bains, Mondorf-les-Bains, Luxembourg**

#### **Zusammenfassung der Konferenz**

Unter reger Beteiligung, über 100 Teilnehmer, fand im Domaine Thermal in Luxembourg am 19.01.2005 die EURES-Gesundheitskonferenz statt.

In seiner Eröffnungsrede forderte Mars die Bartolomeo, Gesundheitsminister Luxemburg, dazu auf sich besser kennenzulernen, um so die Zusammenarbeit zu fördern und zu intelligenten Aufgabenteilungen über die Grenze hinweg zu finden. Die Gesundheitspolitik sollte Ländersache bleiben und die Politik ihre Verantwortung übernehmen, Kooperationen fördern und sich nicht zu sehr auf allgemeingültige EU-Regelungen stützen. Trotzdem sollten insbesondere Urteile des Europäischen Gerichtshofes, wie z.B. das Kohl-Decker Urteil, umgesetzt werden um die Wertigkeit dieser Urteile innerhalb der EU zu erhalten. Anstatt die Mittel im Gesundheitsbereich zu kürzen, sollten diese besser und sinnvoller eingesetzt werden, denn Gesundheitsleistungen sind keine normalen Dienstleistungen, sondern auch eine soziale Verpflichtung.

Herr Bartolomeo forderte unmissverständlich dazu auf, den momentan stattfindenden Wandel und die Modernisierungsprozesse im Gesundheitsbereich zu nutzen, um die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu fördern. Der Wissenszuwachs in diesem Bereich sowie die Patienten, die immer mehr die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über die Grenze einfordern - in Verbindung mit dem Modernisierungsprozess - machten den Zeitpunkt günstig jetzt zu entscheidenden Ergebnissen zu kommen.

Herr Danner warnte in seinem Vortrag davor die Wohnortnahe Realität aufgrund von sogenannten "Schnittmengen" zu vernachlässigen. Dies könnte zu einer Scheinversorgung innerhalb der EU führen. Insbesondere das durch die Osterweiterung verschobene Gehaltsgefüge und die schlechte Bezahlung der dort ansässigen Arbeitnehmer im Gesundheitsbereich, könnten zu einem sozialen Ungleichgewicht führen, rechnet man sie in die Schnittmengen mit ein. Des weiteren wurde davor gewarnt, die Privatisierung im Gesundheitsbereich als "Feigenblatt" für sozialen Abbau zu missbrauchen. Europa solle sich wieder mehr auf seine sozialen Kernkompetenzen besinnen, anstatt in Wachstumsgedanken zu schwelgen und so in naher Zukunft ein für die Welt wichtiges "Soziales Gegengewicht" zur Wirtschaftsmacht der USA darstellen. Europa muss wieder in den Herzen der EU-Bürger aufleben.

Nachdem Herr Schneider vom Statistischen Landesamt Saarland einige interessante Statistiken zur Großregion vorgestellt hatte, wurde in dem Vortrag von Herrn Geppert insbesondere der Zuwachs der Grenzgänger in der Großregion dargestellt. Die Grenzgängerströme innerhalb der Großregion stellen ca. 30% aller Grenzgänger innerhalb der gesamten EU Binnengrenzen dar. Obwohl es eine Europäische Gesundheitskarte gibt und die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in vielen Bereichen schon gegeben ist, werden diese Möglichkeiten aufgrund von Informationsdefiziten kaum genutzt. Des weiteren wurde noch die EURES-Gesundheitsdatenbank (SID) vorgestellt, die Soziale Leistungen in Deutschland, Frankreich und Luxemburg erfasst.

Herr Schichtel nutzte sodann seinen Vortrag, um einen kurzen Überblick über den Deutschen Gesundheitssektor zu geben. Zwischen 2010 und 2018 wird es voraussichtlich zu einem "Ärzteengpass" innerhalb Deutschlands kommen, da zu diesem Zeitpunkt viele ambulant behandelnden Ärzte die in Deutschland gültige Altersgrenze von 68 Jahren erreichen werden und damit ihre Zulassung verlieren. In den ländlicheren Gebieten müssen Existenzgründungshilfen, wie in Sachsen schon üblich, geschaffen werden, um auch dort eine gute Versorgung zu garantieren. Stationär müssen bessere und intelligentere Arbeitszeitmodelle gefunden und die Kooperation und Fusion von Krankenhäusern sollte fortgesetzt werden. Insgesamt muss auch der Überreglementierung Einhalt geboten werden.

Ein schon seit 8 Jahren funktionierendes Projekt zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Raum Aachen – Maastricht, wurde im Anschluss von Herrn Engels vorgestellt. Hier wurde auf der Grundlage von zwischenstaatlichem Recht schon 1997 eine Kooperation zwischen den Krankenkassen geschaffen, die die problemlose und unbürokratische Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über die Grenze ermöglicht. So wurde die Fachärztliche Versorgung im Rahmen des Projekts "IZOM" (ca. 5600 Patienten) über die Grenze freigegeben und der Patient kann nun mit dem E 112 diese in Anspruch nehmen. Ins Auge fällt hier, das die beteiligten Krankenkassen nicht mehr über eine Verbindungsstelle abrechnen, sondern direkt von einer im Hause ansässigen speziellen Abrechnungsstelle. Auch die Gesundheitscard International (GCI 18.500 Patienten in den Niederlanden und 3.800 in der BRD) stellt einen weiteren Erfolg dar.

Mit Hilfe der GCI kann der Patient nun grenzüberschreitende Leistungen in Anspruch nehmen. Auch die Gesundheitscard EU ist ein erfolgreiches Projekt. Mit dieser Karte ist es möglich geworden Gesundheitsleistungen in Deutschland, den Niederlanden und Belgien, insbesondere in den Urlaubsregionen an der Küste, in Anspruch zu nehmen. Bei diesem Projekt beteiligen sich flächendeckend fast alle Krankenhäuser in den Urlaubsregionen. Die Zusage der Leistungsdeckung erfolgt in diesem Falle direkt und unbürokratisch über das Internet. Geplant sind Fortsetzungen dieser beispielhaften Projekte in Rheinland-Pfalz und Belgien sowie in naher Zukunft evtl. in Österreich und Südtirol. Eine Umsetzung auf

Im folgenden Beitrag von Herrn Gigout und Herrn Sebia wurde die Kooperation in einem deutsch-französischen Netzwerk im Gesundheitsbereich vorgestellt. Die LAGS und CLTS wollen zusammen nicht nur eine Bestandsaufnahme durchführen, sondern auch Kooperationen fördern. In dem Terminkalender für das Jahr 2005 finden sich neben diversen Expertenaustauschprogrammen auch die Förderung der zu klärenden Probleme im Bereich der Notfallmedizin in der Großregion, sowie die Bildung einer Deutsch – Französischen Datenbank. Diese soll die Angebote in der Großregion darstellen, neue Netzwerke schaffen und einen Bereich zum Informationsaustausch, der so dringend nötig ist, beinhalten. Eine Befragung der Krankenhäuser in Deutschland und Frankreich, um einen Überblick über bereits vorhandene Kooperationen zu verschaffen, wurde bereits durchgeführt, deren Ergebnisse bald zur Verfügung stehen.

Frau Kraus stellte von der Universität Trier erstellte Studien über einen Zeitraum von 5 Jahren vor. Diese befassten sich mit der Berufsbildung der Nicht-Akademischen Gesundheitsberufe. Die "AG Mobil" erarbeitete einen vergleichenden Blick auf die Berufsbildung in der Grenzregion. Hier fielen insbesondere große Unterschiede in den Zuständigkeiten der Länder und im Weiterbildungsbereich auf. Es muss mehr Transparenz geschaffen werden. Ein Vorschlag war hierzu die Einführung eines „regionalen Supplements“ zur Ausbildungsbescheinigung um die erlernten Fähigkeiten klar darzustellen. Hier sollte die grenzübergreifende Anerkennung von Abschlüssen gefördert werden.

Im Anschluss stellte die Gesundheitsministerin des Saarlandes, Frau Görner, eine Kooperation des Ministeriums, mit den Krankenkassen, den Kammern und Weiterbildungsträgern entstandene Initiative einer virtuellen Weiterbildungsakademie vor. Diese beinhaltet zur Zeit ca. 600 Angebote im Saarland die online verfügbar sind. Außerdem soll ein Blick auf zukünftige Qualifizierungsmöglichkeiten geworfen werden. Hier wäre eine Kooperation über die Grenze wünschenswert.

Herr Schmitt von der Grenzgängervereinigung brachte einige konkrete Fallbeispiele, bei denen es um Probleme mit der Anerkennung von Berufsunfähigkeit etc. über die Grenze ging. Damit wurde den schon den ganzen Tag diskutierten Problematiken ein Gesicht gegeben und es wurde klar das massiver Handlungsbedarf besteht.

Die Vorträge der Referenten, das Programm, sowie die positive Resonanz der Presse sind unter <http://www.wec-europa.org/workshops.php?lang=de> nachzulesen.

## 8 Gesundheitstourismus

Parallel zu EU – und kassenärztlichen Empfehlungen und Verordnungen, entwickelt sich die Selbstverantwortung gegenüber der eigenen Gesundheit. Diese Entwicklung ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen:

- Sinkende Leistungen der Krankenkassen
- Hoher Anspruch an die eigene Vitalität
- Steigende Lebenserwartung
- Streben nach ganzheitlich körperlichem, seelischem und geistigem Wohlbefinden

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheitstourismus wie folgt:

"Tourism associated with travel to health spas or resort destinations where the primary purpose is to improve the traveler's physical well-being through a regimen of physical exercise and therapy; dietary control, and medical services relevant to health maintenance."

Tourismus, der sich auf Bäderzentren konzentriert, wobei der Hauptzweck darin besteht, das körperliche Wohlbefinden des Reisenden durch Körperübungen und Therapie, Diät und medizinische Dienstleistungen zu steigern.

Dabei ist zu unterscheiden zwischen Kurtourismus, Wellness-Tourismus und gesundheitsorientiertem Urlaub.

"Damit wird festgestellt, dass die Wiedererlangung, die Verbesserung oder die Erhaltung des physischen oder des mentalen Wohlbefindens des Reisenden durch verschiedene Angebote in der Destination den Unterschied zu anderen Formen des Tourismus markieren. Im Gesundheitstourismus gibt es jedoch graduelle Unterschiede, die sich vor allem über das Maß der Anwendung schulmedizinischer Verfahren ergeben." (Monika Rulle; Gesundheitstourismus in Europa)

Nach einer auf der ITB (größte europäische Touristikmesse) in Berlin vorgestellten Studie gibt es Wachstum von merklicher Größenordnung nur noch in der medizinisch ausgerichteten Wellness.

**Die großen Wachstumsraten liegen neben der Medizintechnik und der Pharmazie im Bereich der Prävention, der optimierenden Medizin und der Verbesserung der Gesundheit.**

## 9 Exkurs

### 9.1 Internetapotheke - Europäisches Wettbewerbsrecht

Die gemeinschaftsrechtlichen Grundfreiheiten und Europäisches Wettbewerbsrecht ermöglichen die Leistungsanspruchnahme und -erbringung über die Binnen-grenzen hinweg. Der Verkauf von Arzneimitteln aus anderen Mitgliedstaaten der EG über das Internet und seine (auch EG-)rechtliche Zulässigkeit werden bereits seit längerer Zeit öffentlich kontrovers diskutiert. Während sich Krankenkassenverbände und Politiker von der Nutzung des Internets hohe Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen versprechen, befürchten Kritiker gesundheitliche Risiken bei den Patienten und sehen sich die deutschen Apotheker in ihrer Existenz bedroht. Der Auslöser der Debatte war die niederländische Apotheke DocMorris, die Arzneimittel an deutsche Kunden versendet.

DocMorris ist die erste Europäische Internet-Apotheke. Auf den Internetseiten sind die Arzneimittel mit Produktnamen, Angaben zur Rezeptpflichtigkeit, Packungsgröße und Preis beschrieben. Die Preise liegen für die nach niederländischem bzw. nach Gemeinschaftsrecht zugelassenen Produkte mindestens 10%, im Einzelfall bis zu 60% unter dem in Deutschland üblichen Apothekenpreis für vergleichbare Produkte. Zu beziehen sind die Arzneimittel mit einem Online-Bestellformular.

Zur Beantwortung allgemeiner Fragen zur Gesundheit stehen drei Apotheker, eine Ärztin und pharmazeutisch-technische Assistenten zur Verfügung. Der Service wird in niederländisch, deutsch und englisch angeboten.

Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) steht dem Internet-Handel mit Arzneimitteln skeptisch gegenüber. Es werden drei Punkte erwähnt, die bei einer Zustimmung solcher Tätigkeit beachtet und überprüft werden sollen:

1. Die Arzneimittelversorgung muss sicher sein
2. Die Arzneimittelversorgung muss schnell sein
3. Die Arzneimittelversorgung muss kostengünstig sein

Argumente, die bezüglich der 3 oben genannten Voraussetzungen, die Zulassung einer Internet-Apotheke legitimieren würden:

1. Die ABDA spricht sich für die Beibehaltung des Versandhandelsverbotes für Arzneimittel aus, weil nur auf diese Weise die höchstmöglichen Sicherheitsstandards gewährleistet werden können. Als Unsicherheitsfaktor beim Versandhandel wird die fehlende Beratung über das Arzneimittel bei der Übernahme des Arzneimittels durch den Verbraucher genannt.

Bei DocMorris wird auf die Gewährleistung der Sicherheit großer Wert gelegt. Vor der Auslieferung verschreibungspflichtiger Arzneimittel muss bei „Doc Morris“ ein ärztliches Originalrezept eingegangen sein. Abgeholt wird das bestellte Arzneimittel durch einen Paketdienst oder durch den Kunden persönlich. Abgabe und Empfang erfolgen gegen Quittung. Dieser gesamte Vorgang wird dokumentiert. Bei der Zustellung durch Boten wird darauf geachtet, dass nur die für den persönlichen Bedarf üblichen Mengen bezogen werden. Eine persönliche Beratung kann der

Patient jederzeit per e-mail oder telefonisch einholen.

2. Eine traditionelle Apotheke besteht aus einem einzigen Ladengeschäft ("mono-channel"), das die Patienten 8 - 10 Stunden täglich an 5 1/2 Tagen pro Woche erreichen können. Die Apotheke hat im Regelfall 8.000 - 12.000 Medikamente permanent am Lager; alle weiteren können i.d.R. binnen weniger Stunden über den pharmazeutischen Großhandel beschafft werden. Im Falle der Internet-Apotheke erfolgt der Vertrieb nicht nur über das traditionelle Ladengeschäft, sondern auch über Internet, Telefon und Telefax („multi-channel“). Der Service wird rund um die Uhr, also 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche angeboten. Die Lagerkapazitäten sind nicht „beschränkt“, wie dies im Falle einer traditionellen Apotheke ist.

3. Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände sieht bei der Apothekenmarge von durchschnittlich 5,00 EUR je Packung eine kostengünstige Lösung, die gesamten Dienstleistungstätigkeiten der Apotheke zu finanzieren. Bezogen auf das Gesamtsystem der Arzneimittelversorgung ist das Kriterium der Kostengünstigkeit erfüllt. Im Fall einer Internet-Apotheke werden die Einsparungen im Arzneimittelbereich auf rund 10 - 30 Prozent, im Einzelfall auf bis zu 60 Prozent beziffert.

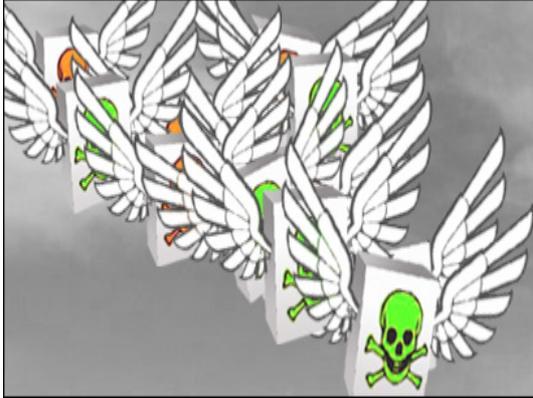
Im Laufe der letzten Jahre entstanden viele neue Dienste, die kostengünstig Arzneimittel anbieten. Neben den Internet-Apotheken haben inzwischen viele Versandapotheken und Direkt-Service-Apotheken ihre Tätigkeiten auf dem europäischen Markt aufgenommen. Dennoch ist diese Vertriebsart in vielen Ländern umstritten und wird oft diskutiert. Unter Hinweis auf das deutsche Arzneimittelversandverbot versuchen in den letzten 2 Jahren verschiedene deutsche Apothekerverbände, die Aktivitäten gerichtlich zu unterbinden.

Nach unterschiedlichen Entscheidungen nationaler Gerichte legte das Landgericht Frankfurt schließlich dem Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften (EuGH) in Luxemburg mehrere gemeinschaftsrechtliche Fragen zur Vorentscheidung vor. Geklärt werden soll vor allem die Vereinbarkeit des Versandverbotes mit der Warenverkehrsfreiheit (Art. 28, 30 EG-Vertrag).

In den zuvor beim EuGH eingereichten schriftlichen Stellungnahmen hatten verschiedene Mitgliedstaaten und die Kommission gemeinsam mit dem deutschen Apothekerverband die Vereinbarkeit der deutschen Vorschriften (§ 43 Abs. 1 Arzneimittelgesetz AMG; Verbot des Versandes des Versands apothekenpflichtiger Arzneimittel und § 73 Abs. 1 AMG Einfuhrverbot der Arzneien durch Private nach Deutschland) mit der Warenverkehrsfreiheit verneint.

Da die Regulierung das Verbot, Arzneimittel über den Postweg abzugeben gleichermaßen für inländische und ausländische Apotheker gilt, stellt sich allerdings die Frage, ob sie bloße nicht diskriminierende Verkaufsmodalität betrifft und daher nicht unter Art. 28 EG (Warenverkehrsfreiheit) fällt. Der Gerichtshof steht vor der Aufgabe, die Frage zu klären, ob das deutsche Verbot des Arzneimittelversandes den Zugang zum deutschen Endkundenmarkt versperrt. Verwiesen wurde darauf, dass Arzneimittel ausländischer Hersteller ohne Beschränkungen an deutsche Großhändler und Apotheken ausgeliefert werden könnten.

## 9.2 Unregelmäßigkeiten im Gesundheitswesen



### Medikamenten-Preise

Die günstigeren Medikamente nennt man Generika. Generika sind quasi Kopien des Originals, die auf den Markt kommen, wenn deren Patentschutz des Originals abgelaufen ist. Sie sind günstiger, weil Kosten für Entwicklung, Forschung und Werbung entfallen. Sie sind keinesfalls schlechter und genauso geprüft wie das Original.

### Warum sind Arzneimittel in Deutschland so teuer?

Rund 40% der Medikamentenkosten zahlen Patient oder Krankenkasse allein für den Vertrieb der Arzneimittel. Der Ab-Werk-Preis liegt somit bei 60% von dem Apothekenabgabepreis. In Frankreich oder Schweden werden nur 25 bis 30% Großhandelsaufschlag veranschlagt, was sich somit in den Endpreisen widerspiegelt. Weiterhin wird für deutsche Medikamente eine Mehrwertsteuer von 16% gezahlt. Das treibt den Preis ebenfalls in die Höhe.

### Arzneimittelversand über das Internet

"DocMorris" nennt sich beispielsweise die niederländische Online-Apotheke, die bereits von mehr als 80.000 Deutschen genutzt wird. Doch der Versandhandel von Medikamenten ist in Deutschland verboten. Für rezeptpflichtige Medikamente, die online bestellt wurden, dürfen die Krankenkassen keine Kosten mehr übernehmen. Für freiverkäufliche Medikamente und Mittel, bei denen der Patient die volle Summe zahlt, wie beispielsweise die Antibabypille, gilt dieses Verbot allerdings nicht. Vorteil: Medikamente sind zwischen zehn und 30 Prozent günstiger im Preis. Nachteil: Wer sein Medikament dringend braucht, geht ein großes Risiko ein, denn Sie müssen Wartezeiten von etwa 48 Stunden in Kauf nehmen. Es wird oft nur unzureichend telefonisch oder online beraten. Fremdsprachige Beipackzettel erschweren den Umgang mit dem Medikament.

### Auslandserwerb

Viele deutsche Touristen decken sich jedes Jahr im Ausland mit Arzneimitteln ein. Ob Salben oder Gel, Kopfschmerzpräparate oder Potenzhilfen - in den EU-Ländern kann man ganz legal sein Rezept einlösen und erhält Medikamente bis zu 50 Prozent günstiger. Und selbst in Polen oder der Türkei lässt sich in den Apotheken so manches Schnäppchen machen. Doch Vorsicht: Zu Risiken oder Nebenwirkungen fragen Sie ihren Arzt oder Apotheker!

## Wie kommt man die Unregelmäßigkeiten im Gesundheitswesen in den Griff?

### Transparency International rechnet mit Milliardenverlusten durch die illegalen Praktiken

„Das neue Jahrbuch von Transparency International Deutschland (TI) liest sich wie ein Handbuch für Betrüger. Mehrere Milliarden Euro würden jedes Jahr in den korrupten Kanälen des deutschen Gesundheitswesens verschwinden, sagte Gabriele Bojunga, Sprecherin der AG Gesundheit von TI im Mai 2006. Das drittteuerste Gesundheitssystem der Welt biete jede Menge Lücken, die Kriminelle für ihre Machenschaften nutzen könnten - auf Kosten von Versicherten und Steuerzahlern.

Vor allem Arzneimittelhändler bereichern sich in großem Stil. So landeten beispielsweise Medikamente, eigentlich als Spenden für Krisengebiete bestimmt, in neue Verpackungen gehüllt in deutschen Apotheken, berichtet TI. In einigen Fällen seien Arzneimittel bei den Herstellern sogar gezielt als Spenden angefordert worden, um sie dann mit falschen Chargennummern in Deutschland auszuliefern. Hier würden sie zu Preisen verkauft, die weit über dem internationalen Durchschnitt liegen. Letzteres bestätigt der Arzneimittelforscher Ulrich Schwabe von der Universität Heidelberg. Er hat die Preise verschiedener Medikamente in europäischen Ländern mit den deutschen verglichen. Sein Ergebnis: "Im europäischen Vergleich sind Generika in Deutschland deutlich zu teuer."

Ein weiterer Kostentreiber sind die undurchsichtigen Vertriebsstrukturen für pharmazeutische Produkte, beobachtet TI. Inzwischen sei ein Graumarkt entstanden, auf dem sich Broker etabliert hätten, die mit Medikamenten Warentermingeschäfte betrieben. "Offenbar sind die Gewinnspannen bei Arzneimitteln weit größer, als die Pharmaindustrie uns glauben machen will", sagt Bojunga. Sie fordert, Arzneimittelverpackungen müssten möglichst fälschungssicher gemacht werden. Außerdem müsste der Großhandel darauf verpflichtet werden, nur direkt bei Herstellern einzukaufen. Und die Preise von Medikamenten müssen schon im Zulassungsverfahren festgeegelt werden.

Auch unter Ärzten nehmen dunkle Geschäfte offenbar zu. TI beobachtet einen Trend dahin, "dass mit der zunehmenden wirtschaftlichen Schiefelage vieler Praxen die Anfälligkeit für korruptives Verhalten zunimmt". Niedergelassene Mediziner ließen sich dafür bezahlen, dass sie ein bestimmtes Medikament verschreiben. Oder sie stellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für fiktive Angestellte aus. Mit diesen Bescheinigungen kassierten Arbeitgeber dann illegal Anteile der Lohnfortzahlungen. Auch würden medizinische Studien zugunsten von Produkten der Sponsoren verfälscht. TI verlangt deshalb eine Pflicht aller medizinischen Einrichtungen, Finanzierungen durch Sponsoren offen zu legen. Die Fälschung von Studien müsse nachdrücklicher verfolgt und bestraft werden. Dazu fordert die Anti-Korruptionsorganisation, einen Tatbestand "Abrechnungsbetrug" in das Sozialgesetzbuch einzufügen, damit Krankenkassen Regressansprüche leichter geltend machen könnten.

Letztlich sei der strukturellen Korruption im deutschen Gesundheitswesen durch neue Gesetze und eine schärfere Strafverfolgung jedoch nicht beizukommen, sagt Bojunga. "Es muss eine Kultur entstehen, die Korruption im Medizinbereich ächtet", fordert sie. Hoffen sollte man darauf nicht. Gerade erst hat der Bundestag verboten, dass Pharmafirmen Medikamente zu Marketingzwecken kostenlos an Apotheker abgeben, die diese dann teuer weiterverkaufen. Schon sei aus Kreisen der Arzneimittel-

hersteller zu hören, man wolle dieses Verbot umgehen, berichtet Peter Schönhöfer, Herausgeber des Arzneimittel-Telegramms und langjähriger Beobachter des deutschen Pharmamarkts. Wie? Das ist noch nicht recht zu erkennen. Doch Eingeweihte munkeln, angeblich würden Apothekern inzwischen horrenden Summen angeboten - für Schaufensterwerbung.“

Quelle: Karsten Polke-Majewski, © ZEIT online, 16.5.2006

### **Wie sich die Pharmalobby gegen ein Gesetz zur Kostenkontrolle wehrt**

Und. Die drei Buchstaben stehen für einen vertrackten Streit sowie für den ersten Versuch der Großen Koalition, einen Teil des deutschen Gesundheitswesens zu reformieren: die überschießenden Arzneimittelausgaben. Das Gesetz, das am kommenden Mittwoch im Gesundheitsausschuss des Bundestags abschließend verhandelt und schon im April wirksam werden soll, ist zwar mitnichten die große Reform, die Angela Merkel für dieses Jahr angekündigt hat. Eher ist es eine Fingerübung für die Abgeordneten von Union und SPD dafür, auf welche Weise sie sich späterhin einigen könnten. Aber es geht durchaus um etwas, nämlich um rund drei Milliarden Euro.

Um diese Summe sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Medikamente von Januar bis September 2005 gestiegen. Während alle anderen Ausgabenposten nur moderat um 3,3 Prozent zunahm, wuchsen die Arzneimittelkosten um 19,1 Prozent. Sie machen fast neunzig Prozent des gesamten Kostenzuwachses des vergangenen Jahres aus. Inzwischen geben die Kassen mehr Geld für Medikamente aus als für die ärztliche Behandlung.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) hatte deshalb schon im Dezember einen Gesetzentwurf vorgelegt, mit dem die Kosten begrenzt werden sollen. Unter anderem will sie die Festbeträge für Generika, also günstige Nachahmerpräparate, senken und auf diese Weise einen Wettbewerb um niedrigere Preise einleiten. Stiege der Anteil der besonders günstigen Medikamente auf 20 Prozent, könnten die Krankenkassen 300 Millionen Euro im Jahr sparen, bei einem Anteil von 30 Prozent sogar 800 Millionen, das zumindest ist die Hoffnung.

Festbeträge gibt es schon seit 1989. Sie geben eine Höchstgrenze an, bis zu der die gesetzlichen Kassen die Ausgaben eines Patienten erstatten. Verlangt ein Hersteller einen höheren Preis, muss der Patient die Differenz dazugeben. Das war bisher allerdings selten der Fall, weil auch die Produzenten teurer Medikamente sich an den Festbeträgen orientieren, um keine Marktanteile zu verlieren. Doch die Tücke liegt wie immer im Detail. Beispielsweise im "und". In Paragraph 35 des Sozialgesetzbuchs V wird geregelt, für welche Medikamente die Festbeträge gelten. Und auch, für welche nicht, beispielsweise für "Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist *und* die eine therapeutische Verbesserung" bedeuten. Im nun diskutierten Entwurf steht jedoch: "deren Wirkungsweise neuartig ist *oder* die eine therapeutische Verbesserung" bedeutet. Fragt man Mitglieder des Gesundheitsausschusses, will niemand diese Änderung. Wem hilft auch eine neuartige Wirkungsweise, wenn sie die Therapie einer Krankheit nicht verbessert? Nun, der Pharmaindustrie. Die nämlich könnte dann Arzneien teurer verkaufen, die zwar neu sind, deren bessere Wirkung aber nicht nachgewiesen ist.

Gerade verbesserte Arzneimittel, Analogpräparate und Neuentwicklungen haben den Kostenanstieg des vergangenen Jahres verursacht, sagt der Heidelberger Pharmakologe Ulrich Schwabe. Oft sind diese Präparate jedoch nicht besser als eingeführte Mittel.

Quelle: Karsten Polke-Majewski, (© ZEIT online, 2.2.2006)

## 10 Ausblick: Wie geht es weiter?

Gesundheit wird immer teurer. Medizinischer Fortschritt trägt dazu bei, dass die Menschen länger leben und es ist unabwendbar, dass sie in ihrem letzten Lebensdrittel zunehmend mehr Gesundheitsdienstleistungen brauchen. Bezogen auf die Großregion wird dies bedeuten, dass man als Patient, als Wellness-Sucher oder auch als Dienstleister zunehmend „über den Tellerrand“ sehen wird. Die Länder der Großregion verfügen zwar über unterschiedliche Systeme bezüglich Gesundheit, die jeweilige Lebenserwartung ist aber in etwa gleich. Wenn das gleiche Ergebnis über unterschiedliche Wege erreicht wird, ist die Frage des Weges zweitrangig.

Es wird zunehmend häufiger werden, sich im „alltäglichen Europa“ über Grenzen hinweg zu orientieren, die nur noch mental vorhanden sind. Was nicht bedeutet, dass die Überschreitung mentaler Grenzen einfach sei. Besonders im hilflosen Zustand eines Patienten wird man versuchen - so weit es geht - nicht auch noch auf die gewohnte Kulturumgebung etwa durch Sprache zu verzichten. Wenn es um Gesundheit geht, sind die Menschen konservativ. Eher kauft ein Franzose ein deutsches Auto, als er sich ohne Not in ein deutsches Krankenhaus zur Behandlung begibt. Das gilt auch umgekehrt.

Die Mobilität von Patienten wird sich nach der Schwere der Erkrankung richten. Wenn ein Routineeingriff beim Nachbarn billiger ist, wird man ihn auch dort vornehmen lassen; wenn eine Kur in Mondorf - les - Bains Kosten spart, wird man sie auch dort antreten; wenn das Brillengestell in Frankreich kostengünstiger zu haben ist, wird man es auch dort kaufen. Wenn es um einfache und standardisierte Dinge geht, wie etwa um ein Rezept für die Antibabypille, wird man bereit sein, Grenzen zu überschreiten. In „einfachen Dingen“ wird man als „homo oeconomicus“ reagieren. Hauptsächlich dann, wenn es sich nicht um Kassenleistungen handelt und man die Entscheidung am eigenen Geldbeutel verspürt.

Was das ärztliche und das Pflegepersonal angeht, wird man dank erfreulich konvergierender Anerkennung von Abschlüssen, die im anderen System erfolgt sind, zu wachsender Mobilität gelangen. Hierbei sind Unterschiede in der Bezahlung starke und wirksame Zugkräfte, besonders dank des hohen luxemburgischen Lohnniveaus. Aber Luxemburg ist klein und kann sie ja nicht alle aufnehmen.

Als Großregion hat man alle Unterschiede, die es zwischen den beteiligten Nationen gibt „en gros“. Findet man hier im Lokalen eine Lösung, dann wäre diese sehr bald auf nationale Ebene übertragbar. In diesem Sinne sind die Bestrebungen der Großregion im Gesundheitswesen eine Art Versuchslabor für generelle zwischenstaatliche Regelungen.

## Literatur und Links

CEPROS, (2005), Gesundheitswesen in der Großregion, [www.health-informatics.lu](http://www.health-informatics.lu)

Geppert, Joachim / Schiffmann, Iris / Holzheimer, Gabriele, (2001),  
Grenzüberschreitende Beschäftigung im Gesundheitswesen Saar-Lor-Lux-  
Rheinland-Pfalz [www.wec-europa.org](http://www.wec-europa.org)

Kraus, Katrin/ Müller, Susanne / Gonon, Philipp, (2004), Gesundheitsberufe in der  
Großregion, IKO-Verlag für Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt am Main,  
London

PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, (2005), HealthCast 2020:  
Gesundheit zukunftsfähig gestalten, [www.pwc.com](http://www.pwc.com)

Rulle, Monika, (2004), Der Gesundheitstourismus in Europa – Entwicklungs-  
tendenzen und Diversifikationsstrategien, Profil Verlag München Wien

[www.aerztekammer-saarland.de](http://www.aerztekammer-saarland.de)

[www.aerztezeitung.de](http://www.aerztezeitung.de)

[www.argus-ak.de](http://www.argus-ak.de) (Gesundheitsnetz Saar)

[www.beauty24.de](http://www.beauty24.de) (Wellness-Hotels in Europa)

[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

[www.bzga.de](http://www.bzga.de) (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

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

[www.competence-site.de/healthcare.nsf](http://www.competence-site.de/healthcare.nsf)

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

[www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de)

[www.dkgev.de](http://www.dkgev.de) (Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft)

[www.ec.europa.eu/comm/health/ph-information](http://www.ec.europa.eu/comm/health/ph-information)

[www.ehcc.de](http://www.ehcc.de) (Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen)

[www.euregiogesundheitsportal.de](http://www.euregiogesundheitsportal.de)

[www.gesundheit-saar-moselle.org](http://www.gesundheit-saar-moselle.org)

[www.gesundheitswirtschaft.info](http://www.gesundheitswirtschaft.info)

[www.granderegion.net](http://www.granderegion.net)

[www.handicap-network.de](http://www.handicap-network.de)

[www.health-informatics.lu](http://www.health-informatics.lu)

[www.hotelbienetre.com](http://www.hotelbienetre.com)

[www.iuil.lu](http://www.iuil.lu) (projets et formations, santé publique)

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

[www.lzg-rlp.de](http://www.lzg-rlp.de)

[www.medical-contolling.de](http://www.medical-contolling.de)

[www.mondorf.lu](http://www.mondorf.lu)

[www.netzwerkgesundheitskommunikation.de](http://www.netzwerkgesundheitskommunikation.de)

[www.santetransfrontaliere.org](http://www.santetransfrontaliere.org)

[www.telemed-atlas.de](http://www.telemed-atlas.de)

[www.wellnesshotelweb.de](http://www.wellnesshotelweb.de)



Herausgeber:

**Joachim Geppert**

WEC – Wissenschafts- & Entwicklungs-Centrum  
[www.wec-europa.org](http://www.wec-europa.org)

MKW GmbH  
Ring am Gottwill 18  
66117 Saarbrücken  
Tel.: +49 (0)681 / 954 47 10  
[joachim.geppert@mkw-gmbh.de](mailto:joachim.geppert@mkw-gmbh.de)  
[www.mkw-gmbh.de](http://www.mkw-gmbh.de)

**Finanziert mit Mitteln des Arbeitsministeriums (MASFG) Rheinland-Pfalz**

