

Margitte Müller

Der Gesundheitssektor der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie

Strukturen und Optionen
in der grenzüberschreitenden
Gesundheitsversorgung

**Der Gesundheitssektor
der Grenzregion
Ostbrandenburg-Lubuskie**

Strukturen und Optionen
in der grenzüberschreitenden
Gesundheitsversorgung

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Dr. rer. pol.

(Doktor der Wirtschaftswissenschaften)

eingereicht an der

Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät

Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder)

von

Frau Diplom-Kauffrau Margitte Müller

geboren am 01.09.1977 in Berlin

Erstberichterstatter

Prof. Dr. Hermann Ribhegge

Zweitberichterstatter

Prof. Dr. Hans-Jürgen Wagener

Tag der mündlichen Prüfung

19. Juni 2006

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	VI
Abkürzungen	XI
1. Einführung	1
2. Rechtsrahmen für die Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union.....	6
2.1. Gesetzgebungskompetenz und europäische Sozialpolitik – Grundsätze	6
2.2. Koordinierendes Sozialrecht auf Grundlage der Freizügigkeit	10
2.2.1. Freizügigkeitsspezifisches Sozialrecht – Wanderarbeitnehmerverordnung Nr. 1408/71.....	11
2.2.2. Rechtlicher Status quo – die Verordnungen Nr. 631/2004 sowie Nr. 883/2004.....	15
2.3. Bedeutung des EU-Wirtschaftsrechts für die Sozialpolitik im Lichte der Rechtssprechung des Europäischen Gerichtshofs	16
2.3.1. Waren- und Dienstleistungsfreiheit in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung..	17
2.3.2. Zwischenfazit zur Patientenmobilität – Vereinbarkeit von freizügigkeitsspezifischem Sozialrecht und EG-Vertrag.....	21
2.3.3. Freier Warenverkehr und Arzneimittelversorgung innerhalb der EU.....	22
2.3.4. Zur Niederlassungsfreiheit – Erbringung von Gesundheitsleistungen durch ausländische Anbieter	23
2.3.5. Grenzüberschreitende Versorgungsverträge.....	25
2.4. Ausblick zur europäischen Rechtsentwicklung	25
2.4.1. Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt	26
2.4.2. Offene Methode der Koordinierung	27
2.5. Nationale Umsetzung der europäischen Rechtsvorschriften	29
2.5.1. Nationale Umsetzung in Deutschland.....	29
2.5.2. Nationale Umsetzung in Polen	31
2.6. Aktueller Stand der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Europa	33
2.6.1. Patientenwanderung.....	33
2.6.2. Leistungseinkauf im EU-Ausland	34
2.6.3. Regionale Besonderheiten – Grenzregionen	35
3. Die Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie	37
3.1. Motivation	37
3.2. Lage und Größe der Grenzregion	38
3.3. Methodisches Vorgehen bei der Untersuchung.....	40
3.4. Demographische Daten	42
3.4.1. Bevölkerungsentwicklung	42
3.4.2. Hintergrund Bevölkerungsentwicklung.....	45
3.4.3. Altersstruktur der Bevölkerung	57
3.4.4. Bevölkerungsprognose	60
3.5. Wirtschafts- und Erwerbsstruktur.....	64
3.5.1. Bruttoinlandsprodukt (BIP).....	64
3.5.2. Bruttowertschöpfung und Wirtschaftsstruktur	67
3.5.3. Arbeitsmarkt.....	69
3.6. Fazit	76

4.	Determinanten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung	78
4.1.	Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen.....	79
4.1.1.	Relevante Aspekte der deutschen und polnischen Gesundheitsversorgung	79
4.1.2.	Gesundheitszustand der Bevölkerung – ausgewählte Gesundheitsindikatoren	87
4.1.3.	Mobilität und Konsumententscheidungen der Nachfrager von Gesundheitsleistungen (Patientenwanderung).....	96
4.2.	Motive für Patientenwanderungen in der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie	100
4.2.1.	Wanderungsanreize polnischer Patienten	100
4.2.2.	Wanderungsanreize deutscher Patienten.....	104
4.2.3.	Fazit zur Patientenwanderung.....	107
4.3.	Angebot von Gesundheitsdienstleistungen in der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie.....	107
4.3.1.	Versorgungsstrukturen in Ostbrandenburg.....	108
4.3.2.	Versorgungsstrukturen in Lubuskie	123
4.3.3.	Versorgungssituation in der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie.....	133
4.4.	Motive der Anbieter für grenzüberschreitende Leistungserbringung und Wanderung	136
4.4.1.	Rationalverhalten der Ärzte	136
4.4.2.	Motive der Anbieter in der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie	142
5.	Untersuchung in der Grenzregion	146
5.1.	Methodisches Vorgehen – Befragung in der Grenzregion.....	146
5.2.	Zur Auswertung der Daten im ambulanten Bereich	149
5.2.1.	Allgemein	149
5.2.2.	Personalausstattung.....	150
5.2.3.	Ausstattung mit Ressourcen	152
5.2.4.	Leistungsanspruchnahme durch in- und ausländische Patienten	153
5.2.5.	Expansion ins Nachbarland – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung	157
5.3.	Zur Auswertung der Daten im stationären Bereich	160
5.3.1.	Allgemein	160
5.3.2.	Personalausstattung.....	160
5.3.3.	Ausstattung mit Ressourcen	161
5.3.4.	Leistungsanspruchnahme durch in- und ausländische Patienten	164
5.3.5.	Expansion ins Nachbarland – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung	167
5.4.	Zur Auswertung der Daten im Pflegebereich	169
5.4.1.	Allgemein	169
5.4.2.	Personalausstattung.....	169
5.4.3.	Leistungsanspruchnahme durch in- und ausländische Nachfrager.....	170
5.4.4.	Expansion ins Nachbarland – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung	172
5.5.	Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick.....	174

6.	Handlungsoptionen für den Gesundheitssektor – Implikationen für Ostbrandenburg	175
6.1.	Ein einfaches Migrationsmodell	175
6.2.	Überwindung von Integrationshemmnissen auf der Anbieterseite.....	179
6.2.1.	Ambulante Versorgung	180
6.2.2.	Stationäre Versorgung.....	188
6.2.3.	Vergleichende Bewertung bisheriger Integrationsschritte	191
6.3.	Anmerkungen zur Nachfragerseite.....	192
7.	Schlussbemerkung	194
Anhang A		195
Anhang B		201
Anhang C		216
Literaturverzeichnis		229

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tab. 2.2.1	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Artikel 19-22c VO 1408/71.....	14
Abb. 3.2.1	Deutsch-polnische Grenzregion.....	38
Abb. 3.4.1	Bevölkerungsentwicklung im Grenzgebiet, 1996-2003.....	43
Abb. 3.4.2	Bevölkerungsdichte in der Grenzregion, 2003.....	44
Abb. 3.4.3	Räumliche, natürliche Bevölkerungsentwicklung sowie Gesamtsaldo für Ostbrandenburg, 1996-2002.....	46
Abb. 3.4.4	Räumliche, natürliche Bevölkerungsentwicklung sowie Gesamtsaldo für Lubuskie, 1996-2003.....	47
Abb. 3.4.5	Natürliche Bevölkerungsentwicklung in Ostbrandenburg.....	47
Abb. 3.4.6	Entwicklung der Geburtenrate Ostbrandenburgs im Vergleich, 1994-2002.....	48
Abb. 3.4.7	Entwicklung der Sterberate Ostbrandenburgs im Vergleich, 1994-2002.....	49
Abb. 3.4.8	Natürliche Bevölkerungsentwicklung in Lubuskie im Vergleich, 1996-2003.....	50
Abb. 3.4.9	Entwicklung der Geburtenrate Lubuskies im Vergleich, 1996-2003.....	50
Abb. 3.4.10	Entwicklung der Sterberate Lubuskies im Vergleich, 1996-2003.....	51
Abb. 3.4.11	Migration in Ostbrandenburg und im Land Brandenburg, 1996-2003.....	52
Abb. 3.4.12	Wanderungssaldo je 1.000 der Bevölkerung im Land Brandenburg sowie in Ostbrandenburg.....	52
Abb. 3.4.13	Wanderungssaldo in Ostbrandenburg.....	53
Abb. 3.4.14	Migration in Lubuskie und Ostbrandenburg, 1996-2003.....	54
Abb. 3.4.15	Zu- und Fortzüge in Lubuskie, 1996-2003.....	54
Abb. 3.4.16	Zu- und Fortzüge von und nach Berlin aus Ostbrandenburg.....	55
Abb. 3.4.17	Wanderung mit dem Ausland für Lubuskie, 1996-2003.....	56
Abb. 3.4.18	Fortzüge aus Lubuskie innerhalb Polens nach Altersklassen, 1999-2003.....	57
Abb. 3.4.19	Migration ins Ausland nach Altersgruppen für Lubuskie, 1999-2003.....	57
Abb. 3.4.20	Kinder- und Altenquotient im Land Brandenburg, 1994-2002.....	59
Abb. 3.4.21	Entwicklung der Altersstruktur in Lubuskie und Polen im Vergleich, 1996-2003.....	60
Abb. 3.4.22	Prognose des Alten- und Kinderquotient im Land Brandenburg für den Zeitraum 2005-2020.....	61
Abb. 3.4.23	Altersbäume für das Land Brandenburg in den Jahren 2002 und 2020.....	62
Abb. 3.4.24	Bevölkerungsprognose nach ausgewählten Altersgruppen in Ostbrandenburg, die Jahre 2005 und 2020 im Vergleich.....	63
Abb. 3.4.25	Prognose der Belastungsquotienten in Lubuskie für den Zeitraum 2005-2020.....	64
Abb. 3.5.1	Entwicklung des nominalen BIP je Einwohner in Ostbrandenburg im Vergleich, 1994-2002.....	65
Abb. 3.5.2	Entwicklung des nominalen BIP je Einwohner in Lubuskie im Landesvergleich, 1996-2002.....	66
Abb. 3.5.3	Entwicklung des BIP je Einwohner in der Grenzregion, 1996-2002.....	66
Abb. 3.5.4	Bruttowertschöpfung nach Wirtschaftsbereichen im Land Brandenburg, 1991 sowie 1998-2002.....	67
Abb. 3.5.5	Bruttowertschöpfung nach Wirtschaftsbereichen im Land Brandenburg, 2002.....	68
Abb. 3.5.6	Bruttowertschöpfung nach Wirtschaftsbereichen in Lubuskie, 2002.....	68
Abb. 3.5.7	Beschäftigte nach Sektoren im Land Brandenburg, 2002.....	69
Abb. 3.5.8	Beschäftigte nach Sektoren in Lubuskie, 2003.....	70
Abb. 3.5.9	Erwerbslosenquoten nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Land Brandenburg, 2003.....	71
Abb. 3.5.1	Entwicklung der Arbeitslosenquoten im Vergleich, 1994-2003.....	71

Abb. 3.5.11	Entwicklung der Arbeitslosenquoten in Lubuskie, 2000-2004.....	72
Abb. 3.5.12	Arbeitslosigkeit nach Altersgruppen im Land Brandenburg, 1999-2003.....	73
Abb. 3.5.13	Jugendarbeitslosigkeit im Land Brandenburg und Deutschland, 1999-2004.....	73
Abb. 3.5.14	Registrierte Arbeitslose in Lubuskie nach Altersgruppen, 2000-2003.....	74
Abb. 3.5.15	Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen im Land Brandenburg, 1994-2002.....	75
Abb. 3.5.16	Registrierte Arbeitslose in Lubuskie nach Dauer der Arbeitslosigkeit für die Jahre 2000, 2002 und 2003.....	75
Abb. 3.6.1	Prognostizierte Bevölkerungsstrukturveränderung in der Grenzregion für die Jahre 2005 und 2020.....	76
Abb. 4.1.1	Gesamte Gesundheitsausgaben in Prozent des jeweiligen BIP für Deutschland und Polen, 1992-2001.....	85
Abb. 4.1.2	Reale Gesundheitsausgaben in PPP\$ pro Kopf für Deutschland und Polen, 1992-2002.....	85
Abb. 4.1.3	Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben für Deutschland und Polen, 1992-2002.....	86
Abb. 4.1.4	Entwicklung der Lebenserwartung nach Geschlecht im Land Brandenburg und Deutschland, 1992-2004.....	88
Abb. 4.1.5	Entwicklung der Lebenserwartung für Neugeborene in Lubuskie und Polen, 1995-2003.....	89
Abb. 4.1.6	Säuglingssterbefälle im Land Brandenburg und in Deutschland, 1990-2003.....	90
Abb. 4.1.7	Säuglingssterblichkeit in Lubuskie und Polen, 1990-2003.....	90
Abb. 4.1.8	Standardisierte Sterberate: Kreislauferkrankungen in Deutschland und Polen, 1990-2001.....	91
Abb. 4.1.9	Standardisierte Sterberate: Ischämische Herzkrankheiten in Deutschland und Polen, 1990-2001.....	92
Abb. 4.1.10	Standardisierte Sterberate: Zerebrovaskuläre Herzkrankheiten in Deutschland und Polen, 1990-2001.....	92
Abb. 4.1.11	Standardisierte Sterberate: Sonstige Formen an Kreislaufkrankheiten in Deutschland und Polen, 1990-2001.....	93
Abb. 4.1.12	Standardisierte Sterberate: Bösartige Neubildungen sowie bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (Luftröhre, Bronchien, Lunge) in Deutschland und Polen, 1990-2001.....	94
Abb. 4.1.13	Standardisierte Sterberate: Tuberkulose in Deutschland und Polen, 1990-2001.....	95
Abb. 4.1.14	Standardisierte Sterberate: Appendizitis in Deutschland und Polen, 1990-2001.....	95
Abb. 4.3.1	Entwicklung der Arztdichte im Land Brandenburg und Ostbrandenburg, 1991-2004.....	109
Abb. 4.3.2	Berufstätige Ärzte in Ostbrandenburg, 2004.....	109
Abb. 4.3.3	Entwicklung der Vertragsärztezahle im Land Brandenburg mit Altersstruktur, 1995-2004.....	111
Abb. 4.3.4	Versorgungsgrade mit Hausärzten in Prozent des optimalen Versorgungsgrades für Ostbrandenburg, 2004.....	112
Abb. 4.3.5	Versorgungsgrade mit Hausärzten in Prozent ohne Ärzte älter als 60 Jahre für Ostbrandenburg, 2004.....	113
Abb. 4.3.6	Zu versorgende Einwohner je behandelndem Zahnarzt im Land Brandenburg, Ostdeutschland und Deutschland im Vergleich, 1993-2003.....	114
Abb. 4.3.7	Krankenhäuser im Land Brandenburg – Standortübersicht, 2004.....	116
Abb. 4.3.8	Aufgestellte Betten je 100.000 Einwohner im Land Brandenburg sowie in Deutschland, 1991-2004.....	117

Abb. 4.3.9	Fallzahlenentwicklung im Land Brandenburg und Deutschland, 1991-2003.....	117
Abb. 4.3.10	Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus im Land Brandenburg und Deutschland, 1991-2003.....	118
Abb. 4.3.11	Durchschnittliche Bettenauslastung im Land Brandenburg und Deutschland, 1991-2003.....	119
Abb. 4.3.12	Personalbelastungszahl in Bezug auf belegte Betten im Land Brandenburg und Deutschland, 1991-2003.....	120
Abb. 4.3.13	Personalbelastungszahl in Bezug auf Behandlungsfälle im Land Brandenburg und Deutschland, 1991-2003.....	121
Abb. 4.3.14	Ambulante Pflegeeinrichtungen im Land Brandenburg nach Trägerschaft für die Jahre 1999, 2001 und 2003.....	122
Abb. 4.3.15	Beschäftigte nach Sub-Sektoren in Lubuskie, 2003.....	124
Tab. 4.3.1	Medizinisches Personal in Lubuskie und Polen, 2003.....	125
Tab. 4.3.2	Ambulante Einrichtungen in Lubuskie, 1999-2003.....	127
Tab. 4.3.3	In der ambulanten Grundversorgung (POZ) tätiges medizinisches Personal, 2001-2003.....	128
Abb. 4.3.16	Zahnärzte nach Einrichtung in Lubuskie, 2003.....	129
Tab. 4.3.4	Krankenhäuser und Bettenausstattung in Lubuskie, 1999-2003.....	130
Abb. 4.3.17	Fallzahlenentwicklung je 100.000 Einwohner in Lubuskie und Polen, 1996-2003.....	131
Abb. 4.3.18	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen in Lubuskie und Polen, 1996-2003.....	131
Abb. 4.3.19	Auslastung der Krankenhäuser in Lubuskie und Polen, 1996-2003.....	132
Abb. 4.3.20	Berufstätige Ärzte in Lubuskie und Ostbrandenburg, 2001-2003.....	133
Abb. 4.3.21	Zahnarztdichte je 100.000 Einwohner im Vergleich, 1995-2003.....	134
Abb. 4.3.22	Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner im Vergleich, 1995-2003.....	135
Tab. 4.4.1	Fallzahlen je Vertragsarzt in freier Praxis, Ost- und Westdeutschland im Vergleich der Jahre 1999 bis 2004.....	139
Tab. 4.4.2	Einkommen, Wochenarbeitszeit und Nettostundenlohn vollbeschäftigter Ärzte.....	140
Abb. 5.1.1	Deutsch-polnische Grenzregion.....	147
Tab. 5.2.1	Antworten nach Fachrichtungen im ambulanten Bereich.....	150
Tab. 5.2.2	Beschäftigte in ambulanten Einrichtungen.....	151
Tab. 5.2.3	Ausländische Beschäftigte in ambulanten Einrichtungen in der Grenzregion.....	151
Tab. 5.2.4	Zur PC-Nutzung in ambulanten Einrichtungen.....	152
Tab. 5.2.5	Geräteausstattung je ambulanter Einrichtung.....	153
Tab. 5.2.6	Durchschnittliche Patientenzahl (Fallzahl) je praktizierendem Arzt im Jahr 2003.....	154
Tab. 5.2.7	Einnahmequelle der Ärzte im ambulanten Bereich.....	155
Tab. 5.2.8	Behandelte ausländische Patienten in ambulanten Einrichtungen im Jahr 2003.....	155
Tab. 5.2.9	Anbieterschätzung: Hauptbeweggründe der Leistungsanspruchnahme in ambulanten Einrichtungen für ausländische Patienten.....	156
Abb. 5.2.1	Anbieterschätzung zur Entwicklung des Ausländeranteils unter den Patienten in ambulanten Einrichtungen.....	157
Tab. 5.2.10	Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich.....	158
Tab. 5.2.11	Sprachkenntnisse des Personals in ambulanten Einrichtungen.....	159
Tab. 5.3.1	Personal und Personalbelastung je Vollkraft in stationären Einrichtungen im Jahr 2003.....	161
Tab. 5.3.2	Ausländische Beschäftigte in stationären Einrichtungen.....	161
Tab. 5.3.3	Medizintechnische Geräteausstattung in stationären Einrichtungen.....	162
Tab. 5.3.4	Anteil der Ein-, Zwei-, Drei- und Mehrbettzimmer in stationären Einrichtungen.....	163
Tab. 5.3.5	Ausstattung der Zimmer in stationären Einrichtungen.....	164

Tab. 5.3.6	Behandelte ausländische Patienten in stationären Einrichtungen im Jahr 2003.....	164
Tab. 5.3.7	Anbieterschätzung: Hauptbeweggründe der Leistungsanspruchnahme in stationären Einrichtungen für ausländische Patienten.....	165
Tab. 5.3.8	Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im stationären Bereich.....	168
Tab. 5.3.9	Sprachkenntnisse des Personals in stationären Einrichtungen.....	169
Tab. 5.4.1	Personal in ambulanten Pflegeeinrichtungen.....	170
Tab. 5.4.2	Pflegebedürftige und Pflegequoten in ambulanten Pflegeeinrichtungen im Jahr 2003.....	171
Abb. 5.4.1	Anbieterschätzung zu Entwicklung des Ausländeranteils im ambulanten Pflegebereich.....	172
Tab. 5.4.3	Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im ambulanten Pflegebereich.....	173
Tab. 5.4.4	Sprachkenntnisse des Personals im ambulanten Pflegebereich.....	173
Abb. 6.1.1	Ein einfaches Migrationsmodell.....	176
Abb. 6.1.2	Wohlfahrt im Autarkiegleichgewicht.....	177
Abb. 6.1.3	Wohlfahrtseffekte der Migration.....	179
Tab. A-1	Bevölkerungsentwicklung in der Ostbrandenburg in den Jahren 1994-2003.....	195
Tab. A-2	Bevölkerungsentwicklung in Lubuskie und Polen, 1996-2003.....	196
Tab. A-3	Bevölkerungsdichte (Personen je km ²) in der Grenzregion 1996-2003.....	196
Tab. A-4	An Bevölkerungsbewegung beteiligte Personen in der Grenzregion, 1996-2002.....	197
Tab. A-5	Nominales Bruttoinlandsprodukt in der Grenzregion in Mio. Euro, 1994-2002.....	197
Tab. A-6	Reale BIP-Wachstumsraten im jeweiligen Vergleich zum Vorjahr für Ostbrandenburg, 1995-2002.....	198
Tab. A-7	Entwicklung des nominalen BIP je Einwohner in Ostbrandenburg im Vergleich, 1994-2002.....	198
Tab. A-10	Bruttowertschöpfung nach Wirtschaftsbereichen im Land Brandenburg und in Deutschland, 2002.....	199
Tab. A-11	Erwerbslosenquoten in Ostbrandenburg, 1994 – 2002.....	199
Tab. A-12	Arbeitslosenquoten nach Landkreisen und kreisfreien Städten . im Land Brandenburg, 1994-2003.....	200
Abb. B-1	Beschäftigte (in Tausend) im Gesundheitswesen in Deutschland, 2002.....	201
Abb. B-2	Praktizierende Ärzte je 100.000 Einwohner in ausgewählten EU-Ländern, 2002.....	202
Abb. B-3	Berufstätige Ärzte je 100.000 Einwohner in Deutschland nach Bundesländern, 2001..	203
Tab. B-1	Berufstätige Ärzte und Arztquoten in Ostbrandenburg sowie im Land Brandenburg, 2001-2004.....	203
Tab. B-2	Berufstätige Ärzte und Arztquoten in Ostbrandenburg sowie im Land Brandenburg in freier Praxis und ambulanten Einrichtungen, 2001-2004.....	204
Tab. B-3	Berufstätige Ärzte in Ostbrandenburg sowie im Land Brandenburg im Krankenhaus, 2001-2004.....	204
Abb. B-4	Altersstruktur der Vertragärzte im Land Brandenburg, Jahre 1995 und 2004 im Vergleich.....	205
Tab. B-4	Einwohner je Hausarzt und Versorgungsgrade in Ostbrandenburg, 2004.....	205
Tab. B-5	Zahnärzte sowie Zahnarzt-dichte im Land Brandenburg und Deutschland, 1993-2004.....	206
Abb. B-5	Zahnärzte je 100.000 Einwohner, 1991-2003.....	207
Tab. B-6	Zahl der Krankenhäuser, aufgestellte Betten und Betten je 100.000 Einwohner im Land Brandenburg sowie in Deutschland, 1991-2004.....	207
Tab. B-7	Bettenangebot im Land Brandenburg nach Fachgebieten je 100.000 Einwohner, 1991-2003.....	208

Tab. B-8	Patientenbewegung im Land Brandenburg und Deutschland im Vergleich, 1991-2003.....	209
Tab. B-9	Personalentwicklung in den Krankenhäusern des Landes Brandenburg, 1991-2003.....	210
Tab. B-10	Situation in den ambulanten Pflegediensten in Deutschland, 2003.....	211
Tab. B-11	Entwicklung der Quote betreuter Pflegebedürftigen je Personal in ambulanten Pflegeeinrichtungen im Land Brandenburg und Deutschland für die Jahre 1999, 2001 und 2003.....	211
Tab. B-12	Entwicklung der Quote betreuter Pflegebedürftigen je Personal in Pflegeheimen im Land Brandenburg und Deutschland für die Jahre 1999, 2001 und 2003.....	212
Tab. B-13	Pflegebedürftige nach Art der Betreuung im Land Brandenburg und Deutschland für die Jahre 1999, 2001 und 2003.....	212
Tab. B-14	Medizinisches Personal in Gesundheitsbetrieben (ZOZ) in Lubuskie und Polen im Vergleich, 1999-2003.....	212
Tab. B-15	Medizinisches Personal in Gesundheitsbetrieben (ZOZ) in Lubuskie, 1999-2003.....	213
Tab. B-16	Ambulante Einrichtungen in Polen, 1999-2003.....	213
Tab. B-17	Zahl der Krankenhäuser, aufgestellte Betten und Betten je 100.000 EW in Polen, 1990-2003.....	214
Tab. B-18	Patientenbewegung in Lubuskie und Polen im Vergleich, 1996-2003.....	215
Abb. B-6	Einzelne Erhebungsmerkmalen in der stationären Versorgung.....	215
Abb. C-1	Fragebogen ambulanter Bereich (deutsche Sprachversion)	217
Abb. C-2	Fragebogen stationärer Bereich (deutsche Sprachversion)	219
Abb. C-3	Fragebogen ambulanter Pflegebereich (deutsche Sprachversion)	221
Abb. C-4	Fragebogen ambulanter Bereich (polnische Sprachversion)	223
Abb. C-5	Fragebogen stationärer Bereich (polnische Sprachversion)	225
Abb. C-6	Fragebogen ambulanter Pflegebereich (polnische Sprachversion)	227

Abkürzungen

Abb.	Abbildung
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
c.p.	ceteris paribus
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Orchoy Zdrowia, Informationszentrum des Gesundheitswesens in Warschau
DRG	Diagnosis related groups, Fallpauschalen
EHIC	European Health Insurance Card
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EW	Einwohner
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-Modernisierungsgesetz
GUS	Główny Urząd Statystyczny w Warszawie, Zentralamt für Statistik in Warschau
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Sozialversicherungsanstalt der Landwirte
KV-Ost	Kassenärztliche Vereinigung des neues Bundesländer
KVBB	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZVLB	Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg
LÄKB	Landesärztekammer Brandenburg
LASV	Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg
LCZP	Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego, Lubusker Zentrum für öffentliche Gesundheit
LDS BB	Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg
LKB	Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V.
LZKB	Landeszahnärztekammer Brandenburg
MASGF	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg
MOE	Mittelosteuropa
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NHS	National Health Service
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia, Nationaler Gesundheitsfonds
NZOZ	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Nicht-öffentlicher Gesundheitsbetrieb
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OMK	Offene Methode der Koordinierung
PBZ	Personalbelastungszahl
PKV	Private Krankenversicherung
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna, Medizinische Grundversorgung
PPP	Purchasing power parity, Kaufkraftparität

SGB	Sozialgesetzbuch
SPZOZ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Öffentlicher selbstständiger Gesundheitsbetrieb
Tab.	Tabelle
UNUZ	Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, Aufsichtsbehörde für die Krankenkassen
VO	Verordnung
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
ZOZ	Zakład Opieki Zdrowotnej, Gesundheitsbetrieb
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Sozialversicherungsanstalt

1. Einführung

Die EU-Osterweiterung war und ist das bestimmende Thema in Europa seit dem Kollaps der ehemaligen sozialistischen politischen Systeme Mittelosteuropas und ihrer planwirtschaftlichen Ökonomien. Die in den betroffenen Staaten einsetzende Transformation konfrontierte auch alle anderen Staaten Europas mit veränderten Rahmenbedingungen, auf die es zu reagieren galt. Daher war das letzte Jahrzehnt des vergangenen Jahrtausends vor allem durch die wirtschaftliche Annäherung der europäischen Nationalstaaten bestimmt und politisch vom Bekenntnis zu einer Union gekennzeichnet.

Die mittelosteuropäischen Staaten positionierten sich zu Beginn der 1990er Jahre politisch und wirtschaftlich neu. Mehrheitlich wurde hierbei dem Wunsch Ausdruck gegeben, der Europäischen Gemeinschaft resp. Europäischen Union beizutreten. Mit der Unterzeichnung von Beitrittsanträgen setzten die Verhandlungen zur fünften Runde¹ mit den ehemaligen Ostblockstaaten und zwei weiteren Staaten ein. Der Rat der Europäischen Union erwartete hierfür von den Beitrittskandidaten die Erfüllung gewisser Auflagen – der sog. „Kopenhagen-Kriterien“. Im Wesentlichen ging es darum, sicherzustellen, dass die Kandidatenländer ab dem Zeitpunkt des Beitritts den *acquis communautaire* übernehmen sowie anwenden können und ihre Wirtschaft dem Wettbewerb des Binnenmarktes standhalten kann.

So wie sich die Beitrittskandidaten auf die Mitgliedschaft vorbereiten mussten, galt es auch, die Gemeinschaft auf diese bisher größte Aufnahmerunde strategisch vorzubereiten. Dafür wurden in Berlin (1999) die finanziellen Rahmenbedingungen mit der „Agenda 2000“ festgehalten, in Nizza (2000) institutionelle Anpassungen vorgenommen und seit Laeken (2001) arbeitet ein Konvent zur Zukunft Europas. Nach diesen Vorbereitungsmaßnahmen beschloss der EU-Gipfel in Kopenhagen (2002) den Beitritt von zehn Staaten zum 1. Mai 2004. Mit der Unterzeichnung eines Beitrittsvertrages für alle zehn Kandidatenländer² im April 2003 in Athen wurde fixiert, dass die Republik Polen neben neun weiteren Staaten als Mitglied aufgenommen wird. Das polnische Referendum im Jahr 2003 bestätigte die Bereitschaft Polens zum Beitritt. Die Osterweiterung trat dann am 1. Mai 2004 offiziell in Kraft.

Für die Beurteilung der ökonomischen Konsequenzen der Osterweiterung ist zu bedenken, dass die formale Integration der Gütermärkte zwischen den Beitrittsländern und der EU-15 schon vor dem eigentlichen Beitritt in Form von Freihandelsabkommen stattgefunden hat. Die stärksten Veränderungen sind daher für die zuvor weitgehend abgeschot-

¹ Verhandlungen wurden mit Polen, Tschechien, der Slowakischen Republik, Litauen, Lettland, Estland, Ungarn, Slowenien, Bulgarien, Rumänien, Malta und Zypern aufgenommen.

² Beigetreten sind Polen, Tschechien, die Slowakische Republik, Litauen, Lettland, Estland, Ungarn, Slowenien sowie Malta und (der griechische Teil von) Zypern. Ab 2007 könnten Rumänien und Bulgarien Mitglieder der EU werden. Mit der Türkei werden die Beitrittsverhandlungen aufgenommen, sobald diese die Beitrittskriterien erfüllen. Selbiges gilt für die übrigen Staaten Ex-Jugoslawiens und Albanien.

teten Arbeitsmärkte sowie den internationalen Handel mit Dienstleistungen zu erwarten. Beide Formen der Marktintegration sind in weitaus stärkerem Maße als der Güterhandel durch das Vorliegen von Distanzkosten geprägt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sowohl Arbeitskräftewanderung als auch internationaler Dienstleistungshandel in der Regel auf den Grenzübertritt von Personen angewiesen sind (im Falle des Dienstleistungshandels können dies Anbieter oder Nachfrager sein). Es erscheint daher plausibel anzunehmen, dass in unmittelbarer Grenznähe die Auswirkungen der Osterweiterung am stärksten spürbar sein werden.

Der Gesundheitssektor in der deutsch-polnischen Grenzregion ist ausgehend von dieser Überlegung ein offensichtliches Forschungsobjekt: Für die Gesundheitsversorgung, die bislang weitgehend auf nationaler Ebene erfolgte, eröffnet sich erstmals eine grenzüberschreitende Perspektive. Im Prinzip vorstellbar ist sowohl eine Wanderung der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen als auch diejenige von Patienten. In der vorliegenden Arbeit wird der Effekt der Osterweiterung auf den Gesundheitssektor exemplarisch anhand der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie analysiert.

Die Bedeutung des Gesundheitssektors für diese Region steht außer Frage. Aus deutscher Sicht ist die Versorgungssicherheit mit medizinischen Leistungen ein wichtiger Standortfaktor für die wirtschaftliche Entwicklung im Allgemeinen. Andererseits gibt es derzeit wohldokumentierte Schwierigkeiten, in ausreichender Menge medizinisches Fachpersonal für die Tätigkeit in Ostbrandenburg zu gewinnen. Dies lässt die Frage nach Chancen, die sich aus dem Beitritt Polens zur EU ergeben, ins Blickfeld geraten. Auf einem allgemeineren Niveau ist zu erwarten, dass von den mit der EU-Erweiterung verbundenen rechtlichen und wirtschaftlichen Neuregelungen Impulse für Veränderungen in der Angebots- und Nachfragestruktur auf beiden Seiten der Grenze ausgehen. Der so ermöglichte (wechselseitige) Zugang in den jeweils anderen Gesundheitsmarkt würde im Prinzip die Entstehung einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ermöglichen.

Da „Gesundheit“ aufgrund der oben angesprochenen Distanzkosten ein lokales Gut darstellt, sind Haushalte und Leistungserbringer der Grenzregionen die zu erwartenden Akteure auf diesem Markt. Des Weiteren ist anzunehmen, dass die nationalen Gegebenheiten im jeweiligen Gesundheitssektor eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung forcieren, da hier zwei sehr unterschiedlich (gut) funktionierende Systeme auf eine relativ hohe altersbedingte Nachfrage³ nach Gesundheitsgütern und -dienstleistungen treffen.

In der Fülle der Publikationen zur Thematik der EU-Osterweiterung spielt der Gesundheitssektor eine untergeordnete Rolle. Die Länderberichte der EU-Kommission thematisieren die sozialen Sicherungssysteme erstmals Ende der 1990er Jahre anlässlich der polnischen Reform des Renten- und Krankenversicherungssystems. Im Vergleich zu den für den Beitritt notwendigen marktwirtschaftlichen und rechtlichen Reformen wurde das Thema

³ Diese hohe altersbedingte Nachfrage ist einhergehend mit der demographischen Entwicklung in Europa.

jedoch eher stiefmütterlich behandelt. Dies ist nachvollziehbar, da die EU in diesem Bereich keine eigenen Kompetenzen besitzt. In den Beitrittsbedingungen wurde daher nicht explizit auf den Gesundheitssektor eingegangen.

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf Veröffentlichungen verschiedener Provenienz. Dabei ist die Quellenlage zu den verschiedenen Aspekten der behandelten Fragestellung höchst unterschiedlich. Die Gesundheitsökonomie hat sich in der Vergangenheit zu einem eigenständigen Forschungsgebiet entwickelt und dementsprechend sind zu den verschiedenen theoretischen Grundlagen des Versicherungs- und Versorgungsmarktes im Gesundheitswesen viele Publikationen verfügbar. Ebenso ist die Literatur zum deutschen Gesundheitswesen und zur Gesundheitspolitik mannigfaltig: Sie reicht von Modellen zur Krankenversicherung über Vergleiche zwischen beitrags- und steuerfinanzierten Lösungen bis hin zu Diskussionen über die durchgeführten Reformen. Gesundheitspolitisch verliert sich der Diskurs jedoch oft in Detailbetrachtungen (vgl. beispielsweise die Debatte um die sog. Praxisgebühr) und ist auch emotional sehr geladen: betrachte man nur die Reaktionen auf Überlegungen der Gesundheitsökonom Breyer und Wiemeyer, eine altersbedingte Rationierung einzuführen.⁴ Zumeist sind Publikationen zum deutschen Gesundheitswesen Spiegel der aktuellen Veränderungen im sozialen Sicherungssystem Deutschlands. In den letzten Jahren hat die „Europatauglichkeit“ des deutschen Gesundheitswesens – zumindest teilweise – Eingang in wissenschaftliche Betrachtungen gefunden. Dabei stehen jedoch fast ausschließlich rechtliche Aspekte im Vordergrund, weniger die ökonomische Betrachtungsweise. Zu nennen sind vor allem Publikationen des Max-Planck-Institutes für ausländisches und internationales Sozialrecht.

Wissenschaftliche Literatur zum polnischen Gesundheitswesen hingegen ist kaum verfügbar. In Polen gibt es zwei Forschungsinstitute, das *Center for Social and Economic Research CASE*⁵ in Warschau und das *Institute of Public Health* der Jagiellonischen Universität zu Krakau⁶, die sich mit dem polnischen System beschäftigen. Diese haben auch wesentlich zu Ergebnissen einer Studie über die Gesundheitssysteme in den Beitrittskandidatenländern im Auftrag der Europäischen Kommission beigetragen und den Stand des polnischen Gesundheitswesens vor dem EU-Beitritt untersucht.⁷ Außerhalb Polens wird zu diesem Thema kaum geforscht; eine Ausnahme stellt die Publikation von Podzerek-Knop (2004) über die polnische Gesundheitsreform von 1999 dar.

Die deutsch-polnische Grenzregion betreffend, sind die meisten Veröffentlichungen an der Europa-Universität Viadrina bzw. ihr assoziierten Institutionen (beispielsweise FIT,

⁴ Es ging um die Frage, ob Patienten, die älter als 75 Jahre sind, ebenso intensive Behandlungen erhalten sollten wie jüngere. Ältere Menschen seien die Hauptinanspruchnehmer der Leistungen, würden diese jedoch nur noch zu einem vergleichsweise sehr geringen Teil mitfinanzieren. Zudem ließe sich ihre Gesundheit letztendlich immer weniger wiederherstellen. Dies wirke sich negativ auf die Performance des Systems aus.

⁵ Vgl. <http://www.case.com.pl/>.

⁶ Vgl. <http://www.szp.cm-uj.krakow.pl/>.

⁷ Vgl. Golinowska et al. (2003).

KoWA) entstanden. Die polnische Transformation war vielfach Gegenstand der Untersuchungen. Jedoch fand auch hier das Gesundheitswesen in der Grenzregion kaum Eingang in die Forschung.⁸

Nach eingehender Sichtung der (gesundheitsökonomischen) Literatur erhärtet sich der Eindruck, dass es einen Mangel an Untersuchungen zu den Auswirkungen der EU-Osterweiterung mit regionalem Fokus gibt. Für das Gesundheitswesen in den Grenzgebieten sind bis dato kaum Optionen diskutiert worden, da der Forschungsschwerpunkt augenscheinlich vorwiegend auf der Ausgestaltung der nationalen Systeme liegt. Hier setzt die vorliegende Arbeit an, mit dem Ziel, das durch die Marktöffnung bedingte Veränderungspotential für den Gesundheitssektor in der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie zu beleuchten. Ausgehend von einer Darstellung des Gesundheitswesens sollen Handlungsoptionen für Ostbrandenburg in diesem Sektor aufgezeigt werden.

Zu diesem Zwecke werden zunächst Haupteinflussfaktoren sowie Akteure für die Gestaltung des Gesundheitssektors in der Grenzregion identifiziert und deren Handlungsrahmen bestimmt. Im Einzelnen wird entsprechend den europäischen Regelungen im **zweiten Kapitel** der Rechtsrahmen für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung dargestellt. Hierbei liegt der Fokus auf den für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zwischen Deutschland und Polen relevanten Merkmalen. Es folgt eine kurze Bewertung der jeweiligen Umsetzung der Regelungen in nationales Recht. Die Analyse des Rechtsrahmens ist insbesondere deshalb notwendig, um im Weiteren die Handlungsmöglichkeiten der Akteure bewerten zu können. Das Kapitel schließt mit einem knappen Überblick zum aktuellen Stand der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Europa. Regionale Besonderheiten finden hier Berücksichtigung.

Im **dritten Kapitel** erfolgt die Einführung der untersuchten Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie. Es werden wesentliche Informationen zu Lage und Größe, demographische Daten sowie die Wirtschafts- und Erwerbsstruktur beider Seiten in dieser Grenzregion zusammengestellt, um die Anforderungen an den Gesundheitssektor grob abzustecken.

Das **vierte Kapitel** dient einer umfassenden Analyse der Gesundheitsversorgung in Ostbrandenburg und in Lubuskie. Aufbauend auf der Beschreibung des *status quo* gilt das besondere Interesse der Frage, inwieweit Anreize für eine grenzüberschreitende Erbringung oder Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen bestehen. Nachfrageseitig werden, ausgehend von theoretischen Überlegungen und früheren empirischen Untersuchungen sowie unter Berücksichtigung der strukturellen Besonderheiten des deutschen sowie des polnischen Versorgungssystems, Motive für die Patientenwanderung dargestellt. Im Prinzip wird auf der Anbieterseite analog vorgegangen.

Die Datenlage für die grenzüberschreitende Erbringung ärztlicher Dienstleistungen ist jedoch unbefriedigend. Aus diesem Grund wurde eine Befragung von deutschen und polnischen Anbietern dieses Sektors im Grenzgebiet Ostbrandenburg-Lubuskie durchgeführt.

⁸ Eine Ausnahme stellt die kürzlich erschienene Publikation von Ribhegge (2004a) dar.

Die Auswertung dieser Befragung schließt sich im **fünften Kapitel** an. Das gewonnene Datenmaterial ist – in Kombination mit den in den vorherigen Kapiteln aufgearbeiteten frei verfügbaren Daten – essentiell für die Abschätzung der Optionen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. Insbesondere Fragen nach den Absichten der Anbieter im Hinblick auf ein zukünftiges Engagement im Nachbarland erwiesen sich als hilfreich.

Die Entwicklung von Handlungsoptionen im **sechsten Kapitel** beschränkt sich auf Ostbrandenburg, da die Strukturen dies- und jenseits der Grenze sehr unterschiedlich sind und daher nach unterschiedlichen Handlungsmustern verlangen. Aufbauend auf der Befragung im fünften Kapitel, konzentriert sich die Darstellung auf Handlungsoptionen für die Angebotsseite. Aus brandenburgischer Sicht scheint hier vor allem die Zuwanderung qualifizierten Personals aus Lubuskie eine Option zu sein. Um eine prinzipielle Bewertung von Maßnahmen zu ermöglichen, die hierauf abzielen, werden zunächst mit einem einfachen Migrationsmodell Effekte einer solchen Zuwanderung nach Brandenburg identifiziert. Anschließend wird die aktuelle Gesundheitspolitik Brandenburgs im Hinblick darauf untersucht, ob sie zielführend in Bezug auf die Attrahierung von medizinischem Personal aus der polnischen Nachbarregion ist. Nach einem kurzen Blick auf die Nachfrageseite im sechsten Kapitel schließt eine zusammenfassende Schlussbetrachtung im siebten Kapitel die Arbeit als Ganzes ab.

2. Rechtsrahmen für die Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union

Für die vertiefende Betrachtung der Entwicklungschancen des Gesundheitssektors in der Grenzregion zweier Länder ist es zunächst notwendig, den Rechtsrahmen beider Länder darzustellen. Deutschland und Polen sind Mitglieder der Europäischen Union und unterliegen somit auch ihren rechtlichen Bestimmungen. Im Folgenden werden daher Fragen zur Gesetzgebungskompetenz in der Europäischen Union (EU) im Spannungsfeld zwischen nationaler Zuständigkeit für den Bereich der sozialen Sicherungssysteme und der Anwendung des Wirtschaftsrechts zur Realisierung des Gemeinsamen Marktes sowie deren Bedeutung für den Gesundheitssektor näher beleuchtet. Hierfür werden aufbauend auf den allgemeinen Grundsätzen zur Ausgestaltung der Gesetzgebungskompetenz zwischen EU-Mitgliedstaaten und der Union spezifische Regelungen, die für den Bereich der sozialen Sicherungssysteme und somit auch das Gesundheitswesen greifen, dargestellt (Abschnitt 2.1). Besondere Berücksichtigung findet das freizügigkeitsspezifische Sozialrecht (Abschnitt 2.2) sowie die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) als rechtliche Basis für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung (Abschnitt 2.3). Im Anschluss wird ein Ausblick zur europäischen Rechtsentwicklung gegeben (Abschnitt 2.4), die nationale Umsetzung der europäischen Rechtsvorschriften in Deutschland und Polen diskutiert (Abschnitt 2.5) sowie der aktuelle Stand der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung aufgezeigt (Abschnitt 2.6).

2.1. Gesetzgebungskompetenz und europäische Sozialpolitik – Grundsätze

Im folgenden Abschnitt wird die Entwicklung der für das Thema relevanten Rechtsgrundlagen in einem Abriss dargestellt. Es soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit die Europäische Union (EU) Kompetenz in der Ausgestaltung der Sozialsysteme hat bzw. welchen Einfluss sie auf die nationalstaatlichen Träger des Gesundheitswesens haben kann.

Die **primär- bzw. verfassungsrechtlichen Grundlagen** der Europäischen Union stellen die Pariser Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EGKS, 1951), die Römischen Verträge der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und der Europäischen Atomgemeinschaft (EWG und Euratom, 1957), ergänzt und novelliert durch die Einheitliche Europäische Akte (EEA, 1986), den Maastrichter Vertrag über die Europäische Union (EU, 1992), den Vertrag von Amsterdam (1997) und den Vertrag von Nizza (2001) bis zum Inkrafttreten des Vertrags über die Verfassung für Europa (dessen Entwurf im Juni 2004 vom Europäischen Rat verabschiedet, im Oktober 2004 von allen Staats- und Regierungschefs der EU unterzeichnet wurde und sich seither im Ratifizierungsprozess befindet) dar.^{9,10}

⁹ Vgl. Moussis (2004), S.2ff.

Die ständigen Novellierungen und Weiterentwicklungen der Gründungsverträge sind Spiegel einer stufenweisen Integration, die sich von einer Zollunion, über den gemeinsamen Markt, die Wirtschafts- und Währungsunion bis zu einer Politischen Union¹¹, begleitet durch die Erweiterung von ursprünglich sechs auf zunächst 25 Mitgliedsstaaten (ab dem 01.05.2004), vollzog.

Der Vertrag von Maastricht beschreibt die Europäische Union als ein Dach – gekennzeichnet durch Subsidiarität, den *acquis communautaire*¹², die Unionsbürgerschaft –, welches durch drei Säulen gestützt wird: die Europäischen Gemeinschaften (EG, EGKS, Euratom), die Gemeinsame Außen- und Sicherheitspolitik (GASP) sowie die Zusammenarbeit in den Bereichen Justiz und Inneres (ZJIP).¹³

Die **Gesetzgebungskompetenz** in der EU ist in drei Ebenen gegliedert: ausschließliche Zuständigkeit der EU, geteilte Zuständigkeit zwischen der europäischen und der nationalen Ebene sowie Maßnahmen, deren Regelung den Mitgliedstaaten überlassen, jedoch von der EU unterstützt werden.¹⁴

Entsprechend dem **Grundsatz der beschränkten Einzelermächtigung**¹⁵ unterliegt die erste Säule laut EG-Vertrag dem Gemeinschaftsrecht; die zweite und dritte Säule bauen gemäß EU-Vertrag auf zwischenstaatliche Kooperation.¹⁶

¹⁰ Aufgrund der Verschmelzung der EWG mit der Montanunion und Euratom im Jahre 1967 werden im weiteren Verlauf der Arbeit die Römischen Verträge zur Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) als Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EG-Vertrag) bezeichnet. Zitiert werden wegen der Ummummerierung der Artikel des EU- und EG-Vertrages, die mit dem Vertrag von Amsterdam erfolgte, die neuen Artikelnummern der konsolidierten Vertragsfassungen.

¹¹ Die Frage zur Ausgestaltung einer Politischen Union in der Art eines Bundesstaates ist noch nicht abschließend beantwortet. Klarheit darüber soll die Europäische Verfassung, deren Ratifizierung noch aussteht, schaffen. Zweifelsohne kann jedoch behauptet werden, dass es bereits jetzt schon Tendenzen für eine stärkere politische Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten gibt, wenngleich sie lange nicht so stark ausgeprägt ist wie die wirtschaftliche. Dies spiegelt sich auch in der Kompetenzverteilung wieder.

¹² Rechtsakte und Verträge werden als gemeinsamer Besitzstand – „*acquis communautaire*“ – bezeichnet.

¹³ Vgl. **Moussis (2004)**, S.3.

¹⁴ Vgl. **Moussis (2004)**, S.9ff.

¹⁵ Artikel 2 (B) EU-Vertrag: „...Die Ziele der Union werden nach Maßgabe dieses Vertrages entsprechend den darin enthaltenen Bedingungen und der darin vorgesehenen Zeitfolge unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips, wie es in Artikel 5 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft bestimmt ist, verwirklicht.“ Laut Grundsatz der beschränkten Einzelermächtigung wird die EU lediglich innerhalb der Grenzen, der ihr per Vertrag zugewiesenen Zuständigkeiten tätig. Alle nicht darin verankerten Zuständigkeiten verbleiben bei den Mitgliedstaaten.

¹⁶ Zwar werden vertragsrechtlich EU-Vertrag und EG-Vertrag unterschieden, jedoch bilden beide die Rechtsgrundlage für das Sekundärrecht der EU. Dies gilt zumindest bis zur Ratifizierung des Verfassungsvertrags durch alle Mitgliedstaaten, der die Verträge zusammenfasst und die EU mit einer Rechtspersönlichkeit ausstattet. Vgl. **EU (2005)** Die hierbei entscheidenden Rechtsinstrumente sind Verordnungen (EU-Gesetze, die unmittelbar für alle Mitgliedstaaten gelten), Richtlinien (EU-Rahmengesetze) und Empfehlungen. Sie umschreiben das sog. sekundäre EU-Recht gemäß Artikel 249 EG-Vertrag. Vgl. hierzu auch **Moussis (2004)**, S.9f.

Aufgrund des oben skizzierten Integrationsprozesses, der vor allem durch die wirtschaftliche Annäherung der einzelnen Nationalstaaten und deren Ökonomien geprägt ist, ist nach wie vor eine der elementarsten Aufgaben der Gemeinschaft, den Binnenmarkt, das heißt einen barrierefreien Wirtschaftsraum, zu verwirklichen bzw. zu wahren, in welchem folgende vier Grundfreiheiten gewährleistet sind:¹⁷

1. Die Freizügigkeit von Arbeitnehmern (Titel III, Kapitel 1 EG-Vertrag) sowie die Niederlassungsfreiheit (Titel III, Kapitel 2 EG-Vertrag),
2. der freie Warenverkehr (Titel I, Kapitel 2 EG-Vertrag),
3. der freie Dienstleistungsverkehr (Titel III, Kapitel 3 EG-Vertrag),
4. der freie Kapitalverkehr (Titel III, Kapitel 4 EG-Vertrag).

Alle den Binnenmarkt betreffenden Regelungen fallen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zur ersten Säule in den Kompetenzbereich der Gemeinschaft. Einen wesentlichen Rechtsrahmen bildet der **Grundsatz der Nichtdiskriminierung** gemäß Artikel 12 EG-Vertrag:

„Unbeschadet besonderer Bestimmungen dieses Vertrags ist in seinem Anwendungsbereich jede Diskriminierung aus Gründen der Staatsangehörigkeit verboten. Der Rat kann nach dem Verfahren des Artikels 251 Regelungen für das Verbot solcher Diskriminierungen treffen.“¹⁸

Dies bedeutet, dass die Herkunft innerhalb der EU rechtlich bedeutungslos ist. Einschränkungen der vier Grundfreiheiten müssen im Sinne des Gemeinschaftsrechts sachlich begründet sein, um vor der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (im Weiteren EuGH oder Gerichtshof) Bestand zu haben.

Des Weiteren findet für alle Politikbereiche, in denen die Gemeinschaft nicht allein zuständig ist, gemäß Artikel 5 EG-Vertrag das **Subsidiaritätsprinzip** Anwendung.

„Die Gemeinschaft wird innerhalb der Grenzen der ihr in diesem Vertrag zugewiesenen und gesetzten Ziele tätig. In Bereichen, die nicht in ihre ausschließliche Zuständigkeit fallen, wird die Gemeinschaft nach dem Subsidiaritätsprinzip nur tätig, sofern und soweit die Ziele der in Betracht gezogenen Maßnahmen auf Ebene der Mitgliedsstaaten nicht ausreichend erreicht werden können und daher wegen ihres Umfangs oder ihrer Wirkungen besser auf Gemeinschaftsebene erreicht werden können. Die Maßnahmen der Gemeinschaft gehen nicht über das für die Erreichung der Ziele dieses Vertrages erforderliche Maß hinaus.“¹⁹

Anders formuliert: Das Gemeinschaftsrecht steht nur über dem nationalen Recht der Mitgliedstaaten, wenn der EU in den entsprechenden Politikbereichen vertraglich eindeutige Regelungskompetenz zugewiesen wurde. Dies trifft nicht für die Sozialen Sicherungssysteme zu; sie fallen in den Bereich der geteilten Zuständigkeit. Die Kompetenz in der Ausgestaltung und Entwicklung der Sozialen Sicherungssysteme ist bei den EU-Mitgliedstaaten zu vermuten, solange der Vertrag nichts anderes vorschreibt.²⁰

¹⁷ Vgl. Artikel 2 und 3 EG-Vertrag.

¹⁸ Artikel 12 EG-Vertrag.

¹⁹ Artikel 5 EG-Vertrag.

²⁰ Vgl. Pitschas (2003), S.133.

Nicht dem mitgliedstaatlichen Kompetenzbereich unterliegt der gemeinschaftsrechtlich vorgegebene Mindestrahmen in der Sozialpolitik, der jedoch den Grundsätzen der Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit genügen muss. Das bedeutet, dass das koordinierende Sozialrecht, basierend auf Artikel 42 EG-Vertrag, laut Vertrag in den Kompetenzbereich der EU fällt.²¹

Seit dem Inkrafttreten des Vertrags von Amsterdam beschreibt der EG-Vertrag eine einheitliche gemeinschaftliche Sozialpolitik in den Artikeln 136-142 EG-Vertrag (Kapitel 1 des Titel XI des EG-Vertrages). Hierbei wurden bereits bestehende Regelungen inkorporiert. Die Gemeinschaft verfolgt nun folgende sozialpolitische Ziele: *„...die Förderung der Beschäftigung, die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, um dadurch auf dem Wege des Fortschritts ihre Angleichung zu ermöglichen; einen angemessenen sozialen Schutz; den sozialen Dialog; die Entwicklung des Arbeitskräftepotentials im Hinblick auf ein dauerhaft hohes Beschäftigungsniveau; die Bekämpfung von Ausgrenzungen“*.²²

Zur Durchsetzung dieser Ziele dienen gemäß Artikel 137 EG-Vertrag Maßnahmen, die einerseits die Methoden der Mitgliedstaaten, andererseits aber auch die Wettbewerbsregelungen der Gemeinschaft berücksichtigen.²³ Hierin wird betont, dass die Union im Bereich der Sozialpolitik lediglich unterstützend und ergänzend tätig wird.²⁴

Gesundheitspolitik findet im europarechtlichen Kontext erst seit dem Inkrafttreten des Vertrags von Maastricht Berücksichtigung. Analog zu den Sozialvorschriften ist die Kompetenz der Gemeinschaft in diesem Bereich ebenfalls stark restringiert.

In Artikel 152 EG-Vertrag wird hervorgehoben, dass *„Fördermaßnahmen, die den Schutz und die Verbesserung der menschlichen Gesundheit zum Ziel haben, unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten“*²⁵ durch die Gemeinschaft zu fördern sind. *„Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt.“*²⁶

Mit dem Artikel 152 EG-Vertrag ist die Gemeinschaft dazu ermächtigt, die Politik der Mitgliedstaaten im Bereich des Gesundheitswesens zu ergänzen mit dem Ziel, ein **hohes Gesundheitsschutzniveau** zu realisieren.

Demgemäß wird folgendes Spannungsfeld sichtbar: Einerseits ist die EU nicht legitimiert, eine „Sozialunion“ zu schaffen. Zielsetzung der EU in diesem Politikbereich ist lediglich, einen „europäischen Sozialraum“, der historisch bedingte starke Benachteiligungen ausgleichen soll, zu bilden. So sind im EG-Vertrag *„die Förderung der Beschäftigung, die Ver-*

²¹ Vgl. zur europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik, insbesondere die Ausführungen von **Schulte (2001a)**, S.24ff sowie **Minogiannis (2003)**, S.57ff. für eine ausführlichere Darstellung der Entwicklung der europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik.

²² Artikel 136 Abs. 1 EG-Vertrag.

²³ Vgl. Artikel 137 Abs. 2 EG-Vertrag.

²⁴ Vgl. Artikel 137 Abs. 1 EG-Vertrag.

²⁵ Artikel 152 Abs. 4c) EG-Vertrag.

²⁶ Artikel 152 Abs. 5 EG-Vertrag.

*besserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, ein hohes Maß an sozialem Schutz und die Bekämpfung von Ausgrenzungen*²⁷ verankert. Eingriffe in die Gesetzgebung der Mitgliedstaaten bzw. deren Harmonisierung bleiben in diesem Politikbereich ausgeschlossen. Auf der anderen Seite gilt es, die vier Grundfreiheiten und das Funktionieren des Gemeinsamen Marktes zu gewährleisten, sodass aufgrund der Auswirkungen der Binnenmarktsregelungen auf den Bereich der sozialen Sicherung dieser nicht völlig autonom und vom Gemeinschaftsrecht unberührt bleibt.

Vor allem durch die EuGH-Rechtssprechung haben die vier Grundfreiheiten des Gemeinsamen Marktes zunehmend Bedeutung für die Systeme der sozialen Sicherheit erlangt. Zu einer Einflussverstärkung der Gemeinschaft hat das Wettbewerbsrecht nicht nur im Bereich der Wirtschafts- sondern auch der Sozialpolitik beigetragen, sodass sich die Sozialpolitik zunehmend dem Ausschließlichkeitsanspruch der Nationalstaaten entzieht.

2.2. Koordinierendes Sozialrecht auf Grundlage der Freizügigkeit

Wie im vorigen Abschnitt festgestellt wurde, verbleiben die soziale Sicherung und der soziale Schutz in der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten, um den verschiedenen nationalen Traditionen gerecht zu werden. Somit bestimmt jeder EU-Mitgliedstaat die Ausgestaltung seines Gesundheitssystems selbst. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass es – historisch bedingt – aufgrund der nationalen Spezifika in der EU 25 verschiedene Gesundheitssysteme gibt.

In den meisten Mitgliedstaaten gilt das **Territorialprinzip**. Das Territorialprinzip, angepasst an die Lebensverhältnisse in einem bestimmten Gebiet, sichert Versicherungsnehmern zunächst nur einen Leistungsanspruch in ihrem Heimat- oder Versicherungsland zu. Tatbestände, die auf anderen Staatsgebieten eintreten, finden in der Regel keine Berücksichtigung. Daher können Sozialleistungen nur dann im Ausland in Anspruch genommen werden, wenn dies ausdrücklich gesetzlich geregelt ist.²⁸

Wie Schulte (2001b) darlegt, stellen die Systeme der sozialen Sicherheit und somit des Gesundheitswesens keine von der Wirkung der vier Grundfreiheiten bzw. des europäischen Wettbewerbsrechts ausgenommenen Bereiche dar. Daher ist – wie im Folgenden ausgeführt wird – das Territorialprinzip, welches das Angebot und die Nachfrage von Gesundheitsleistungen auf nationale Märkte begrenzt, mit dem EU-Binnenmarktsrecht unvereinbar. Dennoch obliegt die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme den Mitgliedstaaten, da die Gemeinschaft hier keine Kompetenz besitzt.²⁹

²⁷ Artikel 2 EG-Vertrag.

²⁸ Vgl. Becker (2004).

²⁹ Vgl. Schulte (2001b), S.44.

Gemäß den Regelungen im Titel III, Kapitel 1 des EG-Vertrages genießen Arbeitnehmer und ihre Angehörigen volle Freizügigkeit.³⁰ Sie dürfen nicht nur in jedem Mitgliedstaat einer Beschäftigung nachgehen und sind in Bezug auf die Löhne und sonstigen Arbeitsbedingungen den Inländern gleichgestellt, sondern ihnen werden ebenso alle sonstigen sozialen Leistungen gewährt.³¹ Freizügigkeit der Arbeitnehmer ist jedoch nur dann wirksam, wenn bei einem Wohn- bzw. Arbeitslandwechsel die bereits erworbenen Sozialversicherungsansprüche nicht verloren gehen oder durch Fristen Ansprüche de facto eingeschränkt werden, sodass für jeden EU-Bürger, der zwischen den Mitgliedstaaten wandert, beispielsweise eine medizinische Versorgung gewährleistet ist.³²

2.2.1. Freizügigkeitsspezifisches Sozialrecht – Wanderarbeitnehmerverordnung Nr. 1408/71

Das Territorialprinzip wirkt freizügigkeitshemmend.³³ Daher wurden von der Gemeinschaft „europataugliche“ Maßnahmen zur sozialen Sicherung ergriffen, denn ohne diese wäre wohl kaum ein Arbeitnehmer bereit gewesen, sein Wohn- resp. Beschäftigungsland zu wechseln.³⁴ Zunächst bestimmt der **Artikel 42 EG-Vertrag**:

„Der Rat beschließt gemäß dem Verfahren des Artikels 251 die auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer notwendigen Maßnahmen; zu diesem Zweck führt er insbesondere ein System ein, welches aus- und einwandernden Arbeitnehmern und deren anspruchsberechtigten Angehörigen Folgendes sichert:

- a) die Zusammenrechnung aller nach den verschiedenen innerstaatlichen Rechtsvorschriften berücksichtigten Zeiten für den Erwerb und die Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs sowie für die Berechnung der Leistungen;*
- b) die Zahlung der Leistungen an Personen, die in den Hoheitsgebieten der Mitgliedstaaten wohnen.*

Der Rat beschließt im Rahmen des Verfahrens des Artikels 251 einstimmig.“³⁵

Dies bedeutet, der Rat der EU ist befugt, Verordnungen für ein koordinierendes Sozialrecht, die das Funktionieren der Freizügigkeit unterstützen, indem sie die Mitnahme von Sozialversicherungsrechten grenzüberschreitend innerhalb der Gemeinschaft ermöglichen, zu erlassen.³⁶ Die *Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der*

³⁰ Vgl. Artikel 39 Abs.1 EG-Vertrag: „Innerhalb der Gemeinschaft ist die Freizügigkeit der Arbeitnehmer gewährleistet.“

³¹ Vgl. **Berié und Reh (2003)**, S.14.

³² Vgl. **Schulte (1999)**, S.292.

³³ Vgl. neben **Schulte (1999)** auch **Becker (2004)**.

³⁴ Vgl. auch im Weiteren **Moussis (2004)**, S.116f.

³⁵ Artikel 42 EG-Vertrag.

³⁶ Gemäß Artikel 308 EG-Vertrag gilt darüber hinaus: „Erscheint ein Tätigwerden der Gemeinschaft erforderlich, um im Rahmen des gemeinsamen Marktes eines ihrer Ziele zu verwirklichen, und sind in diesem Vertrag die hierfür erforderlichen Befugnisse nicht vorgesehen, so erlässt der Rat einstimmig

sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (im Weiteren **VO 1408/71**) sowie deren Durchführungsverordnung **Nr. 574/72**³⁷, welche im Jahre 1972 in Kraft traten und nach Aktualisierungen noch heute gültig sind, beschreiben demgemäß das sog. **freizügigkeits-spezifische Sozialrecht der EU**. Die Verordnungen inkludieren die Arbeitnehmerfreizügigkeit sowie die Freizügigkeit für Selbstständige im Rahmen der Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit, jedoch nicht die Freiheiten des Waren- und Kapitalverkehrs. Schulte (1999) betont, dass die Verordnung auf Koordinierungsmaßnahmen abzielt, die lediglich die für die Interaktion zwischen den nationalen sozialen Systemen hinderlichen Unterschiede (mit Hinblick auf die Gewährleistung der personalen Freiheiten) nivellieren. Das Europarecht sollte keinen Einfluss auf die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme der Mitgliedstaaten haben.³⁸

Wie Schulte (2001b) in einer weiteren Publikation aufzeigt, sind – u.a. bedingt durch die VO 1408/71 – nicht nur die jeweiligen nationalen Bestimmungen zur Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsleistungen bestimmend, sondern eben auch das primäre und sekundäre Gemeinschaftsrecht. Eichenhofer (2003) beschreibt, dass es – unter gewissen Voraussetzungen – allen Versicherten möglich ist, auf dem Wege der sog. Sachleistungsaushilfe gemäß der Wanderarbeitnehmerverordnung Gesundheitsleistungen im EU-Ausland in Anspruch zu nehmen. Hierfür wird der Versicherte fiktiv in das Leistungsrecht des Aufenthaltstaates einbezogen. Es gilt der Sachleistungskatalog des Aufenthaltstaates und die Inanspruchnahme der Leistungen kann nur bei im Aufenthaltstaat zugelassenen Leistungserbringern erfolgen. Die Kosten (für die in Anspruch genommene Sachleistung) werden mit dem Versicherungsstaat unmittelbar abgerechnet. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach dem Recht des Aufenthaltstaates.³⁹

Im Einzelnen bestimmen die *Artikel 19-22 VO 1408/71* den Leistungsanspruch auf Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im EU-Ausland unterschiedlicher Anspruchsgruppen. *Artikel 19 VO 1408/71* sichert Arbeitnehmern und Selbstständigen sowie deren Familienangehörigen, wenn sie in einem anderen Land als dem Versicherungsland wohnhaft sind, Sachleistungen auch im Wohnland zu (vgl. Tabelle 2.2.1).⁴⁰

Laut *Artikel 20 VO 1408/71* erhalten Grenzgänger, solange sie im benachbarten Mitgliedstaat beschäftigt sind, Sachleistungen auch im Beschäftigungsstaat. Angehörige von Grenzgängern können bei Vorhandensein einer entsprechenden Vereinbarung zwischen den Mitgliedstaaten bzw. nach Genehmigung der zuständigen Träger ebenfalls Sachleistungen im Gastland in Anspruch nehmen.

auf Vorschlag der Kommission und nach Anhörung des Europäischen Parlaments die geeigneten Vorschriften.“

³⁷ Vgl. Rat der Europäischen Union (2004a) sowie Rat der Europäischen Union (2004b).

³⁸ Vgl. Pitschas (2003), S. 292.

³⁹ Vgl. Eichenhofer (2003).

⁴⁰ Vgl. hierfür Schulte (2001b).

Die Notfallbehandlung regelt der *Artikel 22 Abs. 1 lit. a) der VO 1408/71*. So sind Sachleistungen einem EU-Bürger zu gewähren, wenn der Krankheitszustand „... während eines Aufenthalts im Gebiet eines anderen Mitgliedstaates unverzüglich Leistungen erfordert...“. Die Behandlung sollte in diesem mittels Auslandskrankenschein E 111 zwischen den Trägern der sozialen Sicherheit abgerechnet werden. In der Praxis gestaltete sich das oft sehr schwierig, da der E 111 häufig gegen ein nationales Formular umgetauscht werden musste und dann erst gegen Sachleistungen eingetauscht werden konnte – dem kamen die Patienten entgegen, indem sie die Arztrechnungen bezahlten und bei ihrem Versicherer zur Kostenerstattung einreichten.⁴¹ Eine solche Vorgehensweise hat zur Folge, dass sich Patienten im Vergleich zur Sachleistungsaushilfe schlechter stellen. Für die Sachleistungsaushilfe ist vorgesehen, dass alle medizinisch notwendigen Leistungen, die von einem ausländischen Leistungserbringer nach dortigen Rechts- und Abrechnungsvorschriften erbracht werden, vom zuständigen heimischen Träger erstattet werden. Der Patient wäre de facto vom Abrechnungsvorgang ausgeschlossen. Tritt hingegen ein Patient in finanzielle Vorleistung beim ausländischen Leistungserbringer, bekommt er die ihm entstandenen Kosten lediglich zu Sätzen seines heimischen Versicherers erstattet. Einen entstehenden Differenzbetrag muss er selbst decken bzw. bei vorhandener Auslandsreisekrankenversicherung durch diese finanzieren lassen.

Beabsichtigt ein (bereits erkrankter) Versicherter sich zum Zwecke der Behandlung in das EU-Ausland zu begeben, so schreibt der *Artikel 22 Abs. 1 c) VO 1408/71* die Genehmigung durch den heimischen Träger der sozialen Sicherheit (in Deutschland: die Krankenkasse; in Polen: der NFZ) vor. Gemäß *Artikel 22 Abs. 2 VO 1408/71* ist eine Genehmigung zu erteilen, wenn der Versicherte „...in Anbetracht seines derzeitigen Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit diese Behandlung nicht in einem Zeitraum erhalten kann, der für diese Behandlung in dem Staat, in dem er seinen Wohnsitz hat, normalerweise erforderlich ist.“

⁴¹ Der Auslandskrankenschein E 111 wird zukünftig innerhalb der EU durch die *European Health Insurance Card* (EHIC) abgelöst. Intention ist es, die Auslandsbehandlung für die Patienten aufgrund der Abschaffung der nationalen Erfassungs- und Abrechnungsformulare, welche auf dem E 111 basieren, zu erleichtern. Der Versicherungsschutz wird dadurch jedoch nicht ausgeweitet, er bleibt auf Behandlungen, die bei vorübergehendem Aufenthalt medizinisch notwendig werden, beschränkt. Die EHIC ist zum 1. Juni 2004 eingeführt worden. Für Staaten, die bisher keine Krankenversicherungskarte als Versicherungsnachweis vorgesehen haben, galt eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2005. Deutschland unterliegt einer Sonderregelung und wird die EHIC zusammen mit der Gesundheitskarte voraussichtlich im Jahr 2006 einführen.

Tabelle 2.2.1. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Artikel 19-22c VO 1408/71

		Sachleistungen von Trägern des		geltende Rechts- und Finanzvorschriften	Finanzierung durch	evt. entstehenden Differenzbetrag zahlt	Genehmigung der Behandlung
		zuständigen Staates	aushelfenden Staates				
Wohnort außerhalb des zuständigen Staates (Arbeitnehmer, Selbstständiger, Grenzgänger, Familienangehörige)	Inanspruchnahme am Wohnort		alle erforderlichen Sachleistungen	aushelfender Träger	zuständigen Träger	zuständiger Träger	nein
	Inanspruchnahme im zuständigen Staat	alle erforderlichen Sachleistungen		zuständiger Träger	zuständigen Träger	—	nein
Aufenthalt außerhalb des zuständigen Staates (Versicherter, Familienangehörige)			Notfallbehandlung*	aushelfender Träger	zuständigen Träger	Patient**	nein
Gesundheitstourismus (Versicherter, Familienangehörige)			alle erforderlichen Sachleistungen	aushelfender Träger	zuständigen Träger	zuständiger Träger	ja

Eigene Darstellung.

* alle medizinisch notwendigen Leistungen, unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer (Notfallbehandlungen)

** Im Falle der nicht realisierten Sachleistungsaushilfe (beispielsweise durch Weigerung des Leistungserbringer im Ausland) ist der Patient gezwungen, die Auslandsbehandlung zunächst selbst zu zahlen. Da die spätere Kostenerstattung der Auslandsbehandlung nach Rechtsvorschriften des zuständigen Trägers erfolgt, zahlt der Patient den Differenzbetrag. Bei realisierter Sachleistungsaushilfe rechnet diesen der zuständige Träger mit dem aushelfenden Träger ab. Der Patient leistet keinerlei Zahlung.

Darüber hinaus sichern die *Artikel 22 b und 22 c VO 1408/71* allen entsandten – das heißt sich vorübergehend im EU-Ausland aufhaltenden – Arbeitnehmern, Selbstständigen, Beamten und Studenten sowie deren Familienangehörigen Sachleistungszugang zu allen medizinisch notwendigen Leistungen (unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer) im EU-Ausland zu.

Becker (2004) weist auf die nach *Artikel 31 VO 1408/71* festgelegten Sonderregelungen für Rentner hin. Für diese gilt nicht die sog. Dringlichkeitsklausel. Sie können Sachleistungen unabhängig vom heimischen Leistungskatalog und ohne vorherige Genehmigung in jenem EU-Land in Anspruch nehmen, in dem sie wohnen, welches der EuGH in der *Rechtsache Ioannides* bestätigte.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: außer in Notfällen und für im EU-Ausland tätige Arbeitnehmer, Selbstständige, Grenzgänger sowie im EU-Ausland wohnende Rentempfänger und deren Angehörige bedarf eine Behandlung eines innerhalb der EU Versicherten im EU-Ausland der vorherigen Genehmigung seines Versicherungsträgers. Die heimischen Versicherungsträger müssen gemäß VO 1408/71 einer Auslandsbehandlung nur dann zustimmen, wenn die beabsichtigte Behandlung im Leistungskatalog des Versicherungslandes enthalten ist und der heimische Versicherer darüber hinaus nicht in der Lage

ist, die Behandlung rechtzeitig und/oder adäquat durchzuführen.⁴² Ob eine Auslandsbehandlung erfolgen kann, bestimmt der zuständige Versicherungsstaat – wie und in welchem Umfang die Leistungserbringung geschieht, obliegt dem aushelfenden Staat. Erfolgt die Leistungserbringung des aushelfenden Staates gemäß Kostenerstattungsprinzip, so hat der Versicherte die Kosten zu erstatten; erfolgt diese gemäß Sachleistungsprinzip (wie in Deutschland), sind diese auch den aus EU-Land mit Kostenerstattungsprinzip stammenden Versicherten zu gewähren.⁴³ Wie Eichenhofer (2003) resümiert, bedeuten die Regelungen gemäß VO 1408/71 eine Öffnung der territorialen Beschränkungen, allerdings nur bei begründeter Ausnahme und für eine Teilmenge der Versicherten. Alle Versicherten, die nicht unter die Regelungen der Artikel 19-22c VO 1408/71 fallen, besitzen keinen Anspruch auf Behandlungen im EU-Ausland (vgl. Tabelle 2.2.1).

2.2.2. Rechtlicher Status quo – die Verordnungen Nr. 631/2004 sowie Nr. 883/2004

Im Jahr 2004 ist die VO 1408/71 erneut durch den Rat der EU per VO Nr. 631/2004 geändert worden. Bisher galten für die oben erwähnten Anspruchsgruppen unterschiedliche Sachleistungsansprüche. Hierbei wurde per Dringlichkeitsklausel diskriminiert: so erhielten Arbeitnehmer resp. Selbstständige nur dann medizinischen Leistungen, wenn diese dringend erforderlich waren, während Rentner unabhängig von diesem Kriterium behandelt wurden. Mit Inkrafttreten der VO Nr. 631/2004 am 1. Juni 2004 vereinheitlicht sich der Anspruch auf Sachleistungen, die sich während eines Aufenthalts im EU-Ausland als medizinisch notwendig erweisen. Die Leistungsart und Aufenthaltsdauer sind weiterhin von Bedeutung. Des Weiteren können Versicherte direkt die Leistungserbringer konsultieren, ohne vorherige Kontaktierung der jeweils zuständigen Kostenträger vor Ort. Zwischen dem zu behandelnden Versicherten und dem vor Ort tätigen Leistungserbringer ist nun eine Behandlungsvereinbarung zu schließen, welche die Verfügbarkeit der Leistung garantieren soll.⁴⁴

Der im Oktober 2003 durch die EU-Kommission abgeänderte Vorschlag für eine Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit ist im April 2004 durch den Rat und das Parlament der EU angenommen worden und wird nun als *Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (im Weiteren: **Verordnung 883/2004**)* in weiten Teilen die Wanderarbeitnehmerverordnung ablösen. Sie ist dann anwendbar, wenn die dazugehörige Durchführungsverordnung ebenfalls in Kraft getreten

⁴² Vgl. Schulte (2001b).

⁴³ Erhält ein Versicherter ärztliche Leistungen, ohne in den Abrechnungsvorgang einbezogen zu werden, handelt es sich um ein System, welches dem Sachleistungsprinzip folgt. Bei Kostenerstattung honoriert der Versicherte zunächst selbst den Arzt und bekommt (im Rahmen seines Versicherungsvertrages) die Ausgaben vom Versicherer zurückgezahlt.

⁴⁴ Vgl. Rat der Europäischen Union (2004b).

ist. Ziel der VO 883/2004 ist es – so der Rat der EU –, den zahlreichen Änderungen der VO 1408/71 und den Urteilen des EuGH (vgl. Abschnitt 2.3.1.) sowie den damit einhergehenden Entwicklungen im Gemeinschaftsrecht durch Aktualisierung und Vereinfachung Rechnung zu tragen.⁴⁵ Die den Gesundheitsbereich betreffenden Regelungen finden sich im *Titel III, Kapitel 1 der VO 883/2004* wieder.⁴⁶

Gemäß *Artikel 20 VO 883/2004* ist die Genehmigungspflicht des Trägers zukünftig lediglich von der medizinischen Situation des Versicherten abhängig zu machen. So heißt es: „...Die Genehmigung wird erteilt, wenn die betreffende Behandlung Teil der Leistungen ist, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats der betreffenden Person vorgesehen sind, und ihr diese Behandlung nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann.“ Selbiges wird ihren Familienangehörigen zugesichert.

Laut *Artikel 18 VO 883/2004* haben Familienangehörige eines Grenzgängers, wie auch der Grenzgänger selbst, Anspruch auf Sachleistungen im Wohnland, jedoch können sie diese Leistungen nun auch im Beschäftigungsstaat des Grenzgängers erhalten, es sei denn, der Beschäftigungsstaat schließt dies nach Anhang III VO 883/2004 aus.⁴⁷

Zukünftig sichert der *Artikel 28 VO 883/2004* auch Grenzgängern, die bereits im Ruhestand sind, Sachleistungen im Nachbarland zu, falls dies die Fortsetzung einer im Beschäftigungsstaat begonnenen ärztlichen Behandlung bedeutet. Darüber hinaus hat ein Rentempfänger, der während der letzten fünf Jahre vor Eintritt in die Alters- oder Invaliditätsrente zwei Jahre Grenzgänger war, weiterhin Anspruch auf Sachleistungen im letzten Beschäftigungsstaat, vorausgesetzt es besteht zwischen dem Beschäftigungsstaat und dem kostentragenden Versicherungsstaat eine Übereinkunft (vgl. Anhang V VO 883/2004).

2.3. Bedeutung des EU-Wirtschaftsrechts für die Sozialpolitik im Lichte der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs

Obwohl die VO 1408/71 bzw. die VO 883/2004 bereits eine Durchbrechung des Territorialprinzips in der Gesundheitsversorgung darstellen, muss weiterhin der Frage nachgegangen werden, ob alle vier Grundfreiheiten auch im Bereich der sozialen Sicherheit hinreichend Niederschlag finden. Denn de facto ermöglichen die Verordnungen lediglich eingeschränkt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im EU-Ausland (das heißt nur in bestimmten Fallvarianten, vor allem in Notfällen sowie nach Genehmigung durch den zuständigen Träger).

⁴⁵ Die Modernisierung des freizügigkeitsspezifischen Sozialrechts und insbesondere die Abstimmung mit der zunehmend an Relevanz gewinnenden EuGH-Rechtsprechung ist in der rechtswissenschaftlichen Literatur in der Vergangenheit mehrfach diskutiert bzw. gefordert worden. Vgl. hierzu auch Eichenhofer (1999), Eichenhofer (2003) und Voigt (2004a), Voigt (2004b).

⁴⁶ Vgl. im Weiteren Rat der Europäischen Union (2004c).

⁴⁷ Dies ist laut Anhang III VO 883/2004 der Fall in Dänemark, Spanien, Irland, Niederlande, Finnland, Schweden und dem Vereinigten Königreich.

Den Fragen, ob die freizügigkeitsspezifischen Regelungen im Widerspruch zum freien Binnenmarkt stehen und ob bzw. inwiefern der Bereich der Sozialen Sicherung einen von den Grundfreiheiten ausgenommenen Bereich darstellt, ist der Europäische Gerichtshof (im Weiteren: EuGH oder Gerichtshof) in den letzten Jahren nachgegangen. Hierbei galt abzugrenzen, inwieweit die Gemeinschaft – ermächtigt durch die Verträge – in die nationalstaatliche Regelungskompetenz eingreifen darf.

2.3.1. Waren- und Dienstleistungsfreiheit in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Durch die Rechtsprechung bzw. -auslegung des EuGH ergaben sich weitere Aufweichungen des Territorialprinzips. Die für den Gesundheitsbereich wesentlichsten Entscheidungen, welche die Inanspruchnahme der Waren- und Dienstleistungsfreiheit für Patienten gegenüber den Versicherern betreffen, sollen im Folgenden knapp dargestellt werden.

Rechtssachen Kohll⁴⁸ und Decker⁴⁹

Mit der Rechtsprechung des EuGH in den Rechtssachen Kohll/Decker im Jahr 1998 haben sich die Voraussetzungen zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme und der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen innerhalb der Gemeinschaft grundlegend geändert. Diese Urteile sind Ausgangspunkt einer noch immer anhaltenden Diskussion über die Auswirkung der Rechtsauslegung auf die nationalen Gesundheitssysteme.

*Kohll*⁵⁰ und *Decker*⁵¹ hatten als in Luxemburg gesetzlich Versicherte Gesundheitsleistungen im EU-Ausland in Anspruch genommen und wollten bei den jeweiligen heimischen Trägern der *Union des caisses de maladie* bzw. der *Caisse de maladie des employés privés* Erstattungsansprüche geltend machen. Diese verweigerten die Krankenkassen mit der Begründung, dass sie gemäß Artikel 22 VO 1408/71 keine vorherige Genehmigung erteilt haben bzw. die Ansprüche nicht genehmigungsfähig gewesen wären.

Im Urteil Kohll stellte der EuGH fest: „... eine nationale Regelung, die die Erstattung der Kosten für Zahnbehandlungen durch einen Zahnarzt in einem anderen Mitgliedsstaat nach den Tarifen des Versicherungsstaats von der Genehmigung des Trägers der sozialen Sicherheit des Versicherten abhängig macht, verstößt gegen die Artikel 59 (nach Änderungen jetzt Art. 49 EG)

⁴⁸ Vgl. EuGH (1998a).

⁴⁹ Vgl. EuGH (1998b).

⁵⁰ Der in Luxemburg versicherte Raymond Kohll hatte für seine mitversicherte minderjährige Tochter eine Genehmigung für eine Zahnarztbehandlung in Deutschland beantragt, welche der Krankenversicherungsträger mit der Begründung verweigerte, dass eine solche Behandlung nicht dringend sei und auch in Luxemburg erfolgen könne.

⁵¹ Nicolas Decker, ebenfalls in Luxemburg versichert und dort wohnhaft, hatte mit einem in Luxemburg ausgestellten Rezept bei einem belgischen Optiker eine Brille mit Korrekturgläsern erworben. Der luxemburgische Krankenversicherungsträger verweigerte die Kostenerstattung, da keine vorherige Genehmigung durch Nicolas Decker beantragt worden war.

und 60 EG-Vertrag (jetzt Art. 50 EG).⁵² Die Tatsache, dass die luxemburgische Caisse de Maladie eine Genehmigung verlangte, wertet der EuGH als eine Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs sowohl für die Erbringer der medizinischen Leistung als auch die Patienten.

Im Urteil Decker konstatierte der EuGH, dass „eine nationale Regelung, nach der ein Träger der sozialen Sicherheit eines Mitgliedstaates einem Versicherten die pauschale Kostenerstattung für eine Brille mit Korrekturgläsern, die dieser bei einem Optiker in einem anderen Mitgliedstaat gekauft hat, mit der Begründung versagt, dass der Erwerb medizinischer Erzeugnisse im Ausland vorhergehender Genehmigung bedarf, verstößt gegen die Artikel 30 (nach Änderungen jetzt Art. 28 EG) und 36 EG-Vertrag (jetzt Art. 30 EG).“⁵³ Im Urteil Decker sah der EuGH durch den Genehmigungsvorbehalt der Caisse de Maladie den freien Warenverkehr eingeschränkt.

In beiden Urteilen des Jahres 1998 unterstreicht der EuGH, dass die soziale Sicherung (und hier das Gesundheitswesen) keinen generellen Ausnahmereich von der Anwendung des Wirtschaftsrechts darstellt. Medizinische Erzeugnisse bzw. ärztliche Leistungen sind als Waren und Dienstleistungen zu verstehen und unterliegen daher dem Gemeinschaftsrecht.⁵⁴ Die Inanspruchnahme bzw. der Erwerb solcher Leistungen bedarf keiner vorherigen Genehmigung durch den Träger der sozialen Sicherheit (der nationalen Krankenkasse).⁵⁵

Rechtssachen Geraets-Smits und Peerbooms⁵⁶

Im Jahr 2001 entschied der EuGH in den Rechtssachen *Geraets-Smits*⁵⁷ und *Peerbooms*⁵⁸. Hierbei handelt es sich um eines der Nachfolgeurteile des EuGH zu den Rechtssachen *Kohll/Decker*, das sich mit dem stationären Sektor befasst.⁵⁹

In der Rechtssache *Geraets-Smits und Peerbooms* konstatiert der EuGH: „Die Artikel 59 EG-Vertrag (nach Änderungen jetzt Art. 49 EG) und 60 EG-Vertrag (jetzt Art. 50 EG) stehen

⁵² EuGH (1998a).

⁵³ EuGH (1998b).

⁵⁴ Vgl. Becker (2003).

⁵⁵ Vgl. Montangie (2003).

⁵⁶ Vgl. EuGH (2001a).

⁵⁷ Frau *Smits* lebte und war versichert in den Niederlanden. Aufgrund ihrer Parkinsonerkrankung hatte sie eine Spezialbehandlung in Deutschland vornehmen lassen. Die Kostenerstattung wurde in diesem Fall verweigert, da die erfolgte Behandlung nicht als „medizinisch üblich“ von der Krankenkasse gewertet wurde. Es hätte keine Notwendigkeit für eine Spezialbehandlung in Deutschland bestanden, da eine adäquate Behandlung auch in den Niederlanden hätte erfolgen können, so der Träger der sozialen Sicherheit. Der EuGH bestätigte den Ablehnungsbescheid.

⁵⁸ Derselben Argumentation folgend (vgl. obige Fußnote) wurde dem in den Niederlanden versicherten Patienten *Peerbooms* die Kostenübernahme einer speziellen Komatherapie in Österreich verweigert. Der behandelnde Neurologe hatte den bei einem Verkehrsunfall ins Koma gefallenen und in den Niederlanden erstbehandelten Herrn *Peerboom* nach Innsbruck überwiesen, da er dort eine Spezialtherapie erhalten konnte, die sich in den Niederlanden noch im Versuchsstadium befand und aufgrund des Alters des Patienten nicht zugelassen war.

⁵⁹ Ein am selben Tag ergangenes Nachfolgeurteil stellt die Entscheidung *Vanbraekel* dar, vgl. EuGH (2001b).

einer Regelung eines Mitgliedstaates nicht entgegen, die wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehende die Übernahme der Kosten für die Versorgung in einer Krankenanstalt in einem anderen Mitgliedstaat davon abhängig macht, dass die Krankenkasse, der der Versicherte angeschlossen ist, eine vorherige Genehmigung erteilt, und nach der dies der doppelten Voraussetzung unterliegt, dass zum einen die Behandlung als in ärztlichen Kreisen üblich betrachtet werden kann, wobei dieses Kriterium auch dann angewandt wird, wenn es um die Frage geht, ob die im Inland gewährte Krankenhauspflege gedeckt ist, und dass zum anderen die medizinische Betreuung des Versicherten es erfordert. Dies gilt jedoch nur, soweit

- *die Voraussetzung der Üblichkeit der Behandlung so ausgelegt wird, dass die Genehmigung ihretwegen nicht versagt werden kann, wenn es sich erweist, dass die betreffende Behandlung in der internationalen Medizin hinreichend erprobt und anerkannt ist, und*
- *die Genehmigung nur dann wegen fehlender medizinischer Notwendigkeit versagt werden kann, wenn die gleiche oder für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung erlangt werden kann, die eine vertragliche Vereinbarung mit der Krankenkasse geschlossen hat, der der Versicherte angehört.“⁶⁰*

Zwei Punkte sind hervorzuheben: Zum einen stellt der Gerichtshof fest, dass die Dienstleistungsfreiheit unabhängig davon zu berücksichtigen ist, ob der versichernde Träger Sachleistungen erbringt und diese direkt mit dem Krankenhaus abrechnet. Zum Zweiten kann für die stationäre Versorgung – aufgrund der notwendigen Planungssicherheit für eine ausreichende Versorgung – die Genehmigungspflicht aufrechterhalten werden. Die Genehmigung soll absichern, dass die entsprechende Behandlung eine übliche, wirksame Behandlung ist, die nicht rechtzeitig in einer Vertragseinrichtung des Trägers erbracht werden kann.

Wie Jorens et al. (2005) beschreiben, ergibt sich aus den Urteilen Kohll/Decker sowie Geraets-Smits/Peerbooms, dass medizinische Behandlungen, unabhängig davon ob sie inner- oder außerhalb eines Krankenhauses erbracht werden und unabhängig davon, wie der heimische Versicherungsträger organisiert bzw. finanziert ist, Dienstleistungen im Sinne der Artikel 49 und 50 EG-Vertrag darstellen. Damit wirken sich die Urteile auch auf sachleistungsberechtigte Versicherte aus. Im Gegensatz zum stationären Sektor wird im ambulanten Bereich die Genehmigungspflicht nicht aufrechterhalten, da hier die Auswirkungen grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme das finanzielle Gleichgewicht eines nationalen sozialen Sicherungssystems nicht schwerwiegend beeinträchtigen, welches jedoch im Falle stationärer Leistungserbringung gegeben ist, sodass hier die Genehmigungspflicht bestehen bleibt (s.o.).⁶¹

⁶⁰ EuGH (2001a).

⁶¹ Vgl. Jorens et al. (2005).

Rechtssachen Müller-Fauré und Van Riet⁶²

In der Entscheidung *Müller-Fauré*⁶³ und *Van Riet*⁶⁴ befasste sich der EuGH mit der grundsätzlichen Regelung grenzüberschreitender ambulanter medizinischer Behandlung. Hier entschied der Gerichtshof, dass die Dienstleistungsfreiheit gemäß Artikel 49 und 50 EGV-Vertrag die nationalen Vorschriften überwiegt, wenn diese *„...die Übernahme der Kosten für eine Versorgung, die in einem anderen Mitgliedstaat außerhalb des Krankenhauses durch eine Person oder Einrichtung erfolgt, mit der die Krankenkasse des Versicherten keine vertragliche Vereinbarung getroffen hat, davon abhängig machen, dass die betreffende Kasse vorher ihre Genehmigung erteilt, auch wenn die fraglichen nationalen Rechtsvorschriften ein Sachleistungssystem einführen, in dessen Rahmen die Versicherten Anspruch nicht auf die Erstattung der Kosten für die medizinische Versorgung, sondern auf die Versorgung selbst haben, die kostenlos erfolgt.“*⁶⁵

Damit betont der Gerichtshof, dass das Sachleistungsprinzip der Inanspruchnahme ausländischer Gesundheitsleistungen nicht entgegensteht. Ausschlaggebend dafür war, dass im Verfahren die Träger der sozialen Sicherheit (hier: die niederländischen Krankenkassen) nicht aufzeigen konnten, dass aufgrund starker grenzüberschreitender Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch ihre Versicherten das (niederländische) Gesundheitssystem erheblich belastet würde.⁶⁶

⁶² Vgl. EuGH (2003a).

⁶³ Frau Müller-Fauré, in den Niederlanden wohnhaft und krankenversichert, unterzog sich während eines Urlaubsaufenthaltes in Deutschland einer zahnärztlichen Behandlung, bei welcher ihr eine Kieferprothese sowie Kronen eingesetzt wurden. Die heimische Krankenkasse verweigerte die Kostenerstattung mit der Begründung, dass diese nur im Ausnahmefall vorgenommen würde, der im Fall von Frau Müller-Fauré nicht vorläge.

⁶⁴ Frau van Riet, ebenfalls in den Niederlanden wohnhaft und krankenversichert, beantragte gemeinsam mit ihrem Hausarzt eine Arthroskopie (wegen Schmerzen im Handgelenk) in Belgien, da diese Untersuchung dort zeitnaher durchgeführt werden konnte als in den Niederlanden, wo Frau van Riet sechs Monate auf eine solche Untersuchung hätte warten müssen. Obwohl die zuständige Krankenkasse die Genehmigung verweigerte, ließ sich Frau van Riet in Belgien teilweise ambulant und teilweise stationär behandeln. Die niederländische Krankenkasse verweigerte die Kostenübernahme, weil sie eine Auslandsbehandlung im Fall von Frau van Riet nicht als medizinisch notwendig einstuft.

⁶⁵ EuGH (2003a).

⁶⁶ So heißt es im Urteil: *„Doch ergibt sich aus den Verfahrensakten nicht, dass die Aufhebung des Erfordernisses der vorherigen Genehmigung für diese Art der Versorgung ungeachtet der Sprachbarrieren, der räumlichen Entfernung, der Kosten des Auslandsaufenthalts und des Mangels an Information über die Art der im Ausland geleisteten Versorgung derart viele Patienten veranlassen würde, sich ins Ausland zu begeben, dass dadurch das finanzielle Gleichgewicht des niederländischen Systems der sozialen Sicherheit erheblich gestört würde und infolgedessen das Gesamtniveau des Schutzes der öffentlichen Gesundheit gefährdet wäre, was eine Beschränkung des elementaren Grundsatzes des freien Dienstleistungsverkehrs wirksam rechtfertigen könnte“.* (Vgl. EuGH (2003a)).

2.3.2. Zwischenfazit zur Patientenmobilität – Vereinbarkeit von freizügigkeitsspezifischem Sozialrecht und EG-Vertrag

Zusammenfassend ist in den obigen Urteilen des EuGH festgestellt worden, dass der Anspruch der gesetzlich krankenversicherten Patienten auf eine Kostenerstattung für im EU-Ausland in Anspruch genommene Behandlungsleistungen auf Artikel 49 EG-Vertrag beruht, zwischen Leistungen im Krankenhaus und solchen außerhalb zu differenzieren ist und dass sich mitgliedstaatliche Beschränkungen auf verschiedene Rechtfertigungsgründe⁶⁷ stützen müssen (wie die Nichtgefährdung des Systems bzw. der öffentlichen Gesundheit). Der Leistungsanspruch eines gesetzlich krankenversicherten Patienten richtet sich nach dem Recht des Versicherungsstaates, da dessen Leistungskatalog gilt. Somit ist die Höhe der zu erstattenden Kosten auch nach Recht des Versicherungsstaates geregelt. Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen fällt in den Anwendungsbereich der vier Grundfreiheiten, unabhängig davon, ob die nationalen Träger Kostenerstattungs- oder Sachleistungsprinzip anwenden.

Zur Vereinbarkeit der VO 1408/71 bzw. 883/2004 mit der Rechtsprechung des EuGH (und hier insbesondere der Dienstleistungsfreiheit gemäß EG-Vertrag) führen Jorens et al. (2005) aus, dass durch die Urteile in den Fällen *Vanbraekel*⁶⁸ und *Inzian*⁶⁹ der Gerichtshof eine Ergänzung bzw. Zusammenfassung beider Ordnungen im stationären Bereich intendiert. Hintergrund der Entscheidung ist das Bestreben des EuGH, zum einem rechtliche Klarheit und Kohärenz zu erzielen, zum anderen aber auch die Patientenrechte zu festigen. Letzteres ist damit zu begründen, dass generell bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme dem Versicherten die Kosten nur in Höhe der heimischen Sätze vom Träger erstattet werden, jedoch die Behandlungskosten zwischen zwei Systemen divergieren können. So hat der Patient den eventuell zusätzlich entstehenden Differenzbetrag einer Auslandsbehandlung prinzipiell selbst zu tragen. Erfolgt jedoch die Genehmigung der Auslandsbehandlung (unter Abstimmung der VO 1408/71 mit der EuGH-Rechtsprechung) wird der Patient de facto einem im Ausland Versicherten gleichgestellt, woraus folgt, dass

⁶⁷ Die drei in den Urteilen Kohll/Decker erwähnten Rechtfertigungsgründe umfassen: die erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts von sozialen Sicherungssystemen, die erhebliche Gefährdung einer ausgewogenen, allen zugänglichen ärztlichen und klinischen Versorgung sowie die Gefahr für den Schutz der öffentlichen Gesundheit.

⁶⁸ Die Entscheidung im Fall *Vanbraekel* (vgl. EuGH (2001b)) stellt eines der Nachfolgeurteile zu *Kohll/Decker* aus dem Jahre 2001 dar, welches sich mit dem Verhältnis der VO 1408/71 zu der im EG-Vertrag verankerten Dienstleistungsfreiheit befasst. Hintergrund war die Kostenerstattungsklage einer in Belgien Versicherten, die sich einer Operation in Frankreich unterzogen hatte. Ein knapper Überblick hierzu ist in *Schulte* (2002) zu finden.

⁶⁹ In der Rechtssache *Inzian* (vgl. EuGH (2003b)) war der EuGH direkt aufgefordert, die Beziehung der VO 1408/71 zum EG-Vertrag zu erklären. Hierbei konstatierte der Gerichtshof, dass der Artikel 22 VO 1408/71 dazu beitrage, die Freizügigkeit in der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme und Erbringung von Gesundheitsleistungen zu vereinfachen. Keines der beiden Verfahren hat Vorrang vor dem anderen. Vgl. hierzu auch *Jorens et al.* (2005).

der Differenzbetrag und somit die gesamten Behandlungskosten auch durch den heimischen Träger zu übernehmen sind. Diese Argumentation gilt ausschließlich für den stationären Bereich, bei ambulanter Auslandsbehandlung entstehende Differenzbeträge sind durch die Patienten selbst zu tragen, da gemäß Dienstleistungsfreiheit (Artikel 49 und 50 EG-Vertrag) keine vorherige Genehmigungspflicht besteht. Aus dem Urteil *Müller-Fauré* und *Van Riet* geht hervor, dass der Differenzbetrag bei ambulanter Auslandsbehandlung nur dann vom Träger zu übernehmen ist, wenn nach VO 1408/71 eine Genehmigung erteilt wurde (etwa für Leistungen, die nicht im Leistungskatalog des Versicherungslandes enthalten sind).⁷⁰

Die Frage, inwiefern im Rahmen sozialer Sicherungssysteme erbrachte Gesundheitsleistungen unter die Regelungen des freien Dienstleistungsverkehrs fallen, ist noch nicht abschließend beantwortet worden und findet derzeit in der aktuellen Diskussion um den Entwurf zur Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt Niederschlag (vgl. Abschnitt 2.4.1).

2.3.3. Freier Warenverkehr und Arzneimittelversorgung innerhalb der EU

Mit den ersten Urteilen des EuGH ist nicht nur der freie Dienstleistungsverkehr, sondern auch der freie Warenverkehr bei der Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsleistungen gestärkt worden. In der Rechtssache *Decker* stellte der Gerichtshof fest, dass eine Genehmigungspflicht für den Kauf medizinischer Güter im EU-Ausland gegen die Grundsätze des freien Warenverkehrs⁷¹ gemäß Artikel 28 und 30 EG-Vertrag verstößt (vgl. hierzu auch Abschnitt 2.3.1).

Mit der Ausgründung der ersten Internetversandapotheke „0800 DocMorris“⁷² in den Niederlanden, die zum Ziel den europaweiten Vertrieb von Medikamenten bei Ausnützung von internationalen Preisunterschieden hat, verschärfte sich die Diskussion um die Warenverkehrsfreiheit. Insbesondere der deutsche Apothekerverband hatte mit Verweis auf Verstöße gegen das deutsche Arznei- und Heilmittelgesetz durch die Internetapotheke in mehreren Instanzen geklagt. Der EuGH⁷³ entschied, dass ein Handelsverbot für zugelassene Medikamente eine unrechtmäßige Beschränkung des EU-Warenverkehrs darstellt und da-

⁷⁰ Vgl. Jorens et al. (2005).

⁷¹ Laut Artikel 28 EG-Vertrag gilt: „Mengenmäßige Einfuhrbeschränkungen sowie alle Maßnahmen gleicher Wirkung sind zwischen den Mitgliedstaaten verboten.“ In Artikel 30 EG-Vertrag lautet es weiter: „Die Bestimmungen der Artikel 28 und 29 stehen Einfuhr-, Ausfuhr- und Durchfuhrverboten oder -beschränkungen nicht entgegen, die aus Gründen der öffentlichen Sittlichkeit, Ordnung und Sicherheit, zum Schutze der Gesundheit und des Lebens von Menschen, Tieren oder Pflanzen, des nationalen Kulturguts von künstlerischem, geschichtlichem oder archäologischem Wert oder des gewerblichen und kommerziellen Eigentums gerechtfertigt sind. Diese Verbote oder Beschränkungen dürfen jedoch weder ein Mittel zur willkürlichen Diskriminierung noch eine verschleierte Beschränkung des Handels zwischen den Mitgliedstaaten darstellen.“

⁷² Vgl. <http://www.docmorris.com> .

⁷³ Vgl. EuGH (2003c).

her der grenzüberschreitende Versandhandel mit rezeptfreien Medikamenten rechtens ist. Zugleich stellte der Gerichtshof aber auch fest, dass ein allgemeines Werbe- und auch Verkaufsverbot für Arzneien, die nicht in Deutschland zugelassen sind, mit europäischem Recht vereinbar ist.⁷⁴

Gemeinschaftsrechtlich sind inländische und EU-ausländische Apotheken gleichzustellen. So hat DocMorris auch Anspruch auf Erstattung des Herstellerrabatts, den das deutsche Sozialrecht gemäß § 130a Abs. 1 S. 2 SGB V gewährt. Hintergrund hierfür ist, dass Apotheken, die Arzneimittel im Rahmen der (deutschen) gesetzlichen Krankenversicherung vertreiben, den Krankenkassen einen Rabatt gewähren müssen. Der § 130a Abs. 1 S. 2 SGB V verpflichtet die Pharmaunternehmen, diesen Rabatt den Apotheken rückzuerstatten. Das EuGH Urteil im Fall DocMorris impliziert, dass deutsche Rechtsverordnungen nicht Anspruchsvoraussetzung für den Herstellerrabatt sind.⁷⁵

2.3.4. Zur Niederlassungsfreiheit – Erbringung von Gesundheitsleistungen durch ausländische Anbieter

Von Bedeutung für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung sind jedoch nicht nur die Rechtsgrundlagen, die Patientenwanderungen ermöglichen und somit die Nachfrageseite betreffen, sondern eben auch solche, die Anbietern von Gesundheitsleistungen Zugang zum Gemeinsamen Markt erlauben. Einen wesentlichen Aspekt für den Austausch von grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen stellt hierbei die Mobilität von Ärzten dar, die in einem anderen Mitgliedstaat Leistungen erbringen. In der Rechtsauslegung zur Anwendbarkeit der Waren- und Dienstleistungsfreiheit auf die nationalen Gesundheitssysteme nimmt der EuGH auch Bezug auf Bestimmungen, die das Niederlassungsrecht in der EU betreffen und welche im Folgenden kurz dargestellt werden.

Für die Niederlassungsfreiheit innerhalb der EU gilt gemäß Artikel 43 EG-Vertrag:

„Die Beschränkungen der freien Niederlassung von Staatsangehörigen eines Mitgliedstaats im Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedstaats sind nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen verboten...“

Im gemeinschaftlichen Primärrecht erfährt die Niederlassungsfreiheit eine Verknüpfung mit der Dienstleistungsfreiheit. So heißt es in Artikel 47 Abs. 1 EG-Vertrag:

„Um die Aufnahme und Ausübung selbstständiger Tätigkeiten zu erleichtern, erlässt der Rat nach dem Verfahren des Artikels 251 Richtlinien für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise.“

Dies bedeutet, der Rat der EG/EU ist befugt, für die Gemeinschaft gültige Anerkennungsrichtlinien auch für den medizinischen Bereich zu erlassen. Ausgangspunkt stellen hier die Richtlinien des Rates vom 16. Juli 1975 Nr. 45/362/EWG und 75/363/EWG für die

⁷⁴ Hierzu vgl. ausführlich Kingreen (2004).

⁷⁵ Vgl. hierzu insbesondere Koenig et al. (2004).

gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Arztes und für Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr bzw. zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Tätigkeiten des Arztes dar. Heute findet die *Richtlinie 93/16/EWG* (im Weiteren: *Ärztlichrichtlinie*) vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungen⁷⁶, die obige Richtlinien geändert hat, Anwendung. Der Rat bestimmt hierin, dass berufliche Befähigungsnachweise von Ärzten und anderen Heilberufen aus anderen Mitgliedstaaten unter bestimmten Voraussetzungen anzuerkennen sind. Weiter geht aus der *Ärztlichrichtlinie* hervor, dass es Aufgabe der Mitgliedsstaaten ist, die Ausübung ärztlicher Tätigkeit zu regeln.⁷⁷

Verschiedene EuGH-Urteile verpflichten die Mitgliedstaaten jedoch, im Rahmen ihrer nationalstaatlichen Regelungen die gemeinschaftlichen Grundfreiheiten zu beachten, sodass einem aus einem EU-Mitgliedland stammenden Arzt in gleicher Weise Zugang zum Gesundheitssystem zu gewähren ist wie einem einheimischen. Insbesondere im Kohll-Urteil heißt es hierzu: *„Die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung der Tätigkeit des Arztes und des Zahnarztes sind Gegenstand mehrerer Koordinierungs- und Harmonisierungsrichtlinien (...). Hieraus folgt, dass in anderen Mitgliedstaaten niedergelassene Ärzte und Zahnärzte für die Zwecke des freien Dienstleistungsverkehrs als ebenso qualifiziert anerkannt werden müssen wie im Inland niedergelassene.“*⁷⁸

Sofern es die Niederlassungsfreiheit gemäß Artikel 43 Abs. 2 EG-Vertrag betrifft, ist diese nach den Bestimmungen auszuüben, die der aufnehmende Staat für seine Bürger vorsieht.⁷⁹ Das heißt, will ein aus einem anderen Mitgliedstaat stammender Arzt einer Tätigkeit im EU-Ausland nachgehen bzw. sich niederlassen, muss er die Bestimmungen des aufnehmenden Staates grundlegend erfüllen. Eine Einschränkung der vier Grundfreiheiten durch nationale Handlungsweisen ist laut EuGH-Rechtssprechung nur unter den Voraussetzungen zulässig, dass sie:

1. in nicht diskriminierender Weise angewandt werden,

⁷⁶ Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5.4.1993, ABL. L 165, zuletzt geändert durch Richtlinie 2001/19/EG vom 14.5.2001, ABL. L 206.

⁷⁷ Die EU-Kommission hat auf Vorschlag des Rats für Wettbewerbsfähigkeit am 20.04.2004 eine neue (bereits überarbeitete) „Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen“ vorgestellt (KOM(2004) 317). Durch diese Richtlinie soll das bestehende Recht zur Anerkennung von Berufen innerhalb der Gemeinschaft aktualisiert und ersetzt werden, mit dem Ziel die Anerkennung zu vereinheitlichen und zusammenzufassen. Sie soll für die Berufe des Arztes, Zahnarztes, Apothekers, Tierarztes, der Krankenschwester, Hebamme sowie des Krankenpflegers Gültigkeit haben. Vgl. EG-Kommission (2004a).

⁷⁸ EuGH (1998a).

⁷⁹ So heißt es in Artikel 43 Abs. 2 EG-Vertrag: *„Vorbehaltlich des Kapitels über den Kapitalverkehr umfasst die Niederlassungsfreiheit die Aufnahme und Ausübung selbstständiger Erwerbstätigkeiten sowie die Gründung und Leitung von Unternehmen, insbesondere von Gesellschaften im Sinne des Artikels 48 Absatz 2, nach den Bestimmungen des Aufnahmestaats für seine eigenen Angehörigen.“*

2. zwingenden Gründen des Allgemeininteresses entsprechen,
3. zur Erreichung des verfolgten Zieles geeignet sein und
4. nicht über das Maß hinausgehen, das zur Erreichung dieses Zieles erforderlich ist.

2.3.5. Grenzüberschreitende Versorgungsverträge

Wie Eichenhofer (2003) ausführt, stellt eine weitere Möglichkeit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung der Abschluss von Verträgen mit in EU-Mitgliedstaaten niedergelassenen Leistungsanbietern dar. Würden inländische Versicherungsträger (Krankenkassen/Gesundheitsdienste) mit den ausländischen Leistungserbringern Verträge abschließen, so könnten die Versicherten ohne zusätzlichen bürokratischen Aufwand (der vergleichsweise durch ein Genehmigungsverfahren entstünde) medizinische Versorgung in Anspruch nehmen. Dies geschähe dann nicht nur zum Vorteil der Patienten, sondern würde auch den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnen, vorteilige – da durch gegebenenfalls preiswertere ausländische Anbieter zusätzlichen Gewinn generierende – Verträge abzuschließen. Hierbei steht jedoch die Frage im Raum, ob grenzüberschreitende Versorgungsverträge als öffentlich-rechtliche oder privatrechtliche Angelegenheiten zu regeln sind. Ist ausschließlich Ersteres der Fall, so sind solche Verträge de facto nicht möglich, da die Mitgliedstaaten im EU-Ausland nicht wirksam handeln können. Stellt die grenzüberschreitende Leistungserbringung dagegen eine privatrechtliche Angelegenheit dar, ist eine Absprache mit bestimmten Leistungserbringern realisierbar. Der Patient erhält die Wahlfreiheit.⁸⁰

Als problematisch erkennt Eichenhofer (2003), dass grenzüberschreitende Versorgungsangebote lediglich einen begrenzten Kreis der Leistungserbringer einbezieht, der zur Dienstleistungsfreiheit berechnete Versicherte jedoch über einen umfassenden Anspruch auf alle in der EU verfügbaren sozialrechtlichen Dienstleistungen verfügt. Insbesondere sind flächendeckende grenzüberschreitende Versorgungsverträge nicht dazu geeignet, das koordinierende Sozialrecht innerhalb der Gemeinschaft abzulösen, da eine notwendig hohe Vernetzung bzw. Koordinierung von Leistungserbringern (wie sie beispielsweise in der Notfallbehandlung essenziell wäre) mittels solcher Verträge grenzüberschreitend nicht möglich ist.

2.4. Ausblick zur europäischen Rechtsentwicklung

In den vorangestellten Abschnitten ist der geltende Rechtsstand zur Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der europäischen Grundfreiheiten dargestellt worden. In den vergangenen Jahren ist dabei immer wieder der Frage der Vereinbarkeit von wirtschaftlichen und sozialen (nationalstaatlichen) Regelungen nachgegangen worden. Dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen. Daher sollen in diesem Ab-

⁸⁰ Vgl. Eichenhofer (2003).

schnitt die Dienstleistungsrichtlinie und die Einführung der Offenen Methode Koordination (OMK) – als Beispiele der aktuellen Debatte – exemplarisch dargestellt werden.

2.4.1. Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt

In der von der Europäischen Kommission vorgeschlagenen Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt⁸¹ (sog. Dienstleistungsrichtlinie) sollen die bisher auf eine Vielzahl von Einzelregelungen verteilten europäischen Dienstleistungsbestimmungen zusammengefasst und erweitert werden. Ziel ist es hierbei, einen Rechtsrahmen zu schaffen, der die Niederlassungsfreiheit von Dienstleistungserbringern befördert und sowohl den Dienstleistungserbringern als auch -empfängern hinreichende Rechtssicherheit in der Wahrnehmung der Grundfreiheiten gewährleistet, indem zwischenstaatliche Hemmnisse EU-weit weiter abgebaut werden. Darüber hinaus soll die Richtlinie dazu beitragen, weitgehend auf Genehmigungserfordernisse für Leistungserbringer zu verzichten. Hierfür soll das sog. Herkunftslandprinzip eingeführt werden, nach welchem die Dienstleistungsanbieter nur den gesetzlichen Regelungen ihres Herkunftsstaates unterliegen.

Der Anwendungsbereich der Richtlinie ist relativ weit gefasst. Wie aus dem Kapitel I des Richtlinienvorschlages hervorgeht, soll diese entsprechend der Reichweite der europäischen Grundfreiheiten grundsätzlich für alle aus der EU stammenden Dienstleistungserbringer und -empfänger Gültigkeit haben. Hierin wird der Rechtsrahmen für *„Dienstleistungen, die von einem in einem Mitgliedstaat niedergelassenen Dienstleistungserbringer angeboten werden“*⁸² abgesteckt.

Die Richtlinie soll nur Dienstleistungen, die eine wirtschaftliche Tätigkeit umfassen, betreffen. Nicht bindend ist sie demnach für Dienstleistungen von allgemeinem nicht-wirtschaftlichen Interesse, jedoch findet sie Anwendung auf Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse. Das heißt, Gesundheits- und Pflegedienstleistungen (wie etwa niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Labors, Pharmaproduzenten etc.) werden nicht ausgeschlossen.

Der Richtlinienvorschlag zielt auf eine Vereinfachung der Verwaltungsverfahren zur Aufnahme und Ausübung von Dienstleistungen ab.⁸³ So sollen zukünftig alle Dokumente eines anderen Mitgliedstaates anerkannt werden, die beglaubigen, dass ein Dienstleistungserbringer bzw. -empfänger den nationalen Anforderungen genügt. Das heißt, die Dokumente anderer Mitgliedstaaten werden als gleichwertig anerkannt.

Die Niederlassung darf nur an eine Genehmigung geknüpft werden, wenn ein *„zwingendes Erfordernis des Allgemeininteresses“*⁸⁴ diese rechtfertigt. Des Weiteren muss eine Genehmigung dem Verhältnismäßigkeitsprinzip entsprechen und im Voraus bekannt gegeben

⁸¹ Vgl. im Weiteren EG-Kommission (2004b).

⁸² Vgl. EG-Kommission (2004b), Artikel 2.

⁸³ Vgl. EG-Kommission (2004b), Artikel 5-8.

⁸⁴ EG-Kommission (2004b), Artikel 10, Abs. 2.

werden.⁸⁵ Doppelte Kontrollen sind hierbei untersagt und eine Genehmigung darf nur unter bestimmten Voraussetzungen befristet werden.⁸⁶

Mit Artikel 16 der Dienstleistungsrichtlinie soll das sog. **Herkunftslandprinzip** eingeführt werden. So heißt es ebenda in Absatz 1 *„Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Dienstleistungserbringer lediglich den Bestimmungen ihres Herkunftsmitgliedstaates unterfallen, die vom koordinierten Bereich erfasst sind.“* Dieses Prinzip hat sowohl für Dienstleistungserbringer als auch -empfänger Gültigkeit. Kritiker des Herkunftslandprinzips befürchten, dass ein Anreiz entstände, Dienstleistungsunternehmen in Mitgliedstaaten mit den niedrigsten Standards zu verlegen, wodurch es zu einem „race to the bottom“ kommen könnte. Weiterhin könnten nationalstaatliche Auflagen dadurch umgangen werden, dass nur die Unternehmensteile, auf die sich diese beziehen, ausgegliedert und in Mitgliedstaaten mit niedrigen Standards verlagert würden.

Die Rechte der Dienstleistungsempfänger sind im zweiten Abschnitt der Richtlinie verankert. *„Die Mitgliedstaaten dürfen an den Dienstleistungsempfänger keine Anforderungen stellen, die die Inanspruchnahme einer von einem in einem anderen Mitgliedstaat niedergelassenen Dienstleistungserbringer angebotenen Dienstleistung beschränken...“*⁸⁷ Im Weiteren wird das Diskriminierungsverbot präzisiert, indem Artikel 21 formuliert, dass die Mitgliedstaaten den Dienstleistungsempfängern weder Anforderungen noch Zugangsbedingungen auferlegen dürfen. Es darf weder nach Staatsangehörigkeit noch nach Wohnsitz diskriminiert werden.

Wie Jorens et al. (2005) ausführen, ist die von der Kommission vorgeschlagene Dienstleistungsrichtlinie mit dem zentralen Herkunftslandsprinzip Spiegel der EuGH-Rechtssprechung der letzten Jahre zum Artikel 49 EG-Vertrag. Eine Ausklammerung der Gesundheitsleistungen – wie von Kritikern unter Berufung auf das Subsidiaritätsprinzip gefordert – belege de facto, dass der Gesundheitsbereich einen von der Wirkung des Binnenmarkts ausgenommenen Bereich darstelle. Damit wäre dann eine Fortentwicklung der Erbringung grenzüberschreitender Gesundheitsleistungen nicht mehr möglich.⁸⁸

2.4.2. Offene Methode der Koordinierung

Mit zunehmender Integration und wirtschaftlicher Verflechtung ist die Gemeinschaft nicht nur bemüht, den Binnenmarkt zu stärken, sondern diesen auch durch gemeinsame soziale Mindeststandards zu flankieren.⁸⁹ Im Vertrag von Nizza ist die Rechtsgrundlage geschaffen

⁸⁵ Vgl. EG-Kommission (2004b), Artikel. 9 Abs. 1, Artikel 10 Abs. 2.

⁸⁶ Vgl. EG-Kommission (2004b), Artikel 10 Abs. 3, Artikel 11 Abs. 1 und 2.

⁸⁷ EG-Kommission (2004b); Artikel 20.

⁸⁸ Vgl. Jorens et al. (2005).

⁸⁹ In der sog. EU-Grundrechtecharta (dem Quasi-Nachfolger der EU-Sozialcharta von 1989) ist die soziale Dimension der EU verankert worden. Dabei handelt es sich um eine Zusammenfassung vieler nach Primär- und Sekundärrecht geregelten Vorschriften verstreuter sozialer Rechte aus den bisher gültigen Verträgen, die laut Verfassungskonvent in der europäischen Verfassung verbindlich gemacht werden sollen. Vgl. Moussis (2004).

worden, die die Mitgliedstaaten bei der Modernisierung ihrer sozialen Sicherungssysteme unterstützen soll.⁹⁰ So hat der Europäische Rat in Amsterdam die **Offene Methode der Koordinierung (OMK)** als neues Politikinstrument eingeführt, welches in jenen Politikbereichen, in denen die Gemeinschaft bis dato nur sehr eingeschränkt Gesetzgebungsbefugnisse hat bzw. in den Verträgen keine Koordinierungsverfahren vorgeschrieben sind, wirksam wird. Die OMK soll die klassischen Instrumente der Gemeinschaftspolitik ergänzen. Im Gegensatz zu Verordnungen und Richtlinien, die die stärksten Governance-Methoden resp. Instrumente der EU darstellen und de facto wie Gesetzestexte wirken, ist es Ziel der OMK, den Austausch und die Kooperation der Mitgliedstaaten – etwa zu Fragen der Erneuerung der Sozialsysteme – zu fördern, ohne jedoch die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten in der Ausgestaltung ihrer Systeme in Frage zu stellen. Die Offene Methode der Koordinierung beschreibt also eine Form der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten in wichtigen Politikbereichen, in denen die EU bislang nicht originär zuständig ist.⁹¹

Zunächst fand die OMK im Bereich der Beschäftigungs- und Sozialpolitiken Anwendung. Im Teil III, Kapitel V des Verfassungsvertrages *„Bereiche, in denen die Union beschließen kann, eine Koordinierungs-, Ergänzung oder Unterstützungsmaßnahme durchzuführen“* wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten im Gesundheits- und Sozialbereich bestätigt⁹² und gleichzeitig die Kompetenzen auf der EU-Ebene erweitert. So soll OMK zukünftig auch im Gesundheitswesen Anwendung finden. In Artikel III-278 (2) heißt es: *„...Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind, insbesondere Initiativen, die darauf abzielen, Leitlinien und Indikatoren festzulegen, den Austausch bewährter Verfahren durchzuführen und die erforderlichen Elemente für eine regelmäßige Überwachung und Bewertung auszuarbeiten. Das Europäische Parlament wird in vollem Umfang unterrichtet.“*

Das bedeutet, die Mitgliedstaaten werden von der EU-Kommission in der Ausarbeitung und Festlegung unionsweiter Ziele (und gegebenenfalls Indikatoren) im Gesundheitswesen unterstützt. Die Verwirklichung der Ziele bleibt den Mitgliedstaaten vorbehalten, ihr Erreichen wird regelmäßig überprüft bzw. bewertet. Damit soll das Nichterreichen der gesetzten Ziele aufgedeckt und somit begründungspflichtig werden. Es handelt sich hierbei um eine Methode des „Benchmarking“ auf EU-Ebene, das gegenseitiges Lernen und das Herausfiltern sog. „Best Practices“ befördern soll.⁹³

Die OMK stellt ein sog. „soft law“ innerhalb der gesetzgeberischen Möglichkeiten der Gemeinschaft dar. Einerseits kann sie den Austausch von Information und auch die Ver-

⁹⁰ Vgl. die Novellierung des Artikels 137 Abs. 1 k) EU-Vertrag.

⁹¹ Vgl. auch Pitschas (2002).

⁹² EU (2005) Artikel III-278 (7): *„Bei der Tätigkeit der Union wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt. Die Verantwortung der Mitgliedstaaten umfasst die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel.“*

⁹³ Vgl. hierzu auch Eckhardt und Kerber (2005).

gleichbarkeit und damit auch Bewertbarkeit von Gesundheitssystemen befördern, andererseits haben die bisher klassisch verwandten Instrumente der Union – Empfehlungen und Programme – die (in Artikel 152 EG-Vertrag) angestrebte Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten im Gesundheitsbereich wenig befördert. Unklar erscheint weiterhin, inwiefern die OMK dazu beitragen kann, dieses Ziel durchzusetzen, das letztlich von den Beteiligten im Gesundheitswesen der einzelnen Nationalstaaten gewollt sein muss.

2.5. Nationale Umsetzung der europäischen Rechtsvorschriften

Wie bereits oben festgestellt wurde, besitzt die EU keine Kompetenz in der Gestaltung und Organisation nationaler Gesundheitssysteme. Nichtsdestoweniger sind die europarechtlichen Neuerungen (wie die Aktualisierung der Wanderarbeitnehmerverordnung) sowie vor allem die Rechtsauslegung durch den EuGH, aber auch die Aktivitäten der EU-Kommission (Vorschläge zur Einführung der Offenen Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen, Dienstleistungsrichtlinie) Spiegel des fortschreitenden europäischen Integrationsprozesses, der wiederum Niederschlag in den mitgliedstaatlichen Regelungen findet.

2.5.1. Nationale Umsetzung in Deutschland

In Deutschland wurde mit dem *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)* im Herbst 2003 erneut eine Novellierung des gesetzlichen Rahmens vorgenommen. Hier ist der Gesetzgeber bestrebt, mehr Wettbewerb in das System zu bringen und auch die geltenden Gesetze an die Herausforderungen, die die EU im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung mit sich bringt, anzupassen.

Bisher galt in Deutschland – gestützt durch das Sozialgesetzbuch (SGB) und für die gesetzliche Krankenversicherung, nach welcher ca. 90% der Krankenversicherten Leistungen in Anspruch nehmen – das Territorialprinzip. Das heißt, die Vorschriften hatten nur auf deutschem Staatsgebiet Gültigkeit. Mit der letzten Gesundheitsreform in Deutschland wurden Anpassungen der nationalen gesetzlichen Regelungen an die aktuelle europäische Entwicklung in der Gesundheitspolitik vorgenommen.⁹⁴ So wurden mit dem GMG ein nationaler Rechtsrahmen für die Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsleistungen geschaffen, welcher im Folgenden knapp umrissen wird.

Seit dem Inkrafttreten des GMG am 1.1.2004 können gesetzlich Versicherte bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt innerhalb der Gemeinschaft nicht nur Gesundheitsleistungen auf Grundlage der VO 1408/71 und VO 883/2004 in Anspruch nehmen, sondern sind darüber hinaus zur Kostenerstattung für im europäischen Ausland erbrachte Leis-

⁹⁴ Zum neuesten Rechtsstand in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vgl. *BMGS (2004)* insbesondere Kapitel 5, S.111-211.

tungen berechtigt⁹⁵ und haben Anspruch auf Gesundheitsleistungen aufgrund bestehender Verträge der heimischen Krankenkassen mit Leistungserbringern⁹⁶ im EU-Ausland.⁹⁷

Entsprechend den EuGH-Urteile genehmigt das SGB V in § 13 Abs. 4 Patienten die uneingeschränkte ambulante Behandlung und gemäß Abs. 5 nach vorheriger Zustimmung durch die zuständige Krankenkasse stationäre Behandlung im EU-Ausland. Die Genehmigung ist von den Krankenkassen zu erteilen, wenn eine entsprechende Behandlung in Deutschland nicht rechtzeitig gewährleistet werden kann; das heißt, den inländischen Leistungserbringern ist im stationären Bereich Vorrang zu gewähren.⁹⁸

In der Praxis ist nun die Inanspruchnahme von stationären Gesundheitsleistungen im EU-Ausland für deutsche Versicherte auf der Basis von zwei Rechtsgrundlagen möglich, nämlich gemäß der nationalen Regelungen aus dem SGB V (welche die EuGH-Urteile inkludieren) und nach VO 1408/71. In beiden Fällen ist eine Genehmigung durch die Krankenkasse erforderlich, jedoch bestehen in der Inanspruchnahme wesentliche Unterschiede. Erfolgt die Genehmigung nach nationalem Recht muss ein im EU-Ausland stationär behandelter Patient in Vorleistung treten und bekommt die Kosten erstattet, wohingegen die Wanderarbeitnehmerverordnung Sachleistungsaushilfe vorsieht. Während das SGB V dem im EU-Ausland behandelten Patienten Leistungen aus dem gesamten nationalen Leistungskatalog zusichert, ist die Sachleistungsaushilfe auf Leistungen entsprechend dem Leistungskatalog des aushelfenden Staates beschränkt. Dies hat auch Konsequenzen für die Kosten: nach SGB V muss der Patient damit rechnen, dass er nur die nationalen Sätze abzüglich einer Verwaltungspauschale und somit u.U. nicht die volle Höhe der Kosten für die in Anspruch genommene Leistung erstattet bekommt. Gemäß VO 1408/71 übernimmt die heimische Krankenkasse zwar die gesamten Behandlungskosten auf Rechtsgrundlage des aushelfenden Staates, sieht diese jedoch Zuzahlung vor, sind sie vom Patienten zu tragen, denn er wird fiktiv in das Versicherungs- und Abrechnungsrecht des aushelfenden Staates einbezogen.⁹⁹

Schreiber (2004) vermutet, dass Patienten in der Regel die Sachleistungsaushilfe nach VO 1408/71 der Kostenerstattung vorziehen, da sie hierbei kein eigenes finanzielles Risiko zu tragen hätten. Aufgrund der Genehmigung einer Auslandsbehandlung entsprechend Artikel 22 Abs. 1 c VO 1408/71 und des Erhalts des Berechtigungsscheines E 112 von der Krankenkasse erfolgt die Abwicklung der Leistungsaushilfe über die entsprechenden mitgliedstaatlichen Verbindungsstellen. Die nationalen Regelungen, welche Kostenerstattung implizieren, sind vor allem für solche Patienten von Interesse, die hochspezialisierte Behandlungen, welche zumeist in Privatkliniken angeboten werden, in Anspruch nehmen wollen. Dem Patienten steht der gesamte heimische Leistungskatalog offen, das heißt: Der Ver-

⁹⁵ Vgl. § 13 Abs. 4-6 SGB V.

⁹⁶ Vgl. § 140 e SGB V.

⁹⁷ Vgl. Schreiber (2004).

⁹⁸ Vgl. Rixen (2004).

⁹⁹ Ebenda.

sicherte ist bei der Leistungserbringung nicht auf die im aushelfenden Staat geltenden Rechte begrenzt und kann somit dort Behandlungen in Anspruch nehmen, welche gegebenenfalls nur Privatpatienten zustünden.¹⁰⁰

Den sog. „dritten Weg“ zur Inanspruchnahme grenzüberschreitender Versorgungsleistungen eröffnet der § 140 e SGB V, indem den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt wird, mit Leistungserbringern im EU-Ausland Versorgungsverträge abzuschließen. Die Patienten können in einem solchen Fall Sachleistungen wie zu Hause in Anspruch nehmen; die Abrechnung erfolgt zwischen den Vertragspartnern. Es gilt weiterhin der inländische Leistungskatalog. Diese Regelung entspricht einem sog. „auf Vertrag gegründeten Sachleistungsprinzip“. Das heißt, sie eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit, ein Versorgungsangebot für ihre Patienten im EU-Ausland zu schaffen.¹⁰¹

Schreiber (2004) geht jedoch davon aus, dass die Krankenkassen kaum Versorgungsverträge mit ausländischen Krankenhäusern abschließen werden, da in einem solchen Fall die Genehmigungspflicht (entsprechend § 13 Abs. 5 SGB V) entfällt. Nur bei sehr spezialisierten Behandlungen, die lediglich im Ausland erbracht werden, bietet sich der Abschluss solcher Verträge an. Wahrscheinlich sei darüber hinaus *„der Abschluss eines Versorgungsvertrages bei besonderen, strukturell bedingten Bedarfslagen, wie etwa in Grenzregionen“*¹⁰². Denn hier ist die Entfernung zum nächsten Krankenhaus resp. spezialisierten Einrichtung im Nachbarland oft geringer als vergleichsweise im Inland.

2.5.2. Nationale Umsetzung in Polen¹⁰³

In Polen gestaltet sich die Situation wesentlich komplizierter. Im Jahre 1999 wurde eine große Reform des Gesundheitswesens durchgeführt, in der man auf dezentralisierte Strukturen setzte und sich bemühte, die Gesundheitsversorgung für alle Einwohner sowie die Vertragsbedingungen für alle Leistungsanbieter zu vereinheitlichen.¹⁰⁴ Der Übergang von starken hierarchischen Strukturen zu einem marktlichen System gestaltete sich sehr schwierig. So wurden 16 regionale und eine Branchenkrankenkasse (für die uniformierten Dienste) ausgegründet, die die Versorgung der Bevölkerung in den jeweiligen Wojewodschaften sichern sollte. Hierfür war es Hauptaufgabe der Krankenkassen, die Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen. Die Beiträge der Pflichtversicherten wurden von der Sozialversicherungsanstalt ZUS (*Zakład Ubezpieczeń Społecznych*) bzw. der Sozialversicherungsanstalt der Landwirte KRUS (*Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego*) eingezogen und an

¹⁰⁰ Vgl. Schreiber (2004).

¹⁰¹ Vgl. Hermann (2004).

¹⁰² Schreiber (2004), S.415.

¹⁰³ Zur Funktionsweise des polnischen Gesundheitswesens ist vor allem die Publikation von Podzerek-Knop (2004) hervorzuheben. Daher vgl. zu weiten Teilen dieses Abschnitts eben selbige, Kapitel 2.

¹⁰⁴ Beschlossen im Gesetz über die allgemeine Krankenversicherung, *Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* vom 6.02.1997 (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153) mit späteren Änderungen.

die Krankenkassen weitergeleitet. Die Aufsichtsbehörde *UNUZ (Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych)* sollte die Krankenkassen überwachen. Die Umsetzung der 1999-iger Reform geschah unter enormem Zeitdruck. Die Krankenkassen erhielten von Anbeginn fast uneingeschränkte Marktmacht, da zunächst oberstes Ziel war, die neuen Strukturen erfolgreich zu implementieren. Darüber hinaus mangelte es an Kontrollmechanismen (UNUZ befand sich noch im Aufbau) und die Patienten hatten, bedingt durch die regionale Zuordnung zu einer bestimmten Krankenkasse, nur sehr eingeschränkt die Möglichkeiten, diese zu wechseln, um somit Druck auf das System auszuüben. Als problematisch erwies sich weiterhin, dass die regionalen Krankenkassen bevorzugt Verträge mit Leistungserbringern aus ihrer Wojewodschaft schlossen, welches die Wahlmöglichkeiten der Patienten stark einschränkte. Auch die angebotenen Leistungen variierten stark zwischen den Krankenkassen. Es gab weder einen einheitlichen Leistungskatalog, noch wurden gleiche Leistungen von den verschiedenen Krankenkassen gleich honoriert. Mit dieser Entwicklung einhergehend kam es im ambulanten Bereich verstärkt zur Ausgründung von privaten Leistungserbringern. Diese waren durch die direkte Bezahlung in der Lage, bessere Leistungen als die öffentlichen Einheiten anzubieten – für die letzteren entrichteten die Patienten Pflichtversicherungsbeiträge, obwohl sie die Leistungen nicht in Anspruch nahmen resp. nehmen konnten. Besonders dramatisch entwickelten sich die stationären öffentlichen Leistungsanbieter (Krankenhäuser), denen es v. a. an finanzieller Ausstattung mangelte, da die Krankenkassen nicht in der Lage waren, adäquate Budgets zur Verfügung zu stellen.

Diese Entwicklung führte zu Frustrationen sowohl auf Patienten- als auch Anbieterseite, welche auch Ausdruck in den Parlamentswahlen fanden und in Polen zum Regierungswechsel führten. Der frisch konstituierte Sejm (das polnische Nationalparlament) verabschiedete dann am 23. Januar 2003 ein neues Gesetz¹⁰⁵, mit dem Ziel, die Degeneration des Systems zu verhindern und sowohl Patienten als auch Anbieter zu befrieden. Die „Reform der Reform“ beinhaltete die Zusammenfassung der 16 regionalen Krankenkassen und der Branchenkrankenkasse im Nationalen Gesundheitsfonds *NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia)* mit 16 Dependancen in den jeweiligen Wojewodschaften, sowie die Abschaffung der UNUZ. Aufgabe des NFZ ist es seither, polenweit einheitliche Verträge mit den Leistungserbringern per Ausschreibungen und Nachverhandlungen zu kontrahieren. Darüber hinaus soll der Leistungskatalog erweitert und für die Patienten die Möglichkeit geschaffen werden, im ganzen Land Anbieter in Anspruch zu nehmen, so diese mit dem NFZ Verträge geschlossen haben. Hierfür wurde der NFZ direkt dem Gesundheitsministerium unterstellt, welches gemäß der 1999er Reform lediglich Kontroll- und Koordinierungsaufgaben wahrgenommen hatte. Das bedeutet, das polnische Gesundheitswesen wurde wieder zentralisiert.

Im Moment befindet sich das polnische Gesundheitswesen also in einer dritten großen Reformphase. Von einer etwaigen Orientierung in Richtung EU ist der polnische Gesetz-

¹⁰⁵ Gesetz über die allgemeine Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds, *Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia* vom 23.01.2003 (Dz. U. 2003 nr 45, poz. 391), mit späteren Änderungen.

geber bisher weit entfernt; Fragen zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung finden bisher keinen Niederschlag in den Gesetzestexten. Man ist vielmehr bemüht, das Gesundheitssystem überhaupt zum Funktionieren zu bringen.

Mit dem Beitritt zur EU übernahm Polen auch das Vertragswerk der Gemeinschaft, so dass die in den vorhergehenden Abschnitten beschriebenen primär- und sekundärrechtlichen Regelungen (theoretisch) auch für polnische Patienten Anwendung finden. Da der polnische Gesundheitssektor sich in einer sehr schwierigen Lage befindet, ist die Frage, inwiefern polnische Patienten tatsächlich von ihren Rechten Gebrauch machen können. Aussagen zu Patientenwanderungen aus Polen in andere EU-Länder können mangels Datenerhebung nicht getroffen werden.

Polnische Anbieter von Gesundheitsleistungen sind stark daran interessiert, zahlungskräftige ausländische Patienten zu behandeln und daher bestrebt, in Bereichen, in denen die Heimatländer dieser Patienten aufgrund von Selbstbeteiligungsregelungen relativ hohe Preise verlangen, diese zu unterbieten.¹⁰⁶ Mit den ausländischen Patienten, die zumeist aus Deutschland, Großbritannien oder Skandinavien stammen und von der Möglichkeit des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs Gebrauch machen, lässt sich ein wesentlich höherer Gewinn erzielen als mit den einheimischen Patienten. Für die ausländischen Patienten ist die Inanspruchnahme polnischer Waren- und Dienstleistungen aufgrund des relativ niedrigen Preisniveaus attraktiv. Jedoch beschränken sich die Patientenwanderungen zumeist auf zahnärztliche sowie Schönheitschirurgische Leistungen, da hier ein Anreiz zur Kosteneinsparung gegeben ist.¹⁰⁷

2.6. Aktueller Stand der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Europa

Insgesamt ist festzuhalten, dass die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Europa keineswegs sehr ausgeprägt ist. Nach wie vor sind die nationalen Gesundheitsmärkte relativ abgeschottet. Deutschland ist mit der Umsetzung der europarechtlichen Regelungen im GMG einer der ersten Mitgliedstaaten, der gesetzgeberische Konsequenzen aus der europäischen Rechtsentwicklung gezogen hat.

2.6.1. Patientenwanderung

Wie Danner (2003) ausführt, haben die europarechtlichen Regelungen zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu keiner starken Abwanderung von Patienten aus Deutschland ins EU-Ausland geführt. In der ambulanten Versorgung sind Patientenwanderungen am ehesten in den Bereichen mit hoher Selbstbeteiligung (wie Zahnmedizin) zu beobachten.

¹⁰⁶ Vgl. auch Cienski (2005).

¹⁰⁷ Ebenda.

Im stationären Bereich hegen deutsche Patienten der ausreichenden heimischen Versorgung wegen in der Regel nicht den Wunsch, im Ausland behandelt zu werden. Darüber hinaus bestehen inländische Überkapazitäten in den meisten Fachgebieten. Engpässe wie in der Psychiatrie sind aufgrund sprachlicher Barrieren zudem ungeeignet für eine Abdeckung durch ausländische Leistungserbringer.¹⁰⁸

Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch EU-Bürger ist bisher – das heißt in der alten EU-15 – vor allem durch Patienten aus Mitgliedsstaaten mit Wartelisten, wie Großbritannien, Irland, Dänemark, Schweden, Niederlande, Italien, Portugal, Spanien und Finnland erfolgt. Belgien, Deutschland, Frankreich, Österreich und (zum Teil) Luxemburg haben keine Kapazitätsprobleme; sie sind wartelistenfrei. Durch die Ost-Süd-Erweiterung der EU (mit dem 1. Mai 2004) werden sich aufgrund des Versorgungsgefälles weitere Herausforderungen ergeben.¹⁰⁹

Trotz des (moderaten) Patientenstroms aus Ländern mit Wartelisten, ist die Nachfrage nach stationären Leistungen in Deutschland aus dem EU-Ausland nicht so stark gestiegen, dass eine Auslastung der Krankenhäuser dadurch erreicht werden konnte. Ein Nachfrageanstieg ist im Bereich der privaten Gesundheitsleistungen – wie im Kuren- und Wellnessbereich – zu beobachten. Hier ist jedoch bereits auch Konkurrenz aus Osteuropa spürbar, da diese vergleichbare Leistungen aufgrund niedrigerer Arbeitskosten kostengünstiger anbieten kann.¹¹⁰

Wie eine Studie der Techniker Krankenkasse ergab, stehen Versicherte Auslandsbehandlungen durchaus positiv gegenüber. Gegenwärtig überwiegt jedoch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im EU-Ausland aufgrund von Notfällen bei vorübergehendem Aufenthalt. Die Sachleistungsaushilfe hat sich als unpraktikabel erwiesen, da oftmals die Leistungserbringer im Ausland den E 111-Berechtigungsschein nicht anerkennen. Zumeist werden Auslandserkrankungen auf Basis der Kostenerstattung nach heimischen Versicherungssätzen abgerechnet. Mit zunehmender Mobilität ist jedoch davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme weiter steigt. Darüber hinaus ist durch die Öffnung der Gesundheitsmärkte sowie die nationale Umsetzung der europäischen Rechtsnormen und der damit einhergehenden Vereinfachung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im EU-Ausland mit einem Nachfrageanstieg nach Auslandsleistungen zu rechnen. Allerdings wird dieser eher moderat ausfallen.¹¹¹

2.6.2. Leistungseinkauf im EU-Ausland

Schneider (2003) weist auf die Vorteile eines grenzüberschreitenden Leistungseinkaufs durch die Krankenkassen hin, welche vor allem in der Stimulierung eines Qualitätswett-

¹⁰⁸ Vgl. Danner (2003).

¹⁰⁹ Vgl. Danner (2004).

¹¹⁰ Vgl. Danner (2004).

¹¹¹ Vgl. die Auswertung von Klusen und Agasi (2002).

bewerbs zu sehen sind. In der Praxis machen die Krankenkassen bisher nur selten von der Möglichkeit Gebrauch, grenzüberschreitende Versorgungsverträge abzuschließen. Hintergrund sind neben Abschottungsstrategien gegen ausländische Konkurrenz vor allem Schwierigkeiten bei der ökonomischen Bewertung, die aufgrund der Systemvielfalt und den damit einhergehenden unterschiedlichen Standards schwer vorzunehmen ist. Allerdings ist im stationären Bereich aufgrund der schon weit verbreiteten Abrechnung nach Fallpauschalen (sog. DRG – *Diagnosis related groups*) ein Preisvergleich mit Einschränkungen möglich. Des Weiteren fördert die EU-Kommission Benchmarkprogramme und ist um eine vereinheitlichte Gesundheitsberichterstattung bemüht, um zukünftig die Vergleichbarkeit von Leistungen zu forcieren. Schneider (2003) rechnet mit einer Zunahme des grenzüberschreitenden Leistungseinkaufs in Europa nicht zuletzt deswegen, weil Versicherte mobiler werden und die rechtlichen Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im EU-Ausland (auch aufgrund des verstärkten Kostendrucks) ausnutzen werden. Tendenzen einer solchen Entwicklung sind bereits in den Grenzregionen beobachtbar.¹¹²

2.6.3. Regionale Besonderheiten – Grenzregionen

Wie Schreiber (2004) ausführt, gibt es verstärkte kooperative Aktivitäten in der Gesundheitsversorgung in den Grenzregionen.¹¹³ Dies ist darauf zurückzuführen, dass Grenzgebiete typischerweise ländlich geprägt, das heißt durch niedrige Bevölkerungsdichte sowie relativ schlechte Infrastruktur gekennzeichnet sind und daher insbesondere spezialisierte Versorgungseinrichtungen oft nicht rentabel betreiben können. Durch die Zusammenarbeit auf medizinischer und administrativer Ebene im Rahmen von bi- bzw. multilateralen Abkommen in Kombination mit EU-Fördergeldern (für die sog. Euregios¹¹⁴) sei es gelungen, die Versorgungslage zu verbessern. Als Beispiele verweist Schreiber (2004) auf Projekte im stationären Bereich der Euregios Maas-Rhein, Rhein-Maas Nord und Rhein-Wahl.¹¹⁵

Auch Hermann (2004) stellt die Besonderheiten von Grenzregionen bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen heraus. Oft sind Wohnortsferne, einhergehend mit Mobilitätshemmnissen sowie kulturelle und Sprachbarrieren Haupthinderungsgründe für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Ausland durch die Versicherten. In Grenzregionen stellt sich die Situation anders dar: Hier sind die Menschen

¹¹² Vgl. Schneider (2003).

¹¹³ Der Begriff „Grenzregion“ beschreibt sich – entsprechend der Gemeinschaftscharta zur Regionalisierung – „durch ihre grenzüberschreitende Zusammenarbeit in einem geographisch beidseitig der Grenzen festgelegten Gebiet und deren durch bestimmte gemeinsame Elemente gekennzeichnete Bevölkerung, die die daraus resultierenden Eigenheiten bewahren und weiterentwickeln möchte, um den kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Erfordernissen Rechnung zu tragen bzw. diese voranzutreiben“. Vgl. Gemeinschaftscharta der Regionalisierung, angenommen vom Europäischen Parlament am 18. November 1988, abgedruckt im ABL. C 326 vom 19.12.1988, S. 296-301.

¹¹⁴ Hierbei handelt es sich um Regionen mit ausgeprägter grenzüberschreitender Kooperation, die eine spezielle Förderung durch die Gemeinschaft erfahren.

¹¹⁵ Vgl. Schreiber (2004).

vertrauter mit dem jeweils anderen Land – Sprachhemmnisse weit weniger ausgeprägt und durch die räumliche Nähe auch die Patientenmobilität gegeben. Als besonders förderlich für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung haben sich günstige Verkehrsanbindungen erwiesen. Exemplarisch verweist Hermann (2004) auf – insbesondere spezialklinische Behandlungen – in den Grenzräumen Lindau/Bregenz, Oberschwaben/Vorarlberg, Ortenau/Elsass sowie Baden/Elsass.¹¹⁶

¹¹⁶ Vgl. Hermann (2004).

3. Die Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie

Im Kapitel 2 wurde aufgezeigt, dass die europarechtlichen Regelungen Auswirkungen auf die nationale Rechtsprechung entfalten und so die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ermöglichen. Die Autoren sehen in der Kombination der Regelungen zur Freizügigkeit resp. Niederlassungsfreiheit und der Möglichkeit grenzüberschreitender Versorgungsverträge eine Chance zur verbesserten Versorgung der EU-Bürger, auch unter Beibehaltung der im Wesentlichen nationalstaatlich organisierten Gesundheitssysteme. Eine Sonderrolle kommt hierbei den Grenzregionen zu.

3.1. Motivation

Mit der EU-Erweiterung zum 1. Mai 2004 übernahm Polen das europäische Vertragswerk und ist nun vollwertiges Mitglied der EU. Damit unterliegen (wie in Kapitel 2 ausgeführt) sowohl Deutschland als auch Polen denselben rechtlichen Regelungen, welche sie zur Koordination ihrer sozialen Sicherungssysteme verpflichten. Die Rechtsentwicklung in der Union zielt auf den Ausbau europäischer Standards zum Zwecke der Gewährleistung eines angemessenen Zugangs aller EU-Bürger zu Gesundheitsleistungen ab.

Im Folgenden soll am Beispiel einer deutsch-polnischen Grenzregion untersucht werden, inwiefern bereits Konsequenzen, die sich einerseits aus der veränderten Sozialgesetzgebung und andererseits aus der EU-Osterweiterung ergeben, konkreten Niederschlag in den Ländern finden bzw. in Zukunft finden werden.

Die Einschränkung auf eine Grenzregion wird unter der Prämisse vorgenommen, dass die realen Folgen der Erweiterung dort schneller zu beobachten sind. So ist anzunehmen, dass die Einwohner von Grenzregionen mit dem jeweiligen Nachbarland vertrauter sind, da es zu ihrem direkten Umfeld gehört. Auch sind Menschen in der Regel besser darüber informiert, was „vor ihrer Haustür“ passiert. Daher ist zu vermuten, dass grenzüberschreitende Themen verstärkt lokal reflektiert werden (mittels Politik, Presse, etc.) und somit eine frühe Auseinandersetzung mit Phänomenen wie der EU-Osterweiterung und den daraus resultierenden Gefahren und Chancen stattfindet. Darüber hinaus bietet der Gesundheitssektor einer Grenzregion einen vergleichsweise großen Spielraum für Entwicklungen in der grenzüberschreitenden Tätigkeit. Dies lässt sich vor allem mit der Struktur von Gesundheitsmärkten erklären. Hierbei handelt es sich in der Regel um lokale Märkte, abgesehen vom Pharmasektor resp. Medikamentenhandel. Kennzeichnend für Gesundheitsmärkte ist, dass der Großteil der Gesundheitsversorgung ambulant und somit vor Ort erfolgt. Es ist davon auszugehen, dass vor allem die geographische Nähe und somit die unkomplizierte Erreichbarkeit bei der Arztwahl für den Patienten entscheidend ist, aber auch die Niederlassung bzw. Beschäftigung von medizinischem Personal, welches so in relativer Nähe zu seinem gewohnten Umfeld nun im Ausland tätig werden kann, forciert.

Durch die EU-Erweiterung und die damit verbundenen rechtlichen sowie wirtschaftlichen Veränderungen erfährt die Angebots- und Nachfragestruktur des jeweiligen national bestimmten und bis dato abgeschotteten Gesundheitssektors einen Wandel. Wie stark und wie bzw. für wen vorteilhaft sich dieser gestalten wird, darauf haben Haushalte und Unternehmen (resp. Leistungserbringer) der Grenzregion entscheidenden Einfluss, da das lokale Gut „Gesundheit“ nun in einer Region angeboten resp. nachgefragt wird, in der zwei Gesundheitsmärkte aufeinander treffen. Es ist davon auszugehen, dass bedingt durch den Wegfall von (rechtlichen) Hemmnissen nun Haushalte sowie (Gesundheits-)Unternehmen, die Leistungen dort in der Grenzregion in Anspruch nehmen bzw. anbieten, wo es für sie von Vorteil ist. Dies geschieht nach Gewährwerden und unter Ausnützung des jeweiligen komparativen (regionalen) Vorteils. Inwiefern eine wirkliche Marktintegration stattfindet bzw. ob eine solche sinnvoll ist (nämlich nur bei nennenswerten komparativen Unterschieden), hängt nicht zuletzt vom Kooperationswillen der jeweiligen Nachbarregionen ab.

3.2. Lage und Größe der Grenzregion

Die vorliegende Arbeit untersucht die Landkreise Ostbrandenburgs, welche eine gemeinsame Grenze mit Polen haben und setzt diese in Beziehung mit der westpolnischen Wojewodschaft Lubuskie.

Abbildung 3.2.1. Deutsch-polnische Grenzregion



Eigene Darstellung. Quelle: Microsoft Encarta

Wie aus der Abbildung 3.2.1. hervorgeht, umfasst das untersuchte Gebiet auf der deutschen Seite die Landkreise Uckermark, Barnim, Märkisch-Oderland, Oder-Spree, Spree-Neiße sowie die kreisfreien Städte Frankfurt (Oder) und Cottbus (im Weiteren: **Ostbrandenburg**), denen auf der polnischen Seite die Wojewodschaft **Lubuskie** mit den kreisfreien Städten Gorzów Wielkopolski und Zielona Góra gegenübergestellt wird. Das gesamte Grenzgebiet hat eine Fläche von ca. 24.872 km². Die Einwohnerzahl beider Regionen ist mit jeweils etwas mehr als einer Million Einwohner nahezu identisch, wenngleich Lubuskie eine etwas größere Fläche einnimmt als Ostbrandenburg.

Entlang der deutsch-polnischen Grenze entstanden schon im Vorfeld der Erweiterung Partnerschaften zwischen den Grenz-Bundesländern und Grenz-Wojewodschaften. Das Land Brandenburg ist hierbei insbesondere Kooperationen mit der Wojewodschaft Lubuskie eingegangen, während Mecklenburg-Vorpommern mit Zachodniopomorskie und Sachsen mit Dolnośląskie zusammenarbeiten.

Eine Gegenüberstellung des gesamten Bundeslandes Brandenburg und der Wojewodschaft Lubuskie erschien jedoch nicht zweckmäßig. Das Land Brandenburg umfängt eine Fläche (von 29.476 km²), die mehr als doppelt so groß ist wie die der Wojewodschaft Lubuskie (mit 13.984 km²). Im gesamten Bundesland leben ca. zweieinhalbmals so viele Menschen wie in Lubuskie.

Die Kooperation zwischen der Wojewodschaft Lubuskie und dem Bundesland Brandenburg entwickelte sich besonders in den Grenzstädten sowie den zwei deutsch-polnischen Euroregionen. So entstanden Kontakte zwischen den sog. Twin-Cities Küstrin/Kostrzyn, Frankfurt (Oder)/Ślubice sowie Guben/Gubin. Die Euroregion „Pro Viadrina“ verknüpft insbesondere die Landkreise Märkisch-Oderland und Oder-Spree sowie die kreisfreie Stadt Frankfurt (Oder) mit ca. 30 polnischen Kommunen.¹¹⁷ Die Euroregion „Spree-Neiße-Bober“ fasst entlang der ostbrandenburgisch-lubusker Grenze den Landkreis Spree-Neiße mit der kreisfreien Stadt Cottbus und 50 polnische Kommunen zusammen.¹¹⁸

Die ostbrandenburgischen Grenzkreise sind doppelt so groß definiert wie die lubusker Grenzkreise Ślubicki, Gorzowski, Krośnieński und Żarski mit der kreisfreien Stadt Gorzów (5001 km² bei 272.587 Einwohnern) und zählen vergleichsweise fünfmal so viele Einwohner. Die lubusker Grenzkreise um die an die Landkreise Uckermark und Barnim angrenzenden Grenzkreise Zachodniopomorskies zu erweitern und somit die polnische Seite der Grenzregion wojewodschaftsübergreifend zu definieren, stellte eine mögliche Abgrenzung der zu untersuchenden Region dar. Allerdings sind die relevanten Statistiken für Polen nur auf Wojewodschaftsebene erhältlich, so dass jegliche Untergliederung in Kreise (*powiaty*) nicht möglich ist.

Bei Zugrundelegen der Indikatoren Fläche und Einwohnerzahl erscheinen Ostbrandenburg und die Wojewodschaft sehr gut vergleichbar. Auf deutscher Seite war es möglich, die

¹¹⁷ Vgl. <http://www.euroregion-viadrina.de/> .

¹¹⁸ Vgl. <http://www.euroregion-snb.de/> .

Untersuchung auf die direkt an Polen angrenzenden Landkreise Brandenburgs zu beschränken, was – da das Interesse auf dem Charakteristikum der Grenzregion liegt – offensichtlich wünschenswert ist. Auf polnischer Seite sind die relevanten Daten nur auf Ebene der Länder (Wojewodschaften), nicht jedoch auf Ebene der Landkreise (*powiaty*) verfügbar. Gegeben durch diese Beschränkung ist die Wahl von Lubuskie alternativlos, da sie als einzige polnische Wojewodschaft ausschließlich an das Land Brandenburg grenzt. Die sich im Norden anschließende Wojewodschaft Zachodniopomorskie hat zwar auch eine gemeinsame Grenze mit Brandenburg, jedoch auch eine Grenze mit Mecklenburg-Vorpommern. Zudem ist die Ost-West Ausdehnung Zachodniopomorskies sehr viel größer als diejenige von Lubuskie, so dass diese nicht als Grenzregion im hier interessierenden Sinne interpretiert werden kann.

3.3. Methodisches Vorgehen bei der Untersuchung

Eines der Hauptziele der vorliegenden Arbeit ist es, die Strukturen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung für die in Abschnitt 3.2 definierte Region Ostbrandenburg-Lubuskie darzustellen. Hierfür ist es notwendig, einen Überblick zum Status quo des Gesundheitssektors im deutsch-polnischen Grenzgebiet, unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen und sozialökonomischen Lage, zu geben.

Zu diesem Zweck wurde zunächst verfügbares deutsches und polnisches statistisches Datenmaterial in einem Datenpool zusammengestellt und aufgearbeitet.

Hierbei handelt es sich für das Land Brandenburg vor allem um Publikationen und Pressemitteilungen des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (MASGF), des Landesamtes für Soziales und Versorgung (LASV), der Kassenärztlichen Vereinigung (KVBB)/Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZVLB), der Landesärztekammer (LÄKB)/Landeszahnärztekammer (LZKB), des Landesbetriebs für Datenverarbeitung und Statistik (LDS BB) sowie des Landesgesundheitsamtes des Landes Brandenburg. Weitere Angaben bzw. Vergleichsdaten wurden dem Datenbestand von Bundeseinrichtungen (wie Bundesagentur für Arbeit, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung), Ministerien und dem Statistischen Bundesamt Deutschland entnommen. Auch wurden Auswertungen mit Hilfe der gemeinsamen Datenbank des Robert-Koch-Instituts und des Statistischen Bundesamtes für die Gesundheitsberichterstattung¹¹⁹ durchgeführt.

Für die Wojewodschaft Lubuskie wurde insbesondere auf die Regionaldatenbank des Zentralamts für Statistik in Warschau¹²⁰ (*Główny Urząd Statystyczny w Warszawie*, GUS) sowie Veröffentlichungen der GUS-Filiale in Zielona Góra (*Urząd Statystyczny w Zielonej Górze*) zurückgegriffen. Berücksichtigt wurden weiterhin alle vom Informationszentrum des Gesundheitswesens in Warschau (*Centrum Systemów Informacyjnych Orchoy Zdrowia*,

¹¹⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2005a).

¹²⁰ Vgl. GUS (1996-2004) sowie GUS (1995-2005).

CSIOZ) verfügbaren statistischen Publikationen, insbesondere das statistische Bulletin des Gesundheitsministers (*Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*) sowie Publikationen des Lubusker Zentrums für öffentliche Gesundheit (*Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego, LCZP*).

Ergänzt wurden die obigen Quellen mit Publikationen und erhobenen Daten der EU, der WHO und der OECD sowie durch Veröffentlichungen von Wirtschaftsforschungsinstituten und Gesundheitsökonomen. An den entsprechenden Stellen wird auf die Quellen in den Fußnoten und das anhängige Literaturverzeichnis verwiesen.

Für die Analyse wurden die aktuellst zugänglichen Daten herangezogen. Um auch Entwicklungs- und Tendenzaussagen vornehmen zu können, sind die Indikatoren in Zeitreihen (soweit möglich) dargestellt. In der Regel sind Daten für den Zeitraum Mitte der 1990er Jahre bis 2003/2004 angegeben, also über einen Abschnitt von ca. einer Dekade. Dies hat verschiedene Gründe: Zum einen sind die unmittelbaren Nachwendejahre wenig geeignet, um ein Bild der Region darzustellen: aufgrund der starken politischen Veränderung sind hier starke Ausreißer/Abweichungen zu beobachten; eine Konsolidierung setzte erst Mitte der 1990er Jahre ein. Zum anderen sind für Polen Regionaldaten vor dem Jahr 1996 nicht erhältlich, da sie offenbar kaum erhoben wurden. Das GUS, welches hauptsächlich mit der Datenerfassung und -bereitstellung in ganz Polen befasst ist, führt seit dem Jahre 1996 die einzige zugängliche Regionaldatenbank, welche auch Grundlage (und de facto einzige Quelle) für die Datenbereitstellung durch die statistischen Ämter der einzelnen Wojewodschaften ist. Das heißt, die statistischen Ämter der Wojewodschaften sind quasi Filialen des GUS und führen – zumindest in Lubuskie – keine zusätzliche Datenerhebung durch; sie beschränken sich vielmehr auf die aufbereitete Publikation der Regionaldaten in statistischen Jahrbüchern. Darüber hinaus erfolgte im Jahre 1999 in Polen eine Gebietsreform, welche die ehemals 49 Wojewodschaften neu zuschnitt und auf 16 reduzierte, so dass spezielle (regionalisierte) Daten oft erst seit diesem Zeitpunkt vorhanden sind. Erschwerend kommt hinzu, dass sich das polnische Gesundheitssystem in einer Phase der anhaltenden Restrukturierung befindet und somit auch die Datenerhebung nicht konsistent gewährleistet ist, das heißt es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Indikatorenbildung und -erhebung über den Zeitablauf einheitlich erfolgt ist. Oft fehlen jedoch Angaben darüber, wie die Indikatoren bestimmt werden.

Bei der Systematisierung ist weiter festzustellen, dass die Grundlage der Datenerhebung in beiden Ländern oft sehr verschieden ist, so dass aufgrund der heterogenen Datenlage die Vergleichbarkeit der Daten zwischen beiden Regionen nicht uneingeschränkt möglich ist. Es ist jedoch trotz gewisser Inkompatibilitäten möglich, Grundaussagen und Entwicklungstendenzen aufgrund der vorhandenen Daten aufzuzeigen.

Der Kern des Bestandes sind Daten, welche die allgemeine wirtschaftliche Lage, die Nachfrageseite mit Indikatoren zum Gesundheitszustand, der Leistungsanspruchnahme und Mobilität der Patienten, die Angebotsseite mit Indikatoren zu den Angeboten im ambulanten, stationären, rehabilitativen und pflegerischen Bereich sowie die Indikatoren zur

Migration von Arbeitskräften in der Grenzregion widerspiegeln. Die Datenaufarbeitung erfolgt für den direkten interregionalen Vergleich tabellarisch und grafisch.

Im Folgenden werden zunächst die Rahmenbedingungen dargestellt, unter welchen sich die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der definierten Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie entwickelt. Dafür wird die demographische Lage sowie Wirtschafts- und Erwerbsstruktur der untersuchten Region umrissen. Im weiteren Verlauf erfolgt im vierten Kapitel die Analyse des Gesundheitssektors in der Grenzregion; im fünften Kapitel werden Ergebnisse einer Anbieterbefragung im Grenzgebiet präsentiert.

3.4. Demographische Daten

Die Bevölkerungsentwicklung und -verteilung sowie die Bevölkerungsstruktur geben Auskunft über die sozialpolitische Notwendigkeit, in Regionen tätig zu werden. Daher werden nun die demographisch relevanten Daten für die Grenzregion dargestellt, um den Status quo zu beschreiben und zukünftige Entwicklungen mittels Prognosen aufzuzeigen.

3.4.1. Bevölkerungsentwicklung

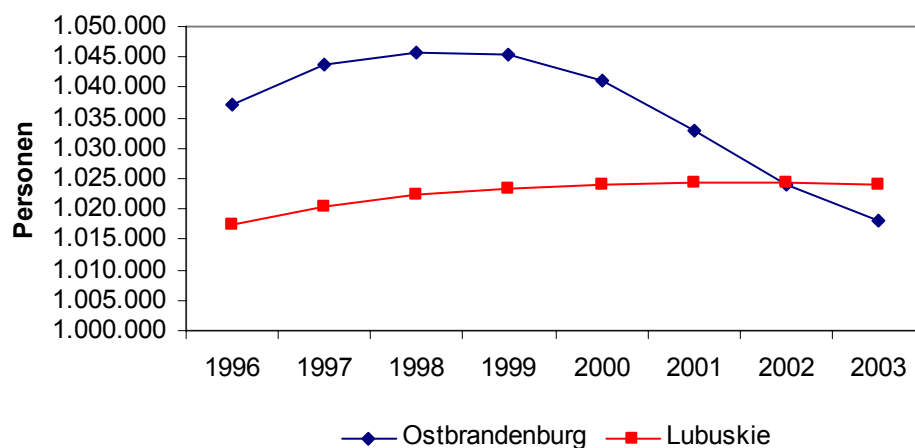
Die Bevölkerungsentwicklung in Ostbrandenburg ist insgesamt rückläufig (vgl. Tabellen im Anhang A, Tabelle A-1). Während das Land Brandenburg zwischen 1994 und 2003 insgesamt einen leichten Anstieg der Bevölkerungszahl (um 1,5 Prozent) zu verzeichnen hat, stellt sich die Situation in Ostbrandenburg anders dar: hier ist für denselben Zeitraum bereits ein Rückgang der Bevölkerung um 1,5 Prozent zu beobachten. Insbesondere die kreisfreien Städte der Region verlieren kontinuierlich Einwohner. Cottbus büßte im Zeitraum 1994-2002 genau wie Frankfurt (Oder) 17 Prozent seiner Einwohner ein. Die Landkreise Ostbrandenburgs verzeichnen gleichzeitig einen Bevölkerungsanstieg um 3,3 Prozent. Auffällig ist, dass lediglich die berlinnahen Landkreise Barnim, Märkisch-Oderland, Oder-Spree zu diesem Bevölkerungsanstieg beitragen. Sie haben Anteil an dem sog. engeren Verflechtungsraum¹²¹ mit der Hauptstadt und profitieren hier vor allem auch von Zuzügen aus selbiger (vgl. Abschnitt 3.4.2). Die an der Peripherie gelegenen Landkreise Uckermark und Spree-Neiße verlieren stark an Einwohnern. In der Uckermark ist seit 1994 ein kontinuierlicher Rückgang zu beobachten (um insgesamt zehn Prozent). Für den Landkreis Spree-Neiße war zwar in den Jahren 1995-1997 ein leichter Anstieg zu verzeichnen, dieser lässt sich jedoch auch auf vorübergehend dort wohnhafte Aussiedler, die aus anderen Bundes-

¹²¹ Engerer Verflechtungsraum zu Berlin bezeichnet Teile der an Berlin angrenzenden Landkreise sowie die kreisfreie Stadt Potsdam. Laut LDS Brandenburg umfasst er 4.479 km². Gemeinhin wird der engere Verflechtungsraum auch als „Speckgürtel“ bezeichnet, da die sozio-ökonomische Lage dort in der Regel besser als in den von Berlin entfernteren Gebieten des Landes Brandenburg ist. Es handelt sich hierbei um von Berlin besonders beeinflusste Teile der angrenzenden Landkreise.

ländern nach Peitz in die Landesaufnahmestelle kamen, zurückführen.¹²² Insgesamt nahm hier die Bevölkerung bis 2002 um drei Prozent ab.¹²³

Die Bevölkerung Lubuskies entwickelte sich analog zur gesamtpolnischen (vgl. Tabelle A-2). Im Zeitraum 1996-2003 stieg die Bevölkerungszahl leicht an. Wie aus der Abbildung 3.4.1 hervorgeht, nähern sich die Bevölkerungszahlen Ostbrandenburgs und Lubuskies an. Insgesamt leben im Grenzgebiet derzeit ca. 2.042.000 Personen.

Abbildung 3.4.1. Bevölkerungsentwicklung im Grenzgebiet, 1996-2003



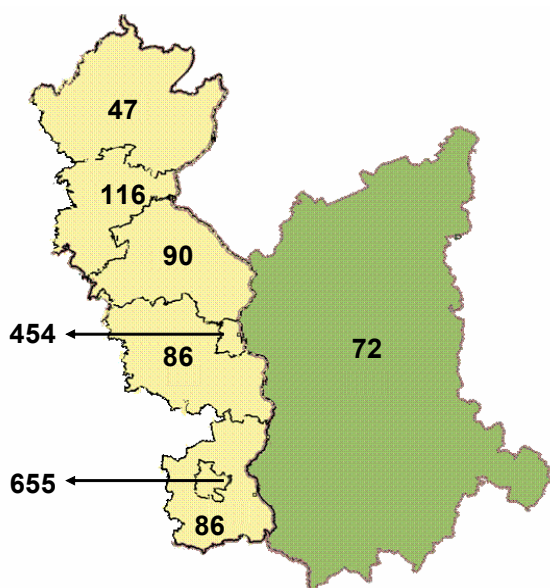
Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LDS BB (2004a), GUS (1996-2004)

Sowohl die polnische als auch die deutsche Seite ähneln sich in ihrer Besiedlungsstruktur sehr. Beide Gebiete sind vergleichsweise schwach besiedelt: Polen ist durch eine doppelt so hohe wie Lubuskie und Deutschland durch eine fast zweieinhalbmal so hohe Bevölkerungsdichte wie Ostbrandenburg gekennzeichnet (s. Tabelle A-3). Mit ca. 94 Einwohner pro km² ist das deutsche Gebiet der Grenzregion dichter besiedelt. In Lubuskie leben durchschnittlich 72 Einwohner pro km². Jedoch ist die Besiedlungsstruktur sehr ähnlich: beide Regionen zählen zu den peripheren, ländlich geprägten Regionen ihrer Länder bzw. Europas (vgl. Abbildung 3.4.2).

¹²² Vgl. LDS BB (2001), S. 13.

¹²³ Für das Jahr 2003 gilt zu beachten, dass die in Tabelle A-1 im Anhang A angegebenen Bevölkerungszahlen für 2003 aus LDS BB (2004a) stammen und eine Vergrößerung der betrachteten Fläche der kreisfreien Stadt Cottbus zu Ungunsten des Landkreises Spree-Neiße beinhalten. Wäre die gleiche Fläche wie in den Jahren 1994-2002 (aus LASV (2003) und LASV (2004)) zugrunde gelegt worden, müsste davon ausgegangen werden, dass die Bevölkerung Cottbus einen weiteren Rückgang im Vergleich zu den Vorjahren zu verzeichnen hätte. Vgl. hierzu auch LDS BB (2004a), S. 32 – rückläufige Bevölkerungsentwicklung in Cottbus für die Jahre 2000 bis 2003 mit vergrößerter Fläche.

Abbildung 3.4.2. Bevölkerungsdichte in der Grenzregion, 2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004), Urząd Statystyczny (2004), LDS BB (2004a), LASV (2003), LASV (2004)

Im Jahr 2003 ist die Bevölkerungsdichte Ostbrandenburgs in den kreisfreien Städten (mit 559 Einwohnern pro km²) sechsmal so hoch ist wie in den Landkreisen; ca. 17 Prozent der ostbrandenburgischen Bevölkerung leben in Cottbus und Frankfurt (Oder). Auffällig ist weiterhin, dass die berlinnahen Landkreise dichter besiedelt sind (vgl. Abbildung 3.4.2). Bevölkerungsrückgang betrifft – wie zuvor bereits festgestellt – in Ostbrandenburg vor allem die kreisfreien Städte. In den Landkreisen ist die Bevölkerungszahl und –dichte relativ konstant geblieben bzw. im sog. „Speckgürtel“ von Berlin leicht gestiegen, wohingegen sie in den kreisfreien Städten Frankfurt (Oder) und Cottbus fortwährend abnimmt (vgl. hierzu oben).

Im Vergleich mit dem Bundesland Brandenburg zeigt Ostbrandenburg eine typische Besiedlung, das heißt es handelt sich nicht um eine besonders unterbesiedelte Region. Das Land Brandenburg weist im Jahre 2003 mit 87 Einwohner/km² die zweitniedrigste Bevölkerungsdichte in Deutschland auf. Lediglich Mecklenburg-Vorpommern ist noch dünner besiedelt. In der Bundesrepublik leben durchschnittlich dreimal so viele Menschen pro km² wie im Bundesland Brandenburg.¹²⁴ Ostbrandenburg scheint mit 94 Einwohner/km² für brandenburgische Verhältnisse überdurchschnittlich stark besiedelt. Allerdings ist hier der Einfluss der kreisfreien Städte, in welchen die Bevölkerungsdichte sehr viel höher ist, unverkennbar. Die Landkreise Märkisch-Oderland, Oder-Spree und Spree-Neiße weisen eine für das Land Brandenburg typisch ausgeprägte Besiedlung auf, im Barnim ist diese etwas höher. Der am nördlichsten gelegene Landkreis Uckermark hat eine im Vergleich mit den

¹²⁴ Vgl. LASV (2004).

anderen Landkreisen sehr geringe Bevölkerungsdichte (vgl. Tabelle A-3). Diese Ungleichverteilung der Bevölkerung ist typisch für das Bundesland – in den kreisfreien Städten leben knapp 15 Prozent der brandenburgischen Bevölkerung, die peripheren Regionen sind sehr dünn besiedelt – hier leben lediglich zwei Drittel auf 82 Prozent der gesamten Fläche.¹²⁵

3.4.2. Hintergrund Bevölkerungsentwicklung

Dass sowohl dies- als auch jenseits der Oder in den letzten Jahren insgesamt eine Bevölkerungsabnahme zu verzeichnen ist, haben wir bereits oben festgestellt (vgl. Abschnitt 3.4.1). Im Folgenden sollen die Ursachen für diese Entwicklung näher beleuchtet werden. Allgemein wird hierfür zwischen der natürlichen und räumlichen Bevölkerungsbewegung unterschieden. Die natürliche Bevölkerungsbewegung gibt an, wie sich die Bevölkerung aufgrund des Verhältnisses Geburten- zu Sterberate verändert. In der räumlichen Bevölkerungsbewegung werden Migrationen erfasst; sie gibt den Wanderungssaldo wieder.

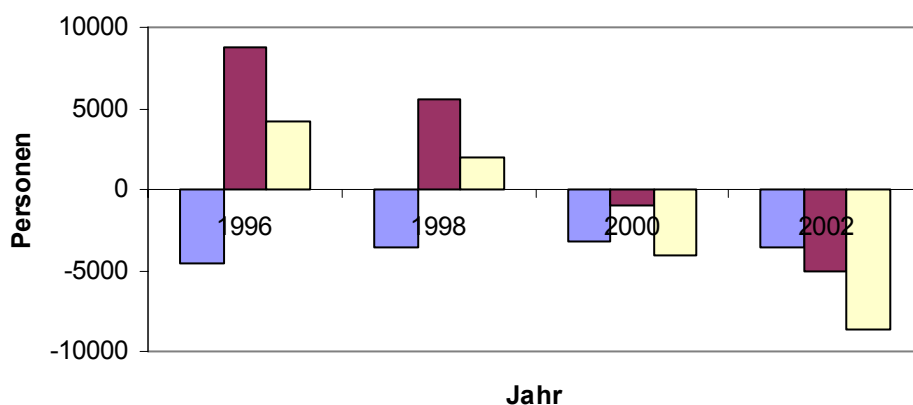
Gesamtsaldo der Bevölkerungsentwicklung in der Grenzregion

In der Ausprägung der Bevölkerungsbewegung sind gravierende Unterschiede zwischen den polnischen und den deutschen Gebieten der Grenzregion zu beobachten. So fällt diese in Ostbrandenburg viel stärker aus als in Lubuskie, da die Zahl an der Bevölkerungsbewegung insgesamt beteiligten Personen hier größer ist als in der Wojewodschaft (vgl. Tabelle A-4).

Darüber hinaus überwiegt in der Grenzregion die an Migrationsbewegungen beteiligten Personen, die der natürlichen Bevölkerungsbewegung. So ist die Summe derer, die pro Jahr geboren werden und versterben stets kleiner als die der zu- und fortziehenden Personen. Das heißt den Hauptanteil an der gesamten Bevölkerungsbewegung verursachen Wanderungsbewegungen, welche in Ostbrandenburg jedoch wesentlich ausgeprägter sind als in Lubuskie (vgl. Tabelle A-4).

¹²⁵ Vgl. LDS BB (2003), S.15f.

Abbildung 3.4.3. Räumliche, natürliche Bevölkerungsentwicklung sowie Gesamtsaldo für Ostbrandenburg, 1996-2002



■ natürliche Bevölkerungsbewegung ■ räumliche Bevölkerungsbewegung □ Saldo

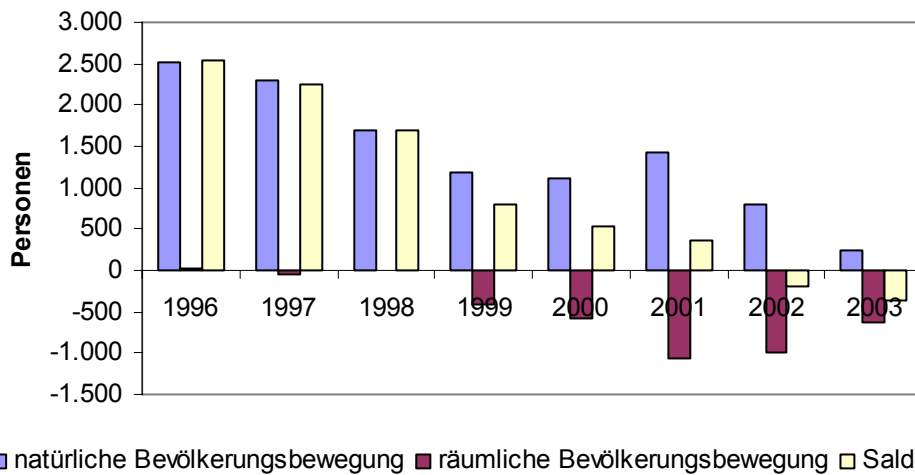
Eigene Darstellung. Quelle: LASV (2004)

Für die deutsche Seite der Grenzregion zeigt die Abbildung 3.4.3 bei Untergliederung des Gesamtsaldos der Bevölkerungsentwicklung eine stets negative natürliche Bevölkerungsbewegung für den oben beobachteten Zeitraum (1996-2003). Das bedeutet, seit 1996 versterben in Ostbrandenburg mehr Menschen als geboren werden. Überwog bis zum Jahre 1998 die (positive) räumliche Bevölkerungsbewegung noch die natürliche, ist seit dem Jahr 2000 die Zahl der Fortzüge auch größer als die der Zuzüge, welches zusammengenommen in einen negativen Gesamtsaldo für die Region resultiert.¹²⁶ Auf die Unterschiede zwischen der Gesamtbevölkerungsentwicklung zwischen den kreisfreien Städten auf der einen und den berlinnahen sowie peripheren Landkreisen wurde bereits im Abschnitt 3.4.1 eingegangen. Die dort gewonnenen Ergebnisse spiegeln sich auch in der vertieften Betrachtung zur natürlichen bzw. räumlichen Bevölkerungsentwicklung im Einzelnen wider.

Lubuskie verzeichnet ebenfalls in den letzten zwei Jahren einen negativen Gesamtsaldo in der Bevölkerungsentwicklung. Die natürliche Bevölkerungsentwicklung ist insgesamt rückläufig, wenn auch positiv. Zunehmenden Einfluss auf die Bevölkerungsentwicklung haben Wanderungsbewegungen, welche seit dem Jahre 2001 auch maßgeblichen Anteil an der negativen Bevölkerungsentwicklung tragen (vgl. Abbildung 3.4.4).

¹²⁶ Vgl. hierzu auch die rückläufige Bevölkerungszahl seit dem Jahr 1999 aus Abbildung 3.4.1.

Abbildung 3.4.4. Räumliche, natürliche Bevölkerungsentwicklung sowie Gesamtsaldo für Lubuskie, 1996-2003

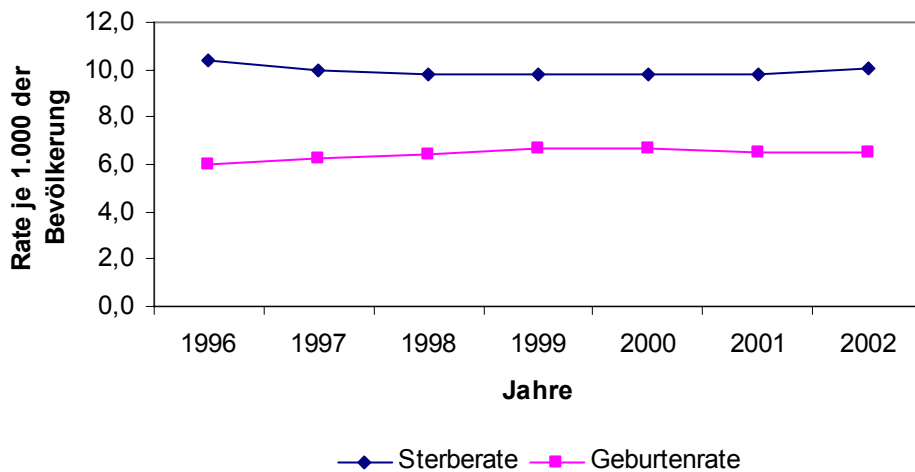


Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004)

Zur natürlichen Bevölkerungsentwicklung

Die natürliche Bevölkerungsbewegung Ostbrandenburgs verhält sich analog zu der im gesamten Bundesland, in welchem auch die Sterbe- die Geburtenraten übersteigen (vgl. Abbildung 3.4.5 bzw. Abbildung 3.4.6 und Abbildung 3.4.7).

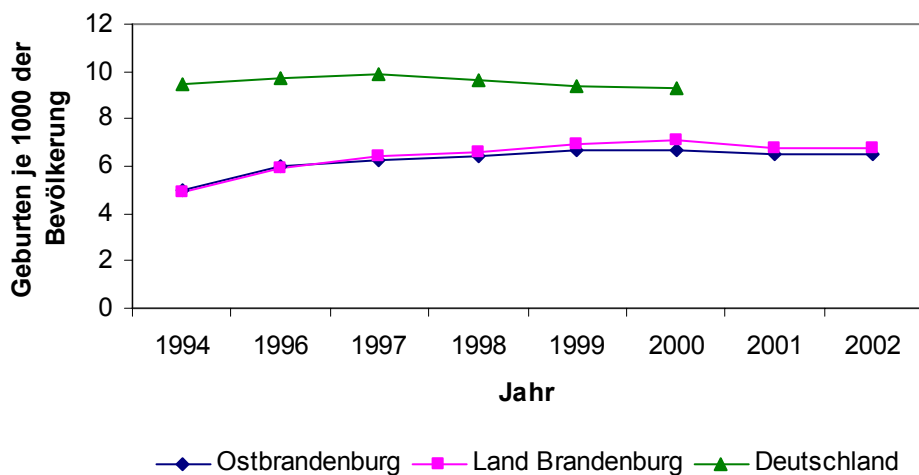
Abbildung 3.4.5. Natürliche Bevölkerungsentwicklung in Ostbrandenburg



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LASV (2003), LASV (2004)

Eine rückläufige Geburtenrate ist für Deutschland typisch.¹²⁷ In Ostdeutschland verhält sich diese Entwicklung jedoch ausgeprägter. Auf dem Gebiet der ehemaligen DDR ist mit dem Beitritt zur Bundesrepublik ein starker Einbruch in der Geburtenentwicklung zu konstatieren (sog. „Wendeknick“), so auch im Land Brandenburg. Im Jahr 1989 wurden noch zwölf Kinder je 1000 der Bevölkerung geboren; in den Folgejahren sank die Zahl der Neugeborenen um zwei Drittel und erreichte 1993 ihren Tiefstand mit vier Geburten je 1000 der Bevölkerung.¹²⁸ Seit Mitte der 1990er Jahre stieg die Zahl der Geburten in Brandenburg wieder an und pegelte gegen Ende der 1990er auf einen Wert von ca. sieben Lebendgeborene je 1000 der Bevölkerung ein und ist seither relativ konstant. Die Entwicklung der Geburten in Ostbrandenburg verhält sich analog zu der im gesamten Bundesland (vgl. Abbildung 3.4.6). Im Bundesländervergleich weist Brandenburg nicht nur eine sehr viel niedrigere Geburtenziffer als die alten, sondern auch unter den neuen Bundesländern die niedrigste Geburtenziffer mit 6,8 Lebendgeborenen je 1.000 der Bevölkerung im Jahre 2002 auf. Zum Vergleich: in der Bundesrepublik beträgt die Geburtenziffer durchschnittlich 8,7 Lebendgeborene je 1.000 der Bevölkerung im Jahre 2002.¹²⁹ Im Allgemeinen sind die vergleichsweise niedrigen Geburtenraten Ostdeutschlands mit der negativen Bewertung von ökonomischer Lage und Zukunftschancen der dort Ansässigen erklärbar.¹³⁰

Abbildung 3.4.6. Entwicklung der Geburtenrate Ostbrandenburgs im Vergleich, 1994-2002



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LASV (2003), LASV (2004)

¹²⁷ Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2004), S.22.

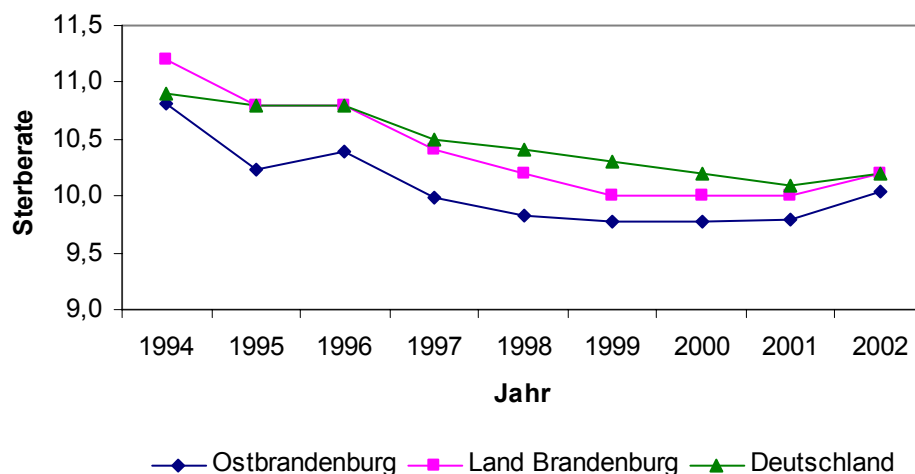
¹²⁸ Eigene Berechnung. Quelle: LDS BB (2004a), S.30 und S.74.

¹²⁹ Vgl. LASV (2004), S.43.

¹³⁰ Vgl. beispielsweise Schulz (2004), S.473f.

Die Entwicklungen der deutschen und brandenburgischen Sterberaten divergieren kaum und liegen bei ca. zehn Gestorbene je 1.000 Einwohner. In Ostbrandenburg liegt die Sterberate leicht unter diesem Niveau (vgl. Abbildung 3.4.7).

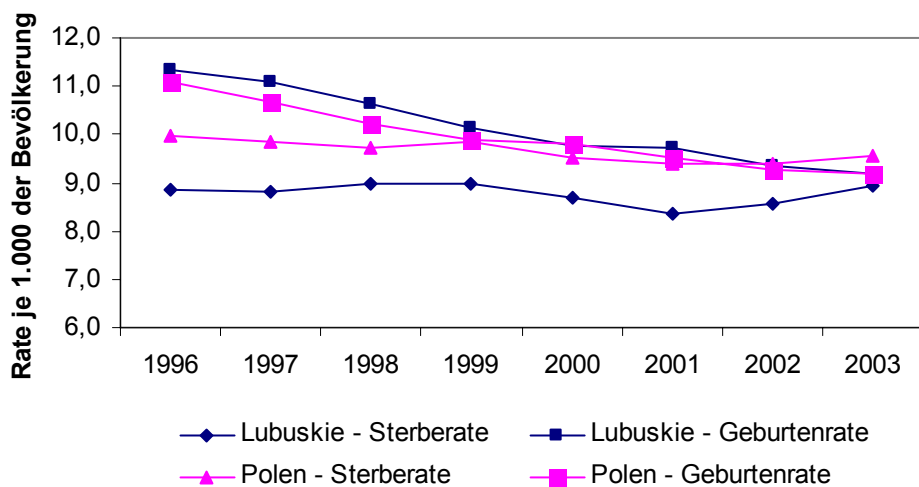
Abbildung 3.4.7. Entwicklung der Sterberate Ostbrandenburgs im Vergleich, 1994-2002



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LASV (2003), LASV (2004), Statistisches Bundesamt (2003a)

In Lubuskie zeichnet sich ein anderes Bild. Hier werden derzeit noch mehr Menschen geboren als versterben. Wie in der Abbildung 3.4.8 dargestellt, nähern sich beide Raten jedoch an. Im Jahr 2003 standen 9,2 Lebendgeborene bereits 8,9 Gestorbenen je 1.000 der Bevölkerung gegenüber. Das heißt auch hier beginnt die Bevölkerung zu „überaltern“. Diese Entwicklung entspricht der gesamtpolnischen: Seit dem Jahr 2001 überwiegt in Polen die Zahl der Lebendgeborenen die der Verstorbenen (vgl. Abbildung 3.4.8).

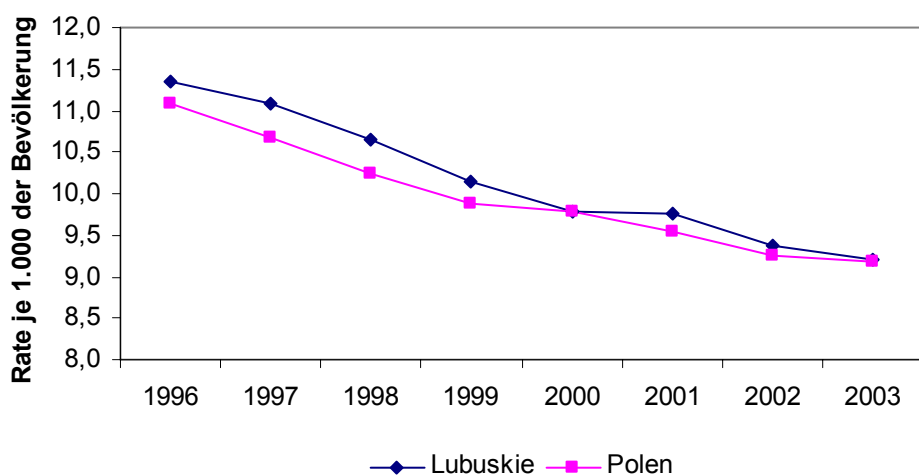
Abbildung 3.4.8. Natürliche Bevölkerungsentwicklung in Lubuskie im Vergleich, 1996-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004)

Die Geburten in Lubuskie haben seit 1996 kontinuierlich abgenommen. Dieser Trend entspricht der durchschnittlichen polnischen Entwicklung (vgl. Abbildung 3.4.9).

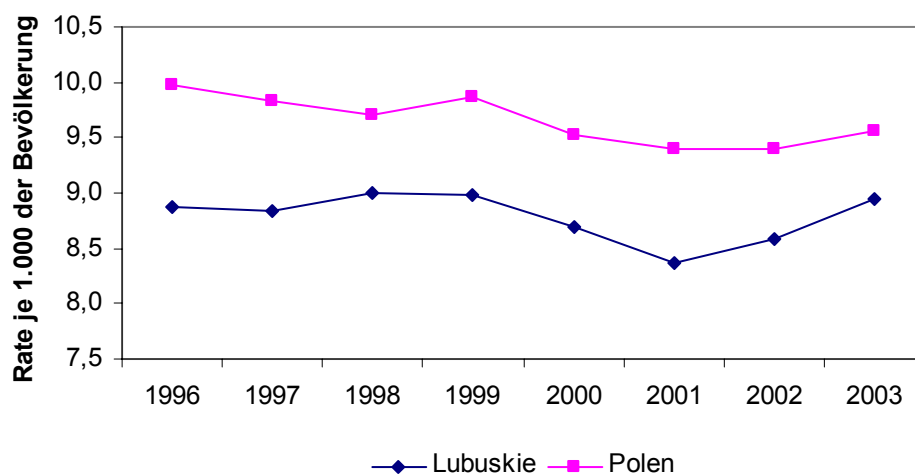
Abbildung 3.4.9. Entwicklung der Geburtenrate Lubuskies im Vergleich, 1996-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004)

Die Sterberate Lubuskies liegt unter der gesamtpolnischen; insgesamt findet auch hier eine Annäherung an den Landesschnitt statt (vgl. Abbildung 3.4.10).

Abbildung 3.4.10. Entwicklung der Sterberate Lubuskies im Vergleich, 1996-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004)

Zur Räumlichen Bevölkerungsentwicklung

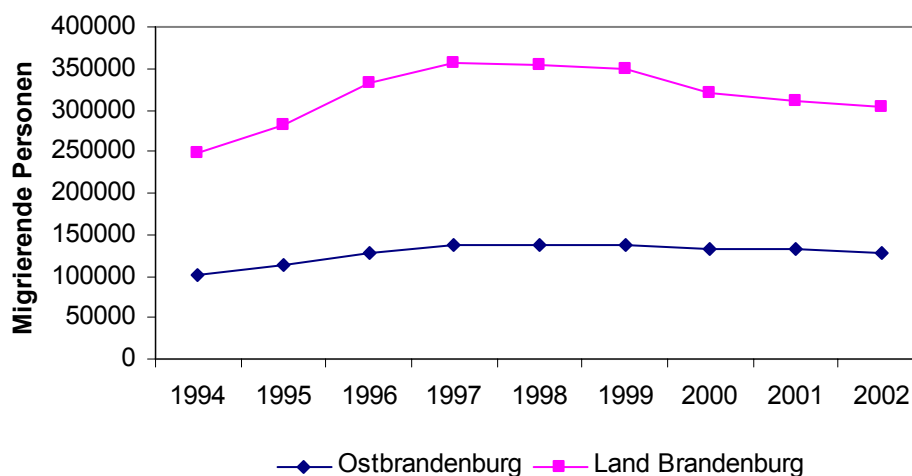
Wie bereits oben festgestellt, überwiegt der Einfluss der räumlichen Bevölkerungsbewegung auf die gesamte Bevölkerungsentwicklung den der natürlichen. Besonders ausgeprägt ist dies in der Grenzregion für Ostbrandenburg der Fall. Im Jahr 2002 waren in Ostbrandenburg an der natürlichen Bevölkerungsbewegung 16.987 Personen beteiligt, in Lubuskie 18.086 Personen. Migrationen waren für Ostbrandenburg von 127.140 Personen, für Lubuskie von 24.084 Personen im Jahr 2002 zu verzeichnen.¹³¹

Migrationsstärke

Sowohl im Bundesland als auch in Ostbrandenburg nahm von 1994 bis 1997 die Zahl der an der Migration beteiligten Personen (das heißt zuziehende und fortziehenden Personen) in Summe zu, seither hat sich diese eingepegelt und liegt in Ostbrandenburg durchschnittlich bei etwa 133.300 Personen im Jahr (vgl. Abbildung 3.4.11).

¹³¹ Eigene Berechnung. Quelle hierfür: GUS (1996-2004), LASV (2004). Vgl. auch Tabelle A-4 im Anhang A.

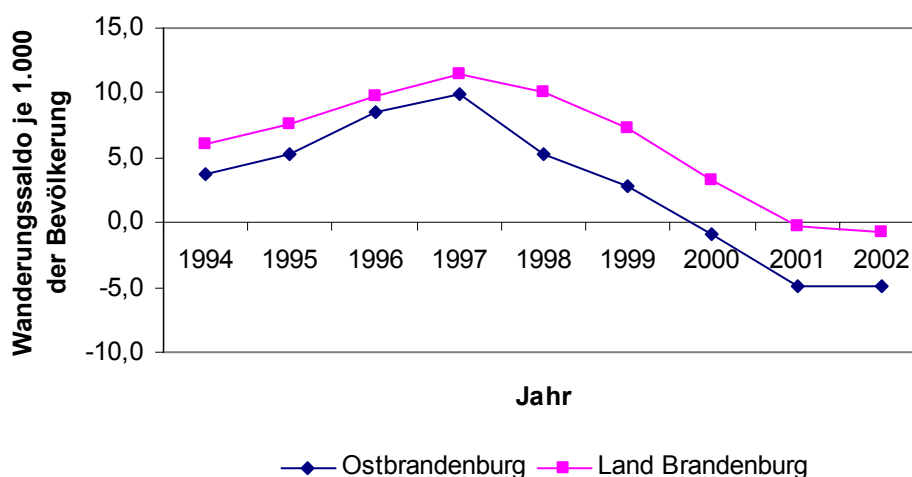
Abbildung 3.4.11. Migration in Ostbrandenburg und im Land Brandenburg, 1996-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LASV (2003), LASV (2004)

In Ostbrandenburg sind vergleichbare Wanderungsbewegungen wie im Land Brandenburg zu verzeichnen. Der Anfang der 1990er Jahre war von starken Zuzügen geprägt – die Migration nahm zu. Überwog Mitte der 1990er noch die Anzahl der Zuzüge die der Fortzüge, begann sie ab 1997 zu stagnieren und seit 2001 ist der Wanderungssaldo im gesamten Bundesland negativ. Analog vollzog sich räumliche Bevölkerungsentwicklung in Ostbrandenburg – hier ist der Rückgang durch Wanderungen jedoch ausgeprägter (vgl. Abbildung 3.4.12).

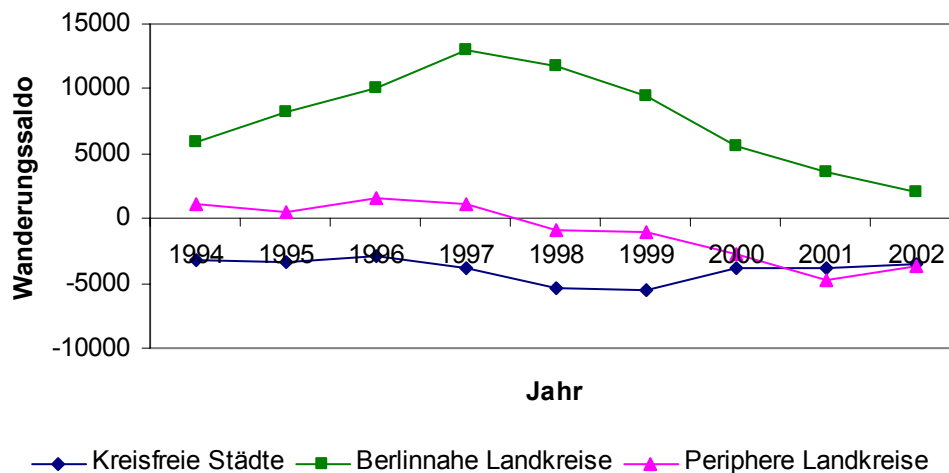
Abbildung 3.4.12. Wanderungssaldo je 1.000 der Bevölkerung im Land Brandenburg sowie in Ostbrandenburg



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LASV (2003), LASV (2004)

In Ostbrandenburg verlieren vor allem die kreisfreien Städte Cottbus und Frankfurt (Oder) Einwohner durch Fortzüge. Der Wanderungssaldo ist hier bereits Mitte der 1990er Jahre negativ. Auch die peripher gelegenen Landkreise Spree-Neiße und Uckermark haben im vergangenen Jahrzehnt kaum Zuwanderung erfahren; der Wanderungssaldo ist hier seit 1998 negativ.¹³² Die Landkreise Barnim, Märkisch-Oderland und Oder-Spree profitieren aufgrund der Nähe zu Berlin von Zuzügen aus der Bundeshauptstadt und weisen dadurch im Allgemeinen eine positive Wanderungsbilanz auf, wenngleich die Zuzüge auch hier seit Ende der 1990er Jahre stagnieren (vgl. Abbildung 3.4.13).

Abbildung 3.4.13. Wanderungssaldo in Ostbrandenburg

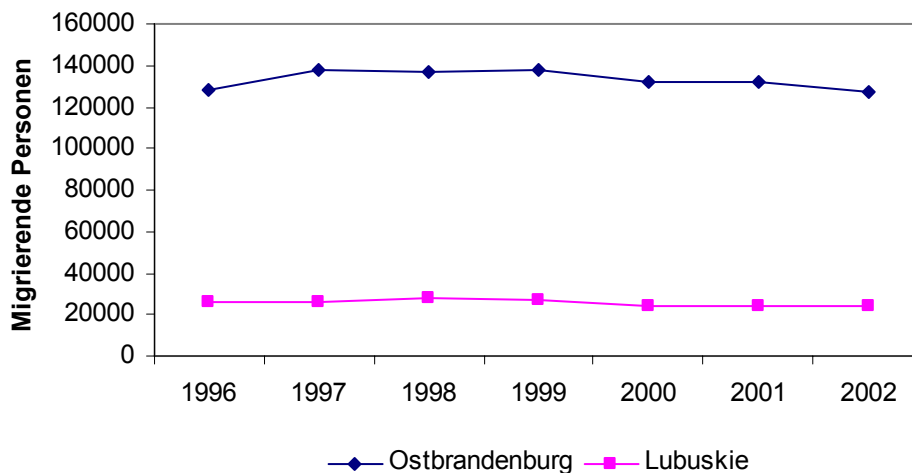


Eigene Darstellung und Berechnung. Quelle: LASV (2003), LASV (2004)

Nach bzw. aus Lubuskie migrieren weitaus weniger Personen als nach bzw. aus Ostbrandenburg. Die Zahl der Migranten ist in der Wojewodschaft seit 1996 relativ konstant geblieben und liegt durchschnittlich bei ca. 25.600 Personen pro Jahr. Zum Vergleich: die ostbrandenburgischen Wanderungen sind fünfmal so hoch (vgl. Abbildung 3.4.14).

¹³² Hierzu muss angemerkt werden, dass in der Uckermark der Migrationssaldo spätestens seit 1994 (frühere Daten waren nicht verfügbar) negativ ist, der des Landkreises Spree-Neiße war – auch bedingt durch die Landesaufnahmestelle für Aussiedler in Peitz – im selben Zeitraum positiv.

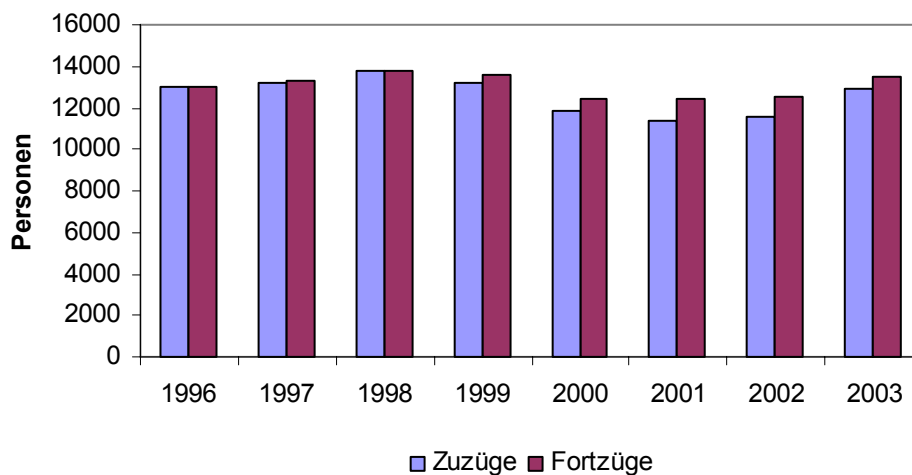
Abbildung 3.4.14. Migration in Lubuskie und Ostbrandenburg, 1996-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004), LASV (2003), LASV (2004)

Wie die Abbildung 3.4.15 aufzeigt, überwiegen für den betrachteten Zeitraum die Fortzüge aus Lubuskie stets die Zuzüge. Das heißt auch der lubusker Wanderungssaldo ist negativ.

Abbildung 3.4.15. Zu- und Fortzüge in Lubuskie, 1996-2003



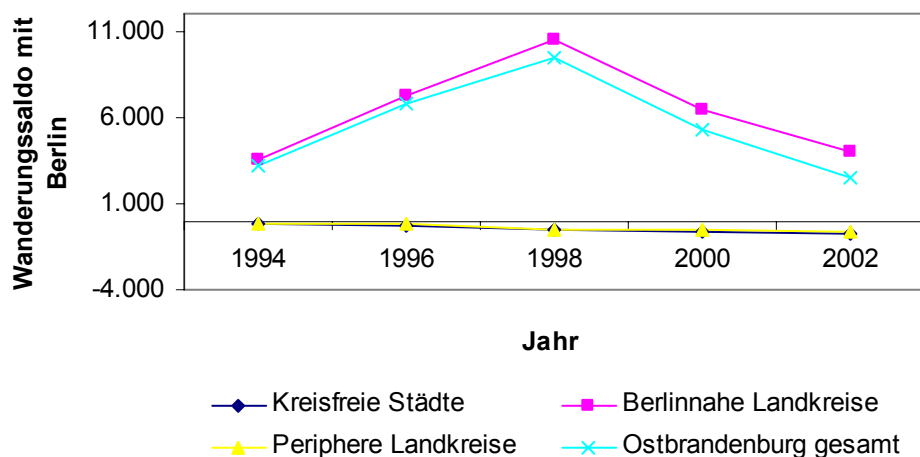
Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004)

Migrationsrichtung

Zwei Effekte sind für Ostbrandenburg beobachtbar: Zum einen lässt sich eine starke Abwanderung nach Westdeutschland feststellen, zum anderen profitierte Ostbrandenburg von Zuzügen aus Berlin, im Bereich des engen Verflechtungsraums mit der Hauptstadt.¹³³

Berlin scheint hauptsächlicher Verursacher für die oben beschriebene positive räumliche Bevölkerungsbewegung in Ostbrandenburg zu sein. Wie der Abbildung 3.4.16 zu entnehmen, findet nahezu die gesamte Migration von Berlin nach Ostbrandenburg in den berlinnahen Landkreisen statt. Die kreisfreien Städte und peripher gelegenen Landkreise Ostbrandenburgs haben einen negativen Wanderungssaldo mit der Hauptstadt – hier überwiegen die Fortzüge noch leicht die Zuzüge aus Berlin. Insgesamt sind die Wanderungsbewegungen zwischen Berlin und den kreisfreien Städten sowie peripher gelegenen Landkreisen Ostbrandenburgs nicht sehr ausgeprägt. Dies spiegelt die relativ geringe Zahl der Zuzüge wie auch Fortzüge wider, wobei die Fortzüge nach Berlin leicht überwiegen.¹³⁴

Abbildung 3.4.16. Zu- und Fortzüge von und nach Berlin aus Ostbrandenburg



Eigene Darstellung und Berechnung. Quelle: LASV (2004)

Im Jahr 2002 beträgt der Anteil der Zuzüge aus Berlin an den gesamten Zuzügen der berlinnahen Landkreise 28 Prozent. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass die Zuzüge aus Westdeutschland in die berlinnahen Landkreise oft auch in engem Zusammenhang mit der Hauptstadt stehen. Hier könnten sich beispielsweise Personen ansiedeln, deren Migrationsziel Berlin ist und die sich aufgrund günstigen Baulands oder aus ähnlichen Beweggründen im sog. „Speckgürtel“ niederlassen. In den kreisfreien Städten liegt der Anteil der Zuzüge aus der Hauptstadt bei sechs Prozent und in den peripher ge-

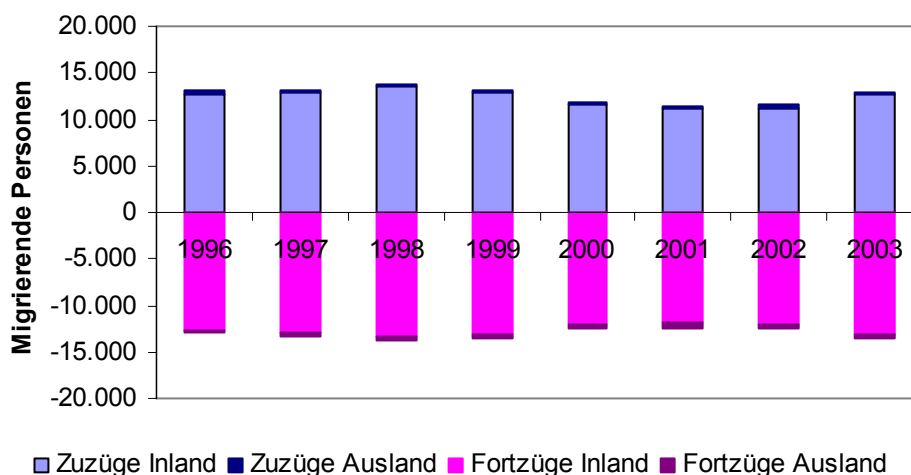
¹³³ Vgl. Staatskanzlei des Landes Brandenburg (2004), S.6.

¹³⁴ Vgl. LASV (2004), S.50.

legenden Landkreisen bei vier Prozent aller Zuzüge – beide tragen jedoch auch nicht wesentlich zu Wanderungen bei und weisen eine negative Migrationsbilanz mit Berlin auf.

In Lubuskie überwiegt die Zahl der fortziehenden Personen in jedem Jahr seit 1996 die der zuziehenden. Die größte Migration findet hierbei innerhalb des Landes statt. Die Migration mit dem Ausland ist eher verhalten: Im Jahr 2003 erfolgen drei Prozent der Fortzüge über die Landesgrenzen hinaus, demgegenüber stehen ein Prozent der Zuzüge aus dem Ausland (vgl. Abbildung 3.4.17).

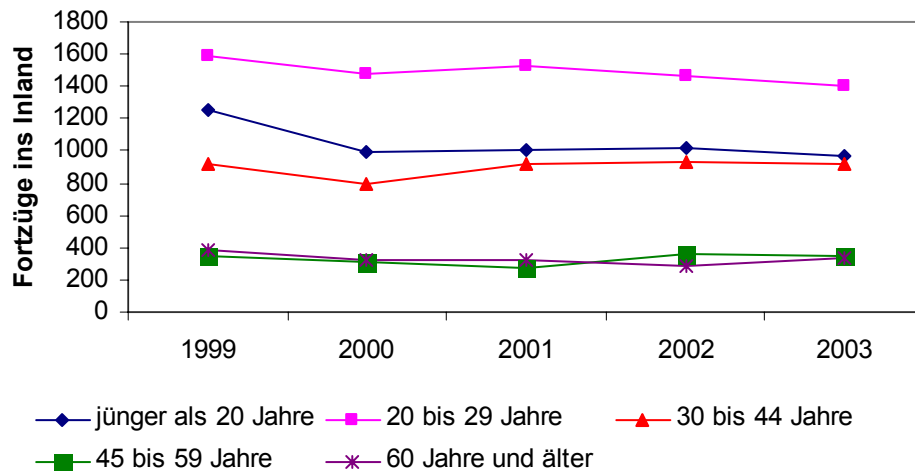
Abbildung 3.4.17. Wanderung mit dem Ausland für Lubuskie, 1996-2003



Eigene Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004)

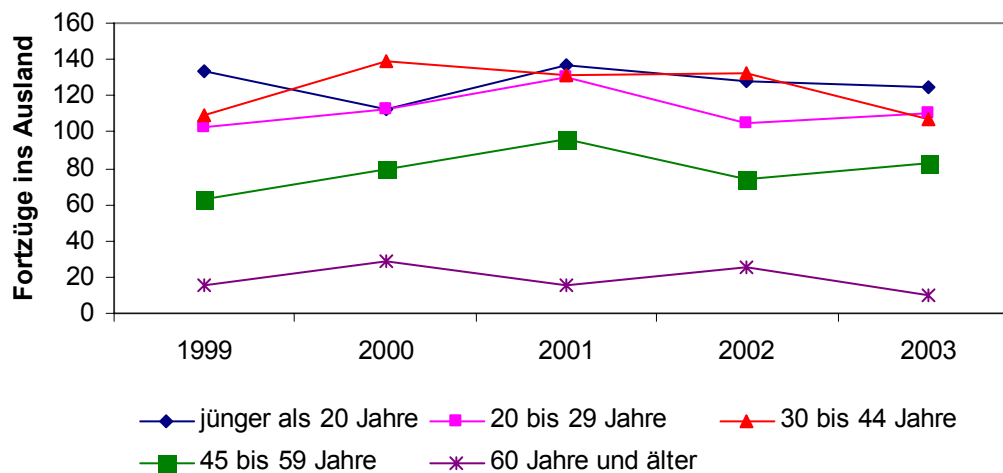
Wie die Abbildung 3.4.18 und die Abbildung 3.4.19 aufzeigen, wandern seit jeher die Jüngeren in andere Wojewodschaften und ins Ausland aus. Auch hier lassen sich die Arbeitsmarkt und Ausbildungssituation als Hauptbeweggründe vermuten. Wenngleich die Stärke der Abwanderung nicht mit der Ostbrandenburgs zu vergleichen ist.

Abbildung 3.4.18. Fortzüge aus Lubuskie innerhalb Polens nach Altersklassen, 1999-2003



Eigene Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004)

Abbildung 3.4.19. Migration ins Ausland nach Altersgruppen für Lubuskie, 1999-2003



Eigene Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004)

3.4.3. Altersstruktur der Bevölkerung

Bei näherer Beleuchtung der Bevölkerungsentwicklung ist auffällig, dass im Allgemeinen in der Region eine Tendenz zur „Überalterung“ festzustellen ist. Dieses Phänomen ist mit der demographischen Entwicklung in Europa einhergehend. So werden immer weniger Kinder geboren, die Menschen jedoch aufgrund von verbesserten Lebensbedingungen, medizinisch-technischem Fortschritt usw. immer älter. Verstärkt wird dieser Effekt in Ostbrandenburg durch Abwanderungen v. a. der jüngeren, arbeitsfähigen Bevölkerung, welche aus den als schlechter bewerteten Arbeitsmarktchancen im Vergleich zu anderen Regionen resul-

tieren (vgl. hierzu auch die Abschnitte 3.4.1 und 3.4.2). Die Altersstruktur der Bevölkerung in der Grenzregion wird als wesentlicher Aspekt der wirtschafts- und sozialpolitischen Bevölkerungsbewegung hier dargestellt.

Durchschnittsalter

Das Durchschnittsalter der Menschen im Land Brandenburg (mit 42,2 Jahren im Jahr 2002) liegt seit dem Jahr 2000 bereits über deutschem Durchschnitt (von 41,5 Jahre im Jahr 2002).¹³⁵ In Lubuskie ist die Bevölkerung durchschnittlich mit 35,8 Jahren (im Jahr 2002) sehr viel jünger als in Ostbrandenburg.¹³⁶

Belastungsquotienten

Bisher war es in Deutschland üblich, sog. Belastungsquotienten in Form eines Alten- bzw. Kinderquotienten zu bestimmen. Dabei wird die Bevölkerung in drei Altersgruppen klassifiziert: die unter 15-Jährigen (Kinder), die zwischen 15 bis unter 65-Jährigen und die der über 65-Jährigen (Alte). Hintergrund ist die Aufteilung der Bevölkerung in Personen im nicht erwerbsfähigen (Kinder), erwerbsfähigen (15 bis 65 Jahre) und nicht-mehr erwerbstätigen Alter (Alte), um Aussagen darüber zu treffen, wie stark die Erwerbsfähigen, Personen im nicht (mehr) erwerbstätigen Alter unterstützen bzw. durch diese belastet werden. Es handelt sich hierbei um Altersabhängigkeitsquotienten. In jüngster Vergangenheit sind die verschiedenen statistischen Bundesämter dazu übergegangen, den Kinderquotienten durch einen Jugendquotienten zu ersetzen, welcher im Alter der noch nicht Erwerbsfähigen die Gruppe der unter 20-Jährigen zugrunde liegt.¹³⁷

Das GUS in Polen bestimmt keine Belastungsquotienten i.e.S. Allerdings wird hier die Bevölkerung nach Altersgruppen im noch nicht erwerbsfähigen (alle bis unter 18 Jahre), im erwerbsfähigen (Frauen: 18-59 Jahre; Männer: 18 bis 64 Jahre) und im nicht mehr erwerbstätigen Alter (Frauen: älter als 60 Jahre, Männer: älter als 65 Jahre) erhoben¹³⁸. Mittels dieser Zahlen wird an dieser Stelle versucht, ebenfalls Belastungsquotienten zu ermitteln, indem auch hier die Altersgruppe der noch nicht Erwerbsfähigen (im Weiteren definiert als Pre-Working Quotient) bzw. der nicht mehr Erwerbsfähigen (im Weiteren definiert als Post-Working Quotient) ins Verhältnis mit der Bevölkerungsgruppe der Erwerbsfähigen gesetzt wird.

¹³⁵ Vgl. LASV (2004), S.28.

¹³⁶ Vgl. LCZP (2004), S.12.

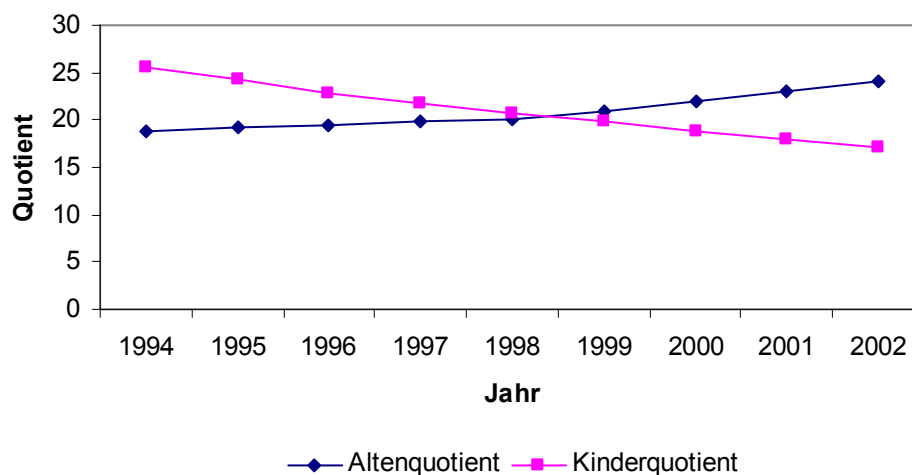
¹³⁷ Für das Land Brandenburg gibt das LDS Brandenburg diesen seit 1997 an.

¹³⁸ Vgl. Urząd Statystyczny (2004), S. 85f.

Alten- und Kinderquotient

Der Altenquotient im Land Brandenburg¹³⁹ stieg in den letzten Jahren kontinuierlich an. Dies bedeutet, der Anteil der über 65-Jährigen im Vergleich zu den 15 bis 65-Jährigen nahm beständig zu. Gleichzeitig ist eine Abnahme des Kinderquotienten zu beobachten. Seit 1999 gibt es zudem mehr Alte als Kinder (vgl. Abbildung 3.4.20).

Abbildung 3.4.20. Kinder- und Altenquotient im Land Brandenburg, 1994-2002



Eigene Darstellung. Quelle: LASV (2004)

In Ostbrandenburg betrug im Jahr 2002 das Verhältnis der sich noch nicht im erwerbsfähigen Alter befindlichen Personen zu denen im erwerbsfähigen Alter 16,4 (Kinderquotient), das der nicht mehr Erwerbsfähigen zu den Erwerbstätigen 23,5 (Altenquotient). Damit liegen der ostbrandenburgische Kinderquotient und der Altenquotient etwas unter Landesdurchschnitt.¹⁴⁰ Dies bedeutet: hier ist der Anteil der Alten, der durch die erwerbsfähige Bevölkerung gestützt wird, höher als der der Kinder, aber auch, dass es mehr Alte als Junge gibt und dieses Verhältnis in Ostbrandenburg bereits etwas ausgeprägter ist als im gesamten Bundesland.

Im Deutschlandvergleich ist weiterhin festzustellen, dass der Alten- und Kinderquotient bereits überdurchschnittlich in der Region entwickelt sind. Zwar müssen in der Bundesrepublik auch zunehmend mehr Alte als Kinder durch die erwerbsfähige Bevölkerung unterstützt werden, allerdings ist die Kluft zwischen Kindern und Alten aufgrund der höheren Geburten- bei vergleichbaren Sterberaten noch nicht so groß (vgl. auch Abschnitt 3.4.2).

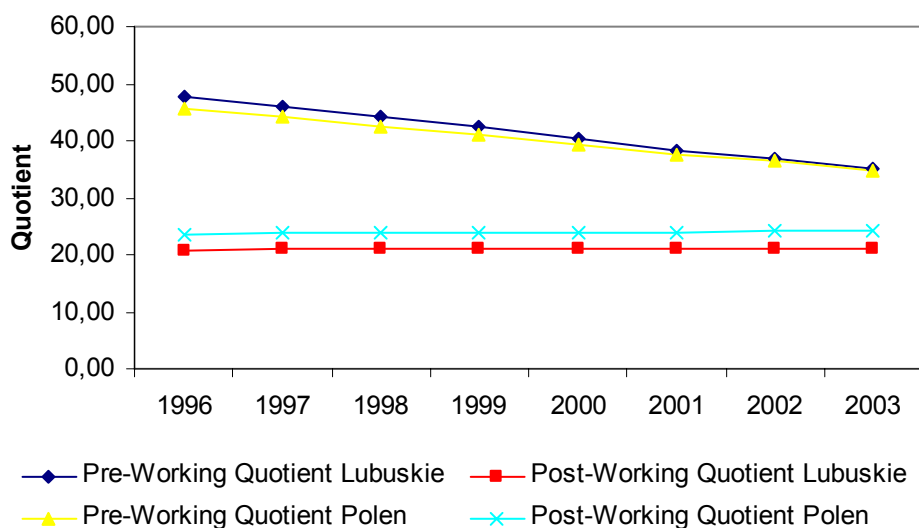
¹³⁹ Da keine gesonderten Daten für Ostbrandenburg zur Verfügung standen, werden für die Entwicklung der Belastungsquotienten die des Landes Brandenburg verwendet.

¹⁴⁰ Im Land Brandenburg beträgt 2002 der Kinderquotient 17,1 und der Altenquotient 24,1.

Pre- und Post-Working Quotient

Die Altersstruktur in Lubuskie zeigt ähnliche Entwicklungen wie die in Ostbrandenburg auf. Wie die Abbildung 3.4.21 zeigt, ist der Anteil der sich noch nicht im erwerbsfähigen Alter befindlichen Personen im Verhältnis zu den im erwerbsfähigen Alter größeren als der der Nichtmehrerwerbstätigen.¹⁴¹ In den vergangenen Jahren näherten sich beide Quotienten an. Diese Entwicklung entspricht der gesamtpolnischen, wenngleich im Jahr 2003 in Lubuskie der Pre-Working Quotient etwas niedriger und der Post-Working Quotient etwas höher ausgeprägt waren als landesüblich, welches auf eine durchschnittlich etwas bessere Altersstruktur (das heißt mit einem höheren Jugendanteil) in der Wojewodschaft schließen lässt.¹⁴²

Abbildung 3.4.21. Entwicklung der Altersstruktur in Lubuskie und Polen im Vergleich, 1996-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004)

3.4.4. Bevölkerungsprognose

Nach dem durch Sterbeüberschuss und Nettoabwanderung bedingten Bevölkerungsrückgang Anfang der 1990er Jahre wuchs im Land Brandenburg und somit auch in Ostbrandenburg¹⁴³ die Bevölkerung trotz Sterbeüberschusses Mitte der 1990er Jahre wieder an, welches – wie oben beschrieben – vor allem auf einen positiven Wanderungssaldo mit dem

¹⁴¹ Da eine Aufsplittung der Bevölkerungszahlen nach Altersgruppen für die Jahre 1996-2003 nicht verfügbar ist, lässt sich ein entsprechender Kinder- bzw. Altenquotient nicht bestimmen.

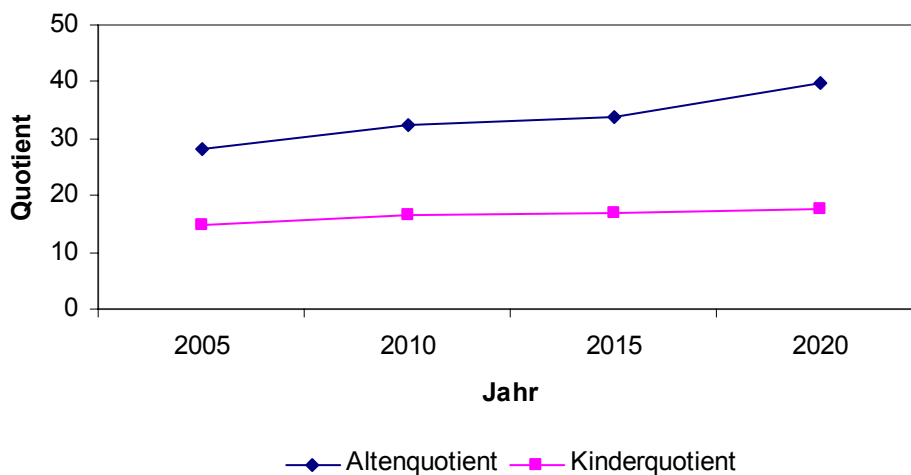
¹⁴² Der Pre-Working Quotient im Jahre 2003 beträgt für Polen 34,7, für Lubuskie 35,0; der Post-Working Quotient im Jahre 2003 für Polen 24,1, für Lubuskie 20,9. (Eigene Berechnungen, Quelle: GUS (1996-2004)).

¹⁴³ Zur Vergleichbarkeit der Bevölkerungsentwicklung siehe auch Abschnitte 3.4.1 und 3.4.2.

Land Berlin zurückzuführen ist. Mit der Jahrtausendwende nahmen allerdings die Zuwanderungen weiter ab. Resultat ist eine schrumpfende Bevölkerung in der Region. Dieser Trend wird sich gemäß der Prognose des Landesbetriebs für Datenverarbeitung und Statistik und des Landesumweltamtes Brandenburg¹⁴⁴ in Zukunft fortsetzen. Langfristig ist mit einem Bevölkerungsrückgang zu rechnen, welcher vor allem durch die peripher gelegenen Landkreise verursacht wird; im engeren Verflechtungsraum mit Berlin sind Bevölkerungszuwächse möglich.

Die natürliche Bevölkerungsbewegung wird im Land Brandenburg weiterhin einen negativen Gesamtsaldo aufweisen. Die Nettoerproduktion liegt im Jahr 2020 lediglich bei zwei Dritteln trotz leicht steigender Fertilität auf 1,3 Kinder je Frau. Aufgrund des prognostizierten anhaltenden Trends steigender Geburtenraten, aber auch der Verringerung der Personen im erwerbsfähigen Alter (aufgrund der geburtenschwachen Nachwuchsjahrgänge), gehen Schätzungen insgesamt von einem Wiederanstieg des Kinderquotienten bis 2020 aus. Gleichzeitig wird ein starker Anstieg des Altenquotienten vorhergesagt, so dass sich die Schere zwischen Jung und Alt im Verhältnis zu den Erwerbsfähigen weiter öffnen wird (vgl. Abbildung 3.4.22).

Abbildung 3.4.22. Prognose des Alten- und Kinderquotient im Land Brandenburg für den Zeitraum 2005-2020



Eigene Darstellung. Quelle: LASV (2004)

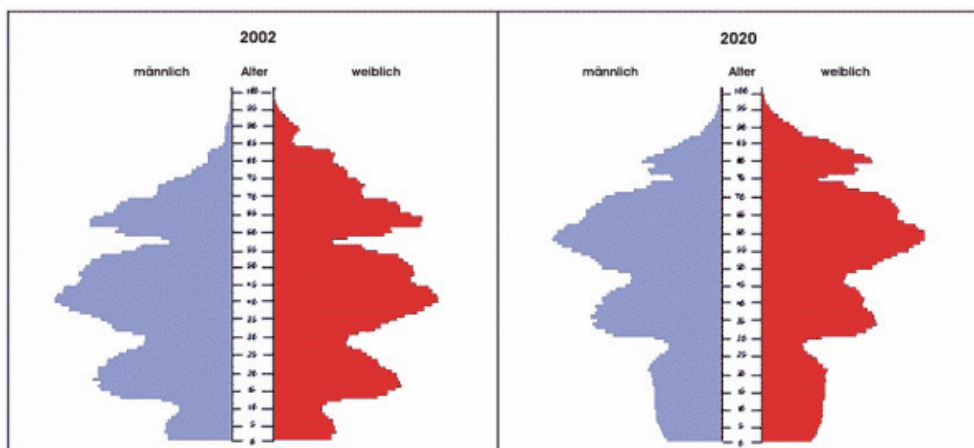
Migrations haben weiterhin maßgeblichen Anteil an der Bevölkerungsentwicklung im Land Brandenburg, wenngleich sie in Zukunft nicht mehr – wie bis zum Ende der 1990er Jahre – den starken Rückgang der Bevölkerung ausgleichen können. Die Wanderungsgewinne sind in abgeschwächter Form weiterhin mit dem Ausland (das heißt Ausländer und Aussiedler) und Berlin zu erwarten. Die Fortzüge nach Westdeutschland werden wegen

¹⁴⁴ Vgl. auch im Weiteren LDS BB (2004b).

sinkender Quellpotentiale abnehmen, sodass bei optimistischer Schätzung der räumlichen Bevölkerungsbewegung der Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik eine ausgeglichene Migrationsbilanz annimmt. Hierbei verstärkt sich der schon in der Vergangenheit beobachtbare Trend, dass der berlinnahe Raum weniger Einwohner verliert als die peripheren Landkreise.¹⁴⁵

Insgesamt wird die negative natürliche Bevölkerungsentwicklung die (ausgeglichene) räumliche stark überwiegen. Bis zum Jahr 2020 gehen die Prognosen von einem Bevölkerungsrückgang um sieben Prozent aus, wobei sich der jährliche natürliche Bevölkerungsverlust bis dahin verdoppelt. Obwohl die Fertilität leicht ansteigt, werden sinkende Geburtenzahlen zu verzeichnen sein, da die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter sich in Brandenburg um ein Drittel reduziert. Bis zum Ende des Prognosezeitraums im Jahr 2020 versterben schätzungsweise 250.000 Menschen mehr als geboren werden. Einhergehend mit dieser Entwicklung ist die Verschiebung der Altersstruktur: die Zahl der Kinder und Personen im erwerbsfähigen Alter verringert sich weiterhin, während die der Alten stark ansteigt. So wird bis zum Jahr 2020 die Anzahl der über 65-Jährigen um die Hälfte zunehmen, und die der über 80-jährigen gar verdoppeln. Das Durchschnittsalter steigt um sechs Jahre und liegt im Jahr 2020 für Frauen bei 50 und für Männer bei 46 Jahren; (vgl. Abbildung 3.4.23).

Abbildung 3.4.23. Altersbäume für das Land Brandenburg in den Jahren 2002 und 2020

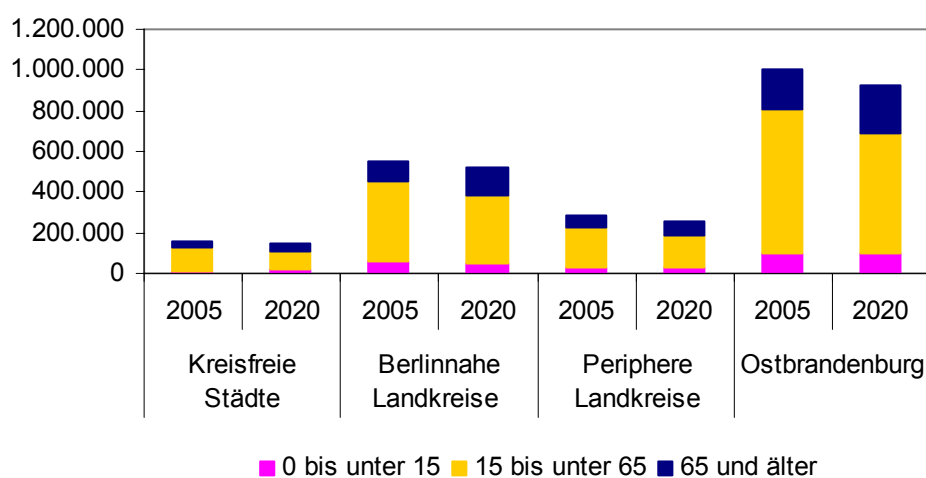


Quelle: LDS BB (2004b)

In Ostbrandenburg geht die Bevölkerung bis zum Jahr 2020 um 7,4 Prozent zurück und liegt damit im Landesmaß: den größten Rückgang werden auch hier die peripheren Landkreise mit 10,5 Prozent zu verzeichnen haben, gefolgt von den kreisfreien Städten mit neun Prozent und der geringste Rückgang wird für die berlinnahen Landkreise mit fünf Prozent prognostiziert (vgl. Abbildung 3.4.24).

¹⁴⁵ Ebenda.

Abbildung 3.4.24. Bevölkerungsprognose nach ausgewählten Altersgruppen in Ostbrandenburg, die Jahre 2005 und 2020 im Vergleich



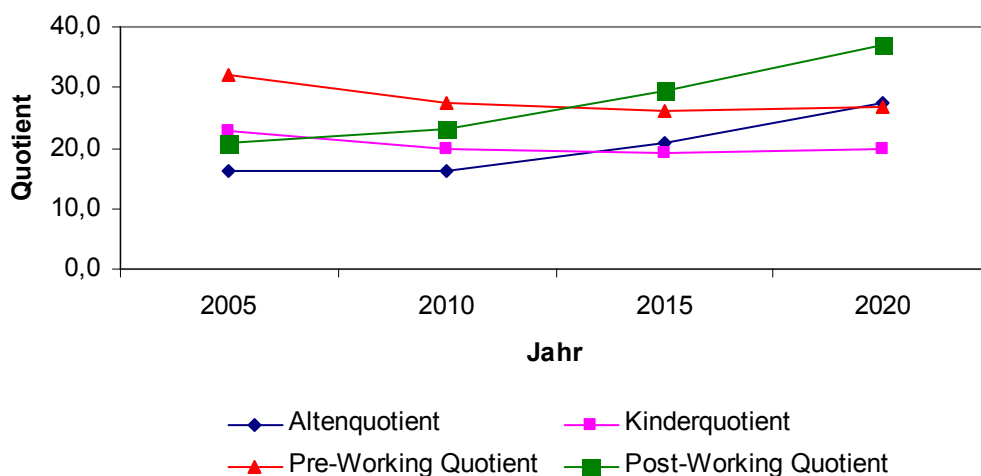
Eigene Darstellung und Berechnung. Quelle: LASV (2004)

Die Altersstruktur in Lubuskie sowie polenweit wird in den nächsten Jahren eine ähnliche Verschiebung erfahren, wie sie bereits in Ostbrandenburg beobachtbar ist. Das heißt aufgrund der niedrigen Geburtenraten und der Alterung der Bevölkerung kommt es auch hier zu einem Anstieg des Anteils der Alten in der Bevölkerung.

Aus der Bevölkerungsprognose des GUS¹⁴⁶ ist ableitbar, dass hier der Altenquotient, bei relativ gleich bleibende bis leicht sinkendem Kinderquotienten, stark ansteigen wird. Analog verhalten sich die hierfür definierten Pre- und Post-Working Quotienten (vgl. Abbildung 3.4.25).

¹⁴⁶ Vgl. GUS (2005a).

Abbildung 3.4.25. Prognose der Belastungsquotienten in Lubuskie für den Zeitraum 2005-2020



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (2005a), Urząd Statystyczny (2004)

3.5. Wirtschafts- und Erwerbsstruktur

Zur Komplettierung der allgemeinen Beschreibung der Grenzregion wird im Folgenden die Wirtschafts- und Erwerbsstruktur knapp dargestellt

3.5.1. Bruttoinlandsprodukt (BIP)

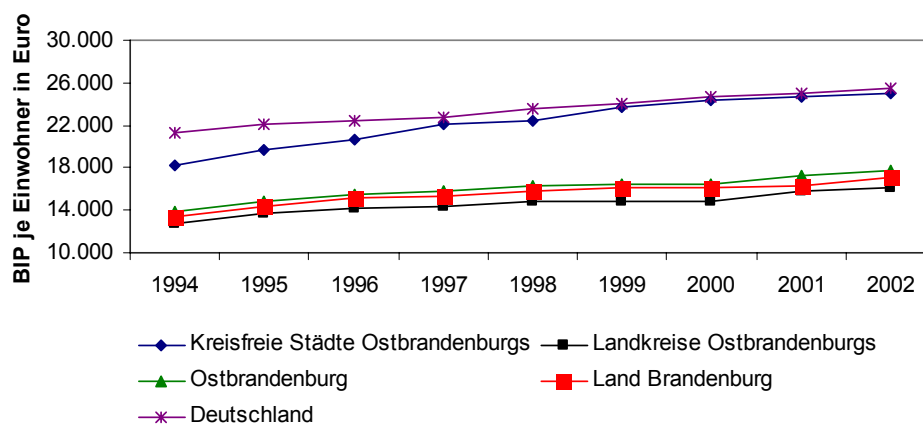
Wirtschaftlich ist die Grenzregion schwach entwickelt. Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) Ostbrandenburgs hatte, bedingt durch den wirtschaftlichen Aufholprozess Anfang der 1990er Jahre, zunächst relativ starke Zuwächse zu verzeichnen. Im Jahr 1995 wuchs die ostbrandenburgische Wirtschaft noch mehr als dreimal so stark wie die gesamtbrandenburgische bzw. gesamtdeutsche, jedoch seit Mitte der 1990er Jahre ist das Wachstum hier (einhergehend mit der Entwicklung im Bundesland) stagniert und erreichte in den letzten Jahren kaum bundesweit übliche Wachstumsraten (vgl. Tabelle A-5 und Tabelle A-6).

Ein Großteil der ostbrandenburgischen Wertschöpfung findet in den kreisfreien Städten statt.¹⁴⁷ Hier erwirtschaftet ein Fünftel der Bevölkerung ein Viertel des BIP; Dreiviertel werden in den Landkreisen erbracht. Insgesamt scheinen die kreisfreien Städte produktiver

¹⁴⁷ Im Jahr 2003 hat Ostbrandenburg einen Anteil an der gesamtbrandenburgischen Wertschöpfung von 40,6 Prozent, wovon ein Viertel (9,7 Prozent) in den kreisfreien Städten und Dreiviertel (30,9 Prozent) in den Landkreisen erbracht werden. Der Anteil Ostbrandenburgs an der gesamtbrandenburgischen Wertschöpfung ist leicht rückläufig. Nichtsdestotrotz nehmen die knapp 40 Prozent Einwohner Brandenburgs (die in Ostbrandenburg leben) auch 40 Prozent der brandenburgischen Wertschöpfung vor. Das heißt: im Vergleich zum Bundesland ist Ostbrandenburg normal entwickelt und stellt hier keine zusätzlich besonders wirtschaftsschwache Region dar. (Eigene Berechnung. Quelle: LASV (2004), S.12).

zu sein als die Landkreise.¹⁴⁸ In Cottbus und Frankfurt (Oder) liegt das BIP je Einwohner nahezu im Bundesdurchschnitt, in den Landkreisen entspricht es dem gesamtbrandenburgischen. Verglichen mit Deutschland als Referenzgröße, erwirtschaftet ein Ostbrandenburger knapp 70 Prozent des deutschlandweit üblichen Durchschnitts. Das ostbrandenburgische BIP je Einwohner ist in den letzten Jahren leicht gestiegen (in 2002 um zwei Prozent im Vergleich zum Vorjahr) und liegt etwas über dem des Landes Brandenburg. Der Anstieg ist jedoch nicht stärker als der bundesweit im selben Zeitraum zu beobachtende (vgl. Tabelle A-7 und Abbildung 3.5.1).

Abbildung 3.5.1. Entwicklung des nominalen BIP je Einwohner in Ostbrandenburg im Vergleich, 1994-2002



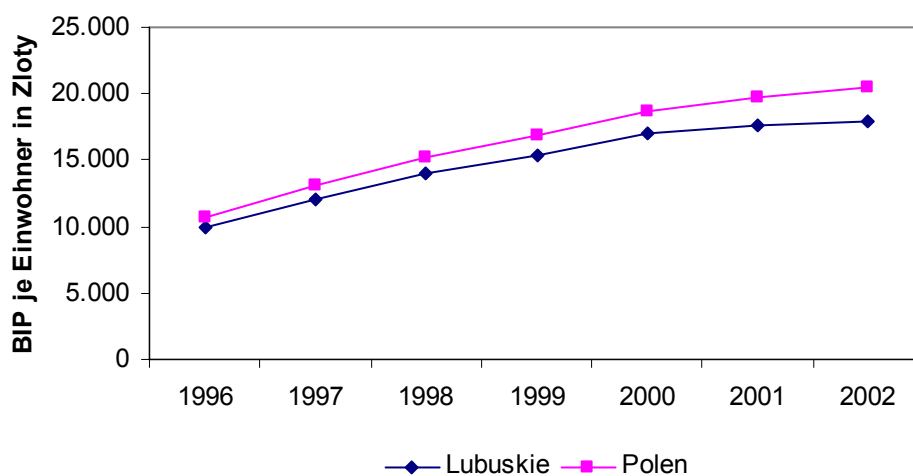
Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LASV (2003), LASV (2004)

Lubuskie stellt sich im Vergleich zu Ostbrandenburg als wesentlich wirtschaftsschwächer dar. Die Wertschöpfung liegt hier bei ca. einem Fünftel der ostbrandenburgischen (vgl. Tabelle A-5) bzw. das BIP je Einwohner beträgt ca. 20 Prozent des ostbrandenburgischen. Aufgrund des wirtschaftlichen Wandlungsprozesses ist das BIP sowohl in Polen als auch in Lubuskie seit Anfang bis Mitte der 1990er Jahre relativ stark gestiegen. Seit Ende 1990er Jahre sind die Zuwachsraten rückläufig. Offensichtlich stagniert auch hier der wirtschaftliche Aufholprozess (vgl. Tabelle A-8).

Zu konstatieren ist, dass Lubuskie im Vergleich zu Polen nicht sonderlich schwach entwickelt ist; das BIP je Einwohner liegt bei 90 Prozent des in Polen üblichen. Auch zeigt das BIP je Einwohner in der Wojewodschaft und im Land zumindest bis zum Jahr 2000 vergleichbare Zuwachsraten auf. Seit diesem Zeitpunkt wächst das BIP je Einwohner in Lubuskie etwas langsamer als im Landesdurchschnitt. Zwischen den Jahren 2001 und 2002 betrug der Zuwachs in Polen 3,8 Prozent, in Lubuskie nur noch 1,7 Prozent.

¹⁴⁸ Zahlen zum BIP je Erwerbstätigem waren nicht verfügbar.

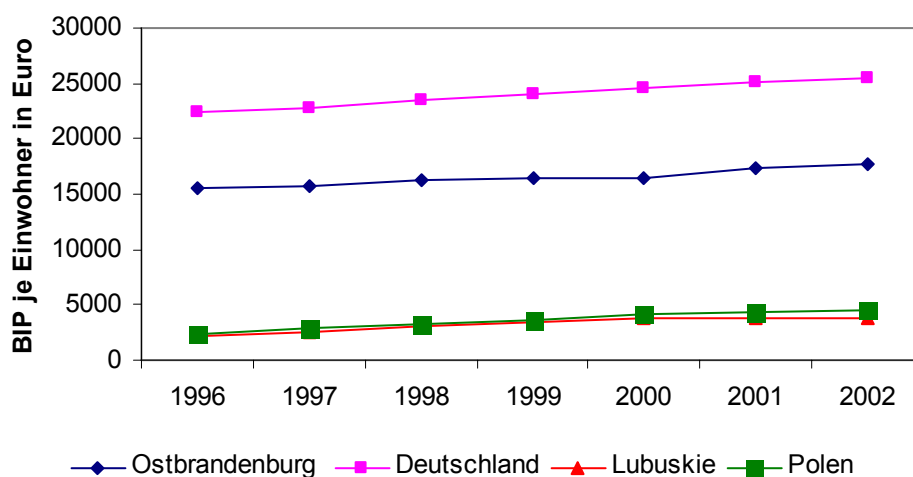
Abbildung 3.5.2. Entwicklung des nominalen BIP je Einwohner in Lubuskie im Landesvergleich, 1996-2002



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004)

Die Unterschiede in der gesamtwirtschaftlichen Leistung zwischen den beiden Seiten der Grenzregion sind gravierend. Dies belegt auch der Fakt, dass das BIP je Einwohner in Ostbrandenburg viereinhalbmal so hoch wie in Lubuskie ist; der gesamtdeutsche Durchschnitt gar nahezu sechsmal so hoch (vgl. Abbildung 3.5.3, Tabelle A-7 und Tabelle A-9).

Abbildung 3.5.3. Entwicklung des BIP je Einwohner in der Grenzregion, 1996-2002

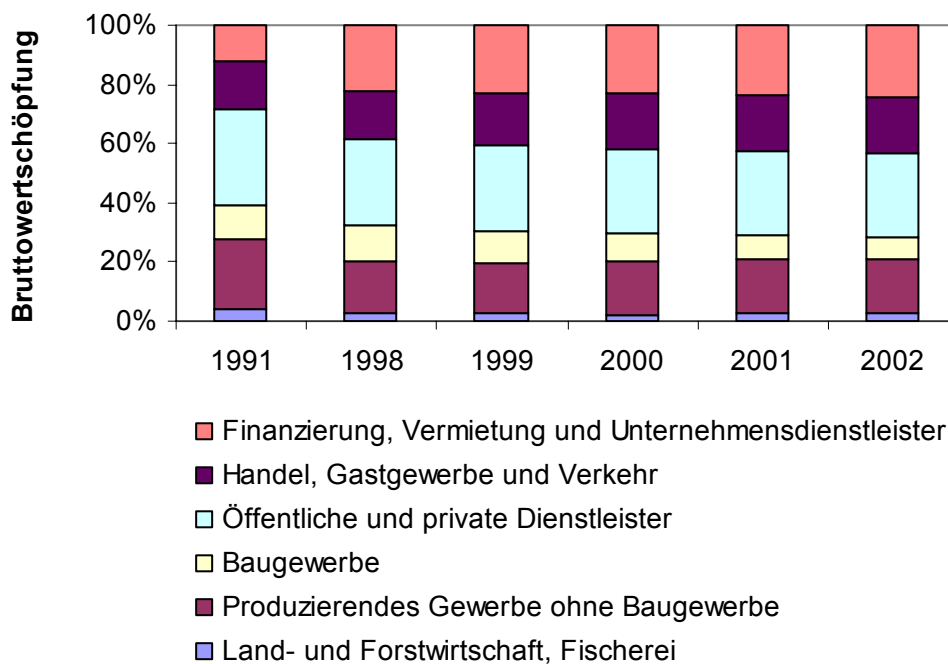


Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LASV (2003), LASV (2004), GUS (1996-2004)

3.5.2. Bruttowertschöpfung und Wirtschaftsstruktur

Seit dem Zusammenbruch der sozialistisch geprägten Volkswirtschaften wird in diesen Regionen ein Umbau von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft angestrebt. Im Land Brandenburg stieg der Anteil des Dienstleistungssektors an der Bruttowertschöpfung (BWS) von 1991 bis 2002 an (vgl. Abbildung 3.5.4).

Abbildung 3.5.4. Bruttowertschöpfung nach Wirtschaftsbereichen im Land Brandenburg, 1991 sowie 1998-2002

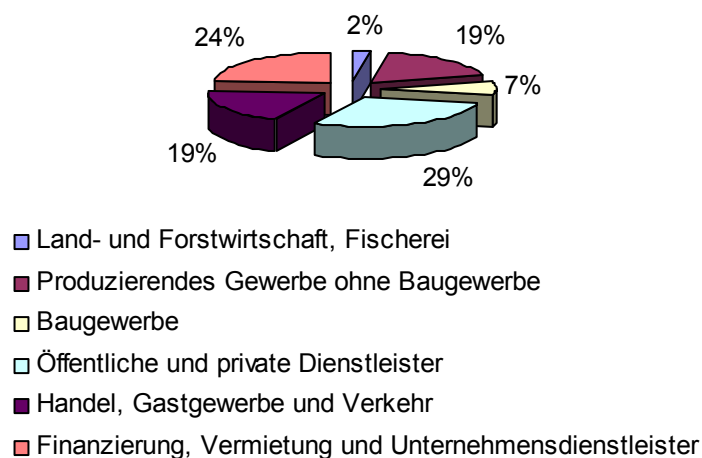


Eigene Darstellung. Quelle: LASV (2003), LASV (2004)

Heute ist im Land Brandenburg der Anteil des primären Sektors an der BWS mit 2,4 Prozent mehr als doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt, wenngleich die Landwirtschaft im Jahr 1991 noch 4,25 Prozent zur BWS beitrug und somit ihr Anteil sich sichtlich verkleinerte. Der sekundäre Sektor¹⁴⁹ ist in Brandenburg insgesamt mit 26 Prozent weniger bestimmend für die BWS als deutschlandweit (mit 29 Prozent). Allerdings ist der Anteil des Baugewerbes am produzierenden Gewerbe hier weitaus ausgeprägter, nämlich ungefähr 1,6mal stärker als bundesüblich. Im tertiären Sektor wird im Land Brandenburg ca. 70 Prozent der BWS erwirtschaftet, wie deutschlandweit auch (vgl. Tabelle A-10 und Abbildung 3.5.5).

¹⁴⁹ Für den sekundären Sektor wird das produzierende Gewerbe (Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, verarbeitendes Gewerbe, Energie- und Wasserversorgung) einschließlich Baugewerbe zusammengefasst.

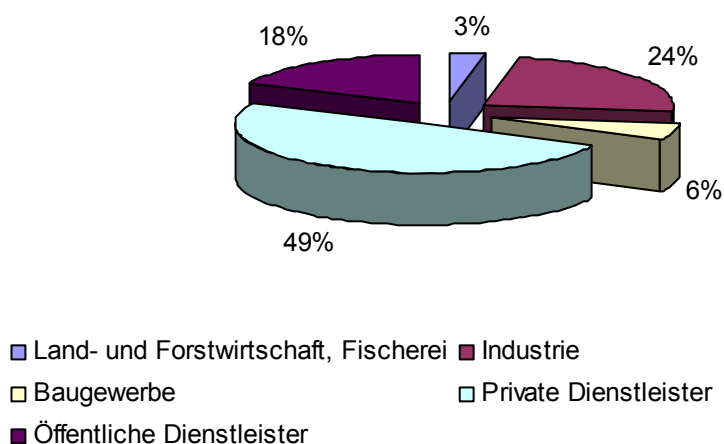
Abbildung 3.5.5. Bruttowertschöpfung nach Wirtschaftsbereichen im Land Brandenburg, 2002



Eigene Darstellung. Quelle: LASV (2004)

Wertschöpfung in Lubuskie generieren vor allem öffentliche und private Dienstleister¹⁵⁰, wobei der Anteil der öffentlich geführten Unternehmen mit 20 Prozent relativ hoch ist. Der primäre Sektor trägt lediglich drei Prozent zur BWS und die Industrie macht ungefähr ein Viertel aus, wobei auch hier der Anteil des Baugewerbes mit sechs Prozent relativ hoch ist (vgl. Abbildung 3.5.6).

Abbildung 3.5.6. Bruttowertschöpfung nach Wirtschaftsbereichen in Lubuskie, 2002



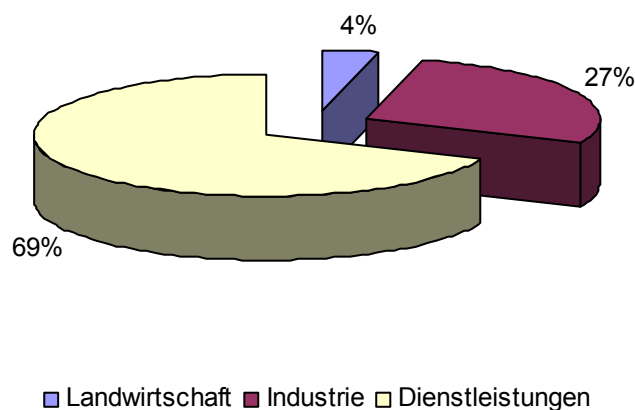
Eigene Darstellung. Quelle: Urząd Statystyczny (2004)

¹⁵⁰ Die Angabe zu den öffentlichen Dienstleistungen (*usługi nierynkowe*) beinhaltet die Bereiche: öffentliche Verwaltung und Verteidigung, Erziehung und Unterricht, Gesundheits- sowie Sozialwesen. Unter privaten Dienstleistungen (*usługi rynkowe*) werden Handel und Reparaturen, Hotels und Restaurants, Transport, Lagerung und Kommunikation, Finanzvermittlung, Immobilien und Geschäftsaktivitäten zusammengefasst.

3.5.3. Arbeitsmarkt

Im Jahr 2002 weist das Land Brandenburg¹⁵¹ eine Erwerbstätigenquote von 43,7 Prozent auf, die Selbstständigenquote liegt bei 9,1 Prozent. Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten ist im Dienstleistungssektor tätig, gefolgt vom sekundären Sektor. In der Landwirtschaft sind lediglich noch vier Prozent beschäftigt (vgl. Abbildung 3.5.7).

Abbildung 3.5.7. Beschäftigte nach Sektoren im Land Brandenburg, 2002



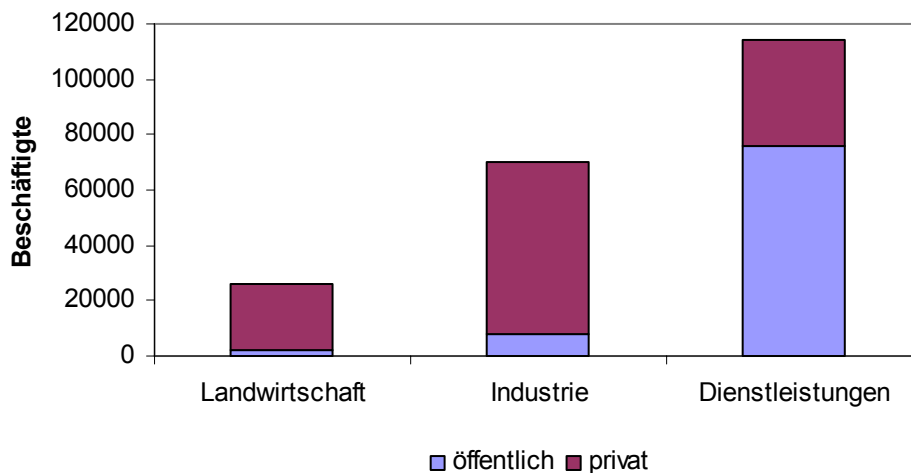
Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LASV (2004)

Im Jahr 2003 sind in Lubuskie 53,4 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung wirtschaftlich aktiv; davon liegt die Quote der abhängig Beschäftigten bei 40,8 Prozent. Die abhängig Beschäftigten unterteilen sich wiederum zu 41 Prozent derer, die im öffentlichen und 59 Prozent derer, die im privaten Sektor angestellt sind.

Im primären Sektor sind zwölf Prozent der Beschäftigten tätig. Die Industrie verfügt in der Wojewodschaft über ein Drittel der Arbeitskräfte. Die meisten Beschäftigten sind hier im tertiären Sektor tätig. Auffällig ist, dass in diesem beschäftigungsstärksten Sektor zwei Drittel aller Dienstleistungserbringer in öffentlichen Unternehmen beschäftigt sind, unter den Industriearbeitern liegt dieser Anteil bei zehn Prozent und unter den Landwirten bei neun Prozent (vgl. Abbildung 3.5.8).

¹⁵¹ Die Erwerbstätigenquote und -struktur ist für Ostbrandenburg nicht bestimmbar, da die Arbeitsämter von den Landkreisen abweichende Erhebungen vornehmen.

Abbildung 3.5.8. Beschäftigte nach Sektoren in Lubuskie, 2003



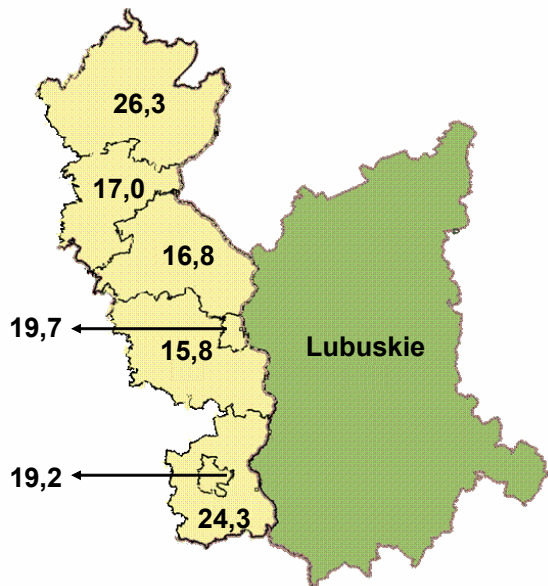
Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004)

Arbeitslosigkeit

Die geringen Wachstumsraten in der Grenzregion spiegeln sich auch in der Arbeitsmarktlage wider. Ostbrandenburg wie das Land Brandenburg und auch die Wojewodschaft Lubuskie haben in Deutschland bzw. Polen die höchsten Arbeitslosenraten zu verzeichnen. Die berlinnahen Landkreise haben die geringste Arbeitslosigkeit¹⁵², gefolgt von den kreisfreien Städten, die im brandenburgischen Durchschnitt liegen. In der Uckermark und im Landkreis Spree-Neiße hingegen sind ein Viertel aller Erwerbspersonen arbeitslos. Festzustellen ist, je weniger besiedelt eine Region ist (als Zeichen für ländliche Struktur), umso höher ist die dortige Erwerbslosenquote (vgl. Abbildung 3.5.9 und Tabelle A-11).

¹⁵² Zur Beschreibung der Arbeitslosigkeit in Ostbrandenburg wird die Erwerbslosenquote verwandt. Diese birgt zwei Vorteile in sich: zum einen werden alle arbeitssuchenden Erwerbslosen darin erfasst – es handelt sich hierbei um den Anteil an allen Erwerbspersonen (im Alter von 15 bis 65 Jahre), die ohne Arbeitsverhältnis sind –, zum zweiten sind in den Erwerbslosenquoten im Gegensatz zu den verfügbaren Arbeitslosenquoten die kreisfreien Städte gesondert aufgeführt.

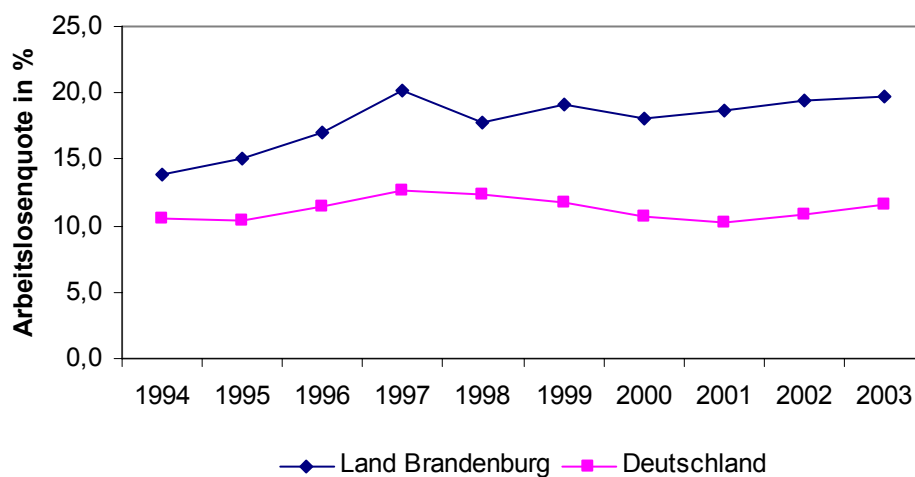
Abbildung 3.5.9. Erwerbslosenquoten nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Land Brandenburg, 2003



Eigene Darstellung. Quelle: LASV (2004)

Im Bundesvergleich weist das Land Brandenburg eine nahezu doppelt so hohe Arbeitslosigkeit wie Gesamtdeutschland auf. Diese entspricht der Lage in Ostdeutschland. Nach der Wiedervereinigung stieg die Arbeitslosigkeit – bedingt durch den wirtschaftlichen Umbau – hier stark an, stabilisierte sich Mitte der 1990er Jahre und stieg gegen Ende der 1990er Jahre wieder und hat sich nun auf ein Niveau um 20 Prozent eingependelt (vgl. Abbildung 3.5.10).

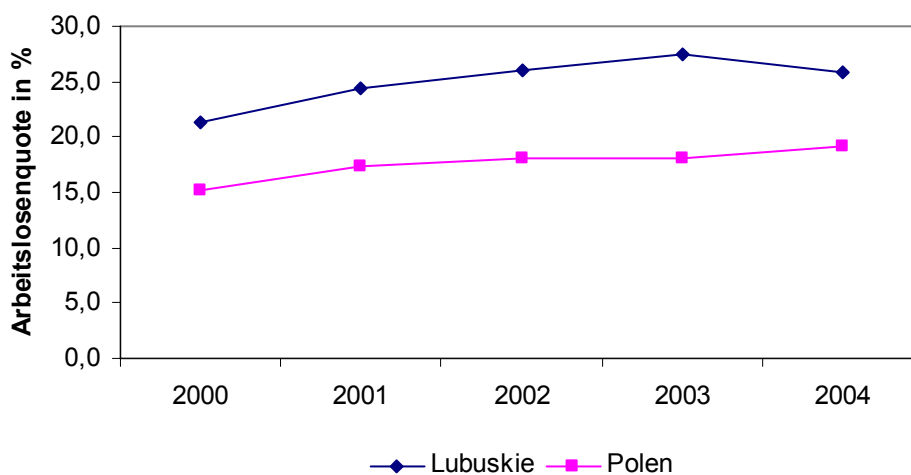
Abbildung 3.5.10. Entwicklung der Arbeitslosenquoten im Vergleich, 1994-2003



Eigene Darstellung. Quelle: BA (2005a)

Auch in Lubuskie ist die Arbeitslosigkeit eines der zentralen Probleme der Wojewodschaft. In den letzten Jahren ist die Arbeitslosigkeit in der Wojewodschaft weiter angestiegen und liegt im beobachteten Zeitraum auch jährlich sieben bis acht Prozentpunkte über dem polnischen Landesdurchschnitt. Lubuskie – wie auch Brandenburg – verzeichnet eine der höchsten Arbeitslosenquoten im Land (vgl. Abbildung 3.5.11), wengleich im Jahr 2003 die Arbeitslosenquote der Wojewodschaft mit 27,5 Prozent um ca. ein Drittel höher ist als die Brandenburgs mit 19,8 Prozent.

Abbildung 3.5.11. Entwicklung der Arbeitslosenquoten in Lubuskie, 2000-2004

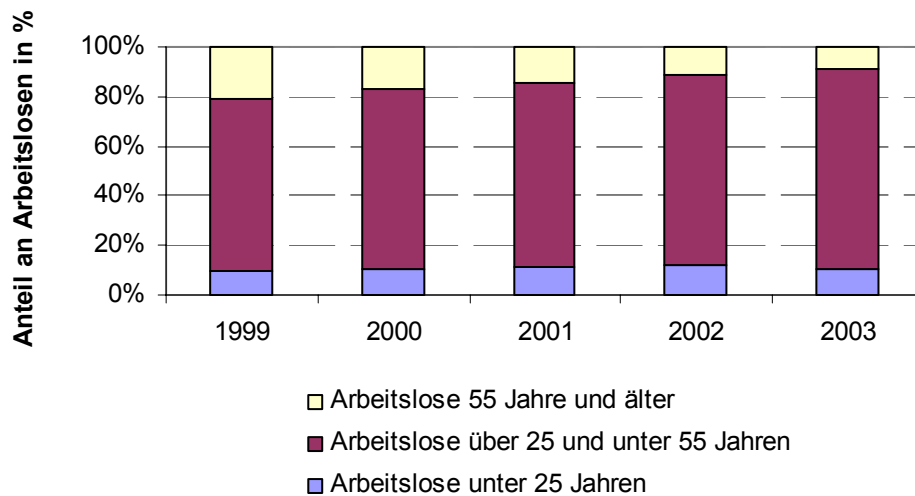


Eigene Darstellung. Quelle: Urząd Statystyczny (2005), GUS (2005b)

Teilgruppenarbeitslosigkeit

Unter den Arbeitslosen fand eine Verschiebung der Altersklassen statt. Haben im Jahr 2003 mehr als vier Fünftel der arbeitslosen Brandenburger ein Alter zwischen 25 und 55 Jahren, betrug dieser Anteil im Jahr 1999 knapp weniger als 70 Prozent. Ältere Menschen ab 55 Jahren sind besonders stark von Arbeitslosigkeit betroffen, da die Wahrscheinlichkeit, wieder in den Arbeitsprozess integriert werden zu können, in dieser Altersgruppe am geringsten ist. Der Anteil der über 55-Jährigen an den Arbeitslosen hat sich im Land Brandenburg von 1999 bis 2003 mehr als halbiert (von über 20 Prozent auf unter zehn Prozent). Die arbeitslosen Jugendlichen machen weiterhin ca. zehn Prozent aller Arbeitslosen im Bundesland aus (vgl. Abbildung 3.5.12).

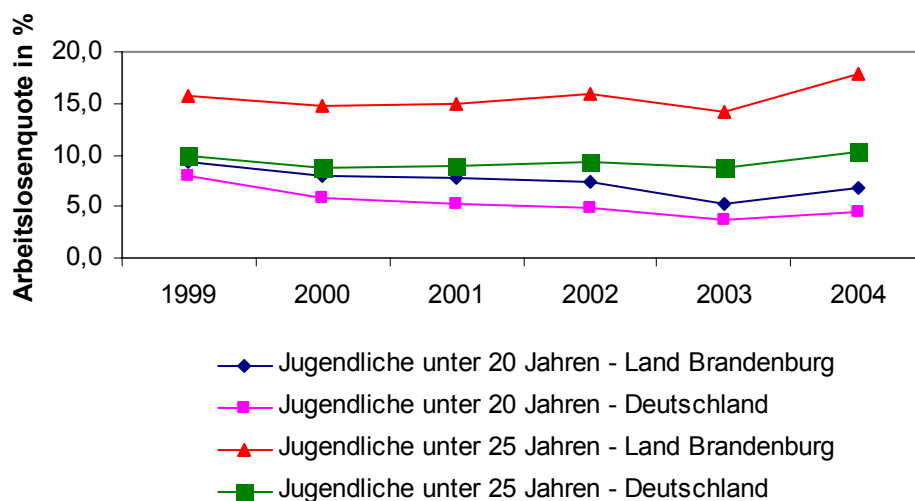
Abbildung 3.5.12. Arbeitslosigkeit nach Altersgruppen im Land Brandenburg, 1999-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: BA (2005a)

Insgesamt ist die Zahl arbeitsloser Jugendlicher gestiegen. Dabei hat sich die Arbeitslosigkeit in der Altersgruppe der 15- bis unter 20-Jährigen bis zum Jahr 2003 sowohl bundesweit als auch in Brandenburg beträchtlich verringert, steigt nun aber wieder an, während die der 20- bis unter 25-Jährigen deutlich zugenommen hat. Offensichtlich ist es für die Jugendlichen schwierig, nach Abschluss ihrer Ausbildung schnell resp. dauerhaft eine Beschäftigung aufzunehmen. Die Arbeitslosenquote Jugendlicher unter 25 Jahren ist im Jahr 2004 in Brandenburg mit 17,8 Prozent nach wie vor fast doppelt so hoch wie in Gesamtdeutschland mit 10,2 Prozent, welches ein Indiz für die schlechte Arbeitsmarktlage für jüngere Erwerbsfähige in Brandenburg ist (vgl. Abbildung 3.5.13).

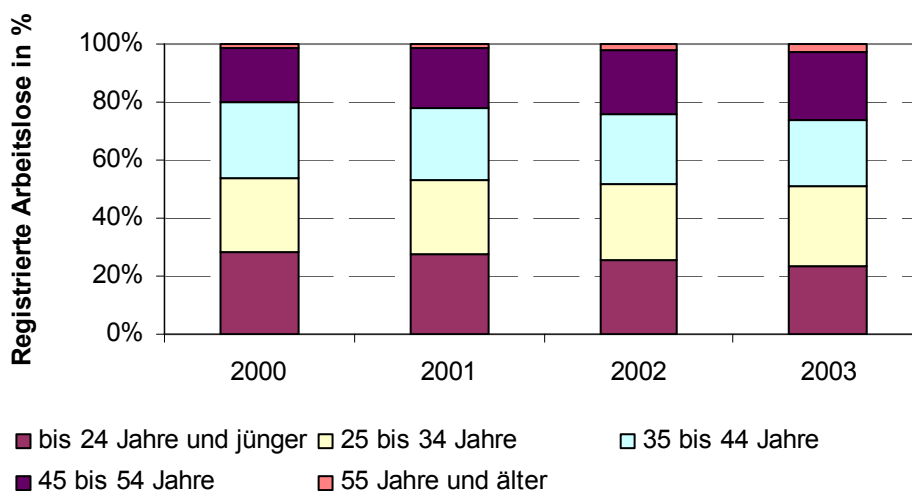
Abbildung 3.5.13. Jugendarbeitslosigkeit im Land Brandenburg und Deutschland, 1999-2004



Eigene Darstellung. Quelle: BA (2005b)

Die Verteilung der Arbeitslosigkeit zwischen den Altersgruppen in Lubuskie verhält sich ähnlich wie im Land Brandenburg. In der Altersgruppe der 25 bis 55-jährigen ist der Anteil an allen Arbeitslosen im Zeitraum 2000-2003 von 70 Prozent auf 74 Prozent gestiegen. Die Jugendarbeitslosigkeit hat anteilig etwas abgenommen: ihr Anteil sank von 28 Prozent im Jahr 2000 auf 24 Prozent im Jahr 2003. Anders als im Land Brandenburg stieg der Anteil der über 55-jährigen an den Arbeitslosen, ist aber mit 2,5 Prozent im Vergleich relativ schwach ausgeprägt. Dass die über 55-Jährigen scheinbar kaum ohne Beschäftigung sind, lässt sich mit der frühen Verrentung in Polen erklären (vgl. Abbildung 3.5.14).

Abbildung 3.5.14. Registrierte Arbeitslose in Lubuskie nach Altersgruppen, 2000-2003

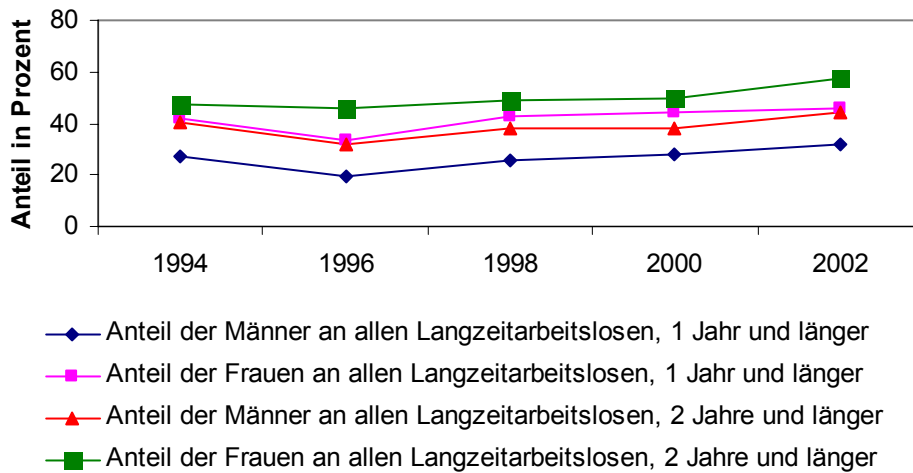


Eigene Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004)

Als dramatisch erweist sich der anhaltende Anstieg des Anteils der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen. So sind nahezu 40 Prozent aller Arbeitslosen seit ein bis zwei Jahre bzw. mehr als die Hälfte aller Arbeitslosen seit zwei Jahren und länger ohne Erwerbstätigkeit.¹⁵³ Allerdings sind Frauen sehr viel stärker durch Langzeitarbeitslosigkeit betroffen als Männer (vgl. Abbildung 3.5.15).

¹⁵³ Vgl. LASV (2004), S.67.

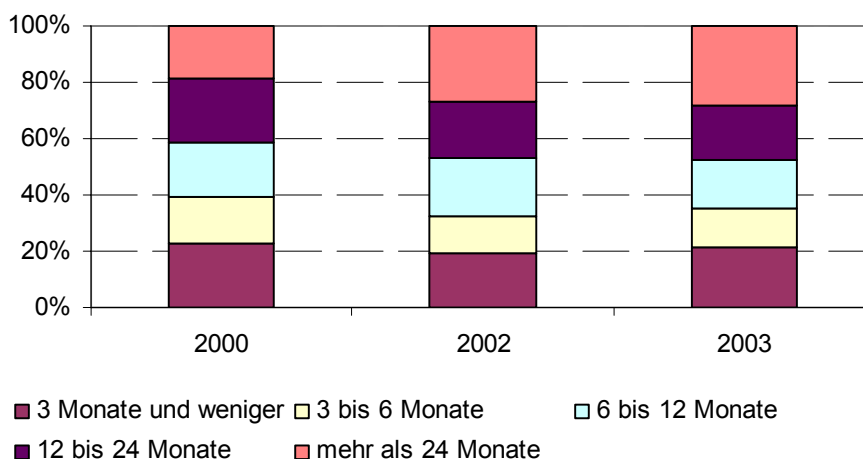
Abbildung 3.5.15. Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen im Land Brandenburg, 1994-2002



Eigene Darstellung. Quelle: LASV (2004)

Ebenso wie das Land Brandenburg hat Lubuskie einen sehr hohen Anteil an Langzeitarbeitslosen. Dieser ist mit knapp der Hälfte Langzeitarbeitsloser an allen Arbeitslosen hier noch um zehn Prozentpunkte höher als in Brandenburg. Gleichfalls zeichnet sich ein permanenter Anstieg der Langzeitarbeitslosigkeit ab. Im Zeitraum von 2000-2003 nimmt der Anteil derer an allen Arbeitslosen, die länger als zwei Jahre arbeitslos registriert sind, zu. Betrug der Anteil der Langzeitarbeitslosen im Jahr 2000 noch 42 Prozent, sind im Jahr 2003 bereits fast die Hälfte aller registrierten Arbeitslosen bereits mindestens ein bis zwei Jahre und länger arbeitslos (vgl. Abbildung 3.5.16).

Abbildung 3.5.16. Registrierte Arbeitslose in Lubuskie nach Dauer der Arbeitslosigkeit für die Jahre 2000, 2002 und 2003

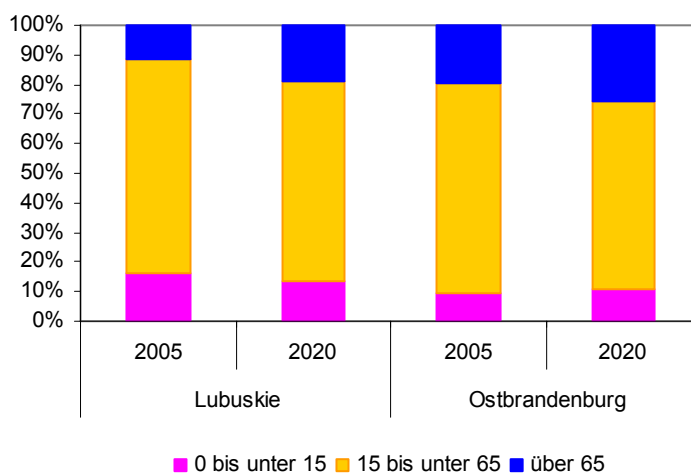


Eigene Darstellung. Quelle: Urząd Statystyczny (2004)

3.6. Fazit

Für die Grenzregion kann konstatiert werden, dass die demographische Entwicklung die sozialen Sicherungssysteme und somit auch die Gesundheitssysteme dies- und jenseits der Oder zunehmend stark belastet. Durch die Alterung der hier ansässigen Bevölkerung müssen tendenziell die Menschen im erwerbsfähigen Alter, die im nicht mehr erwerbsfähigen Alter – die sog. Alten – stärker unterstützen, während evolutorisch betrachtet der mangelnde Nachwuchs die heute Erwerbsfähigen in deren Rentenalter noch stärker wird unterstützen müssen (vgl. Abbildung 3.6.1). Diese Entwicklung ist einhergehend mit der gesamt-europäischen, verschärft sich jedoch in der natürlichen Bevölkerungsbewegung dadurch, dass es nach dem politischen Umbruch von 1989/90 zu einem massiven Geburteneinbruch kam, welcher sich durch ein sog. demographisches Echo ab dem Jahr 2020 wiederholt.¹⁵⁴

Abbildung 3.6.1. Prognostizierte Bevölkerungsstrukturveränderung in der Grenzregion für die Jahre 2005 und 2020



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LASV (2004), GUS (2005a)

Darüber hinaus sind – besonders auf der deutschen Seite der Grenzregion – relativ starke Abwanderungen in der Gruppe der jungen Erwerbsfähigen, welche aus der schlechten Bewertung der heimischen Arbeitsmarktchancen resultieren, zu beobachten. Die Migrationsbewegungen führen dazu, dass die peripheren Regionen Ostbrandenburgs überdurchschnittlich stark an Einwohnern verlieren und zu vergeisen drohen. Die berlinnahen Gebiete profitieren bisher von einer Zuwanderung, diese stagniert jedoch, welches nicht zuletzt mit der im Vergleich zum Bundesgebiet auch hier schlechten Arbeitsmarktlage zusammenhängt. Ähnliches lässt sich für Lubuskie beobachten, auch hier wandern vor allem die jun-

¹⁵⁴ Vgl. hierzu insbesondere Staatskanzlei des Landes Brandenburg (2004).

gen Erwerbsfähigen aus. Dennoch hatte die räumliche Bevölkerungsbewegung Lubuskies bisher einen vergleichsweise kleinen Einfluss.

Die Bevölkerungsentwicklung findet Niederschlag in der wirtschaftlichen Entwicklung. Aufgrund der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung muss davon ausgegangen werden, dass das Erwerbspotential (und somit der Arbeitsplatzbedarf) zurückgeht. Die heute stärkste Gruppe der Arbeitslosen – die 25 bis 55-Jährigen – und die überdurchschnittlich hohe Jugendarbeitslosigkeit sowie die damit verbundenen schlechten Perspektiven für die arbeitsfähige Bevölkerung, welche in Migrationen resultieren, bedingen einen weiteren Rückgang der qualifizierten Arbeitskräfte in der Grenzregion. Das heißt, Geburtenschwäche und die Abwanderung verstärken den Nachfragemangel und forcieren so die Strukturschwäche.

4. Determinanten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, welche Faktoren eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in Ostbrandenburg-Lubuskie bestimmen. Hierfür wird zwischen nachfrage- und angebotsseitigen Determinanten unterschieden. Weiterhin erfolgt eine Fokussierung auf personengebundene Dienstleistungen im Gesundheitssektor und somit auf die direkten Akteure im Gesundheitswesen: Patienten/Versicherte als Nachfrager und Ärzte sowie medizinisches und Pflegepersonal als Produzenten resp. Anbieter von Gesundheitsleistungen.

In den Abschnitten 4.1 und 4.2 werden Nachfragemuster zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für die deutsche und die polnische Seite der Grenzregion identifiziert. In einem ersten Schritt werden relevante Aspekte der jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme und ihre Entwicklung dargestellt sowie auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung eingegangen. Die Abschnitte 4.1.1 sowie 4.1.2 dienen einem vergleichenden Überblick zum aktuellen Stand der Gesundheitsversorgung in Deutschland und Polen. Anschließend werden bestimmende Faktoren für die Mobilität und Konsumententscheidungen der Patienten zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen identifiziert. Hierfür werden im Abschnitt 4.1.3 die theoretischen Grundlagen zur Patientenwanderung und bereits beobachtete Phänomene der grenzüberschreitenden Versorgung in Europa kurz umrissen. In einem zweiten Schritt (Abschnitt 4.2) erfolgt die Ableitung von Wanderungsanreizen sowohl für polnische als auch deutsche Patienten in der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie (vgl. Abschnitte 4.2.1 und 4.2.2) unter Berücksichtigung der in Kapitel 2 dargestellten rechtlichen Regelungen. Der zweite Teil des vierten Kapitels zur Nachfrage nach Gesundheitsleistungen schließt mit einer Einschätzung zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Grenzregion.

Analog zur Darstellung der nachfrageseitigen Determinanten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung gibt der Abschnitt 4.3 Auskunft über die Entwicklung des Angebots auf sowohl im deutschen als auch im polnischen Teil der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie und schließt im Abschnitt 4.4 mit der Erarbeitung von Motiven der Anbieter für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in bzw. für ihre jeweiligen Nachbarregionen. Betrachtet wird hierbei die Dienstleistungserbringung in Einrichtungen, welche der Diagnose und Behandlung von Krankheiten sowie der Pflege zuzuordnen sind. Im Einzelnen sind dies Krankenhäuser, Arztpraxen niedergelassener Ärzte und Zahnärzte sowie ambulante Pflegedienste.

4.1. Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen

Notwendig für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im Grenzgebiet ist es, dass Patienten Gesundheitsleistungen im Nachbarland nachfragen. Verschiedene Gründe können Nachfrager dazu motivieren, einen Anbieter im Nachbarland zur Befriedigung ihres (Konsum-)bedürfnisses zu wählen. Im Folgenden werden nach einem kurzen Überblick zur Entwicklung des jeweiligen nationalen Gesundheitssektors daher auf allgemeine Determinanten einer solchen Patientenbewegung eingegangen und spezielle Anreize zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Patienten und Versicherte dargestellt.

4.1.1. Relevante Aspekte der deutschen und polnischen Gesundheitsversorgung

In der Grenzregion treffen zwei unterschiedlich gestaltete und entwickelte Gesundheitssysteme aufeinander (vgl. auch Kapitel 2). Auf beiden Seiten der Grenze haben sich die Versorgungsstrukturen bedingt durch den politischen Umbruch, der einen Transformationsprozess einleitete, stark verändert.

Entwicklung in Polen

Das polnische Gesundheitssystem war bis zum Umbruch im Jahr 1989/90 durch die sozialistische Zentralverwaltungswirtschaft geprägt. Dies bedeutet, die Gesundheitsversorgung wurde als Gesundheitsdienst basierend auf dem sowjetischen Semashko-Modell zentral organisiert und staatlich finanziert. Im Planungsbudget spielten Gesundheitsausgaben eine vergleichsweise untergeordnete Rolle, welches spätestens seit Ende der 1970er Jahre zu einer Abkoppelung vom internationalen Stand der Medizintechnik aufgrund fehlender Investitionen und der damit einhergehenden Überalterung des Kapitalstocks führte. Ebenso verlor das medizinische Personal an Qualifikation, da ihm die Weiterbildung mit moderner westlicher Medizintechnik verwehrt blieb. Hinzu kam die vergleichsweise geringe soziale/gesellschaftliche Anerkennung, welche Ärzten bzw. Pflegepersonal entgegengebracht wurde und Ausdruck in deren niedriger Entlohnung fand. Beides wirkte sich negativ auf die Leistungsanreize aus. So entwickelte sich in Polen eine Tradition zur Motivation durch informelle Zahlungen, die Patienten bei einem Arzt- bzw. Krankenhausbesuch entrichteten, um die von ihnen angestrebte Qualität der Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Das Erbe der sozialistischen Ära war ein medizintechnisch stark veralteter Gesundheitssektor mit erheblichen Mängeln in der Gesundheitsversorgung.¹⁵⁵

Mit dem politischen Umbruch musste eine Neugestaltung des Gesundheitssystems erfolgen, wobei nicht nur politische, sondern vor allem wirtschaftliche Zwänge den Ausschlag

¹⁵⁵ Vgl. insbesondere Marrée und Groenewegen (1997), Abschnitt II, Kapitel 5 (S.98ff.).

gaben: das staatliche Gesundheitsbudget wurde durch die Öffnung des Arzneimittelmarktes weit überzogen, hinzu kam die starke Abwertung des Złoty, welche die Preise für importierte Güter weiter erhöhte. So wurde in Polen per Gesetz 1991 ein Quasi-Markt für Gesundheitsleistungen etabliert.¹⁵⁶ In den 1990er Jahren erfolgte die schrittweise Umstellung des staatlichen Sozialversicherungssystems auf ein Drei-Säulen-Modell mit Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung. Das Krankenversicherungssystem betreffend wurden seit 1992 verschiedene Reformoptionen diskutiert, deren Hauptideen im Jahr 1994 in dem Programm „Strategy for Health“ vom Gesundheitsminister vorgestellt wurden, und welche als maßgebliche Diskussionsvorlage für die spätere rechtliche Implementierung dienten. Sie mündeten in die Verabschiedung des „Gesetzes über die universelle Krankenversicherung“ am 6. Februar 1997. Mit Inkrafttreten dieses Gesetzes zum 1. Januar 1999 wurde der polnische Gesundheitsdienst in eine umlagefinanzierte gesetzliche Krankenversicherung nach Vorbild des sog. Bismarckschen Systems umgewandelt; Gebietskrankenkassen übernahmen die Aufgabe der bisherigen Sozialversicherungsanstalt. Eine 17. Branchenkrankenkasse für Mitarbeiter der sog. „uniformierten Dienste“ und ihre Angehörigen operierte darüber hinaus in Einrichtungen der Parallelversorgung in ganz Polen.¹⁵⁷ Für die Finanzierung wurde eine beitragsfinanzierte Pflichtversicherung eingeführt, welche auf dem Solidarprinzip beruht. Das heißt, in jeder Wojewodschaft entstand eine unabhängige Krankenkasse mit eigener Selbstverwaltung, an welche Arbeitnehmer 7,5 Prozent ihres Bruttoverdienstes abführten. Die Arbeitgeber leisten keinen Beitrag zur Krankenversicherung. Die Kontrahierung mit den Leistungserbringern oblag der regionalen Krankenkasse. Diese sog. 1999er Reform stellt die erste umfassende Reform des Gesundheitswesens in Polen dar.¹⁵⁸

Die Umstellung des staatlichen Systems zur Gesundheitsversorgung in eine umlagefinanzierte gesetzliche Krankenversicherung beseitigte weder die Finanzierungsmängel, noch führten die neuen Strukturen zu einer besseren Versorgung der Versicherten. Insbesondere das ungesteuerte Handeln der Krankenkassen, die nun in den jeweiligen Wojewodschaften über nahezu uneingeschränkte Marktmacht verfügten und dort ihre eigene Gesundheitspolitik verfolgten, erwies sich als problematisch. Die Konsequenz war

¹⁵⁶ In dem „Gesetz über die Gesundheitseinrichtungen“ vom 31. August 1991 wurden neben dem Staat erstmals auch andere Träger (wie beispielsweise die katholische Kirche, aber auch Privatpersonen) zugelassen. Weitere Gesetze schufen im Arznei- und Pharmasektor rechtliche Grundlagen, die der EU-Gesetzgebung entsprachen.

¹⁵⁷ Die einzige Branchenkrankenkasse – ursprünglich als Prototyp für die private Krankenversicherung gedacht – betrieb weiterhin als Dienstleister die ehemaligen Krankenhäuser und Polikliniken, die anderen Ministerien als dem Gesundheitsministerium unterstellt waren. Ihre Integration in das allgemeine Versorgungsnetz gelang jedoch kaum, da sie weiter von den zuständigen Ministerien (beispielsweise dem Verteidigungsministerium) als Budgeteinheit finanziert wurde. Darüber hinaus ist bisher keine gesetzliche Regelung zur Einbeziehung privater Anbieter in die Versorgungsstrukturen getroffen worden.

¹⁵⁸ Für den Reformprozess und die Systementwicklung sowie -ausgestaltung im Zeitraum 1991-1999 vgl. **Vogler und Habl (1999)**, insbesondere Kapitel 2 „Polen“. Zur Darstellung der 1999-Reform vgl. **Podzerek-Knop (2004)**, Kapitel 2.

eine ungleiche Versorgungslage, welche weiteren Reformdruck auslöste, die „Reform der Reform“ im Jahr 2003 einleitete und zu einer erneuten Zentralisierung der Gesundheitsversorgung führte (vgl. Kapitel 2.5.2.). Der NFZ übernimmt nun mittels 16 regionaler Einheiten (die de facto den ehemaligen Gebietskrankenkassen entsprechen) die Aufgaben der Krankenkassen. Der polenweit einheitliche Versicherungsbeitrag der Arbeitnehmer (im Jahr 2004 in Höhe von 7,75 Prozent des Bruttolohns, seit 1. Januar 2005 in Höhe von 8,5 Prozent des Bruttolohns) wird von der polnischen Sozialversicherungsanstalt ZUS eingezogen und an den NFZ weitergeleitet.¹⁵⁹ Darüber hinaus untersteht der NFZ dem Gesundheitsministerium, welchem die Genehmigung des Finanzplans obliegt. Somit verfügt das Gesundheitsministerium seit 2003 über erheblich größere Kompetenzen als in der Reform von 1999 (in welcher ihm lediglich koordinierende Aufgaben zuteil wurden). Das Ministerium bestimmt das Leistungsangebot des NFZ. Der NFZ ist für die Sicherstellung der Versorgung zuständig und kontrahiert dementsprechend mit den Leistungserbringern. Für jede Wojewodschaft existiert ein individueller Gesundheitsplan, welcher Art und Umfang der Gesundheitsleistungen beschreibt und dem Bedarf bzw. der Finanzlage einer Region entsprechend angepasst wird.¹⁶⁰

Insgesamt mangelt es jedoch weiterhin an effizienten Instrumenten zur Lösung der Finanzkrise. Die zentrale Mittelvergabe durch den NFZ bzw. das Ministerium ist nicht hinreichend, um eine höhere Allokationseffizienz der knappen Mittel zu erreichen. Darüber hinaus bestimmen die Wojewodschaften als Träger der Mehrheit aller Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung (das heißt der Gesundheitsbetriebe und Krankenhäuser) maßgeblich die Gesundheitsausgaben, welche in direkter Verwendungskonkurrenz zu anderen öffentlichen Ausgaben bzw. Investitionen stehen. Insbesondere die Verquickung von (lokaler) Politik und Trägern der Gesundheitsversorgung begünstigt Instabilitäten, Missmanagement sowie Korruption. Die inkonsistenten Reformentwicklungen forcieren dauerhafte Finanzierungsprobleme und führen zu weiterem Unmut der Versicherten, die ihre Patientenrechte nicht gewahrt sehen sowie der Leistungserbringer, die in Reformdiskussion und Neuentwicklung nicht einbezogen wurden und sich vor nicht erfüllbare Leistungsanforderungen durch den NFZ gestellt sehen. Die Notwendigkeit weiterer Reformen, um das Vertrauens der Bürger in die Finanzierbarkeit und Leistungsfähigkeit des polnischen Gesundheitswesens zu gewinnen, stellt die aktuell wichtigste Herausforderung des polnischen Gesundheitswesens dar.¹⁶¹

¹⁵⁹ Alle erwerbstätigen polnischen Bürger sind pflichtversichert. Sie allein zahlen Beiträge zur Krankenversicherung. Beitragsfrei mitversichert sind Kinder bis zum 26. Lebensjahr sowie nicht erwerbstätige Ehepartner. Arbeitslose sind beitragsbefreit. Ausländern bleibt die Versicherung verwehrt. Der Beitragssatz soll bis zum Jahr 2009 auf neun Prozent ansteigen. Von Seiten des NFZ gelten die Beiträge als zu gering, um die öffentlichen Gesundheitsausgaben zu finanzieren, daher werden Leistungskürzungen angestrebt.

¹⁶⁰ Vgl. Golinowska et al. (2003), Kapitel 5.1 und 5.2. sowie Grunenberg (2004).

¹⁶¹ Zu diesem Abschnitt vgl. Golinowska et al. (2003), Kapitel 5.3.

Entwicklung in Ostdeutschland

Die institutionelle Umwandlung der Gesundheitsversorgung gestaltete sich in Ostdeutschland einfacher als in Polen. Auf dem Gebiet der ehemaligen DDR wurde nach dem zweiten Weltkrieg ein Mischsystem implementiert, welches nur bestimmte Aspekte des Semashko-Modells inkorporierte und somit eher einer Sozialversicherung als einem staatlichen Gesundheitsdienst entsprach. Die Gesundheitsversorgung in der DDR war nicht ausschließlich staatlich organisiert. Die Grundversorgung wurde sowohl durch Polikliniken als auch Familienärzte gewährleistet, es gab zahlreiche private Praxen und einige Krankenhäuser waren in kirchlicher Trägerschaft. Im Gegensatz zu Polen (bzw. anderen osteuropäischen Ländern) existierten quasi keine informellen Zahlungen; unter den sozialistischen Ländern wies die DDR die höchste Lebenserwartung und die geringsten Mortalitätsraten auf. Mit der Wiedervereinigung im Jahre 1990 wurde das westdeutsche Gesundheitssystem in Ostdeutschland implementiert. Wie Marrée und Groenewegen (1997)¹⁶² darstellen, wurden de facto mit Inkrafttreten des Beitrittsvertrages die bestehende Sozialgesetzgebung der Bundesrepublik und somit auch die Strukturen des westdeutschen Gesundheitssystems wirksam. Die ambulante Versorgung wurde umgestellt, welches zunächst die weitgehende Abschaffung von Polikliniken bedeutete. Ärzte, die die Grundversorgung gewährleisteten, wurden private Anbieter und werden nun nach einer Gebührenordnung (einem Punktesystem) entlohnt. Darüber hinaus wurden Krankenkassen eingeführt. Der Transfer des westdeutschen von der Bismarck-Tradition geprägten Gesundheitssystems wurde im Staatsvertrag zwischen der Bundesrepublik und der DDR vom 18. Mai 1990 mit den Artikeln 21 (Krankenversicherung) und 22 (Gesundheitswesen) und am 18. September 1990 im Einigungsvertrag per Artikel 33 festgelegt. Zum 1. Januar 1991 wurde in Ostdeutschland das westdeutsche gegliederte Krankenversicherungssystem mit denselben medizinischen Versorgungsstrukturen sowie dem dort geltenden Krankenversicherungsrecht – unter Vorbehalt gewisser Übergangsregelungen – eingeführt.¹⁶³

Die Rechtsgrundlagen der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bildet seit dem Gesundheits-Reformgesetz, welches am 1. Januar 1989 in Kraft trat, das fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V).¹⁶⁴ Dieser grundlegenden gesetzlichen Neuordnung folgten weitere Reformen der GKV. Hintergrund hierfür ist die sog. „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen, das heißt der starke Ausgabenanstieg für die medizinische Versorgung. Dieser lässt sich (europaweit) auf verschiedene Ursachen zurückführen. Die verbesserten Lebensbedingungen (aufgrund einer positiven sozioökonomischen Entwicklung) und die demographische Entwicklung führen zu einer Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung, welche Ausgabenerhöhungen im System der GKV nach sich ziehen. Fortschritte in der

¹⁶² Vgl. Marrée und Groenewegen (1997), Abschnitt II, Kapitel 1.

¹⁶³ Ein Überblick zum Gesetzlichen Krankenversicherungssystem in Deutschland (SGB V) ist bei Ribhegge (2004b) im Kapitel 4 zu finden.

¹⁶⁴ Zu den rechtlichen Entwicklungen in der GKV vgl. insbesondere BMGS (2004), Kapitel 5.

medizinischen bzw. medizinisch-technischen Entwicklung und deren Einsatz im Gesundheitssektor bedingen ebenfalls Ausgabenausweitungen. Hinzu kommen systemimmanente Steuerungsmängel, die Über-, Unter- aber auch Fehlversorgung hervorrufen und so den Ausgabenanstieg mitverursachen.

Im Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz), das zum 1. Januar 1993 in Kraft trat, wurde auf Kostendämpfung durch Strukturreformen abgezielt. So beinhaltet das Gesundheitsstrukturgesetz mit der Einführung von Fallpauschalen im Krankenhaus die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip. Darüber hinaus werden darin die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, die Begrenzung der Zahl der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte bzw. Zahnärzte, die Budgetierung der Ausgaben der Krankenkassen (durch Grundlohnanbindung) sowie erweiterte Zuzahlungsregelungen für die Versicherten festgelegt. Dem Gesundheitsstrukturgesetz folgten mit Wirkung zum 1. Juli 1997 das Erste und Zweite GKV-Neuordnungsgesetz (GKV-NOG), welche die Liberalisierung und Förderung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen bezweckten sowie zum 1. Oktober 1997 das Beitragsentlastungsgesetz, durch welches Kostendämpfung durch Leistungseinschränkungen und Erhöhungen der Zuzahlungen angestrebt wurde. Am 1. Januar 1999 trat das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz in Kraft, das teilweise Regelungen der GKV-NOG zurücknahm bzw. abschwächte. Mit dem Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) wurde der Versuch unternommen, durch stärkeren Wettbewerb unter den Krankenkassen respektive Leistungserbringern die Versorgungsqualität zu erhöhen. Mittel hierzu sollte die Einführung eines Globalbudgets sein, welches Beitragsstabilität sichern und die Umschichtung von Ressourcen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich ermöglichen sollte. Dies scheiterte jedoch am Widerstand der Reformbeteiligten. An die Stelle eines Globalbudgets trat die sektorale Budgetierung: Für den stationären Sektor wurden Fallpauschalen (DRG – *diagnosis related groups*) für die Krankenhausfinanzierung festgelegt. Bedeutend für Ostdeutschland ist im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 das Inkrafttreten des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der Krankenversicherung zum 1. Januar 2000, welches die Rechtskrestrennung in der GKV aufhebt. Damit gelten für die GKV im gesamten Bundesgebiet einheitliche Rechengrößen (Bezugsgröße und Beitragsbemessungsgrenze); selbiges gilt für die Pflegeversicherung. So wurde schrittweise auch hier der vollständige Risikostrukturausgleich implementiert. Die vorläufig letzte gesetzliche Neuerung stellt das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) dar. Das GMG bestimmt für die Finanzierung der GKV starke Kürzungen im Leistungskatalog und versucht den Wettbewerb unter den Leistungserbringern einerseits und die Patientensouveränität andererseits zu stärken. Erstmals umfassen die rechtlichen Regelungen zur GKV auch die Möglichkeit zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der EU (vgl. Kapitel 2.5.1).

Vorrangig zielten alle Reformbemühungen für die GKV auf Kostendämpfung ab, strukturelle Veränderung sowohl in der Finanzierung als auch der Leistungserbringung fanden

bis dato wenig Berücksichtigung. Im Rahmen der Diskussion um die Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland stellt die Finanzierung bzw. Ausgestaltung der GKV einen großen Diskussionspunkt dar, sodass mit der Regierungsneubildung nach den Bundestagswahlen im Herbst 2005 von weiteren politisch induzierten Reformvorhaben ausgegangen werden muss. Hierbei bleibt insbesondere Herausforderung nach Wegen zu suchen, die der progressiven Ausgabenentwicklung (Ausgabenexpansion) Einhalt gebieten und gleichzeitig ein hohes Versorgungsniveau der Bevölkerung erhalten bzw. ausbauen.

Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen

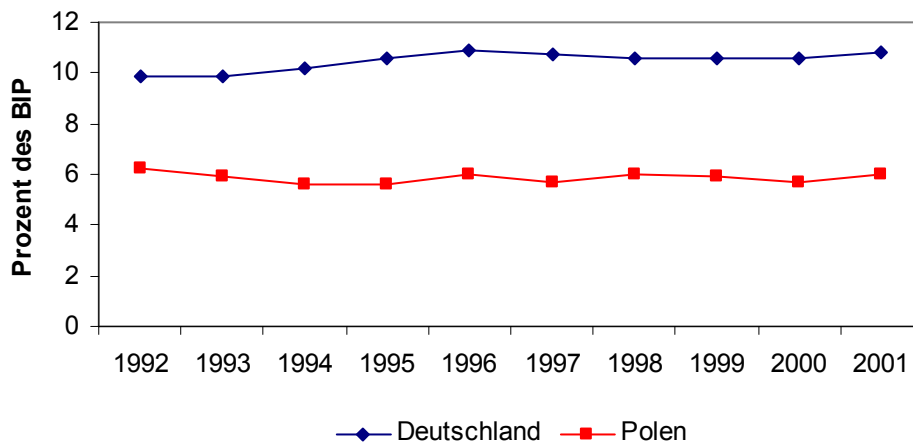
Die historische Entwicklung sowohl in Deutschland als auch Polen zeigt, dass Gesundheitsversorgung sich in der Vergangenheit real stark verteuert hat. Bei Beobachtung der Ausgabenentwicklung wird ebenfalls augenscheinlich, dass der Gesundheitssektor inzwischen ein Wirtschaftszweig von beachtlicher Größe ist: so liegen die Gesundheitsausgaben im Jahr 2001 in Deutschland bei 10,8 Prozent des BIP und in Polen bei sechs Prozent des BIP (vgl. Abbildung 4.1.1). Dies spiegelt sich auch in den Beschäftigungszahlen wider: der Anteil derer, die im Gesundheitswesen beschäftigt sind, beträgt in Deutschland 10,3 Prozent (4,1 Millionen Beschäftigte)¹⁶⁵; in Polen sind es immerhin 3,6 Prozent (612.000 Beschäftigte)¹⁶⁶.

Im Ländervergleich zeigt sich, dass die Gesundheitsausgaben Polens deutlich unter denen Deutschlands liegen. Wie die Abbildung 4.1.1 aufzeigt, ist der Anteil aller Gesundheitsausgaben am BIP in Deutschland nahezu doppelt so hoch wie in Polen. Während in Deutschland eine Ausgabensteigerung von fast einem Prozentpunkt für den Zeitraum 1992-2001 festzustellen ist, lässt sich für Polen ein minimaler Rückgang um 0,2 Prozentpunkte konstatieren. Dies bedeutet, dass in Deutschland die Gesundheitsausgaben etwas stärker als das BIP, in Polen etwas moderater als das BIP gewachsen sind.

¹⁶⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2003).

¹⁶⁶ Vgl. Angaben der Ärzte Zeitung Online (2005b).

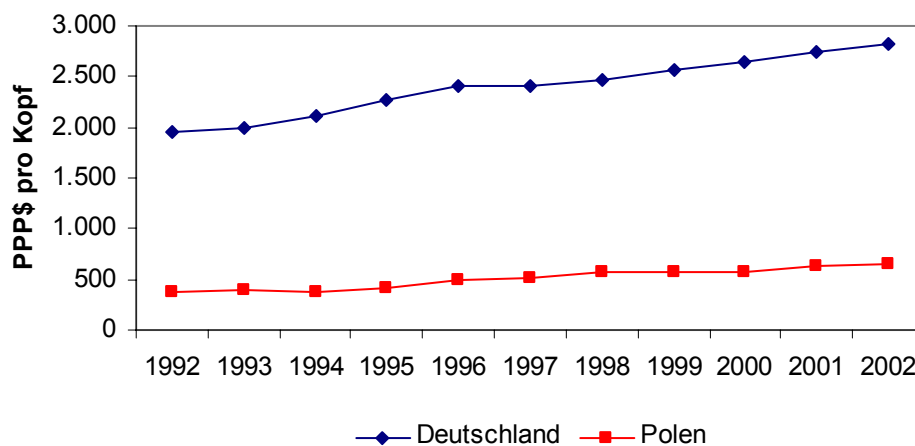
Abbildung 4.1.1. Gesamte Gesundheitsausgaben in Prozent des jeweiligen BIP für Deutschland und Polen, 1992-2001



Eigene Darstellung. Quelle: WHO (2005)

Bei Betrachtung der Gesundheitsausgaben pro Kopf wird der Unterschied zwischen beiden Ländern evidenter. Die polnischen Gesundheitsausgaben pro Kopf liegen bei etwas weniger als einem Viertel des deutschen Niveaus. Deutschland hat im Laufe einer Dekade (1992-2002) die realen Gesundheitsausgaben pro Kopf um 30 Prozent erhöht. In Polen ist der Anstieg ausgeprägter: hier fand eine Ausgabenerhöhung um 43 Prozent – verglichen mit dem Ausgangsniveau des Jahres 1992 – statt (vgl. Abbildung 4.1.2).

Abbildung 4.1.2. Reale Gesundheitsausgaben in PPP\$ pro Kopf für Deutschland und Polen, 1992-2002



Eigene Darstellung. Quelle: WHO (2005)

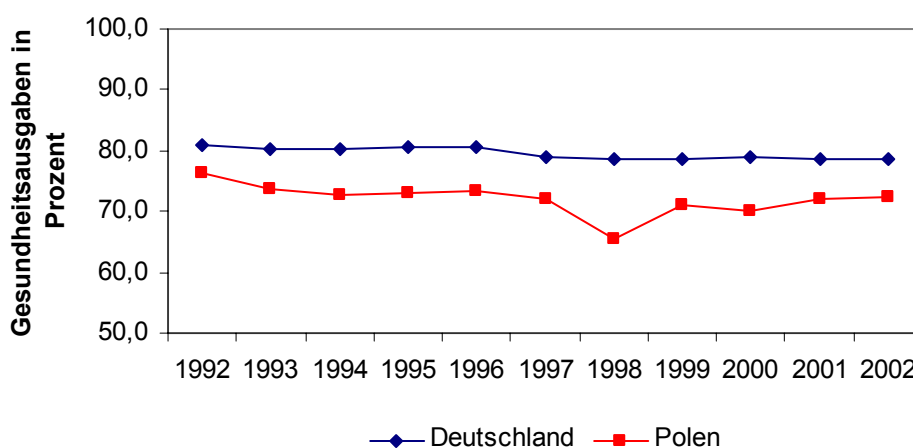
Die starke Differenz beim Niveau der Gesundheitsausgaben zwischen Deutschland und Polen ist primär auf die Unterschiede im wirtschaftlichen Entwicklungsniveau zurückzu-

führen. Darüber hinaus geben Länder mit staatlichen Gesundheitsdiensten tendenziell weniger für die Versorgung aus, da hier in der Regel die Gesundheitsausgaben streng budgetiert werden. Dies hat zur Folge, dass Nachfrageüberhänge verstärkt mittels Leistungsrationierung und weniger durch Ausgabensteigerung reguliert werden. Die Einführung des NFZ, der strikt an das polnische Gesundheitsministerium gebunden ist, stellt de facto die Rezentralisierung des polnischen Gesundheitswesens als staatlichen Gesundheitsdienst dar, wenngleich dieser vor allem über Sozialversicherungsbeiträge und nur zu einem geringen Teil über Steuern finanziert wird.

Im Allgemeinen erscheint es gerechtfertigt anzunehmen, dass der Einsatz von modernen Behandlungsverfahren und innovativer Medizintechnik für die Gesundheitsversorgung in eine höhere Versorgungsqualität mündet. Da diese Verfahren jedoch mit höheren Kosten verbunden sind, bestimmt das Niveau der Gesundheitsausgaben letztlich auch die Qualität der medizinischen Versorgung. Dies ist ein Indikator dafür, dass die polnische Versorgungsqualität der deutschen unterlegen sein könnte.

Wie die folgende Abbildung 4.1.3 aufzeigt, ist der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben (dazu zählt die Finanzierung des Gesundheitswesens durch Sozialversicherungsbeiträge bzw. Steuern) an allen Gesundheitsausgaben in Deutschland höher als in Polen. Aktuell (im Jahr 2002) beträgt die öffentliche Finanzierung in Deutschland 78,5 Prozent und in Polen 72,4 Prozent der Gesamtfinanzierung.

Abbildung 4.1.3. Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben für Deutschland und Polen, 1992-2002



Eigene Darstellung. Quelle: WHO (2005)

Dies impliziert, dass der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben mit 27,6 Prozent in Polen größer ist als in Deutschland, wo 21,6 Prozent der Ausgaben privat finanziert werden.

Die OECD (2004) unterscheidet drei Arten von privaten Gesundheitsausgaben: private Krankenversicherungen, out-of-pocket Zahlungen sowie weitere private Mittel. Out-of-

pocket Zahlungen zählen zu den privaten Mitteln, wenngleich es sich hierbei sowohl um Zusatzfinanzierungen zu den privaten als auch den öffentlichen/gesetzlichen Versicherungsleistungen handelt. Gemäß dieser Aufteilung ergänzt sich im Jahr 2002 die Gesamtfinanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland zu 8,6 Prozent aus Mitteln der privaten Krankenversicherungen, 10,4 Prozent stellen out-of-pocket Zahlungen dar und 2,6 Prozent werden anderweitig privat finanziert. Für Polen stellte die OECD (2004) eine private Finanzierung ausschließlich aus out-of-pocket Zahlungen fest, welche 27,6 Prozent aller Ausgaben im Jahr 2002 finanzieren. Insgesamt hat die Mehrheit der OECD-Länder den Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben im Zeitraum von 1992-2002 leicht gesenkt, so auch Deutschland und Polen.¹⁶⁷ Auffällig ist das Fehlen von privaten Krankenversicherern in Polen. Darüber hinaus ist der Anteil informeller Zahlungen in Polen sehr hoch. Nach Schätzungen der WHO liegt dieser sogar bei 40 Prozent der Gesundheitsausgaben; jeder zehnte Pole bezahle seine Behandlung selbst.¹⁶⁸

4.1.2. Gesundheitszustand der Bevölkerung – ausgewählte Gesundheitsindikatoren

Die Qualität des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems ist – neben der sozioökonomischen und ökologischen Lage sowie dem individuellen Gesundheitsverhalten – eine wichtige Determinante für den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Dieser kann somit als ein Indikator für die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen dienen. Im Folgenden soll daher der Gesundheitszustand der deutschen und polnischen Bevölkerung anhand ausgewählter Größen dargestellt werden.

Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit

Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen werden (neben den oben dargestellten Ausgabenanteilen für die Gesundheitsversorgung) in der Regel die Indikatoren Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit herangezogen. Im Vergleich der Regionen bzw. Länder zeichnet sich Deutschland bzw. Brandenburg durch eine sehr viel höhere Lebenserwartung sowie eine niedrigere Säuglingssterblichkeitsrate als Polen bzw. Lubuskie aus.

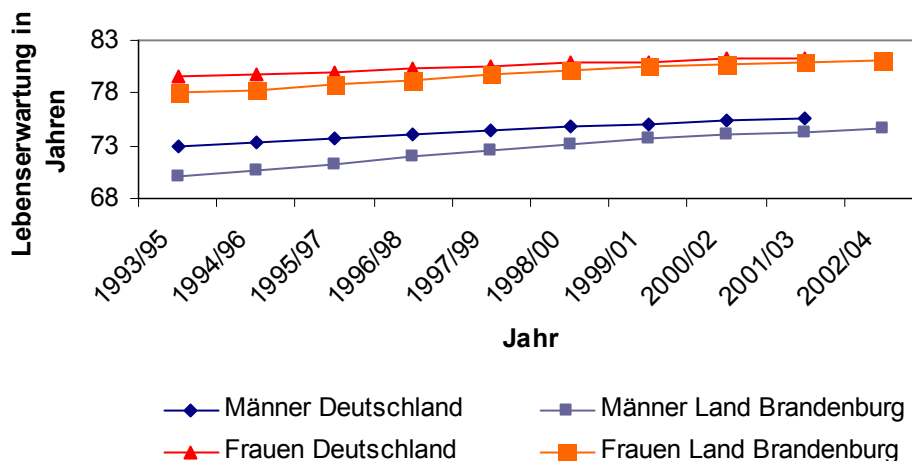
Sowohl im Land Brandenburg als auch deutschlandweit ist die Lebenserwartung in den vergangenen Jahren gestiegen. Die durchschnittliche Lebenserwartung nach der Sterbetafel 2001/2003 beträgt für neugeborenen Jungen bundesweit 75,6 Jahre, im Land Brandenburg 74,3 Jahre und für Mädchen 81,3 Jahre bzw. 80,9 Jahre. Wie die Abbildung 4.1.4 zeigt, nä-

¹⁶⁷ Im Jahr 1990 betrug der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Polen an den Gesamtausgaben noch 91,7 Prozent. Dies ist dem vorherigen System geschuldet, welches rein staatlich als Gesundheitsdienst organisiert und finanziert war. Der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben fiel jedoch bereits im Jahr 1991 rapide auf 75,6 Prozent (vgl. OECD (2004)).

¹⁶⁸ Angaben zitiert nach Merten (2004).

hert sich die brandenburgische Lebenserwartung der gesamtdeutschen an, wengleich sich dieser Anpassungsprozess bei den Frauen schneller als bei den Männern vollzieht.

Abbildung 4.1.4. Entwicklung der Lebenserwartung nach Geschlecht im Land Brandenburg und Deutschland, 1992-2004

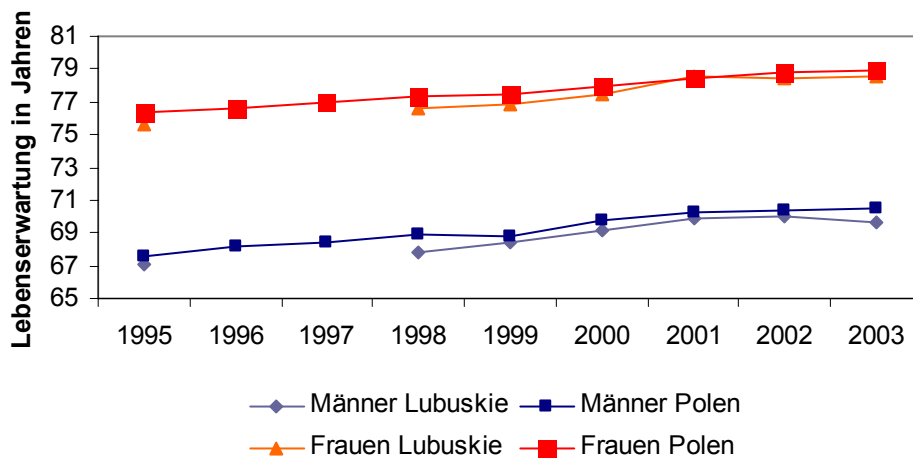


Eigene Darstellung. Quelle: LASV (2004), Statistisches Bundesamt (2005a)

Die Lebenserwartung in Lubuskie sowie in Polen insgesamt ist in den vergangenen Jahren ebenfalls gestiegen (vgl. Abbildung 4.1.5). Im Jahr 2003 liegt sie für ein in der Wojewodschaft neugeborenes Mädchen bei 78,5 Jahren und für einen Jungen bei 69,6 Jahren, und damit leicht unter dem polnischen Durchschnitt von 78,9 Jahren für Mädchen und 70,5 Jahren für Jungen. Unter den Wojewodschaften nimmt Lubuskie den vierten Platz im Vergleich der Zuwächse der Lebenserwartung im Zeitraum von 1991-2001 ein.¹⁶⁹

¹⁶⁹ Vgl. Wojtyniak und Gorynski (2003), S.13.

Abbildung 4.1.5. Entwicklung der Lebenserwartung für Neugeborene in Lubuskie und Polen, 1995-2003



Eigene Darstellung. Quelle: Urząd Statystyczny (2002), Urząd Statystyczny (2004), GUS (2005c), GUS (1996-2004)

Die weitaus geringere Lebenserwartung in Polen im Vergleich mit Deutschland ist Ausdruck der sog. „**health gap**“ („Gesundheitslücke“) zwischen Ost- und Westeuropa, welche Bobak und Marmot (1996) bereits für den Zeitraum zwischen 1970 und 1991 dokumentieren. Mögliche Gründe vermuten die Autoren in der vergleichsweise schlechten sozialen Lage in Osteuropa. Auslöser der Lücke sind u.a. die qualitativen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, der Umweltverschmutzung und dem Gesundheitsverhalten (Alkohol- und Tabakkonsum, Ernährungsgewohnheiten). Trotz des stetigen Anstiegs der Lebenserwartung in Polen während der 1990er Jahre ist die Differenz zu Deutschland weiterhin erheblich (vgl. Abbildung 4.1.4 und Abbildung 4.1.5). Diese Entwicklung ist einhergehend mit der in den MOE-Ländern (Mittelosteuropa-Ländern).¹⁷⁰ Durchschnittlich haben Polen eine 4,4 Jahre geringere Lebenserwartung als Menschen, die in der alten EU-15 leben. Bei Zugrundelegen der WHO-Indikatoren zur gesunden Lebenserwartung¹⁷¹ vergrößert sich der Abstand zu den alten EU-Staaten auf 6,1 Jahre.¹⁷²

Einen weiteren wichtigen Gesundheitsindikator stellt die Säuglingssterblichkeit dar, welche in Deutschland geringer ist als in Polen. Während diese deutschlandweit eine eindeutig rückläufige Tendenz aufweist, unterliegt die Säuglingssterblichkeit in Brandenburg Schwankungen, ist jedoch insgesamt auch rückläufig und liegt im Jahr 2001 mit 3,2 gestor-

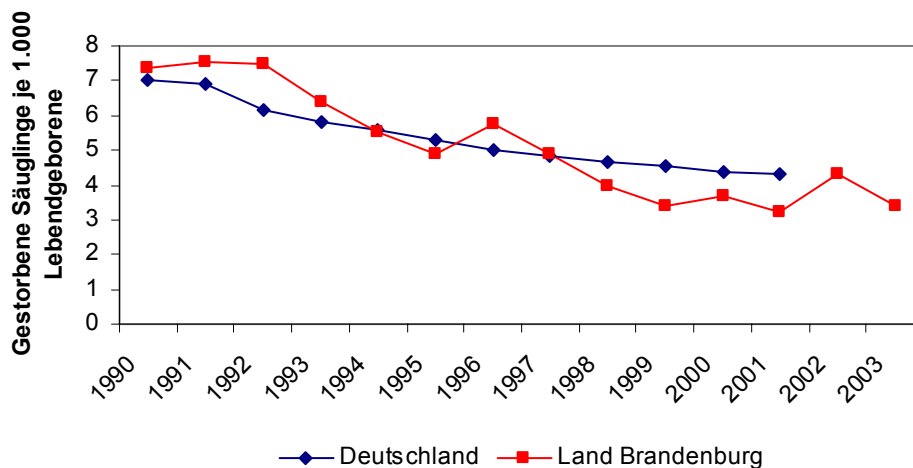
¹⁷⁰ Vgl. WHO (2002), S.11ff.

¹⁷¹ Berechnet werden hierfür Indizes, die eine Lebenserwartung in guter Gesundheit messen. Die WHO bezeichnet diese als Healthy Life Expectancy (HALE) bzw. Disability-Adjusted Life Expectancy (DALE). Hintergrund ist die Annahme, dass Lebensjahre in Krankheit nicht als volle Lebensjahre zu werten sind. Vgl. hierzu WHO (2002), S.15ff.

¹⁷² Vgl. Wojtyniak und Gorynski (2003), S.12f.

benen Säuglingen je 1.000 lebendgeborener unter dem Niveau Gesamtdeutschlands von 4,2 gestorbenen Säuglingen je 1.000 lebendgeborener (vgl. Abbildung 4.1.6).

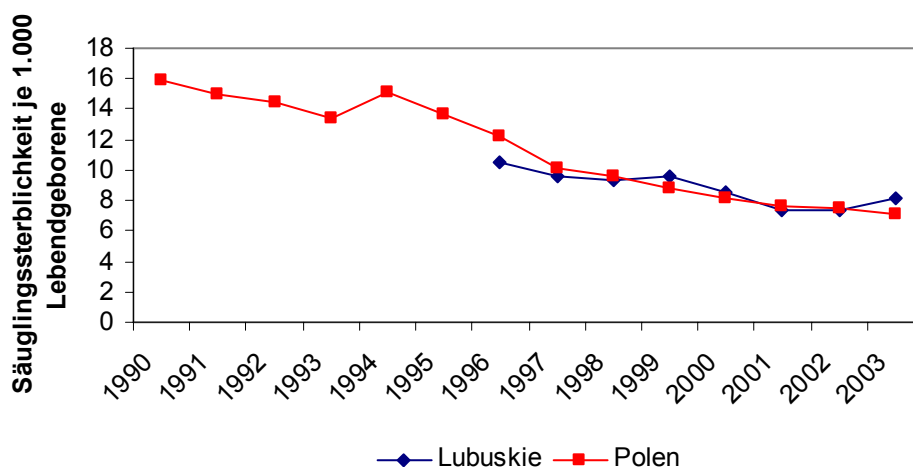
Abbildung 4.1.6. Säuglingssterbefälle im Land Brandenburg und in Deutschland, 1990-2003



Eigene Darstellung. Quelle: Statistisches Bundesamt (2005a)

Die Säuglingssterblichkeit in Polen hat seit dem Umbruch im Jahre 1990 zwar kontinuierlich abgenommen, ist jedoch immer noch fast doppelt so hoch wie in Deutschland. Im Jahr 2001 liegt die Säuglingssterblichkeit bei 7,7 gestorbenen Säuglingen je 1.000 lebendgeborener in Gesamtpolen und in Lubuskie mit 7,3 gestorbenen Säuglingen je 1.000 lebendgeborener etwas darunter (vgl. Abbildung 4.1.7).

Abbildung 4.1.7. Säuglingssterblichkeit in Lubuskie und Polen, 1990-2003

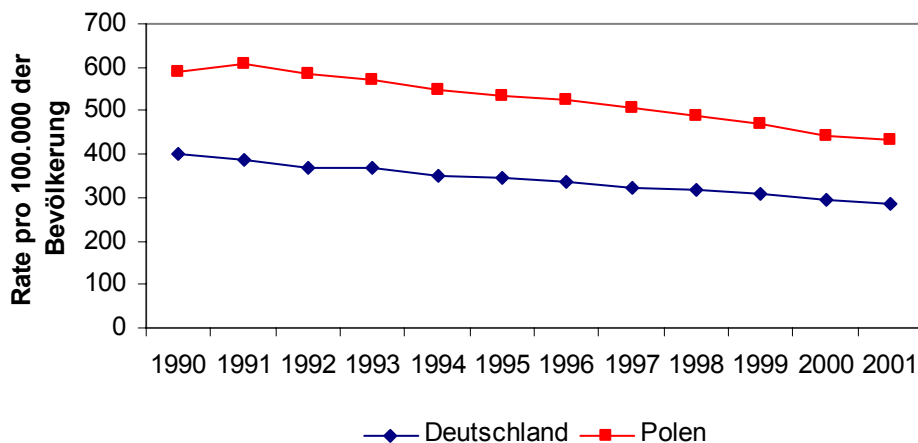


Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004), WHO (2005)

Ausgewählte Ursachen für Mortalität

Die wichtigsten Todesursachen in Europa stellen Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Krebs dar.¹⁷³ Seit 1990 ist die Mortalität aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems insgesamt in beiden Ländern leicht rückläufig. Wie die folgende Abbildung 4.1.8 aufzeigt, sterben in Polen ein Drittel mehr Menschen an Kreislauferkrankungen als in Deutschland.

Abbildung 4.1.8. Standardisierte Sterberate: Kreislauferkrankungen in Deutschland und Polen, 1990-2001



Eigene Darstellung. Quelle: WHO (2005)¹⁷⁴

Die WHO (2005) erfasst als Untergruppen der Krankheiten des Kreislaufsystems: ischämische Herzkrankheiten, zerebrovaskuläre Krankheiten sowie sonstige Kreislauferkrankungen.¹⁷⁵ Gemäß dieser Systematisierung ist schwer zu bestimmen, welche Gruppe am stärksten in dem jeweiligen Land zum Tod durch Kreislauferkrankungen beiträgt. Generell lässt sich folgende Rangfolge festlegen: in Deutschland sterben die meisten an ischämischen, gefolgt von sonstigen und dann zerebrovaskulären Kreislauferkrankungen; in Polen tragen am stärksten die sonstigen, gefolgt von ischämischen und zerebrovaskulären Kreislauferkrankungen zur Todesursache bei.

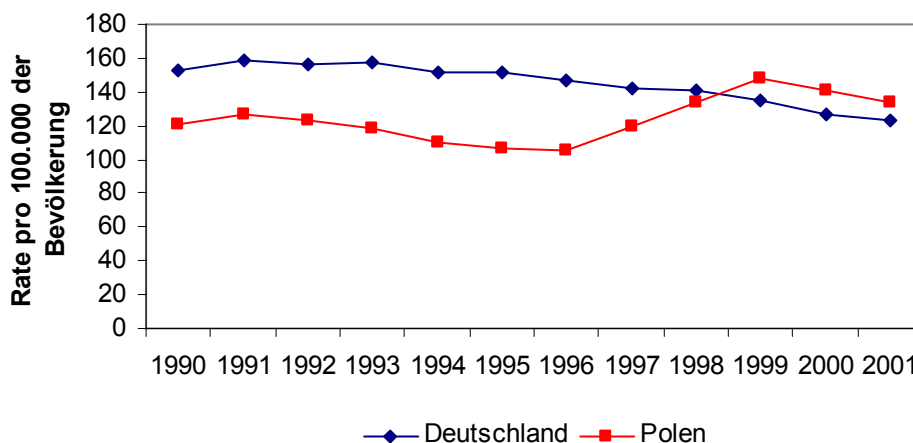
¹⁷³ Vgl. WHO (2002), S.11.

¹⁷⁴ Die standardisierte Sterberate (*standardized death rate – SDR*) ist eine die Altersstruktur der Bevölkerung angepasste Sterberate. In der HFA-Datenbank der WHO sind für die Indikatoren, welche standardisierte Sterberaten wiedergeben, für die Jahre 1997 und 1998 für Polen keine Daten enthalten. Diese wurden für die grafischen Darstellung (auch im Folgenden) mittels Interpolation gewonnen.

¹⁷⁵ Zu den Herz- und Kreislauferkrankungen zählen in der deutschen Statistik ischämische Herzkrankheiten, kardiovaskuläre Krankheiten (Herz- und Gefäßkrankheiten), zerebrovaskuläre Krankheiten sowie Hypertonie. Hypertonie findet i.d.R. weder Statistiken der WHO noch den polnischen Statistiken Berücksichtigung.

Die Rate derer, die an ischämische Herzkrankheiten sterben, ist in Polen insgesamt gestiegen und seit 1998 höher als in Deutschland (vgl. Abbildung 4.1.9).

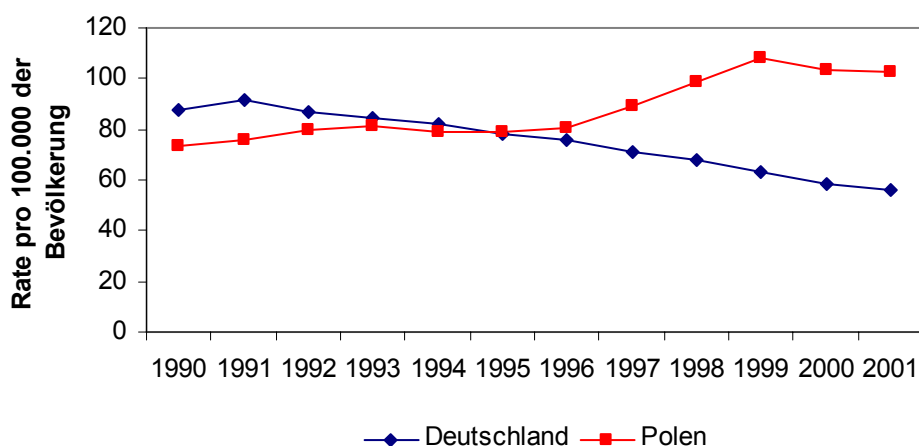
Abbildung 4.1.9. Standardisierte Sterberate: Ischämische Herzkrankheiten in Deutschland und Polen, 1990-2001



Eigene Darstellung. Quelle: WHO (2005)

Zerebrovaskuläre Herzkrankheiten haben in Polen stark zugenommen, während diese in Deutschland sich rückläufig entwickeln und dort die kleinste Untergruppe innerhalb der Todesursache Kreislauferkrankungen darstellen (vgl. Abbildung 4.1.10).

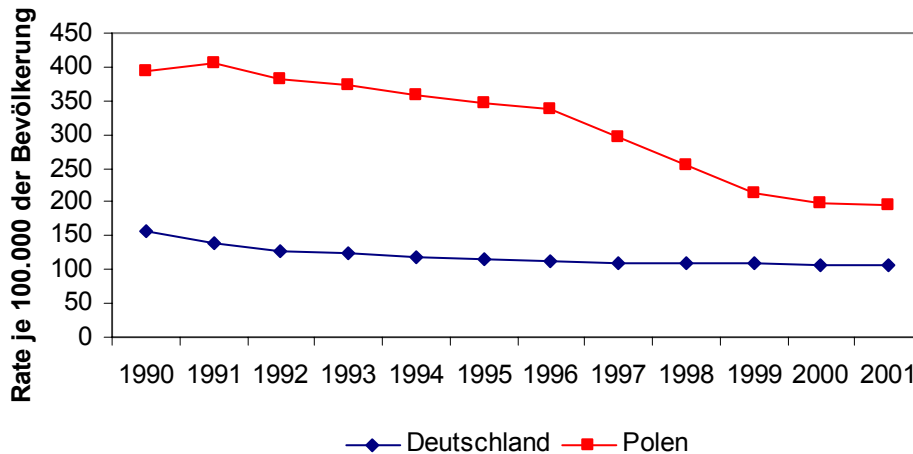
Abbildung 4.1.10. Standardisierte Sterberate: Zerebrovaskuläre Herzkrankheiten in Deutschland und Polen, 1990-2001



Eigene Darstellung. Quelle: WHO (2005)

Auch bei den sonstigen Sterbefällen aufgrund von Kreislauferkrankungen sind die Raten je 100.000 der jeweiligen Bevölkerung in Polen höher als in Deutschland (vgl. Abbildung 4.1.11).

Abbildung 4.1.11. Standardisierte Sterberate: Sonstige Formen an Kreislaufkrankheiten in Deutschland und Polen, 1990-2001



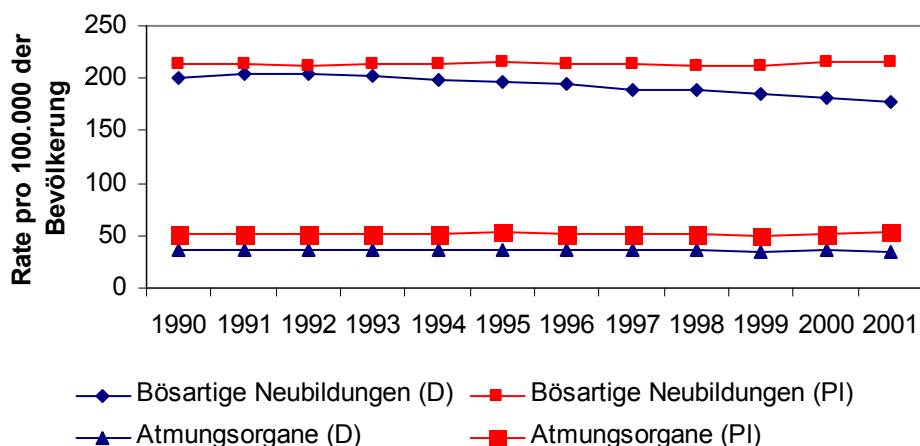
Eigene Darstellung. Quelle: WHO (2005)

Die zweithäufigste Todesursache stellen Krebserkrankungen dar. Während die Todesfälle aufgrund bösartiger Neubildungen insgesamt in Deutschland zurückgegangen sind, ist in Polen ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Selbiges ist für die häufigste und gemessen an den Mortalitätsraten gefährlichste Krebserkrankung – Krebs in den Atmungsorganen (Bronchien, Luftröhre, Lunge) festzustellen. Krebs tritt insgesamt häufiger als Todesursache in Polen als in Deutschland auf (vgl. Abbildung 4.1.12). Wie Peto et al. (2004) aufzeigen, trägt vor allem eine hohe Raucherquote zum vorzeitigen Tod bei. Nach Schätzungen der Autoren lassen sich bei Männern 36 Prozent aller durch Krebs verursachten Todesfälle in Deutschland im Jahr 2000 auf das Rauchen zurückführen. Dieser Anteil liegt für Frauen bei acht Prozent. Im Mittel verkürzt sich die Lebenserwartung (durch Rauchertod) hier um 15 Jahre.¹⁷⁶ In Polen hat das Rauchen einen noch stärkeren Einfluss. Hier beträgt der Verlust an Lebenserwartung im Durchschnitt 17 Jahre. Im Jahr 2000 waren 48 Prozent aller Krebstodesfälle bei polnischen Männern und 10 Prozent bei polnischen Frauen auf das Rauchen zurückzuführen.¹⁷⁷

¹⁷⁶ Vgl. Peto et al. (2004), S.204.

¹⁷⁷ Ebenda, S.378.

Abbildung 4.1.12. Standardisierte Sterberate: Bösartige Neubildungen sowie bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (Luftröhre, Bronchien, Lunge) in Deutschland (D) und Polen (PI), 1990-2001



Eigene Darstellung. Quelle: WHO (2005)

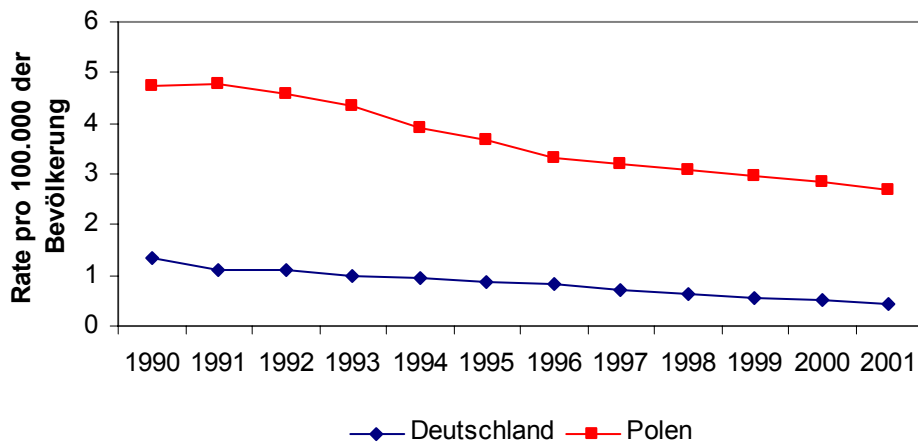
Die Mortalitätsindikatoren für Herz- und Kreislauferkrankung sowie Krebs sind jedoch weniger geeignet, Aussagen über den Leistungsgrad eines Gesundheitssystems zu treffen, da diese sich eher auf die sozioökonomische Situation bzw. Lebensweise zurückführen lassen. Die WHO empfiehlt daher den Vergleich des Gesundheitszustandes anhand von Indikatoren zur sog. „vermeidbaren Sterblichkeit“, denn auf diese habe das Gesundheitssystem maßgeblichen Einfluss. Üblich ist daher der Vergleich von Todesursachen, die durch adäquate Maßnahmen rechtzeitig und wirksam weitgehend zu verhindern wären, wie beispielsweise Tuberkulose und Blinddarmentzündung (Appendizitis).¹⁷⁸

Wie die Abbildung 4.1.13 aufzeigt, starben in Polen im Jahr 2001 fast sechsmal so viele Menschen an Tuberkulose wie in Deutschland. Wengleich die Anzahl der Tuberkulose-toten in beiden Ländern zurückgegangen ist, war diese Entwicklung in Deutschland (mit einem Rückgang um 66 Prozent) ausgeprägter als in Polen (mit einem Rückgang um 43 Prozent).¹⁷⁹

¹⁷⁸ Vgl. WHO (2002), S.13f.

¹⁷⁹ Zahlen zu den Sterberaten an Tuberkulose waren für Lubuskie und Ostbrandenburg nicht verfügbar.

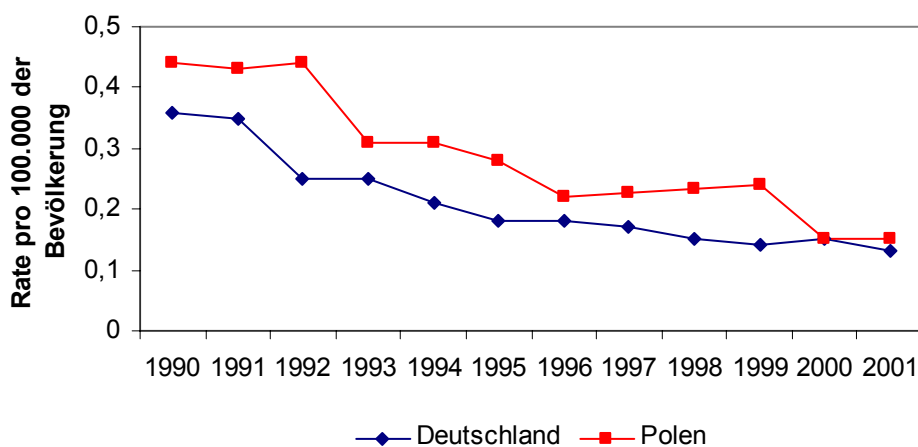
Abbildung 4.1.13. Standardisierte Sterberate: Tuberkulose in Deutschland und Polen, 1990-2001



Eigene Darstellung. Quelle: WHO (2005)

Auch sterben in Polen mehr Menschen an einer Appendizitis als in Deutschland. Seit 1990 ist jedoch die Mortalität durch Blinddarmentzündung in beiden Ländern stark zurückgegangen (vgl. Abbildung 4.1.14).

Abbildung 4.1.14. Standardisierte Sterberate: Appendizitis in Deutschland und Polen, 1990-2001



Eigene Darstellung. Quelle: WHO (2002)

Der qualitative Vergleich von Gesundheitssystemen gestaltet sich schwierig. Ebenso ist die Messbarkeit des Gesundheitszustandes nicht unumstritten. Die oben dargestellte Entwicklung des Gesundheitszustandes der deutschen und polnischen Bevölkerung anhand ausgewählter Indikatoren erlaubt es jedoch wegen der deutlichen Unterschiede (welche Ausdruck in einer sog. „health gap“ finden), auf einen relativ besseren Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung und somit eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland

als in Polen zu schließen. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung ist aber auch im Zusammenhang mit weiteren Determinanten von Gesundheit zu sehen, darunter insbesondere die sozioökonomische Entwicklung in den jeweiligen Ländern.

4.1.3. Mobilität und Konsumententscheidungen der Nachfrager von Gesundheitsleistungen (Patientenwanderung)

Durch Grenzöffnung besteht die Möglichkeit, dass Patienten in einem anderen als ihrem Heimatsystem gesundheitlich versorgt werden. Bei unterschiedlichen Versorgungsgraden erscheint es rational, dass Patienten sich dort behandeln lassen, wo ihnen die bestmögliche bzw. relativ kostengünstigere Behandlung zuteil wird, das heißt, dort wo ihnen der Konsum von Gesundheitsdienstleistungen den größeren Nutzen stiftet.

Im Folgenden wird das Entscheidungskalkül von Patienten in Grenzregionen, Leistungen im Nachbarland im Anspruch zu nehmen, näher beleuchtet. Zu diesem Zweck wird kurz auf die in der Literatur behandelten theoretischen Grundlagen der Patientenwanderungen sowie bereits beobachtbare Fälle der grenzüberschreitenden Versorgung in Europa eingegangen. Darauf aufbauend werden Anreize zu Patientenwanderungen in der untersuchten deutsch-polnischen Grenzregion erarbeitet.

Theoretische Grundlagen

White und Morrissey (1998) führen Patientenwanderungen auf Standardsuchmodelle von Konsumenten zurück.¹⁸⁰ Das heißt, die Entscheidung des Patienten/Nachfragers das Gut „Gesundheit“ bzw. eine Behandlungsleistung nicht vor Ort (sondern beispielsweise im Ausland) zu konsumieren und somit eine Entfernung zu überwinden, hängt von den erwarteten Transaktionskosten sowie den Qualitäts- und Preisunterschieden zwischen den sich in einer Region befindlichen Anbietern ab. Hierbei gilt, dass sowohl eine höhere Qualität als auch ein niedrigerer Preis der nachgefragten Gesundheitsleistung dem Patienten positiven Nutzen stiften, weil sich dadurch sein Realeinkommen und somit auch seine Konsummöglichkeiten für alternative Güter erhöhen. Nachfrager von Gesundheitsleistungen vergleichen die Kosten und die Qualität ihres Anbieters vor Ort mit dem entlegenen alternativen Anbieter. Sie sind dann bereit, einen alternativen Anbieter zu wählen (das heißt zu wandern), wenn der Nutzen, welchen sie aus den Preis- bzw. Qualitätsunterschieden bei Inanspruchnahme eines entfernten Anbieters bei Berücksichtigung der zusätzlichen Transaktionskosten ziehen, mindestens genauso hoch bzw. höher ist, als wenn sie den Anbieter vor Ort wählten, bei welchem ihnen keine zusätzlichen Transaktionskosten entstünden.

Wie Dranove et al. (1993) ausführen, beziehen Patienten darüber hinaus in ihre Entscheidung zu wandern die geografische Entfernung von ihrem Wohnort sowie ihre indivi-

¹⁸⁰ Die Autoren beziehen sich hierbei auf ein Modell von Kohn und Shavell (1974), dass die Wahl des Konsumenten zu reisen von den Reisekosten, den Informationskosten und den antizipierten Gewinnen in Bezug auf Kosten und Qualität abhängig macht.

duelle finanzielle Belastung ein. So umfassen die Reisekosten nicht nur die finanziellen Ausgaben und die Reisezeit, sondern auch den Wert, den der Patient der Nähe zu seiner Familie und Freunden beimisst. Je niedriger die Reisekosten sind, umso wahrscheinlicher ist die Suche nach entfernten Anbietern. Selbiges gilt für die Suchkosten: das heißt, je einfacher/billiger die Informationsbeschaffung über Kosten bzw. Qualität einer Behandlung durch einen entfernten Anbieter sind, umso eher berücksichtigen Patienten diese in ihrer Entscheidung. Des Weiteren antizipieren Patienten größere Suchgewinne für komplizierte, aufwendige Behandlungen bzw. hochspezialisierte Leistungen als für Standardbehandlungen. Daher zeigen Patienten mit vergleichsweise ernsten bzw. lebensbedrohlichen Krankheiten c.p. eine größere Wanderungsbereitschaft, da der Zusatznutzen aus der Ausnutzung von Qualitätsdifferenzialen relativ größer ist. Prinzipiell wirken sich darüber hinaus nutzen- bzw. mobilitätssteigernd ein niedrigerer Preis der Behandlungsleistungen des entfernten Anbieters für den Patienten aus. Dies impliziert, dass auch Behandlungsleistungen niedrigerer Qualität nachgefragt werden, nämlich genau dann, wenn der Qualitätsverlust mittels der entstehenden Kosten (Behandlungs- und Reisekosten) kompensiert wird. Doch je schwerer die vorzunehmende Behandlung ist, um so weniger wird der Patient bereit sein, Qualitätsabstriche zu machen, da die Grenzrate der Substitution zwischen hoher Qualität der Behandlung und den alternativen Konsumgütern abnimmt. Gemäß White und Morrisey (1998) gilt: je schlechter der Gesundheitszustand des Patienten, umso höher ist der Grenznutzen, den der Patient aus einer marginalen Qualitätsverbesserung zieht, welches wiederum seine Reisebereitschaft – d.h. die Bereitschaft einen entfernten Anbieter in Anspruch zu nehmen – erhöht. Notfallbehandlungen reduzieren implizit die Reisebereitschaft von Patienten.

Empirische Evidenz

Empirische Untersuchungen¹⁸¹ zu Patientenwanderungen kommen zu dem Schluss, dass die Qualität der Behandlung, die durch den entfernten/ausländischen Anbieter erfolgt, für die Bereitschaft der Nachfrager zu wandern entscheidend ist, da die Gesundheit bzw. das Überleben für die Patienten vorrangig sind. So vergleicht der Patient zunächst die ausländische mit der inländischen Qualität der Leistung und nur wenn die ausländische höher ist, erwägt er eine Behandlung durch einen ausländischen Anbieter. Diese wird lediglich dann stattfinden, wenn der Nutzen aus der Wanderung die Kosten überwiegt. Dies bedeutet, durch den ausländischen Anbieter ist eine mindestens genauso gute Versorgungsqualität gewährleistet wie durch den inländischen. Der Patient erzielt durch die Auslandsbehandlung einen Nettountergewinn aufgrund gleicher bzw. höherer Qualität und gegebenenfalls Preisvorteilen, welche die Transaktionskosten überwiegen.

¹⁸¹ Vgl. hierzu u.a. Hermesse et al. (1997), Calnan et al. (1997), France (1997), Brouwer et al. (2003).

Die Untersuchung von France (1997) zeigt, dass bei gleichen Wettbewerbsbedingungen – Qualität und Preis der angebotenen Leistung unterscheiden sich nicht – Patienten den nächstgelegenen Anbieter bevorzugen. Doch begeben sich (in diesem Fall: italienische) Patienten verstärkt zur Behandlung ins Ausland, wenn sie die inländische Qualität als unzureichend einschätzen und im Ausland eine bessere Behandlung vermuten. Dies gilt insbesondere im stationären Bereich, da hier hochspezialisierte Leistungen in Anspruch genommen werden.

Hermesse et al. (1997) geben einen Überblick zur Entwicklung von Patientenwanderungen in der EU anhand weniger zur Verfügung stehender Untersuchungen. Insgesamt halten die Autoren fest, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Ausland eher eine Ausnahme darstellt.

Selbst unter Grenzgängern bzw. Pendlern („*frontier worker*“) – wie Calnan et al. (1997) ausführen – ist die Inanspruchnahme von Anbietern im Gastland vergleichsweise gering. Häufig machen diese von ihrem Wahlrecht – welches ihnen gemäß VO 1408/71 bereits schon vor Inkrafttreten der EuGH-Rechtssprechung zur Wahlfreiheit von Patienten zusteht – keinen Gebrauch bzw. sind über ihre Rechte unzureichend informiert.

Auch führen Brouwer et al. (2003) aus, dass die per Rechtssprechung des EuGH zugesicherte Wahlfreiheit für im Ausland in Anspruch genommene Anbieter einen sehr begrenzten Effekt auf die Patientenwanderungen hat, selbst wenn die vorherige Genehmigung einer Auslandsbehandlung nun – wie von den Autoren am Beispiel der Niederlande erläutert – aufgrund von Verzögerungen bei Inlandsbehandlungen durch die Versicherer zu genehmigen sind. In der Regel bevorzugen Patienten eine längere Wartezeit im Inland im Vergleich zu einer Auslandsbehandlung. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Expansion einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vor allem auf Länder mit langen Wartelisten (wie beispielsweise in Großbritannien) begrenzt ist. Niederländische Patienten – so die Untersuchung – weisen insgesamt eine Abneigung gegen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf, die nicht vor Ort möglich ist und zwar sowohl im In- als auch im Ausland.

Während Brouwer et al. (2003) zu dem Resultat kommen, dass autonome (niederländische) Patienten sich nur zögerlich stationär im Ausland behandeln lassen, weist Danner (2004) darauf hin, dass Patienten einiger EU-Länder aufgrund der dort existierenden Warteschlangen wenig Alternativen offen stehen und die dortigen Träger der sozialen Sicherheit mittlerweile dazu übergehen, die Warteschlangen auch im EU-Ausland abzubauen. Neun der fünfzehn alten EU-Mitgliedstaaten weisen Warteschlangen auf.¹⁸²

Der britische *National Health Service* (NHS) organisierte für Patienten der *Health Authorities* (HA) von East Kent, Portsmouth, Isle of Wight und South East Hants sowie West Sussex und East Surrey im Jahr 2001 erstmals in dem Pilotprojekt „The Overseas

¹⁸² Zitiert werden: Großbritannien, Irland, Dänemark, Schweden, Niederlande, Italien, Portugal, Spanien und Finnland.

Treatment Project“ die stationäre Auslandsbehandlung. Der NHS vergab hierfür die Auslandsbehandlung an acht ausgewählte Krankenhäuser und eine Tagesklinik in Deutschland bzw. Frankreich und begleitete den Patienten vom Tag der Auswahl von der Warteliste, über die Vorklinik in der jeweiligen HA, die Reise, Auslandsbehandlung und Rückkehr.¹⁸³ Die Patienten gaben in der nachträglichen Befragung an, dass sie es bevorzugten, in den vom NHS ausgewählten ausländischen Einrichtungen behandelt zu werden als länger auf eine Inlandsbehandlung zu warten. Darüber hinaus würde die Mehrheit sich erneut einer Auslandsbehandlung in diesen Einrichtungen unterziehen. Insgesamt wurde die organisierte Auslandsbehandlung durch den NHS von den Patienten positiv bewertet.¹⁸⁴

In Norwegen wurde ein ähnliches Projekt – initiiert vom norwegischen Parlament – durchgeführt. Die National Insurance Administration in Oslo organisierte eine sog. „Patientenbrücke“ („The Patient Bridge“) und exportierte Patienten der Wartelisten zur Behandlung in Nachbarländer. Die Untersuchung von Botten et al. (2004) kommt jedoch zu dem Schluss, dass die Auslandsbehandlung im Vergleich zur Inlandsbehandlung relativ teuer war. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass Patienten mit vergleichsweise geringfügigen Erkrankungen eine Auslandsbehandlung erhielten, andererseits bei der Verteilung der Patienten auf die entsprechenden ausländischen Einrichtungen Preisdifferenziale nicht adäquat berücksichtigt wurden. Darüber hinaus betonen die Autoren, dass die Patienten nur bereit sind, sich stationär im Ausland behandeln zu lassen, wenn im Inland Kapazitätsprobleme (d.h. Wartelisten) auftreten; einige – insbesondere ältere Patienten – lehnen Auslandsbehandlungen ohnehin ab.

Patientenwanderungen in Grenzregionen wurden vor allem in den sog. Euro-Regios untersucht. Sowohl Calnan et al. (1997) als auch Starmans et al. (1997) kommen in ihren Untersuchungen zu dem Schluss, dass der Anteil ausländischer Patienten, der sich in Einrichtungen der Grenzregionen behandeln lässt, im Vergleich zum EU-Durchschnitt sehr hoch, absolut jedoch gering ist. Nachfrageausweitende Faktoren für eine Auslandsbehandlung beobachten die Autoren in der geografischen Nähe (d.h. geringe Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort), den vergleichsweise geringen Sprachbarrieren sowie in geringeren Kosten und/oder einer höheren Qualität der Auslandsbehandlung. So begünstigen beispielsweise niedrigere Selbstbeteiligungen/Zuzahlungen, der sofortige Zugang zu einer Leistung (Umgehen der heimischen Warteliste) sowie hochspezialisierte Leistungen eine Patientenwanderung. Nachfrageeindämmend sind analog die Abwesenheit wahrnehmbarer Kosten- bzw. Qualitätsunterschiede zwischen dem In- und Ausland. Hier ziehen die Patienten dann den heimischen Anbieter vor – bzw. eine höhere Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten im Ausland.

¹⁸³ Vgl. Lowson et al. (2002), S.37ff.

¹⁸⁴ Vgl. Lowson et al. (2002), S.62.

4.2. Motive für Patientenwanderungen in der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie

Wie die theoretischen Grundlagen zu Patientenwanderungen sowie die oben dargestellten ausgewählten empirischen Untersuchungen konstatieren, nehmen Patienten nur dann Gesundheitsleistungen im Ausland in Anspruch, wenn sie in erheblichem Umfang von Preis- und/oder Qualitätsdifferenzialen nutzensteigernd Gebrauch machen können. Des Weiteren ist die Inanspruchnahme ausländischer Anbieter in Grenzregionen aufgrund der geografischen Nähe und der höheren Vertrautheit wahrscheinlicher als im Binnenland. Die Transaktionskosten (in der Regel Reise- und Informationsbeschaffungskosten) sind bei Auslandsbehandlungen im Grenzgebiet für dessen Einwohner c.p. geringer, sodass angenommen werden kann, dass sich das Entscheidungskalkül der im Grenzgebiet ansässigen Nachfrager auf Preis- bzw. Qualitätsunterschiede fokussiert, welche im Folgenden herausgearbeitet werden.

4.2.1. Wanderungsanreize polnischer Patienten

Wie bereits oben knapp dargestellt, sind polnische Bürger durch den NFZ gesundheitlich abgesichert. Das polnische Gesundheitssystem ist seit Jahren durch Unterfinanzierung einhergehend mit niedrigen Versorgungsvolumina und durch Korruption gekennzeichnet. Auch die Neuordnung des Systems und das Etablieren des NFZ haben nicht zu einer wesentlichen Verbesserung der Versorgungssituation polnischer Versicherter geführt. Heute kontrahiert der NFZ mengenlimitierte Verträge mit (privaten und) öffentlichen Anbietern von Gesundheitsleistungen. Das bedeutet, der NFZ entscheidet per regional zugeschnittenem Gesundheitsplan über den Umfang des Leistungsangebots; die Leistungserbringer werden nicht miteinbezogen.¹⁸⁵

Wie Podzerek-Knop (2004) ausführt, basiert das polnische Versorgungssystem auf einem Einkaufsmodell mit integriertem Hausarztmodell. Die Versicherten sind an ihren Haus- bzw. Familienarzt¹⁸⁶ gebunden. Der Familienarzt übernimmt generell die Erstversorgung und entscheidet, an welche Spezialisten/Fachärzte aus der Region (vorausgesetzt diese haben mit dem NFZ Versorgungsverträge geschlossen) der Patient gegebenenfalls zur Weiterbehandlung überwiesen wird. Durch den Beitritt Polens zur EU und der damit einhergehenden Grenzöffnung im Gesundheitssektor, welche allen EU-Bürgern die europaweite Wahlfreiheit bei Gesundheitsleistungen zusichert, stehen nun Lubusker Patienten sehr viel mehr Anbieter zur Auswahl. Eine Begrenzung durch vorherige Genehmigung einer Auslandsbehandlung ist im ambulanten Bereich gemäß EuGH unzulässig; im stationären Bereich ist eine Auslandsbehandlung unter gewissen Voraussetzungen zu genehmigen (vgl.

¹⁸⁵ Vgl. Grunenberg (2004).

¹⁸⁶ Ein Familienarzt oder auch Arzt des Ersten Kontakts übernimmt die Primärversorgung der Patienten. Siehe hierzu insbesondere Podzerek-Knop (2004), S.37ff.

hierzu Kapitel 2). Eine Bindung an den Familienarzt bei der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen auf deutschem Gebiet entfällt demnach für die polnischen Versicherten.

Patienten, die über die Landesgrenzen hinaus mobil werden, treffen diese Entscheidung überwiegend wegen existierender Qualitätsdifferenziale. Den vergleichsweise schlechten Zustand des polnischen Gesundheitswesens aufgrund der politischen Nachrangigkeit des Bereichs der sozialen Sicherung im Transformationsprozess belegen zahlreiche Publikationen.¹⁸⁷ Wenngleich in der jüngeren Vergangenheit in Deutschland die Reform des Gesundheitssystems ebenfalls durch Kostendämpfung und Leistungskürzung gekennzeichnet war, sind diese doch eher als Erhaltungsbemühungen eines vergleichsweise sehr hohen Niveaus der Gesundheitsversorgung zu interpretieren.¹⁸⁸ Darüber hinaus ist die finanzielle Leistungsfähigkeit der deutschen Volkswirtschaft wesentlich höher als die der polnischen, sodass Investitionen in das Gesundheitswesen hier sehr viel höher sind und somit auf eine wesentlich bessere Versorgungsqualität schließen lassen. Dieser Zusammenhang ist auch für polnische Patienten wahrnehmbar und könnte Wanderungsbewegungen nach Deutschland induzieren.

Analog zu France (1997), der die Wanderung italienischer Patienten zur Behandlung in das EU-Ausland beschreibt, stellt die Unzufriedenheit der Patienten mit dem heimischen System ein starkes Wanderungsmotiv dar: Laut einer Studie des CSIOZ (2004a) (Informationszentrum des Gesundheitswesens) zeigen sich polnische Versicherten sehr unzufrieden mit dem Zugang zu Gesundheitsleistungen im polnischen Gesundheitswesen.

Für Lubusker Patienten könnte sich darüber hinaus die geografische Nähe zu Deutschland resp. Ostbrandenburg migrationsverstärkend auswirken. Dies bewirken die relativ geringeren Transaktionskosten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Grenzregionen.¹⁸⁹

Wenngleich polnische Patienten bereit sind, deutsche Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, da sie im Konsum von deutschen Gesundheitsdienstleistungen aufgrund vergleichsweise höherer Qualität einen größeren Nutzenzuwachs vermuten, bleibt diese Konsumententscheidung letztendlich durch die finanziellen Möglichkeiten (Einkommen) der Haushalte restringiert.

Für ambulante Behandlungen polnischer Versicherter in Deutschland gibt es von Seiten des NFZ zwar keine rechtliche Interventionsmöglichkeit, allerdings ist für die Kostenerstattung der Auslandbehandlung von Bedeutung, welche Rechtsgrundlage Anwendung findet (vgl. Kapitel 2.2 und 2.3). Begibt sich ein polnischer Versicherter zu Behandlungszwecken nach Deutschland und nimmt dort Leistungen aufgrund der VO 1408/71 in Anspruch (welches impliziert, dass der Versicherte eine Genehmigung durch den NFZ erhalten hat), ist der NFZ verpflichtet, für die zwischenstaatliche Sachleistungsaushilfe die vollständigen Behand-

¹⁸⁷ Hervorzuheben sind: WHO (2002), Golinowska et al. (2003), McKee et al. (2004a).

¹⁸⁸ Grunenberg (2004) betont: „Gemessen an hiesigen [deutschen] Verhältnissen steht das polnische Gesundheitswesen vor dem Kollaps.“

¹⁸⁹ Vgl. hierzu auch Calnan et al. (1997) bzw. Starmans et al. (1997).

lungskosten an den aushelfenden deutschen Träger zu zahlen. Diese sind aufgrund der starken Preisunterschiede in Deutschland erheblich höher als in Polen.¹⁹⁰ Die Gefahr einer Selbstzahlung der Behandlungskosten und späteren Kostenerstattung – wie etwa bei Notfallbehandlungen – ist aufgrund der Genehmigungsprozedur und der daraus resultierenden Rechtssicherheit für den Patienten nahezu ausgeschlossen. Insbesondere auch deswegen, weil sowohl die deutsche GKV als auch der polnische NFZ ihren Versicherten Sachleistungen gewähren.¹⁹¹

Beruft sich hingegen der Versicherte auf den Kohll/Decker-Mechanismus und nimmt ambulante Leistungen in Deutschland ohne vorherige Genehmigung durch den NFZ in Anspruch, ist der NFZ lediglich dazu verpflichtet, die Kosten in Höhe der polnischen Sätze zu erstatten. Den Differenzbetrag trägt der Patient selbst. In diesem Fall entstehen dem NFZ keine zusätzlichen Kosten, es sei denn, die Auslandbehandlung erhöht indirekt die Versorgungsvolumina, weil Patienten dadurch heimische Kostendämpfungsmaßnahmen – wie beispielsweise ein mengenlimitiertes Angebot, bei welchem Wartelisten entstehen – umgehen. Bei der stationären Behandlung polnischer Patienten in Deutschland ist von einer Kostenübernahme durch den NFZ auszugehen, da eine Genehmigungspflicht für die Inanspruchnahme von deutschen Krankenhausleistungen durch den NFZ besteht.

Für die heimische Versorgung zahlen polnische Patienten einkommensabhängige Versicherungsbeiträge in eine Sozialversicherungsanstalt ein und erhalten dafür Sachleistungen von jenen Leistungserbringern, mit denen der NFZ Verträge geschlossen hat. Leistungen im zahnärztlichen Bereich und Arzneimittel werden weitestgehend durch Selbstbeteiligungen der Patienten mitfinanziert. Für nicht-standardisierte bzw. nicht im gesetzlichen Leistungskatalog enthaltene sog. private Leistungen kommt der Patient selbst auf (out-of-pocket Zahlungen).¹⁹² De facto existieren aufgrund der finanziellen Unterversorgung der in das System des NFZ integrierten Leistungsanbieter Zugangsschranken in der Gesundheitsversorgung. Wie Podzerek-Knop (2004) ausführt, ist die Nichtabgrenzung des versicherungsfinanzierten vom privaten Bereich besonders problematisch. So sind Ärzte häufig sowohl für den NFZ als auch privat tätig, vielfach am selben Behandlungsort. Hierbei fällt es schwer, zwischen informellen Zahlungen – um einen Leistungserbringer im gesetzlichen Rahmen

¹⁹⁰ Vgl. McKee et al. (2004b).

¹⁹¹ Bei Notfallbehandlungen verlangen Leistungserbringer in Ländern, die das Kostenerstattungsprinzip anwenden, häufig von ausländischen Patienten die Vorfinanzierung der Leistungen, welche der ausländische Patient erst im Nachhinein mit seinem heimischen Träger abrechnen kann. Hierbei stellt sich der Patient unter Umständen schlechter, da in diesem Falle die Rechtsvorschriften des Versicherungslandes greifen. Anders bei dem vergleichsweise aufwendigen Genehmigungsverfahren. Hier stehen der heimische und ausländische Träger in enger Kooperation, der ausländische Leistungserbringer ist dem Patienten bekannt (gegebenenfalls hat der Versicherer den Patienten bei der Auswahl unterstützt) und er wird während des Behandlungsprozesses von seinem heimischen Träger weiter betreut.

¹⁹² Vgl. Golinowska et al. (2003), Kapitel 5 bzw. Kapitel 4.1.1.

dazu zu motivieren, eine Leistung schnell bzw. qualitativvoll zu erbringen (d.h. einem Bestechungsgeld) – und der Bezahlung einer privaten Tätigkeit zu unterscheiden.¹⁹³

Entscheidend ist jedoch, dass polnische Versicherte oft gezwungen sind, Gesundheitsleistungen „out-of-pocket“ zu finanzieren, um eine adäquate Versorgung zu erhalten. Außervertragliche Patientenzahlungen werden in Polen quasi als systemimmanent gesehen und liegen nach Schätzung der WHO bei ca. 40 Prozent der Gesundheitsausgaben; jeder zehnte Pole bezahlt seine Behandlungen selbst.¹⁹⁴ Darüber hinaus leisten sie relativ hohe Ausgaben für Medikamente. Alternativen gibt es für polnische Patienten kaum. Gesundheitskonsum regulärer privater Behandlungen durch private Versicherungen, die eine Leistungsausweitung zum NFZ lancieren könnten, existiert nicht. Bislang blieb nur die Option der Selbstzahlung, welche nun durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme deutscher Gesundheitsversorger erweitert wird.

Inwiefern polnische Patienten, die zweifelsohne eine hohe Bereitschaft zur privaten Finanzierung bzw. Kofinanzierung von Gesundheitsleistungen zeigen, medizinische Leistungen in Deutschland in Anspruch nehmen, ist offen. Bei Patienten, die einen Anspruch auf Sachleistungsaushilfe gemäß VO1408/71 besitzen, ist dies am wahrscheinlichsten. Allerdings hat sich in anderen Ländern auch erwiesen, dass diese Anspruchsgruppe die Möglichkeiten nicht ausschöpfte, da sie nicht ausreichend informiert waren.¹⁹⁵ Ambulante Behandlungen in Deutschland gemäß Kohll/Decker-Mechanismus gestalten sich wegen der enormen Preisunterschiede für polnische Patienten schwierig, da sie den Differenzbetrag zu einer Behandlung durch den NFZ zu finanzieren haben. Schließlich bleibt ihnen die heimische Ausweichmöglichkeit in den privaten bzw. informellen Bereich.

Anders der stationäre Bereich: hier gibt es lange Wartezeiten für polnische Patienten und die deutschen Krankenhäuser verfügen in der Regel über Überkapazitäten. Eine Verweigerung des NFZ der Genehmigung für die Behandlung in Deutschland bedarf schwerwiegender Gründe. So müsste der NFZ laut EuGH-Rechtssprechung nachweisen, dass die Kostenerstattungen von Auslandsbehandlungen das polnische Versorgungssystem in ein finanzielles Ungleichgewicht bringen. Einen solchen Zusammenhang herzustellen, dürfte dem NFZ jedoch angesichts der bereits vorhandenen Defizite und der hohen Verschuldung im stationären Sektor schwer fallen. Fraglich ist weiterhin, ob der NFZ nicht ein Interesse daran entwickeln könnte, polnische Warteschlangen gezielt in Deutschland resp. anderem EU-Ausland abzubauen, wie es beispielsweise der britische NHS praktiziert. Kalkül hierfür könnte sein, heimische Investitionskosten und somit die Gesundheitsausgaben zu begrenzen.

Wenngleich bislang keine systematischen Untersuchungen zu Patientenwanderungen zwischen Deutschland und Polen verfügbar sind, gibt es anekdotische Evidenz, dass bedingt durch die Grenzöffnung die Zahl der polnischen Patienten in deutschen Einrichtungen

¹⁹³ Vgl. Podzerek-Knop (2004), S.125ff.

¹⁹⁴ Angaben zitiert nach Merten (2004).

¹⁹⁵ Vgl. Calnan et al. (1997).

steigt. Für das Jahr 2004 rechnet das polnische Gesundheitsministerium mit Ausgaben in Höhe von ca. 42 Millionen Euro (200 Millionen Złoty) für die Kostenerstattung der in Deutschland in Anspruch genommenen Leistungen durch polnische Versicherte. Ein weiterer Anstieg der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch polnische Versicherte in Deutschland wird prognostiziert: das Gesundheitsministerium geht für das Jahr 2005 von 105 Millionen Euro (500 Millionen Złoty) und für das Jahr 2007 von 252 Millionen Euro (1,2 Milliarden Złoty) aus.¹⁹⁶

4.2.2. Wanderungsanreize deutscher Patienten

Bei der vergleichsweise guten Lage des deutschen Gesundheitswesens erscheinen Patientenwanderungen aufgrund höher Qualität bzw. Versorgungsdichte vom deutschen in das polnische System ausgeschlossen.

Mit der Wiedervereinigung wurde der Umbau der medizinischen Versorgung in Ostdeutschland umgehend begonnen. Ziel war es, effiziente wohnortsnahe Strukturen der Gesundheitsversorgung zu implementieren. Hierfür wurde im ambulanten Bereich die staatliche Versorgung durch Polikliniken in eine dezentrale Versorgung mit freiberuflich tätigen, niedergelassenen Ärzten umgewandelt. Vor allem niedergelassene Kassenärzte gewährleisten die ambulante medizinische Versorgung. Etwa vier Prozent der niedergelassenen Ärzte arbeiten in Nachfolgeeinrichtungen der Polikliniken, welche bisher als große Gemeinschaftspraxen oder auch Praxisgemeinschaften deklariert wurden. Der Systemwechsel vollzog sich in Ostdeutschland im Vergleich zu den anderen Transformationsländern Osteuropas zügig, da die meisten strategischen Entscheidungen mit der Wiedervereinigung und der damit einhergehenden nahezu vollständigen Adaption des westdeutschen Systems getroffen waren.¹⁹⁷

Die Übernahme der westdeutschen Versorgungsstrukturen führte jedoch nicht automatisch zu denselben Versorgungsrealitäten wie in Westdeutschland. So ist die Versorgungsdichte verglichen mit dem gesamtdeutschen Durchschnitt wesentlich geringer. In den kommenden Jahren ist mit einer Ausweitung vorhandener Versorgungsdefizite, v.a. bedingt durch die Überalterung der niedergelassenen Ärzte, zu rechnen, wenn es den ostdeutschen Regionen nicht gelingt, Ärzte für die Niederlassung zu attrahieren. Ein Ausweichen der Patienten auf die polnische Seite bietet sich nicht nur der geringeren Qualität der medizinischen Versorgung, sondern auch der vergleichsweise niedrigeren Versorgungsdichte wegen zunächst nicht an (vgl. Abschnitt 4.3).

Dennoch gibt es in den polnischen Grenzgebieten wie Lubuskie Versorgungsbereiche, die für deutsche Patienten aufgrund der Preisdifferenziale interessant erscheinen. Theoretisch werden deutsche Patienten dann bereit sein, medizinische Leistungen in

¹⁹⁶ Angaben aus einem Arbeitspapier des polnischen Gesundheitsministeriums.
Vgl. *Ärzte Zeitung Online* (2004a).

¹⁹⁷ Vgl. *Wasem* (1997).

Lubuskie nachzufragen, wenn der Qualitätsverlust durch die entstehenden Kosten (Behandlungs- und Transaktionskosten) kompensiert wird. Wie Breyer et al. (2003) ausführt, mangelt es jedoch Patienten an vollständiger Konsumentensouveränität auf dem Gesundheitsmarkt, welches impliziert, dass sie oft nur eingeschränkt fähig sind, hier rationale Entscheidungen zu treffen.¹⁹⁸ Entscheidend ist, inwieweit der Patient in der Lage ist, Qualitätsunterschiede wahrzunehmen und zu beurteilen. Qualitätsunterschiede sind durch den Patienten aufgrund bestehender Informationsdefizite nicht quantifizierbar, sodass obiges Kalkül (v.a. mit zunehmendem Krankheitsgrad) nicht greift und vielmehr angenommen werden muss, dass ein niedriger Preis als alleiniger Anreiz zur Patientenwanderung nicht hinreichend ist.

De facto werden deutsche Patienten nur dann wandern, wenn polnische Leistungserbringer eine Versorgungsqualität vergleichbar der deutschen gewährleisten können. Denn nur in diesem Falle erzielt der wandernde Patient einen Nettonutzengewinn aufgrund des Preisvorteils bei vergleichbarer Qualität. Behandlungen, die einem aktuellen Stand der medizinischen und medizintechnischen Entwicklung entsprechen, werden in Polen vor allem im privaten Bereich erbracht, weil hier die entsprechenden investiven Mittel zur Verfügung stehen. Da die deutsche GKV den Versicherten weitestgehend Sachleistungen gewährt, besteht für die Versicherten kein Anreiz auf diese Art finanzierte Leistungen in Polen nachzufragen, da der Kostenvorteil einzig bei der Krankenkasse läge und selbst bei vergleichbarer Qualität dem wandernden Patienten Mehrkosten in Form von Transaktionskosten entstünden, die er für eine Behandlung in Deutschland nicht aufzubringen hätte.

Deutsche Patienten fragen (abgesehen von Notfallbehandlungen) vor allem solche Gesundheitsleistungen in Polen nach, die privat zu erhalten sind und für welche sie in Deutschland eine Zu- oder Selbstzahlung leisten müssten. Diese umfassen vor allem den zahnärztliche Bereich sowie die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (z.B. Sehhilfen, Hörgeräte, Medikamente etc.), aber auch den Kuren- und Wellnessbereich. Da der Anteil, den der deutsche Patient out-of-pocket zu leisten hat, in Polen aufgrund der geringeren Produktionskosten wesentlich niedriger als in Deutschland ausfällt, erzielt der Patient (auch unter Berücksichtigung der Transaktionskosten) einen Nettonutzengewinn aus der Kosteneinsparung. Für diese Felder haben sich in Polen bereits marktliche Strukturen entwickelt, die sich auf die Versorgung westeuropäischer Patienten konzentrieren.¹⁹⁹

Ferner ist für deutsche Krankenkassen die Behandlung ihrer Versicherten in Polen von Vorteil, wenn diese gemäß gesetzlichem Leistungskatalog einen Teil der Behandlungskosten übernehmen müssen – es sich also um keine rein private Leistung handelt – denn so profitiert die Krankenkasse ebenfalls von den niedrigeren polnischen Behandlungskosten, welches eine Ausgabendämpfung bedeuten kann. Zudem befördern grenzüberschreitende Versorgungsverträge die Inanspruchnahme polnischer Gesundheitsleistungen deutscher GKV-

¹⁹⁸ Vgl. Breyer et al. (2003), Kapitel 5.2.3, S. 172ff.

¹⁹⁹ Vgl. Cienski (2005).

Mitglieder: Die Verträge deutscher Krankenkassen sind für ihre Versicherten ein Qualitätsgarant, da sie für alle Versicherten unabhängig vom Behandlungsort eine vergleichbare Behandlung anbieten müssen. Darüber hinaus sinken die Transaktionskosten für die Auslandbehandlung: Die Informationsbeschaffungskosten für die Versicherten tendieren gegen Null und die bürokratische Endabrechnung der Behandlung entfällt für den Patienten, da per grenzüberschreitendem Versorgungsvertrag der polnische Anbieter quasi Teil des Leistungserbringernetzes der Krankenkasse wird.

Grenzüberschreitende Versorgungsverträge werden für in Grenzregionen versicherte Mitglieder der GKV abgeschlossen (vgl. Kapitel 2.3.5). In Ostbrandenburg gibt es bis dato ein Beispiel für das Zustandekommen eines grenzüberschreitenden Versorgungsvertrages mit einem polnischen Leistungserbringer. Zwischen der märkischen AOK und der polnischen Tochterfirma Medpolska der deutschen Medent GmbH²⁰⁰ besteht ein zahnärztlicher Versorgungsvertrag. Medpolska koordiniert den zahnärztlichen Leistungseinkauf der märkischen AOK in Polen inklusive Abrechnung. Hierfür arbeitet das Unternehmen mit ausgewählten polnischen Vertrag Zahnärzten und einem grenznahen Zahnlabor zusammen.²⁰¹ Andere Krankenkassen verfügen zwar über keine grenzüberschreitende Versorgungsverträge, stellen jedoch bei den Zuzahlungen für die zahnärztliche Versorgung die polnischen Heil- und Kostenplänen den deutschen gleich. Da das Preisniveau für den Zahnersatz bei ca. einem Drittel der deutschen Kosten bei vergleichbarer Qualität liegt und das Personal zudem die deutsche Sprache beherrscht, habe sich ein regelrechter Zahntourismus in die polnischen Grenzgebiete entwickelt.²⁰² Auch hier gilt wieder, dass sich die geografische Nähe der Grenzregion positiv auf Patientenwanderungen aus Ostbrandenburg auswirkt.

Im stationären Bereich sind Patientenwanderungen von Deutschen nach Polen nicht zu erwarten. Wie Danner (2004) darlegt, überwiegt bei ernsthaften Erkrankungen der Wunsch, sofort in die heimischen Versorgungsstrukturen zurückzukehren. Zudem sind hier in fast allen Fachrichtungen Überkapazitäten vorhanden, auch wenn diese in Ostdeutschland im Vergleich zur gesamtdeutschen Situation geringer ausfallen, stellt sich die Frage nach dem Abbau von Warteschlangen wie in Polen nicht (vgl. Abschnitt Angebot). Des Weiteren ist mit Hinblick auf den Kostenaspekt eine Behandlung für deutsche Patienten in Polen nicht attraktiv, denn einziger Profiteur des Kostenvorteils bliebe aufgrund der Sachleistungsaushilfe auch hier die Krankenkasse. Lediglich vorstellbar sind hier Behandlungen, die die GKV für ihre Mitglieder im Leistungskatalog nicht vorsieht und die durch eine Privatklinik, welche deutsche Qualitätsstandards erfüllt, erbracht würde, wie dies beispielsweise im Bereich der Schönheitschirurgie bereits Realität ist.

²⁰⁰ Medpolska ist Tochtergesellschaft der deutschen Medent GmbH und hat ihren Hauptsitz in Stettin. Die Medent GmbH ist ein privates Dienstleistungsunternehmen im Gesundheitswesen mit Hauptsitz in München. Vgl. auch <http://www.medent.de>.

²⁰¹ Vgl. MOZ (2005).

²⁰² Vgl. Ärzte Zeitung Online (2005a).

4.2.3. Fazit zur Patientenwanderung

Insgesamt lassen sich sowohl für polnische als auch deutsche Patienten Anreize zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im jeweiligen Nachbarland determinieren, wenn gleich diese zwischen ambulanten und stationärem Bereich verschieden ausgeprägt sind.

Im ambulanten Bereich ist es für deutsche Patienten des wesentlich niedrigeren Preisniveaus wegen eher attraktiv, Gesundheitsleistungen in Polen in Anspruch zu nehmen. Dies gilt jedoch unter der Restriktion, dass die GKV-Mitglieder für eine entsprechende Behandlung in Deutschland einen finanziellen Eigenanteil erbringen müssten und in Polen adäquat – das heißt, deutscher Qualität entsprechend – versorgt werden. Polnische Patienten sind vor allem an einem Qualitätszuwachs der ihnen zur Verfügung stehenden Gesundheitsleistungen interessiert. Diesen können sie zwar durch eine Behandlung in Deutschland erhalten, müssten aber auch sehr viel höhere Ausgaben leisten, deshalb ist für sie eine heimische private Behandlung attraktiver, da auch hier die Kosten geringer als in Deutschland sind.

Patientenwanderungen im stationären Bereich sind vor allem von Polen nach Deutschland zu erwarten. Den polnischen Patienten entstehen dabei (nahezu) keine zusätzlichen Kosten, sie umgehen unter Umständen eine heimische Warteschlange und dürfen aufgrund der besseren Ausstattung der Krankenhäuser eine qualitativere Behandlung erwarten. Für deutsche Patienten gibt es im Rahmen der GKV keinen Anreiz, stationäre Leistungen in Polen in Anspruch zu nehmen.

Bei der Analyse wird offensichtlich, dass deutsche Patienten vor allem auf Kosteneinsparungen, polnische Patienten auf Qualitätsverbesserungen bei der Auslandsbehandlung abzielen. Grenzregionen machen die Inanspruchnahme von ausländischer Gesundheitsleistungen aufgrund der geografischen Nähe (und der damit einhergehenden höheren Vertrautheit mit der Region) sowie der geringeren sprachlichen Barrieren wahrscheinlicher.

4.3. Angebot von Gesundheitsdienstleistungen in der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie

Wie im vorherigen Abschnitt erarbeitet wurde, sind probable Nachfragemuster für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch deutsche und polnische Patienten determinierbar. Ob und welche Gesundheitsleistungen von Patienten im jeweiligen Nachbarland in Anspruch genommen werden (können), hängt wesentlich von den dortigen Produktionsmöglichkeiten ab; hauptsächlich Einfluss haben Qualität und Preis der angebotenen Leistungen sowie des zur Verfügung stehenden Personals.

Mit dem Beitritt Polens zur EU weitet sich – bedingt durch die rechtliche Neuordnung – die Nachfrage an Gesundheitsleistungen von deutschen und polnischen Patienten auf das jeweilige Nachbarland aus. Das Ausmaß dieser Nachfrageausweitung wird auch durch die Veränderung der Angebotsstrukturen bestimmt. Daher sollen in den folgenden Abschnitten

4.3.1 und 4.3.2 die Versorgungsstrukturen in Ostbrandenburg und Lubuskie jeweils für den ambulanten, stationären Bereich und den ambulanten Pflegebereich aufgezeigt werden. Im Weiteren wird erstens berücksichtigt, dass es nicht nur Nachfragern, sondern auch Anbietern möglich ist, grenzüberschreitend tätig zu werden bzw. zu wandern (vgl. zu den rechtlichen Grundlagen insbesondere die Kapitel 2.2 und 2.3). Zweitens, wenn Anbieter nicht bereit sind zu wandern, dann ist eine Spezialisierung auf bestimmte Nachfragegruppen wie beispielsweise ausländische Patienten denkbar. Der Frage, welche Anreize zur aktiven Partizipation an der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung die Leistungserbringer haben, wird im Abschnitt 4.4 nachgegangen. Hier folgt die Analyse der Wanderungsanreize für das Gesundheitspersonal in der Grenzregion sowie die Analyse zusätzlicher Verdienst- resp. Gewinnrealisierungsmöglichkeiten für die Leistungsanbieter aufgrund der Grenzöffnung.

4.3.1. Versorgungsstrukturen in Ostbrandenburg

Der Gesundheitssektor in Deutschland stellt einen der wichtigsten Beschäftigungszweige dar. Derzeit arbeiten hier ca. elf Prozent aller Erwerbstätigen. Das Gesundheitswesen ist frauendominiert: Der Anteil der weiblichen Beschäftigten liegt im Jahr 2002 bei 72 Prozent, in den Gesundheitsdienstberufen²⁰³ sind es gar 79 Prozent. Jeder vierte Erwerbstätige (1,1 Millionen) im Gesundheitswesen ist in einem Krankenhaus beschäftigt: hierzu gehören Ärzte, Pflege- und Hauswirtschaftspersonal. Ein Viertel aller im Gesundheitswesen Beschäftigten (965.000 Personen) sind in Arzt- und Zahnarztpraxen tätig. In der (teil-)stationären und ambulanten Pflege arbeiten insgesamt 679.000 Personen (vgl. Anhang B, Abbildung B-1).²⁰⁴

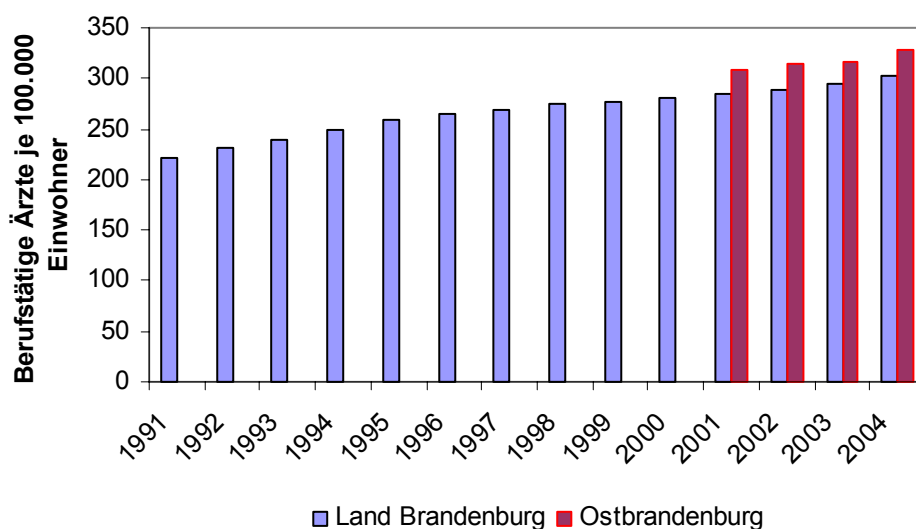
Deutschland ist mit einer Arztdichte von 365 Ärzten je 100.000 Einwohner im Jahr 2002 im EU-Ländervergleich überdurchschnittlich gut mit Ärzten ausgestattet (vgl. Abbildung B-2). Die Arztdichte ist jedoch regional stark unterschiedlich: die Stadtstaaten Hamburg, Berlin und Bremen weisen eine überdurchschnittliche, Ostdeutschland und Flächenländer wie Niedersachsen eine unterdurchschnittliche Arztdichte auf. Das Land Brandenburg bildet das Schlusslicht unter den Bundesländern. Die Arztdichte ist hier fast ein Viertel niedriger als die gesamtdeutschen Vergleichswerte (vgl. Abbildung B-3), wengleich die Zahl der berufstätigen Ärzte je 100.000 Einwohner seit dem Jahr 1991 kontinuierlich gestiegen ist (vgl. Abbildung 4.3.1). Selbiges ist für Ostbrandenburg feststellbar. Hier ist die Arztdichte etwas höher als im Bundesland, was vor allem auf die hohen Arzt-Einwohner-Quoten in den kreis-

²⁰³ Zu den Gesundheitsdienstberufen zählen laut Statistischem Bundesamt: Ärzte, Apotheker, Zahnärzte sowie Arzt-/Zahnarthelfer, Diätassistenten, Heilpraktiker, Helfer in der Krankenpflege, Krankenschwestern, Hebammen, Physiotherapeuten, Masseur, medizinische Bademeister, medizinisch-technische Assistenten, pharmazeutisch-technische Assistenten und weitere therapeutische Berufe.

²⁰⁴ Vgl. Weinmann und Zifonun (2004), insbesondere Abschnitt 2.

freien Städten zurückzuführen ist. Weiter gilt: je dünner besiedelt ein Landkreis, umso geringer ist die Arztdichte (vgl. Abbildung 4.3.1, Tabelle B-1).

Abbildung 4.3.1. Entwicklung der Arztdichte im Land Brandenburg und Ostbrandenburg, 1991-2004²⁰⁵

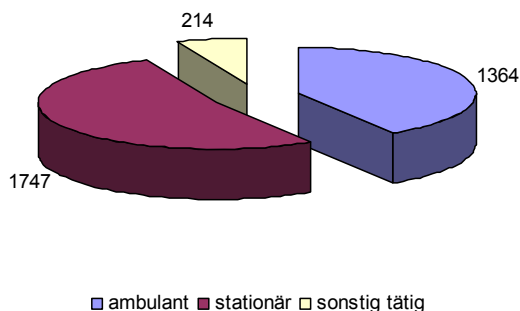


Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: Statistisches Bundesamt (2005a), LÄKB (2004a), LDS BB (2004a), LDS BB (2004c)

Wie der Abbildung 4.3.2 zu entnehmen, ist die überwiegende Zahl der ostbrandenburgischen Mediziner in stationären Einrichtungen tätig. Während die Zahl der berufstätigen Ärzte in freien Praxen in den letzten Jahren zurückgegangen ist, hat die der im Krankenhaus arbeitenden zugenommen (vgl. Tabelle B-2 sowie Tabelle B-3). Dies entspricht der im Land Brandenburg insgesamt zu beobachtenden Entwicklung.

²⁰⁵ Daten für die Jahre 1991 bis 2000 waren für die Landkreise und kreisfreien Städte Brandenburgs nicht verfügbar, sodass für diese Jahre keine Arztdichte für Ostbrandenburg bestimmt werden konnte.

Abbildung 4.3.2. Berufstätige Ärzte in Ostbrandenburg, 2004



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LÄKB (2004a)

Ambulante ärztliche Versorgung

In Ostdeutschland wurde nach dem politischen Umbruch von 1989/90 ein ambulantes Versorgungsnetz mit freiberuflich tätigen, niedergelassenen Ärzten etabliert, welches die Polikliniken – Einrichtungen mit ambulanter fachübergreifender Zusammenarbeit verschiedener Fachärzte – ablöste. Hierin kommt den sog. Hausärzten (also niedergelassenen Allgemeinmediziner) eine Schlüsselstellung zu, da sie in der Regel der erste Kontaktpunkt für die Patienten sind und infolgedessen maßgeblich über die weitere Behandlung bestimmen.²⁰⁶ Die Polikliniken erleben seit der letzten Gesundheitsreform im Jahr 2003 eine Renaissance. Die Etablierung ambulanter Ärztehäuser wird seit Anfang 2004 mit Inkrafttreten des GMG in sog. medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht.

Die medizinische Versorgung im Land Brandenburg liegt deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Sowohl Kassenärztliche Vereinigungen, Landesärztekammern als auch die Politik verweisen immer wieder auf den eklatanten Ärztemangel in Ostdeutschland. Wie aus Untersuchungen von Zenker (2004) hervorgeht, weist das Land Brandenburg die geringste Arztdichte bundesweit auf. Anhand der vergleichsweise niedrigen Vertragsarztdichte in der ambulanten Versorgung wird der Ärztemangel und die daraus resultierende Gefährdung der medizinischen Versorgung evident. Ein im Land Brandenburg ambulant tätiger Vertragsarzt²⁰⁷ behandelt durchschnittlich 822 Einwohner, wohingegen die Vertragsarzt-

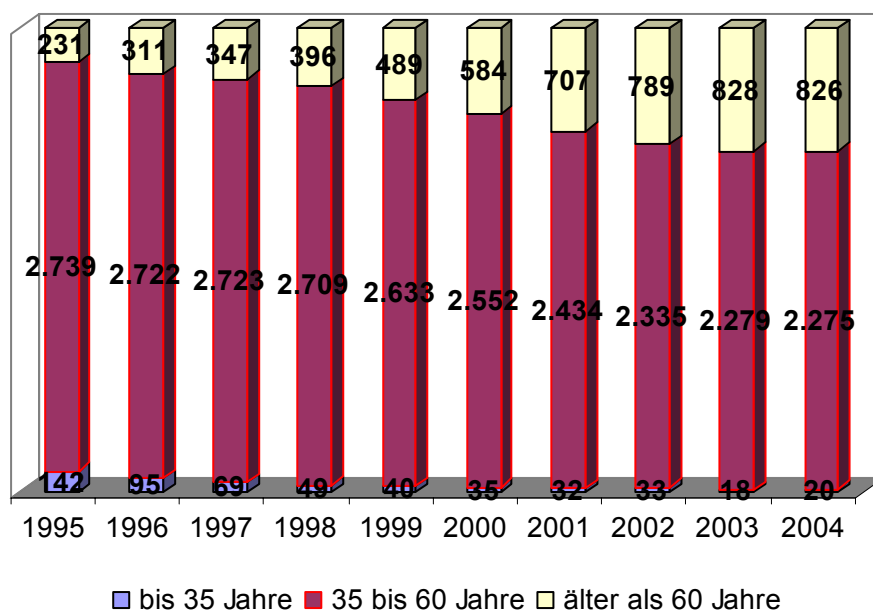
²⁰⁶ Anzumerken ist hier, dass es sich nicht um ein sog. Hausarztssystem (wie in Polen praktiziert) handelt, in welchem der erste ärztliche Kontakt zwingend beim Hausarzt zu suchen ist. Allerdings befürwortet das GMG die Einführung eines Hausarztssystems durch die Krankenkassen.

²⁰⁷ Die ambulante Versorgung wird in Deutschland durch Allgemein- und Fachärzte in Praxen und MVZ gewährleistet. Generell ist zwischen privatärztlicher und vertragsärztlicher Versorgung, das heißt Versorgung außerhalb und innerhalb des GKV-Rahmen, zu unterscheiden. Ein Vertragsarzt ist ein approbierter Arzt, der aufgrund von Zulassung bzw. Ermächtigung an der Behandlung von Patienten innerhalb der GKV teilnimmt, (früher auch: Kassenarzt). Die ambulante vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in fachärztliche und hausärztliche Versorgung. Alle Vertragsärzte absolvieren eine allgemeinmedizinische Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem bestimmten Fachgebiet und erhalten somit eine Gebietsbezeichnung. Die hausärztliche Versorgung gewähr-

Einwohner-Relation im Bundesdurchschnitt wesentlich günstiger ausfällt (mit 271 Einwohnern pro Vertragsarzt).²⁰⁸

Gemäß der Arzt-Einwohner-Relation versorgen Ärzte in den Landkreisen Ostbrandenburgs wesentlich mehr Einwohner als in den kreisfreien Städten, wenngleich hier die Bevölkerungsdichte geringer ist (vgl. Tabelle B-2). Dies wiederum ist ein Indiz dafür, dass sowohl Patienten als auch Leistungserbringer (im Falle von Hausbesuchen) auf dem Lande sehr viel weitere Wege für die medizinische Versorgung auf sich nehmen.

Abbildung 4.3.3. Entwicklung der Vertragsärztezahl im Land Brandenburg mit Altersstruktur, 1995-2004



Eigene Darstellung. Quelle: KV-Ost (2005)

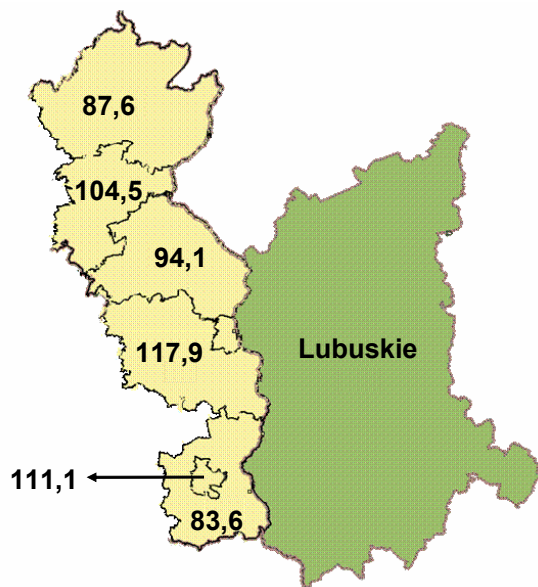
Als verschärfend erweist sich die Altersstrukturentwicklung der Ärzteschaft. So sind bereits im Jahr 2004 mehr als ein Viertel der brandenburgischen Vertragsärzte älter als 60 Jahre (vgl. Abbildung 4.3.3, Abbildung B-4). Das Durchschnittsalter, in welchem die Ärzte ihre Zulassung zurückgeben und somit ihre Tätigkeit einstellen, beträgt nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) 60,8 Jahre. Aufgrund der ungünstigen Altersstruktur ist in Brandenburg von einer weiteren Verschlechterung der Versorgungslage auszugehen. Die KVBB rechnet bis zum Jahr 2010 mit 773 frei werdenden Arztsitzen, wo-

leisten in der Regel niedergelassene Allgemeinmediziner, Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung. (Von 3.329 im ambulanten Bereich berufstätigen Ärzten partizipieren ca. 95 Prozent an der vertragsärztlichen Versorgung. Nach Angaben der KV-Ost sind in Ostdeutschland 94,8 Prozent der Bevölkerung in der GKV versichert. Daher wird auf eine gesonderte Betrachtung der privatärztlichen Leistungserbringung im ambulanten Bereich verzichtet.)

²⁰⁸ Vgl. Zenker (2004), KBV (2005).

von knapp die Hälfte Hausarztsitze darstellen. Die Hausärztdichte ist bereits heute im Land Brandenburg geringer als im deutschen Durchschnitt: Je Hausarzt werden hier durchschnittlich 1.663 Einwohner versorgt, bundesweit sind es 1.553 Einwohner.²⁰⁹

Abbildung 4.3.4. Versorgungsgrade mit Hausärzten in Prozent des optimalen Versorgungsgrades für Ostbrandenburg, 2004²¹⁰



Eigene Darstellung. Quelle: KV-Ost (2005)

Die hausärztliche Versorgung entwickelt sich ungünstig. Im Zeitraum von Jahr 1996 bis zum Jahr 2003 ist die Zahl der Hausärzte um zehn Prozent gesunken. Daher wurden in Ostbrandenburg die für die hausärztliche Versorgung geltenden Zulassungsbeschränkungen in den Landkreisen Uckermark, Barnim, Märkisch-Oderland und Spree-Neiße aufgehoben. Lediglich für die zwei kreisfreien Städte Frankfurt (Oder) und Cottbus sowie den Landkreis Oder-Spree existieren weiterhin regionale Begrenzungen für die Neuzulassung. Konsequenz dieser Maßnahmen ist, dass eine Verlagerung der hausärztlichen Neuzulassung in die Berlin nahen, infrastrukturell attraktiveren Gebiete zu Ungunsten der peripheren Landkreise erfolgt. Dies spiegelt sich bereits in den Versorgungsgraden wider. Die entlegensten Landkreise Uckermark und vor allem der Landkreis Spree-Neiße liegen wie die Abbildung 4.3.4 aufzeigt derzeit bereits unterhalb des von der KVBB als optimal bestimmten Versorgungsgrades, welcher auf 100 Prozent gesetzt wird. Nach der Bedarfsrichtlinie sollten im Landkreis Spree-Neiße 1.629 und in der Uckermark 1.474 Einwohner von einem Hausarzt betreut werden. Diese Messzahlen werden in beiden Landkreisen stark überschritten: im

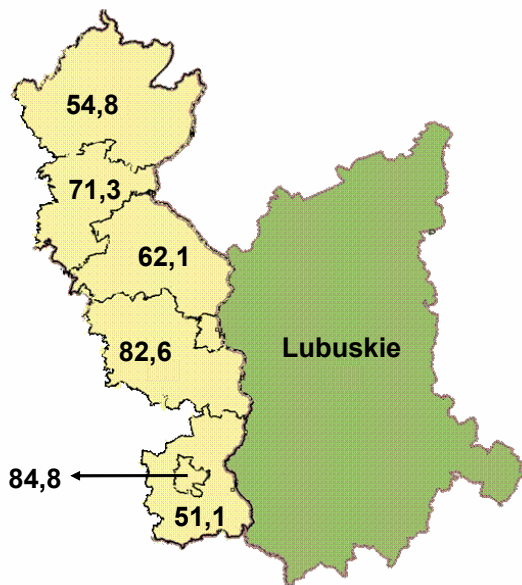
²⁰⁹ Vgl. Zenker (2004), KBV (2005).

²¹⁰ Für den Landkreis Oder-Spree und die kreisfreie Stadt Frankfurt (Oder) wurde ein gemeinsamer Versorgungsgrad bestimmt.

Landkreis Spree-Neiße versorgt derzeit ein Hausarzt 1.949 Einwohner, in der Uckermark 1.678 (vgl. Abbildung 4.3.4, Tabelle B-4).

Die Berücksichtigung der Altersstruktur der Hausärzte weist auf eine starke Tendenz zur Unterversorgung in der näheren Zukunft hin. Stünden ohne Ersatz die heute 60jährigen und älteren Leistungserbringer nicht mehr zur Verfügung, würde der Versorgungsgrad in den peripheren Landkreisen auf nur noch wenig über 50 Prozent fallen. Alle Gebiete Ostbrandenburgs würden dann einen Versorgungsgrad unterhalb des optimalen aufweisen (vgl. Abbildung 4.3.4).

Abbildung 4.3.5. Versorgungsgrade mit Hausärzten in Prozent ohne Ärzte älter als 60 Jahre für Ostbrandenburg, 2004²¹¹



Eigene Darstellung. Quelle: KV-Ost (2005)

Die Vertreterversammlung der KVBB hat aufgrund der drohenden Unterversorgung im September 2003 ein Statut verabschiedet und im März 2005 aktualisiert, welches Maßnahmen zur Versorgungssicherung umfasst. Die Grundidee ist, Maßnahmen zu implementieren, die die Niederlassung oder Übernahme bestehender Vertragsarztpraxen in den Regionen Brandenburgs mit bestehender, respektive drohender Unterversorgung attraktiver gestalten. Hierfür ermöglicht die KVBB unter anderem bereits tätigen Vertragsärzten die Anstellung eines Assistenten, die Errichtung von Zweigpraxen und gewährt niederlassungswilligen Ärzten eine Umsatzgarantie.²¹²

²¹¹ Für den Landkreis Oder-Spree und die kreisfreie Stadt Frankfurt (Oder) wurde ein gemeinsamer Versorgungsgrad bestimmt.

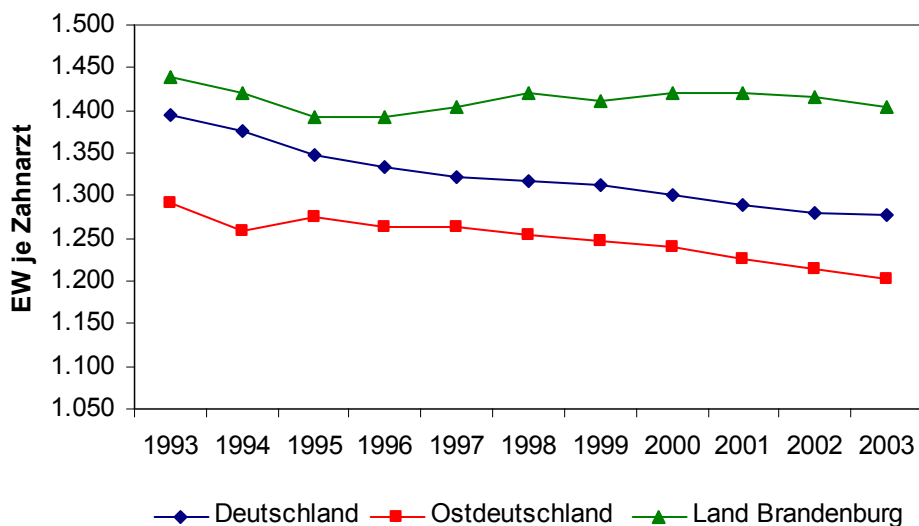
²¹² Vgl. KVBB (2005a).

Zahnmedizinische Versorgung

Die zahnmedizinische Versorgung im Land Brandenburg ist im Gegensatz zur ambulanten ärztlichen Versorgung relativ gut entwickelt.²¹³ Im Vergleich zur gesamtdeutschen zahnärztlichen Versorgung liegt das Land Brandenburg jedoch unterhalb des Durchschnitts. Seit dem Jahr 1993 ist die Zahl der behandelnden Zahnärzte hier um vier Prozent gestiegen, bundesweit betrug dieser Zuwachs nahezu zwölf Prozent. Je 100.000 Einwohner stehen in Brandenburg 72 behandelnde Zahnärzte zur Verfügung, im Bundesdurchschnitt sind es 79 behandelnde Zahnärzte. Die Zahnärztdichte stieg in der vergangenen Dekade im Bundesland lediglich um knapp drei Prozent, deutschlandweit jedoch um zehn Prozent (vgl. Tabelle B-5).

Wie die Abbildung 4.3.6 aufzeigt, betreut ein brandenburgischer Zahnarzt überdurchschnittliche viele Einwohner. Hier kann das niedrige Einwohner-Arztverhältnis, welches generell in Ostdeutschland zu beobachten ist und unterhalb des gesamtdeutschen Mittels liegt, nicht festgestellt werden. Vielmehr hat ein brandenburgischer Zahnarzt mit 1405 Einwohnern im Jahr 2003 die vergleichsweise meisten Einwohner zu betreuen; bundesweit sind es 1.277 Einwohner und in Ostdeutschland gar nur 1.202 Einwohner (vgl. Abbildung 4.3.6, Tabelle B-5).

Abbildung 4.3.6. Zu versorgende Einwohner je behandelndem Zahnarzt im Land Brandenburg, Ostdeutschland und Deutschland im Vergleich, 1993-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: KZBV (2005), Statistisches Bundesamt (2005a)

²¹³ Angaben auf Landkreisebene waren nicht verfügbar, daher wird im Folgenden die zahnmedizinische Versorgung für das gesamte Bundesland Brandenburg dargestellt.

Im europäischen Vergleich ist Brandenburg doch sehr gut mit Zahnärzten ausgestattet. Deutschland weist hier die höchste Zahnärztdichte auf. Nach Angaben der WHO (2005) stehen im Jahr 2003 in der EU durchschnittlich 62 Zahnärzte für 100.000 Einwohner zur Verfügung, in den zehn neuen EU-Mitgliedsstaaten gar nur 43 Zahnärzte je 100.000 Einwohner (vgl. Abbildung B-5).

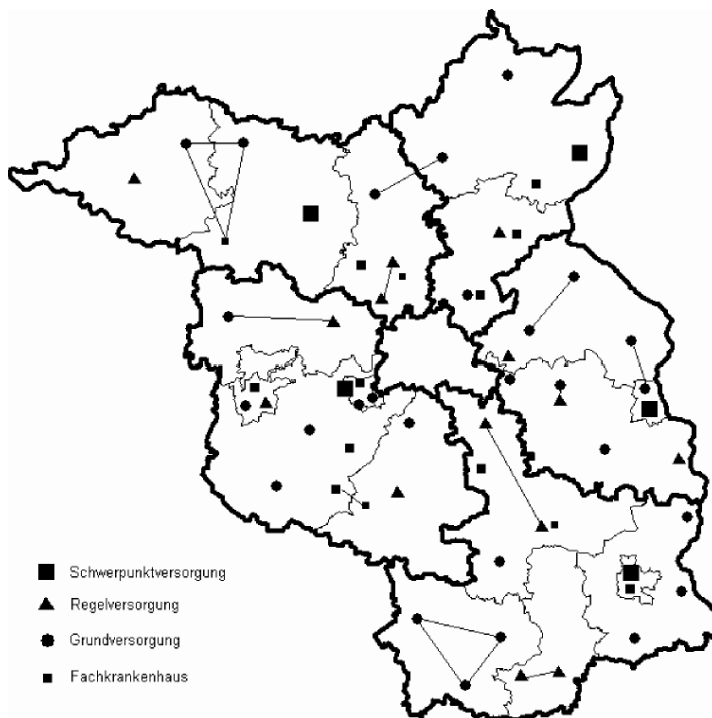
Stationäre Versorgung

Für die stationäre Versorgung verfügt das Land Brandenburg im Jahr 2004 über 47 Krankenhäuser, wovon 23 auf dem Territorium Ostbrandenburgs liegen. Knapp die Hälfte aller brandenburgischen Krankenhäuser werden von öffentlich-rechtlichen Trägern verwaltet, 38 Prozent sind freigemeinnützig und 13 Prozent privat organisiert.²¹⁴

Die Krankenhausplanung des Landes Brandenburg gliedert das stationäre Angebot in fünf Versorgungsgebiete: Neuruppin, Schwedt, Potsdam, Cottbus und Frankfurt (Oder). Jede Planungsregion vereint hierbei Krankenhäuser der Grundversorgung, der Regelversorgung, der qualifizierten Regelversorgung und der Schwerpunktversorgung mit dem Ziel der gegenseitigen Leistungsergänzung (vgl. Abbildung 4.3.7).²¹⁵

²¹⁴ Vgl. MASGF (2005), S.17.

²¹⁵ Im Folgenden wird die stationäre medizinische Versorgung des Landes Brandenburg dargestellt. Eine Beschränkung auf Ostbrandenburg wurde verworfen, da zum einen die Datenlage sich wenig dafür eignet: die Versorgungsgebiete sind nicht identisch mit den Landkreisen. Ostbrandenburg umfasste die Versorgungsgebiete Schwedt (mit Barnim und Uckermark), Frankfurt (Oder) (mit Frankfurt (Oder), Märkisch-Oderland, Oder-Spree) sowie Teile des Versorgungsgebiets Cottbus (hier eingeschränkt auf Cottbus und Spree-Neiße). Zum anderen wird angenommen, dass aufgrund der verschiedenen Leistungen, die in Krankenhäusern in Anspruch genommen werden, diese Vorrang im Vergleich zur geographischen Lage für die Patienten haben.

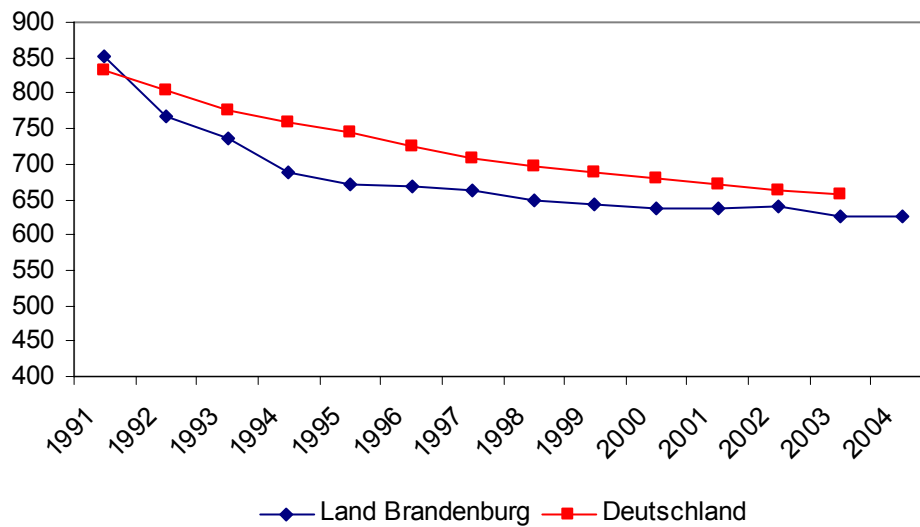
Abbildung 4.3.7. Krankenhäuser im Land Brandenburg – Standortübersicht, 2004²¹⁶

Quelle: MASGF (2005), S.18.

Wie Abbildung 4.3.8 aufzeigt, ist im Land Brandenburg die Bettendichte geringer als im Bundesdurchschnitt. Dies ist überwiegend auf den starken Bettenabbau im Zuge der Umstellung des Gesundheitssystems Anfang der 1990er zurückzuführen, welche „ambulante vor stationärer Behandlung“ zur Maxime machte. Die Bettendichte liegt im Jahr 2003 bei 627 Betten je 100.000 Einwohner Brandenburgs. Der bundesdeutsche Durchschnitt beträgt 657 Betten je 100.000 Einwohner.

²¹⁶ Zu den Versorgungstypen: Krankenhäuser der Grundversorgung sind lediglich mit Abteilungen für Innere Medizin und Chirurgie sowie fakultativ Gynäkologie/Geburtshilfe versehen. Regelkrankenhäuser haben ein vergleichsweise größeres Angebot an Fachabteilungen. Beide Typen gewähren die wohnortnahe Versorgung. Schwerpunktkrankenhäuser vereinen mehrere Fachdisziplinen; hier sind die Chirurgie und Innere Medizin stärker spezialisiert und in eigenständige Abteilungen für die jeweiligen Teilgebiete untergliedert. Fachkrankenhäuser dienen der Spezialversorgung durch differenziertes Therapieprogramm in einer bestimmten Fachdisziplin; häufig für das gesamte Bundesland.

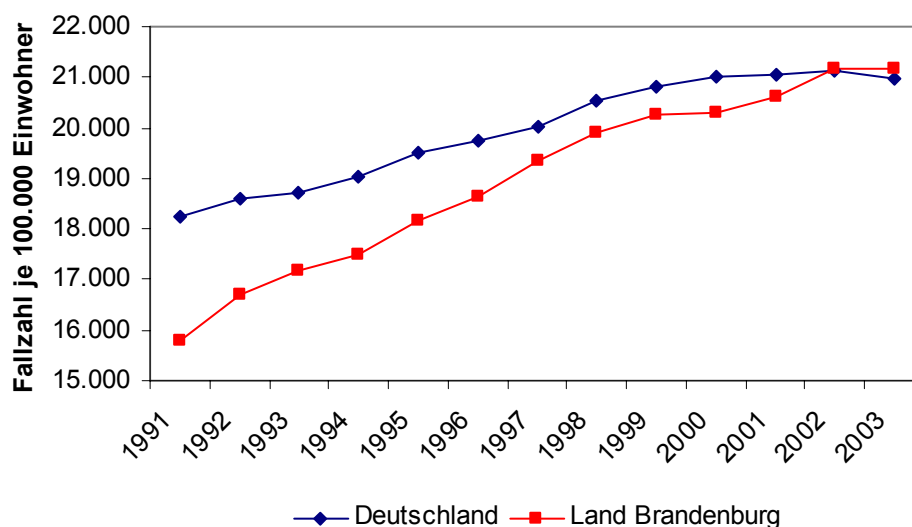
Abbildung 4.3.8. Aufgestellte Betten je 100.000 Einwohner im Land Brandenburg sowie in Deutschland, 1991-2004



Eigene Darstellung. Quelle: MASGF (2005), Statistisches Bundesamt (2005b)

Die stationär erbrachten Leistungen je Einwohner haben seit mehr als einer Dekade sowohl deutschlandweit als auch im Land Brandenburg zugenommen. Die Krankenhaus-häufigkeit ist im Land Brandenburg mit 21.160 Fällen je 100.000 Einwohner im Jahr 2003 etwas höher als im gesamtdeutschen Durchschnitt von 20.960 Fällen je 100.000 Einwohner (vgl. Abbildung 4.3.9, Tabelle B-8).

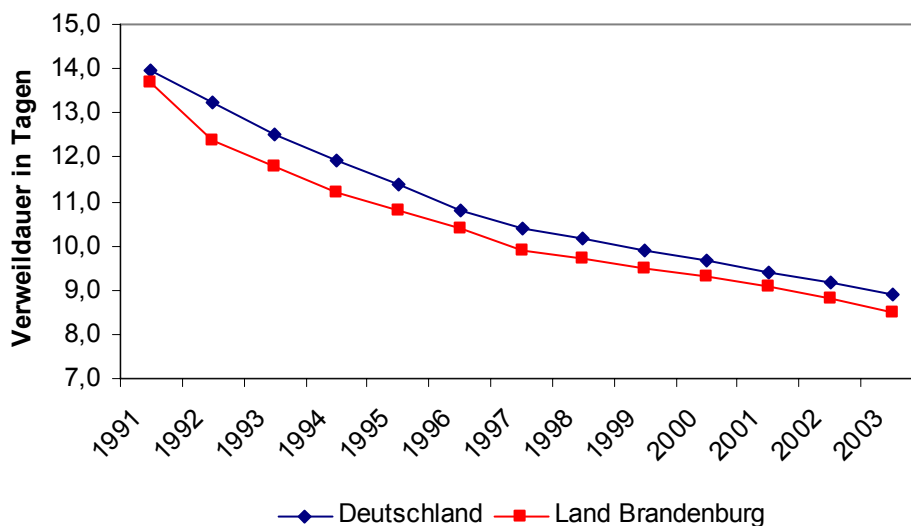
Abbildung 4.3.9. Fallzahlenentwicklung im Land Brandenburg und Deutschland, 1991-2003



Eigene Darstellung. Quelle: MASGF (2005), Statistisches Bundesamt (2005b)

Laut Krankenhausstatistik des Landes Brandenburg 2004 lassen sich 89,7 Prozent der Brandenburger im eigenen Bundesland behandeln. Im Vergleich zum Umland der Stadtstaaten Bremen und Hamburg weist Berlin relativ geringe Versorgungsanteile an der brandenburgischen Bevölkerung auf. Patientenwanderungen in andere Bundesländer und nach Polen sind insgesamt im Zeitablauf ausgeglichen und gering.²¹⁷

Abbildung 4.3.10. Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus im Land Brandenburg und Deutschland, 1991-2003



Eigene Darstellung. Quelle: MASGF (2005), Statistisches Bundesamt (2005b)

Die durchschnittliche Verweildauer²¹⁸ eines Krankenhauspatienten ist seit dem Jahr 1991 deutschlandweit gesunken. Im Land Brandenburg lag diese im beobachteten Zeitraum jedoch stets unterhalb des gesamtdeutschen Durchschnitts. So reduzierte sich die Dauer eines Krankenhausaufenthalts um nahezu vierzig Prozent und sank von 13,7 Tagen im Jahr 1991 auf 8,5 Tage im Jahr 2003 (vgl. Abbildung 4.3.10, Tabelle B-8).

Steigende Krankenhaushäufigkeit (das heißt: Erhöhung der Fallzahl) bei sinkenden Bettenzahlen und verkürzter Verweildauer im Krankenhaus stellen gegenläufige Effekte dar, die im Land Brandenburg insgesamt zu einem Anstieg der Bettenauslastung in den Krankenhäusern geführt haben. Der Nutzgrad der Betten, welcher sich aus der Relation tatsächlicher zu maximaler Bettenbelegung ergibt, beträgt im Jahr 2003 im Land Brandenburg 81,5 Prozent, deutschlandweit 77,6 Prozent.²¹⁹ Die vorhandenen Bettenkapazitäten werden so-

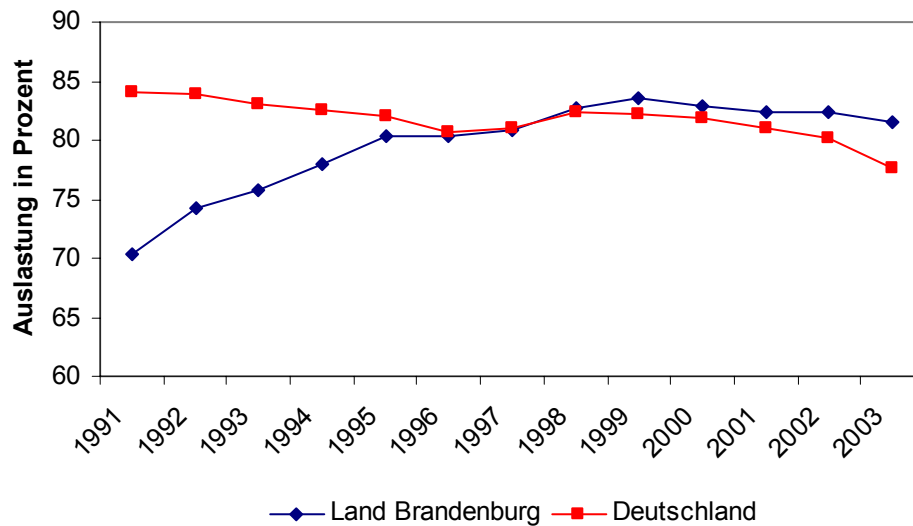
²¹⁷ Vgl. MASGF (2005), Abschnitt 4, S.47-52.

²¹⁸ Die durchschnittliche Verweildauer entspricht den Tagen, die ein Patient in vollstationärer Behandlung verbracht hat. Sie ist gleich dem Quotienten aus Berechnungs-/Belegungstage zur gesamten Fallzahl. Vgl. Anhang B, Abbildung B-6.

²¹⁹ Die tatsächliche Bettenbelegung entspricht den Berechnungs- und Belegungstagen, die von Patienten pro vollstationärem Tag im Krankenhaus Betten belegen. Die maximale Bettenkapazität ist

mit weder im Land Brandenburg noch deutschlandweit vollständig ausgenutzt. Während die durchschnittliche Bettenauslastung im gesamten Bundesgebiet seit dem Jahr 1991 leicht gesunken ist, stieg diese im Land Brandenburg an (vgl. Abbildung 4.3.11, Tabelle B-8).

Abbildung 4.3.11. Durchschnittliche Bettenauslastung im Land Brandenburg und Deutschland, 1991-2003

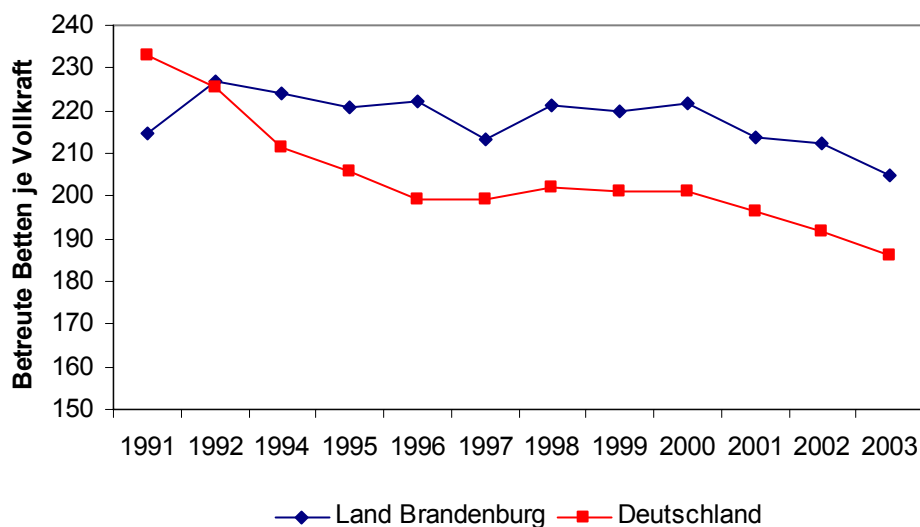


Eigene Darstellung. Quelle: MASGF (2005), Statistisches Bundesamt (2005b)

Wie die Personalentwicklung in den Krankenhäusern des Landes Brandenburg aufzeigt, ist das veränderte Leistungsgeschehen vor allem auf die gestiegene Krankenhaushäufigkeit zurückzuführen. Die Bettenzahl sank seit dem Jahr 1991 um 24,1 Prozent, das Personal (gemessen in Vollkräften) reduzierte sich im selben Zeitraum um 10,3 Prozent (vgl. Tabelle B-6, Tabelle B-9). Bei näherer Betrachtung des Personalrückgangs ist jedoch zu beachten, dass dieser ausschließlich die nichtpatientenbezogenen Dienste betrifft. Hier fanden Ausgliederungen statt und das Personal ist an die externen Dienstleister übergegangen. Die direkt patientenwirksamen Dienste – insbesondere der ärztliche und der Pflegedienst – haben insgesamt einen Anstieg in der Vollkräftezahl zu verzeichnen (vgl. Tabelle B-9). Die durchschnittliche Zahl an Betten, die eine Vollkraft pro Jahr zu versorgen hat, ist deutschlandweit im Zeitraum 1991-2003 um nahezu zwanzig Prozent gesunken und reduzierte sich im Land Brandenburg lediglich um fünf Prozent. Insgesamt betreut eine in brandenburgischen Krankenhäusern tätige Vollkraft im Jahresdurchschnitt 205 belegte Betten, das gesamtdeutsche Mittel beträgt 186 belegte Betten je Vollkraft (vgl. Abbildung 4.3.12).

das Produkt aus den aufgestellten Betten multipliziert mit den Kalendertagen (366 Tage im Schaltjahr, 365 Tage sonst). Bettenauslastung in Prozent = (Berechnungs- und Belegungstage / aufgestellte Betten * Kalendertage) * 100. Vgl. Anhang B, Abbildung B-6.

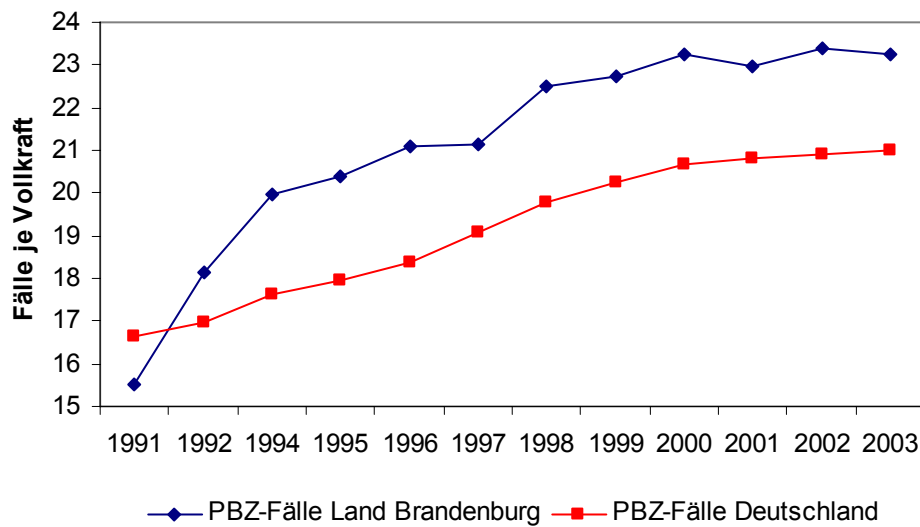
Abbildung 4.3.12. Personalbelastungszahl in Bezug auf belegte Betten im Land Brandenburg und Deutschland, 1991-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: MASGF (2005), Statistisches Bundesamt (2005b)

Die Personalbelastung bezogen auf die zu behandelnden Fälle hingegen ist sowohl deutschlandweit (hier um 25 Prozent) als auch im Land Brandenburg (um 50 Prozent) gestiegen. Auch weist diese eine überdurchschnittliche Belastung des brandenburgischen Personals mit 23 Fällen im Vergleich zum gesamtdeutschen mit 21 Fällen je Vollkraft im Jahr 2003 auf. Allerdings findet in dieser Kenngröße die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus keine Berücksichtigung; die Zahl der Patienten je Vollkraft ist gestiegen (vgl. Abbildung 4.3.13).

Abbildung 4.3.13. Personalbelastungszahl in Bezug auf Behandlungsfälle im Land Brandenburg und Deutschland, 1991-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: MASGF (2005), Statistisches Bundesamt (2005b)

Pflegebereich

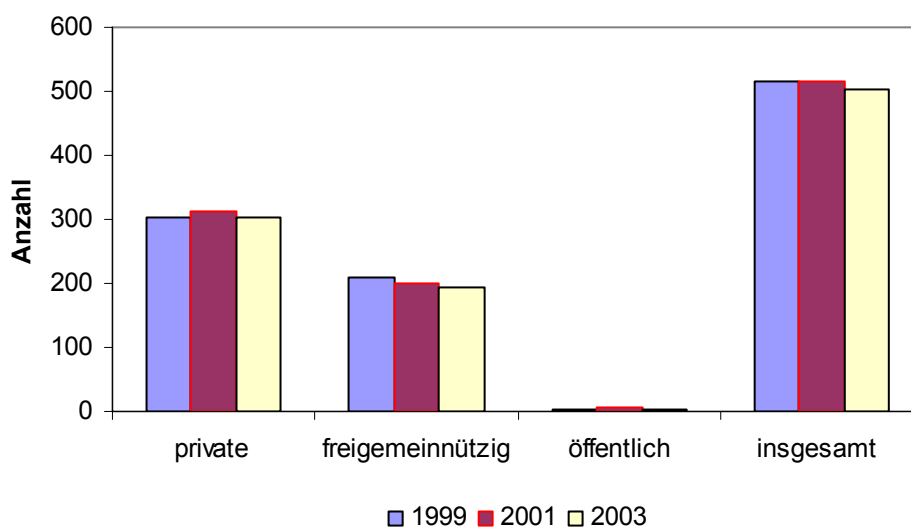
Pflegeleistungen werden in Deutschland sowohl von ambulanten als auch stationären Einrichtungen sowie von Angehörigen erbracht. Rechtsgrundlage für die Pflege ist das SGB XI. Der sogenannten sozialen Pflegeversicherung gehören alle GKV-Mitglieder (ca. 90 Prozent der Bevölkerung) an. Es besteht Versicherungszwang. Freiwillig in der GKV Versicherte besitzen ein Wahlrecht. Sie können sich auch bei einer privaten Pflegeversicherung versichern. Für Mitglieder der Privaten Krankenversicherung (PKV) besteht ebenfalls die Pflicht zur Pflegeversicherung bei einem privaten Anbieter, welcher wiederum einem Kontrahierungszwang unterliegt und die Versicherungswilligen unabhängig von ihrem Risiko aufnehmen muss. De facto ist so nahezu die gesamte Bevölkerung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit abgesichert. Lediglich diejenigen, die nicht krankenversichert sind, sind auch nicht verpflichtet, eine Pflegeversicherung abzuschließen.²²⁰

Die Zahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen²²¹ hat sich seit Einführung der Statistik im Jahr 1999 nur wenig verändert. Im Vergleich zu den Jahren 1999 und 2001 ist die Zahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen um 14 gesunken. Derzeit existieren im Land Brandenburg 502 ambulante Pflegeeinrichtungen, wovon 303 von privaten, 195 von freigemeinnützigen und vier von öffentlichen Trägern geführt werden (vgl. Abbildung 4.3.14).

²²⁰ Zur Pflegeversicherung vgl. BMGS (2004), Kapitel 11 sowie Ribhegge (2004b), Kapitel 5.

²²¹ Ambulante Pflegedienste sind durch einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen oder fallen unter die Regelungen nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI und gelten daher ebenfalls als zugelassen.

Abbildung 4.3.14. Ambulante Pflegeeinrichtungen im Land Brandenburg nach Trägerschaft für die Jahre 1999, 2001 und 2003



Eigene Darstellung. Quelle: Statistisches Bundesamt (2005a)

Für den Vergleich zwischen den Bundesländern stellt die amtliche Pflegestatistik lediglich die nicht sonderlich relevante Maßzahl der Pflegebedürftigen je ambulanten Pflegedienst zur Verfügung. Diese beträgt in Brandenburg 37,2 Pflegebedürftige je Einrichtung, im Durchschnitt Gesamtdeutschlands hingegen 42,4 (vgl. Tabelle B-10).

Bei Betrachtung im Zeitablauf wird offensichtlich, dass die Zahl der in ambulanten Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen im Land Brandenburg sehr viel schneller steigt als deutschlandweit. Seit 1999 nahm die Zahl der zu Betreuenden in Brandenburg um 21 Prozent zu, in Deutschland durchschnittlich jedoch nur um acht Prozent. Gleichzeitig stieg auch das in ambulanten Pflegeeinrichtungen tätige Personal: der Zuwachs betrug bis zum Jahr 2003 im Land Brandenburg 17 Prozent, deutschlandweit neun Prozent. Während somit in Deutschland insgesamt die Zahl der Betreuten je Pflegekraft leicht gesunken ist, war in Brandenburg im gleichen Zeitraum ein Anstieg zu verzeichnen (vgl. Tabelle B-11).

Die stationäre Versorgung in Pflegeheimen weist eine ähnliche Entwicklung auf. Seit dem Jahr 1999 hat hier die Zahl der zu Betreuenden im Land Brandenburg um 18 Prozent zugenommen, deutschlandweit durchschnittlich um zwölf Prozent. Gleichzeitig stieg jedoch die Personalausstattung überproportional, welches zu einer Reduktion der Betreuungszahl je Personal sowohl im Land Brandenburg als auch deutschlandweit führte, wenngleich die Personalbelastung in Brandenburg höher ist (vgl. Tabelle B-12).

Jeder sechste Einwohner Brandenburgs im Alter von über 65 Jahren ist pflegebedürftig; bei den über 75jährigen ist es jeder vierte. Knapp die Hälfte aller brandenburgischen Pflegebedürftigen (46 Prozent) wird zu Hause von Angehörigen betreut. Einen ambulanten Pflegedienst nehmen 27 Prozent der Betroffenen in Anspruch. Weitere 27 Prozent sind in Pfl-

geheimen untergebracht. Im Bundesdurchschnitt werden etwas mehr Pflegebedürftige als in Brandenburg zu Hause von Angehörigen betreut: der durchschnittliche Anteil liegt bei 47 Prozent; die Pflegeheime versorgen durchschnittlich 31 Prozent, ambulante Pflegeeinrichtungen 22 Prozent der zu Betreuenden.²²²

In den letzten Jahren ist eine Verschiebung von der Pflege durch Angehörige zur professionellen Pflege zu beobachten. Die Zahl der zu Hause von Angehörigen Betreuten ist im Land Brandenburg seit dem Jahr 1999 um fünf Prozent gesunken, während die Betreuung durch ambulante Pflegedienste in Brandenburg um drei Prozent und in Pflegeheimen um zwei Prozent zugenommen hat. Deutschlandweit zeigt sich eine ähnliche, wenn auch etwas verhaltenere Entwicklung. Diese Verschiebung ist im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung Brandenburgs zu sehen: immer weniger Menschen werden aufgrund ihrer Alterung in der Lage sein, Angehörige zu betreuen. Wie bereits im Kapitel 3.4 angeführt, ist in Zukunft mit einem besonders starken Anstieg der älteren Bevölkerung zu rechnen. Insbesondere der Anteil der Hochbetagten wird stark zunehmen, sodass die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit überdurchschnittlich wachsen und die Inanspruchnahme professioneller Pflege stark steigen wird.²²³

4.3.2. Versorgungsstrukturen in Lubuskie

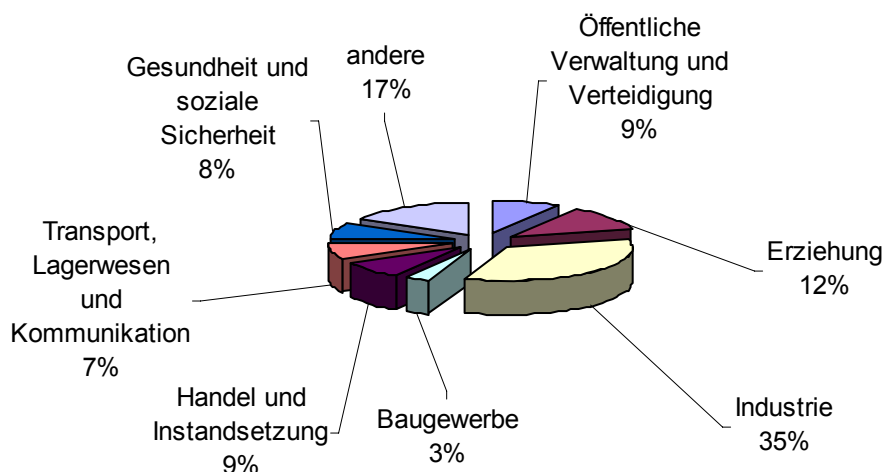
In Lubuskie arbeiten über acht Prozent aller Beschäftigten im Gesundheitssektor. Zwei Dinge kennzeichnen diesen Sektor: zum einen ist die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten im öffentlichen Sektor angestellt, zum anderen sind hier vor allem Frauen tätig. Im Jahr 2003 sind von insgesamt 17.854 Beschäftigten im Gesundheitswesen 14.803 (83 Prozent) im öffentlichen und 3.051 (17 Prozent) im privaten Sektor tätig. Der Frauenanteil beträgt hier insgesamt 80 Prozent, von den Neueingestellten sind 72 Prozent Frauen.²²⁴

²²² Vgl. Statistisches Bundesamt (2005c) sowie Anhang B, Tabelle B-13.

²²³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2005c).

²²⁴ Vgl. Urząd Statystyczny (2004), S. 110ff.

Abbildung 4.3.15. Beschäftigte nach Sub-Sektoren in Lubuskie, 2003



Eigene Darstellung. Quelle: Urząd Statystyczny (2004)

Verschiedene Institutionen gewährleisten in Polen die medizinische Versorgung. Im Gegensatz zu Deutschland unterscheiden sich die institutionellen Träger in der ambulanten und stationären Versorgung nicht so deutlich voneinander. Die meisten Versorgungseinrichtungen sind als Gesundheitsbetriebe, sog. ZOZ (*Zakład Opieki Zdrowotnej*), organisiert. Zu den ZOZ zählen im Wesentlichen folgende Einrichtungen: Krankenhäuser, Polikliniken, Pflegeeinrichtungen, Sanatorien, Ambulanzen, Rettungsdienste, Diagnosezentren sowie Rehabilitationseinrichtungen.²²⁵ Die überwiegende Mehrheit der Gesundheitsbetriebe wird öffentlich-rechtlich als SPZOZ (*Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej*) geführt und ist relativ stark an die Selbstverwaltungsorgane der jeweiligen Wojewodschaften gebunden. Andere Gesundheitsbetriebe sind nichtöffentlich (sog. NZOZ – *Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej*) und werden von Institutionen (beispielsweise der katholischen Kirche), aber auch Privatpersonen getragen. Sie sind nach einer im polnischen Handelsrecht zugelassenen Form organisiert.²²⁶

Die Bestimmung der Zahl der medizinischen Leistungserbringer gestaltet sich aufgrund der verfügbaren statistischen Erhebungen schwierig, da diese je nach Quelle unterschiedliche Daten für dieselben Sachverhalte angeben, wenngleich diese nicht stark divergieren. Schwerwiegender ist, dass sämtliche Erhebungen den privaten Bereich der Gesundheitsversorgung nicht adäquat berücksichtigen. Zum einen werden nur jene privaten Leistungserbringer miteinbezogen, die ausschließlich mit dem NFZ zusammenarbeiten. Zweitens ist eine Doppelzählung der Leistungserbringer (insbesondere Ärzte), die sowohl eine private

²²⁵ Vgl. Podzerek-Knop (2004), S.35.

²²⁶ Ebenda, S.35f.

Praxis führen als auch in einem Gesundheitsbetrieb angestellt sind, nicht ausgeschlossen.²²⁷ Aufgrund der in den letzten Jahren verstärkten Privatisierung im Gesundheitswesen ist davon auszugehen, dass die in der folgenden Tabelle 4.3.1 angegebene Zahl der Leistungserbringer eher zu niedrig ausfällt.²²⁸ Dennoch ist es möglich, die Lubusker Gesundheitsversorgung (derselben Erhebungsgrundlage wegen) in den gesamtpolnischen Kontext einzuordnen. Dabei zeigt sich, dass den Lubuskern in den öffentlichen Gesundheitsbetrieben weniger medizinisches Personal als im Landesdurchschnitt zur Verfügung steht, der private Bereich der Leistungserbringung jedoch überdurchschnittlich entwickelt ist.

Tabelle 4.3.1. Medizinisches Personal in Lubuskie und Polen, 2003

	Lubuskie		Polen	
	absolut	je 100.000 EW	absolut	je 100.000 EW
Ärzte	1.887	187,1	89.317	233,9
öffentliche ZOZ	1.066	105,7	64.052	167,7
nichtöffentliche ZOZ	697	69,1	23.565	61,7
Privatpraxis	124	12,3	1.700	4,5
Zahnärzte	432	42,8	14.017	36,7
öffentliche ZOZ	20	2,0	4.082	10,7
nichtöffentliche ZOZ	184	18,2	6.655	17,4
Privatpraxis	228	22,6	3.280	8,6
Krankenschwestern	4.746	470,5	184.169	482,2
öffentliche ZOZ	3.526	349,5	149.461	391,4
nichtöffentliche ZOZ	1.046	103,7	31.830	83,3
Privatpraxis	174	17,2	2.878	7,5
Hebammen	623	61,8	21.692	56,8
öffentliche ZOZ	440	43,6	17.443	45,7
nichtöffentliche ZOZ	151	15,0	3.686	9,7
Privatpraxis	32	3,2	563	1,5
Pharmazeuten	479	47,5	3.472	9,1

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: CSIOZ (2004b), GUS (1995-2005), Urząd Statystyczny (2004)

Während in Lubuskie knapp sechs Prozent der Ärzte privat tätig sind, sind es im polnischen Durchschnitt lediglich zwei Prozent. Insbesondere mit Zahnärzten ist die Wojewodschaft gut ausgestattet: so sind hier nicht nur mehr Dentisten je Einwohner tätig, sondern

²²⁷ Da in den Statistiken die Aufsplittung der Leistungserbringer gemäß ihrer Tätigkeit in einen öffentlichen, nichtöffentlich und privaten Einrichtungen erst seit dem Jahr 2003 vorgenommen wird, ist es darüber hinaus nicht möglich, aus der Entwicklung im Zeitablauf Schlüsse zu ziehen. Da die Privatisierungen seit den 1990er Jahren zulässig sind, jedoch in den Statistiken nicht erfasst wurden, sind auch etwaige Verschiebungen zwischen den Subbereichen nicht geeignet, um Aussagen über die Zahl der Leistungserbringer zu treffen.

²²⁸ Zwar sind vor dem Jahr 2003 keine Angaben zu den im privaten Bereich tätigen Leistungserbringern verfügbar. Nichtsdestoweniger lässt sich das Wachstum aus den Zahlen der entstandenen privaten Praxen und Krankenhäusern ableiten. Vgl. hierzu auch Tabelle 4.3.2 sowie Tabelle 4.3.4.

mehr als die Hälfte von ihnen erbringt diese Leistungen privat, wohingegen im polnischen Durchschnitt nur ein Viertel der Zahnärzte private Praxen betreibt. Darüber hinaus stehen in Lubuskie mehr als fünfmal so viele Pharmazeuten (polnisches Äquivalent zu Apothekern) je 100.000 Einwohner zur Verfügung als in Polen insgesamt.

Ambulante ärztliche Versorgung

Die ambulante medizinische Versorgung findet immer noch vor allem in den Gesundheitsbetrieben statt, wenngleich der Anteil der privat praktizierenden Leistungserbringer kontinuierlich wächst.²²⁹ Die ZOZ stellen de facto aus Zeiten des staatlichen Gesundheitsdienstes fortgeführte Polikliniken dar. In einem ZOZ gewährleisten in der Regel ein Allgemeinarzt (oder Internist) sowie Fachärzte die Gesundheitsversorgung. In den ländlichen Regionen handelt es sich hierbei neben dem Allgemeinmediziner zumeist um einen Kinderarzt, einen Gynäkologen, einen Zahnarzt sowie Pflegepersonal. In den Städten sind darüber hinaus weitere Fachärzte in den ZOZ tätig. Die privaten Praxen werden vorrangig von Krankenhausärzten staatlicher stationärer Einrichtungen (auch als Nebentätigkeit) geführt.²³⁰

Wie Podzerek-Knop (2004) ausführt, nimmt der Familien- resp. Hausarzt²³¹ eine entscheidende Stellung in der ambulanten Versorgung ein. Für den Patienten wird hier ein Hausarzt festgelegt, der als *gatekeeper* fungiert und somit über die weitere Behandlung des Patienten bestimmt. Das heißt, für die Behandlung durch einen Facharzt oder im Krankenhaus ist die Überweisung durch den Hausarzt nötig. Ein Vermeiden des Hausarztes, indem der Versicherte beispielsweise (wie in Deutschland durchaus üblich) in direkten Kontakt mit einem Facharzt tritt, ist nicht möglich – es sei denn, der Patient ist bereit, die Facharztbehandlung vollständig privat zu zahlen. Eine weitere Ausnahme bildet die Notfallbehandlung im Krankenhaus. Hintergrund für die Einführung des Hausarztssystems ist die Annahme einer effizienteren somit kostengünstigeren Diagnostik und Therapie durch den Hausarzt als *gatekeeper*, denn als Primärarzt übernimmt dieser die Koordinierung der Versorgung.

Wie die Tabelle 4.3.2 aufzeigt, gibt es in Lubuskie derzeit 279 ambulante Gesundheitsbetriebe sowie 279 Privatpraxen, die mit dem NFZ kontrahiert haben. Seit dem Jahr 1999 ist sowohl die Zahl der Gesundheitsbetriebe als auch die der privaten Arztpraxen gestiegen. Auffällig ist der Unterschied zwischen Stadt und Land. In den Städten ist eine höhere Ver-

²²⁹ Private Arztpraxen können seit dem Gesetz über den Arztberuf vom 5.12.1996 von zugelassenen Ärzten gegründet werden. Eine Akkreditierung durch die Ärztekammer ist hierfür notwendig.

²³⁰ Vgl. Vogler und Habl (1999), Kapitel 2.5.

²³¹ Die sog. Familienärzte sollten für die Grundversorgung der Patienten gesondert qualifiziert werden. Im Rahmen der 1999er Reform ist es nicht gelungen, ausreichend Familienärzte auszubilden, sodass zwar die Funktion des Familienarztes, jedoch nicht die Ausbildung für das Ausüben dieser Tätigkeit als Voraussetzung beibehalten wurde. Um Konfusionen zwischen der Tätigkeit und der Ausbildung zu vermeiden, wird ein in der Grundversorgung tätiger Arzt nun als „Arzt des Ersten Kontakts“ bezeichnet. Vgl. Podzerek-Knop (2004), S.37f. Da es sich hierbei aufgrund der Organisationsform um eine Form des Hausarztmodells handelt, wird im Weiteren anstelle der Termini Familienarzt bzw. Arzt des Ersten Kontaktes der Begriff Hausarzt verwandt.

sorgungsdichte mit Gesundheitsbetrieben, aber auch privaten Leistungserbringern als auf dem Land zu beobachten. Ein ländlicher ZOZ betreut durchschnittlich doppelt so viele, ein Landarzt nahezu dreimal so viele Einwohner wie ihre städtischen Pendanten.²³² Erschwerend für die ländlichen Leistungserbringer wirkt sich der Umstand aus, dass in den ländlichen Gesundheitszentren in der Regel weniger Ärzte als in den städtischen tätig sind.

Tabelle 4.3.2. Ambulante Einrichtungen in Lubuskie, 1999-2003

	1999	2000	2001	2002	2003
Gesundheitsbetriebe					
gesamt					
ZOZ	201	189	184	171	279
Einwohner/ZOZ	5.092	5.418	5.568	5.901	3.613
in den Städten					
ZOZ	135	145	142	124	220
Einwohner/ZOZ	4.908	4.567	4.658	5.250	2.955
auf dem Lande					
ZOZ	66	44	42	47	59
Einwohner/ZOZ	5.468	8.223	8.643	7.617	6.068
Arztpraxen					
gesamt					
Arztpraxen	47	100	214	201	279
Einwohner/Arztpraxen	21.777	10.240	4.787	5.020	3.613
in den Städten					
Arztpraxen	35	84	170	163	234
Einwohner/Arztpraxen	18.931	7.883	3.891	3.994	2.778
auf dem Lande					
Arztpraxen	12	16	44	38	45
Einwohner/Arztpraxen	30.075	22.613	8.250	9.421	7.956

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: Urząd Statystyczny (2001), Urząd Statystyczny (2002), Urząd Statystyczny (2004), GUS (1995-2005)

Im Vergleich zur gesamtpolnischen Situation betreuen Lubusker Einrichtungen zwölf Prozent mehr Einwohner in den ZOZ, jedoch ca. ein Drittel weniger Einwohner durch private Arztpraxen (vgl. Tabellen B-14 und B-16). Das heißt, die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen sind in der Wojewodschaft unterdurchschnittlich repräsentiert, die privaten dagegen überdurchschnittlich.

Deutlich wird dies auch in der ambulanten Grundversorgung. Seit dem Jahr 2001 ist im Einklang mit der gesamtpolnischen Entwicklung ein starker Rückgang des medizinischen

²³² Es wurde hierfür die Quote Einwohner/Einrichtung gewählt. Eine exakte Bestimmung des Einwohner/Arzt-Verhältnisses ist nicht möglich, da die verfügbaren Statistiken, in einem ZOZ tätige Ärzte nicht getrennt nach ambulanter und stationärer Tätigkeit aufführen. Eine solche Unterscheidung ist nur für die Einrichtungen zu finden. Unter der Annahme, dass ambulante ZOZ jeweils in der Stadt bzw. auf dem Land ähnliche Personalstärken aufweisen, scheint diese Quote geeignet, um die Versorgungsdichte einzuschätzen.

Personals mit Verträgen in der ambulanten Grundversorgung (POZ – *Podstawowa Opieka Zdrowotna*) in den Gesundheitsbetrieben zu konstatieren. Dieser lässt verstärkt Privatisierungen in Form von Ausgründungen von Privatpraxen vermuten, da solche finanziell für die Leistungserbringer wesentlich attraktiver sind als die pauschal vergütete ambulante Grundversorgung (vgl. hierzu Abschnitt 4.4.2). Derzeit sind in Lubuskie lediglich 29 Hausärzte je 100.000 Einwohner in den Gesundheitsbetrieben tätig, der Landesdurchschnitt liegt bei 42 Hausärzten je 100.000 Einwohner (vgl. Tabelle 4.3.3).

Tabelle 4.3.3. In der ambulanten Grundversorgung (POZ) tätiges medizinisches Personal, 2001-2003

	Absolut			je 100.000 EW		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Polen						
Ärzte	22.627	23.238	16.182	59	61	42
Krankenschwestern	28.532	28.350	24.386	75	74	64
Hebammen	4.515	4.464	3.482	12	12	9
Lubuskie						
Ärzte	489	468	295	48	46	29
Krankenschwestern	601	582	423	59	57	41
Hebammen	83	80	55	8	8	5

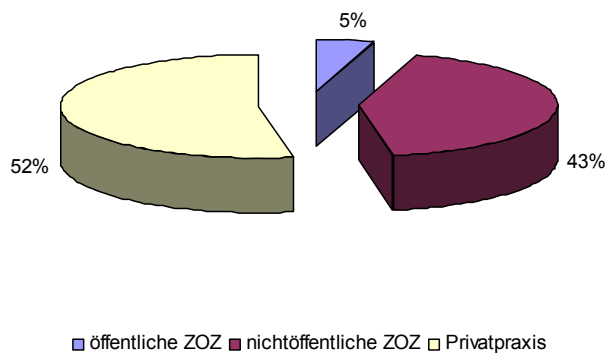
Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: CSIOZ (2004b), CSIOZ (2003), CSIOZ (2002), GUS (1995-2005)

Der relativ stark ausgeprägte private ambulante Bereich in Lubuskie könnte im Zusammenhang mit der Grenzlage und den sich daraus ergebenden zusätzlichen Gewinnrealisierungsmöglichkeiten für niedergelassene Ärzte stehen. Ein weiteres mögliches Indiz hierfür stellt die vergleichsweise gut entwickelte zahnärztliche Betreuung in der Wojewodschaft dar (vgl. Tabelle 4.3.1).

Zahnmedizinische Versorgung

Die zahnärztliche Versorgung in Lubuskie ist gemessen am polnischen Durchschnitt sehr gut. Seit 1995 hat die Zahnärztdichte in der Wojewodschaft um nahezu zwanzig Prozent zugenommen (vgl. Tabelle B-15). Dies ist insbesondere mit dem Wachstum privater Leistungserbringer in diesem Bereich zu erklären. Im Jahr 2003 sind in Lubuskie 43 Zahnärzte je 100.000 Einwohner tätig, im polnischen Durchschnitt sind es lediglich 28 Zahnärzte je 100.000 Einwohner. Im europäischen Vergleich liegt die Lubusker Zahnärztdichte damit im Mittel der neuen EU-10 Mitgliedsstaaten, jedoch deutlich unterhalb der westeuropäischen Versorgungszahlen (vgl. Abbildung B-5).

Abbildung 4.3.16. Zahnärzte nach Einrichtung in Lubuskie, 2003



Eigene Darstellung und Berechnung. Quelle: GUS (1995-2005)

Derzeit sind in Lubuskie bereits über die Hälfte aller Zahnärzte in privaten Praxen tätig, weitere 43 Prozent in nichtöffentlichen Einrichtungen und lediglich fünf Prozent praktizieren weiterhin in öffentlichen Einrichtungen. Anders das gesamtpolnische Bild: hier arbeiten 29 Prozent der Zahnärzte weiterhin in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, 23 Prozent in nichtöffentlichen und 48 Prozent in privaten Praxen.²³³

Stationäre Versorgung

Der stationäre Sektor ist weitestgehend staatlich organisiert und untersteht dem Gesundheitsministerium. Träger der öffentlichen Krankenhäuser sind zumeist die Wojewodschaften. Einige öffentliche Krankenhäuser unterstehen direkt dem Gesundheitsministerium, weitere anderen Ministerien (wie beispielsweise Armeekrankenhäuser oder Krankenhäuser der polnischen Bahn). Neben den öffentlichen Trägern sind darüber hinaus private zugelassen, deren Anzahl ist bisher jedoch gering.

Öffentliche Krankenhäusern werden durch das Gesundheitsministerium in drei Referenzstufen entsprechend ihres Spezialisierungsgrades sowie nach Kapital- und Personalausstattung bzw. Qualifikation der Leistungserbringer klassifiziert. In der Praxis erfolgt die Klassifikation weniger nach oben genannten Kriterien, sondern eher gemäß dem Status der Gründerinstitution, sodass das Referenzniveau eines Krankenhauses nicht notwendigerweise immer im Zusammenhang mit der Qualität und Leistungsbreite steht. Das niedrigste Referenzniveau haben Gemeinde-, Stadt-, und Kreiskrankenhäuser. Das zweite Referenzniveau erhalten Universitätskrankenhäuser. Das höchste Referenzniveau weisen Krankenhäuser auf, die an Forschungseinrichtungen angeschlossen sind. Krankenhäuser mit einem höheren Referenzniveau verfügen über ein höheres Einzugsgebiet und werden von höheren Selbstverwaltungsorganen organisiert. Für Krankenhäuser mit überregionaler Reichweite erstellt das Gesundheitsministerium Krankenhauspläne. Für Krankenhäuser mit einem nied-

²³³ Datenquelle: GUS (1995-2005).

rigeren Referenzniveau entscheiden die Selbstverwaltungsorgane der jeweiligen Wojewodschaften über die Planung. Patienten, die sich stationär behandeln lassen wollen, sind durch den Haus- oder einen Facharzt zu überweisen. Hierbei entscheidet der überweisende Arzt über das Referenzniveau gemäß des Spezialisierungsgrades des Krankenhauses, jedoch nicht über den konkreten Anbieter. Eine Ausnahme stellt die Notfallbehandlung dar.²³⁴

In der Wojewodschaft Lubuskie gewährleisten derzeit 23 Krankenhäuser die stationäre Versorgung, wovon fünf nichtöffentlich geführt werden. Seit dem Jahr 2001 steigt die Zahl der nichtöffentlichen Einrichtungen (vgl. Tabelle 4.3.4). Da die nichtöffentlichen Krankenhäuser jedoch überwiegend privatisierte öffentliche Gesundheitsbetriebe darstellen und vergleichsweise wenige Patienten behandeln, hat sich die Bettenzahl je Einwohner trotz zusätzlicher Krankenhäuser nicht entscheidend verändert. Vielmehr ist anzunehmen, dass die Verlagerung öffentlich zur Verfügung stehender Betten in den nichtöffentlichen Bereich eher zu einer weiteren Versorgungsverknappung im stationären Sektor geführt hat, wie auch die Tabelle 4.3.4 zeigt. Diese Entwicklung ist im Einklang mit der gesamtpolnischen, wenngleich die Bettendichte mit 462 Betten je 100.000 Einwohner in Lubuskie geringer als der Landesdurchschnitt von 492 Betten je 100.000 Einwohner ist (vgl. hierzu Tabelle B-17).

Tabelle 4.3.4. Krankenhäuser und Bettenausstattung in Lubuskie, 1999-2003

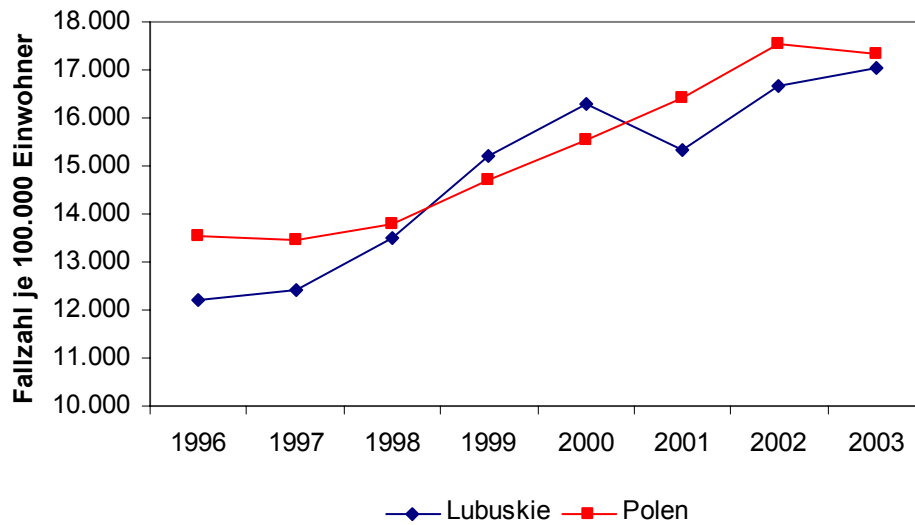
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Krankenhäuser	21	21	21	21	21	23	21	23
öffentlich	21	21	21	21	21	21	18	18
nichtöffentlich	0	0	0	0	0	2	3	5
Betten	5.304	5.282	5.179	4.899	4.650	4.553	4.803	4.735
öffentlich	5.304	5.282	5.179	4.899	4.650	4.553	4.367	4.300
nichtöffentlich	0	0	0	0	0	0	436	435
Betten je 100.000 EW	521,2	517,7	506,5	478,7	454,1	453,9	468,9	462,4

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1995-2005), Urząd Statystyczny (2001), Urząd Statystyczny (2002), Urząd Statystyczny (2004)

Die Krankenhaushäufigkeit hat sowohl in Polen als auch in Lubuskie zugenommen, wenngleich die Steigerung seit dem Jahr 1996 mit knapp 40 Prozent in der Wojewodschaft deutlich höher ausfällt als im Landesdurchschnitt mit etwa 30 Prozent. Lubuskie hat mit 17.055 Fällen je 100.000 Einwohner im Jahr 2003 eine etwas geringere Zahl stationärer Behandlungsfälle als der polnische Durchschnitt mit 17.324 Fällen je 100.000 Einwohner aufzuweisen (vgl. Abbildung 4.3.17, Tabelle B-18).

²³⁴ Vgl. Golinowska et al. (2003), Kapitel 5.1.2.

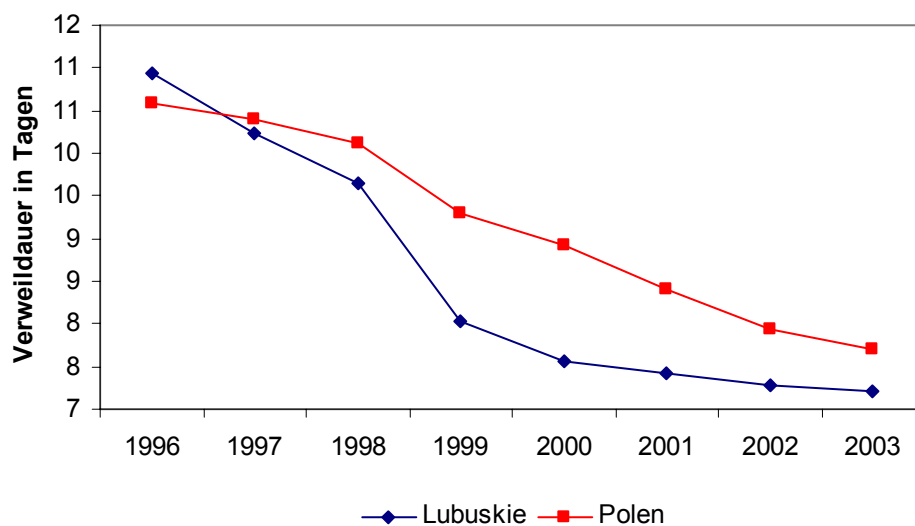
Abbildung 4.3.17. Fallzahlentwicklung je 100.000 Einwohner in Lubuskie und Polen, 1996-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1995-2005)

Die Dauer der Krankenhausaufenthalte hat in Polen stark abgenommen. In Lubuskie fiel die durchschnittliche Anzahl der Krankenhaustage um ein Drittel, polenweit um ein Viertel seit dem Jahr 1996. Im Jahr 2003 werden Patienten in der Wojewodschaft durchschnittlich 7,2 Tage stationär behandelt, im Landesdurchschnitt 7,7 Tage (vgl. Abbildung 4.3.18, Tabelle B-18).

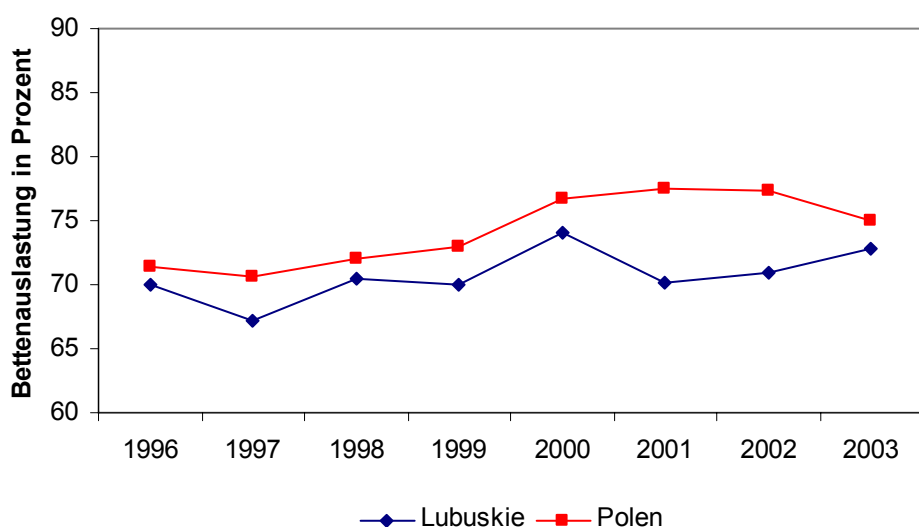
Abbildung 4.3.18. Durchschnittliche Verweildauer in Tagen in Lubuskie und Polen, 1996-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1995-2005)

Die Statistik weist für Krankenhäuser in Polen relativ hohe Überkapazitäten aus. In Lubuskie liegt die Bettenauslastung derzeit bei lediglich 74,3 Prozent. Seit dem Jahr 1996 hat sich die Situation nicht wesentlich verändert, da die rapide steigender Fallzahlen durch stark verkürzten Verweilzeiten kompensiert werden: der Nutzungsgrad der Betten stieg über den gesamten Zeitraum in der Wojewodschaft lediglich um vier Prozent; polenweit um fünf Prozent (vgl. Abbildung 4.3.19, Tabelle B-18). Die Existenz von Warteschlangen bei gleichzeitiger Unterauslastung der Krankenhäuser ist mit der strikten Budgetierung von Leistungen und der ineffizienten Allokation von Ressourcen in der stationären Versorgung in Polen zu erklären.

Abbildung 4.3.19. Auslastung der Krankenhäuser in Lubuskie und Polen, 1996-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1995-2005)

Wie eingangs erläutert, lassen sich über die Personalstärke in den Gesundheitsbetrieben und somit auch in den stationären Einrichtungen keine gesicherten Aussagen treffen. Darüber hinaus wird das medizinische Personal in polnischen Statistiken entsprechend der Organisationsform veröffentlicht, das heißt die Zuordnung erfolgt zu öffentlichen und nichtöffentlichen Gesundheitsbetrieben (SPZOZ und NZOZ). Da sowohl Polikliniken als auch Krankenhäuser diese Organisationsform annehmen, ist es nicht möglich, Aussagen über in polnischen Krankenhäusern beschäftigtes Personal abzuleiten. Somit ist die Personalbelastung ebenfalls nicht beobachtbar.

Pflegebereich

Der Pflegebereich ist in Polen überwiegend privat organisiert und finanziert. Eine Pflegeversicherung wie in Deutschland gibt es nicht. Die polnische Sozialversicherungsanstalt ZUS zahlt eine aus dem Sozialversicherungsfond finanzierte Pflegezulage in Höhe von 144,25

Złoty (ca. 38 €)²³⁵, wenn eine zur Rente berechnigte Person voll erwerbsunfähig wird und nicht mehr in der Lage ist, ihren Lebensunterhalt selbst zu bestreiten. Diese Pflegezulage erhalten ebenfalls alle Personen, die das 75. Lebensjahr vollendet haben.²³⁶

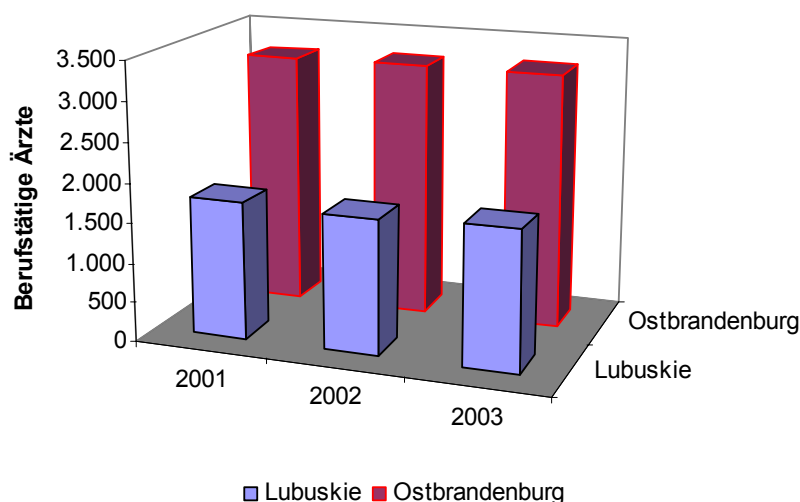
Einrichtungen zur Betreuung und Pflege sind zumeist Krankenhäusern angegliedert. Darüber hinaus existieren Hospize. Die ambulante Pflege wird privat durch Familienangehörige organisiert. Ferner bieten selbstständige Krankenschwestern und Altenpfleger private Pflegedienstleistungen an.

4.3.3. Versorgungssituation in der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie

Sowohl auf der deutschen als auch auf der polnischen Seite ist das Angebot an Gesundheitsdienstleistungen im jeweiligen Ländervergleich unterdurchschnittlich entwickelt. Der Ausbau des Angebots in beiden Regionen erscheint daher als erstrebenswert.

Einen guten Indikator zur Bewertung der Versorgungssituation stellt die Arztdichte dar, üblicherweise gemessen als die Zahl der berufstätigen Ärzte je 100.000 Einwohner. Da beide Regionen, wie oben erläutert, sich in ihrer Bevölkerungszahl kaum unterscheiden, kann alternativ auch die absolute Zahl an Ärzten zur Bewertung herangezogen werden. Die Zahl der berufstätigen Ärzte hat in der Grenzregion zwar minimal zugenommen, das Versorgungsangebot ist jedoch insgesamt als zu niedrig einzuschätzen. Für Ostbrandenburg wurde bereits eine drohende Unterversorgung durch die Zenker (2005) festgestellt, wenngleich hier derzeit fast doppelt so viele Mediziner wie in der Wojewodschaft arbeiten (vgl. Abbildung 4.3.20).

Abbildung 4.3.20. Berufstätige Ärzte in Lubuskie und Ostbrandenburg, 2001-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LÄKB (2004a), LCZP (2004), GUS (1995-2005)

²³⁵ Gültiger Satz im Jahr 2005.

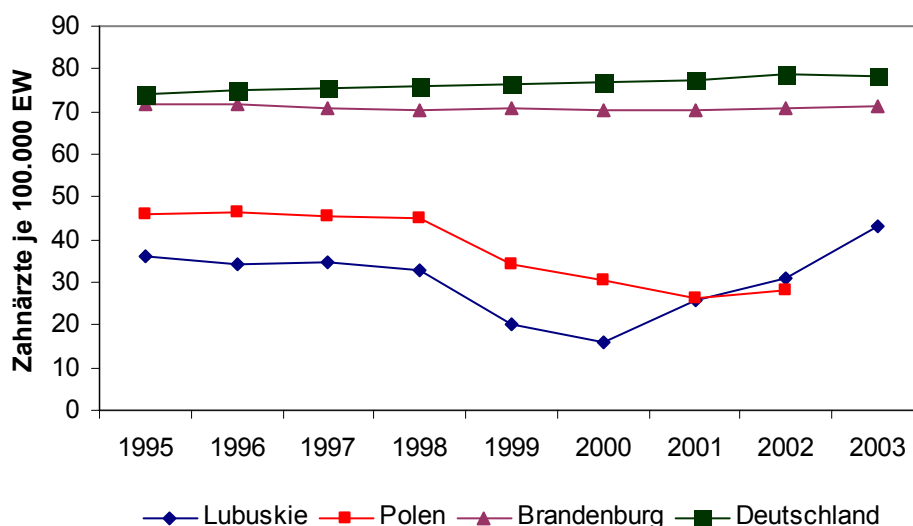
²³⁶ Vgl. ZUS (2005).

Gemessen am deutschen Maßstab ist die in Ostbrandenburg drohende medizinische Unterversorgung in Lubuskie bereits Realität. Im Jahr 2003 sind hier lediglich 175 Ärzte je 100.000 Einwohner tätig, in Ostbrandenburg dagegen 316 Ärzte.

Insbesondere in der ambulanten medizinischen Versorgung ist die Personalbelastung bereits überdurchschnittlich hoch. In Ostbrandenburg muss hier in den nächsten Jahren mit einer weiteren Verschlechterung der Versorgung aufgrund des hohen Alters der Vertragsärzte gerechnet werden, wenn es nicht gelingt, die Zahl der Neuniederlassung und Praxisübernahmen erheblich zu steigern: Wie oben ausgeführt, haben derzeit ein Viertel aller Vertragsärzte ein Alter von mehr als 60 Jahren und werden daher in naher Zukunft in Ruhestand gehen. In Lubuskie sind Ärzte oft einer Doppelbelastung ausgesetzt: Fachärzte arbeiten parallel sowohl in Krankenhäusern als auch in ambulanten Gesundheitseinrichtungen. Besonders dramatisch gestaltet sich die Situation in der ambulanten Grundversorgung. Hier ist die Zahl der Hausärzte in den Gesundheitsbetrieben zugunsten der privaten Leistungserbringung stark zurückgegangen.

Die zahnmedizinische Versorgung in der Grenzregion ist als gesichert einzuschätzen, wenngleich auch hier die Arztdichte mit 72 Dentisten je 100.000 in Ostbrandenburg sehr viel höher als in Lubuskie mit 43 Zahnärzten je Einwohner ist. Gemessen am polnischen Durchschnitt weist die Wojewodschaft eine sehr gute Ausstattung mit Zahnärzten auf. Insgesamt ist auf beiden Seiten der Oder ein Anstieg der zahnmedizinischen Versorgung zu beobachten (vgl. Abbildung 4.3.21).

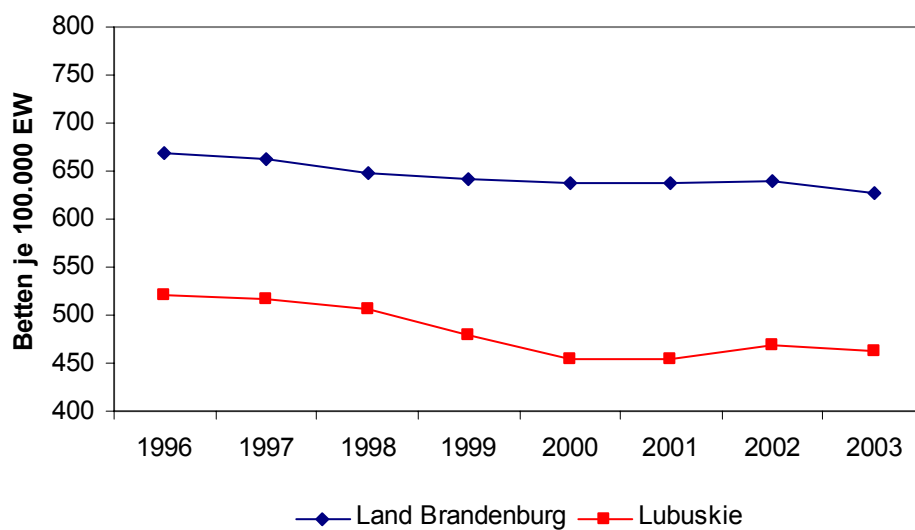
Abbildung 4.3.21. Zahnarztdichte je 100.000 Einwohner im Vergleich, 1995-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: KZBV (2005), Statistisches Bundesamt (2005a), GUS (1995-2005)

Eine vergleichende Analyse der stationären Versorgung gestaltet sich aufgrund der verfügbaren Informationen schwierig. Dass die Krankenhäuser weder dies- noch jenseits der Oder vollständig ausgelastet sind, bedeutet nicht zwangsläufig, dass eine adäquate stationäre Versorgung gewährleistet ist. Vor allem durch die strikte Budgetierung der Krankenhausbetten durch den NFZ in Polen, muss von fehlallozierten Ressourcen ausgegangen werden. Das heißt, es ist möglich, dass Patienten nicht stationär behandelt werden, obwohl die Betten nicht ausgelastet sind, da der NFZ die Zahl der Behandlungen je Einrichtung limitiert.

Abbildung 4.3.22. Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner im Vergleich, 1995-2003



Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: MASGF (2005), GUS (1995-2005)

Sowohl im Land Brandenburg als auch in Lubuskie entwickelte sich das Bettenangebot rückläufig, während die Fallzahlen zu- und die Verweildauer abnahmen. Dies führte im Jahr 2003 in Brandenburg zu einer Bettenauslastung von 81,5 Prozent und in Lubuskie von 74,3 Prozent. Die geringere Bettenauslastung auf der polnischen Seite ist durch eine deutlich niedrigere Krankenhaushäufigkeit (Fallzahlen) bei kürzerer Verweildauer als auf der deutschen Seite bedingt, welche die sehr viel geringe Zahl zur Verfügung stehender Lubusker Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner (von ca. zwei Drittel des brandenburgischen Niveaus) kompensiert (vgl. Abbildung 4.3.22).

Die Pflegebedürftigkeit nimmt sowohl in Ostbrandenburg als auch in Lubuskie aufgrund des demographischen Wandels und dem damit einhergehenden Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung stark zu. Der Pflegebereich weist gravierende Unterschiede zwischen der deutschen und der polnischen Seite der Grenzregion auf. Während in Ostbrandenburg eine Ausweitung des Angebots an Pflegeleistungen und der Aufbau eines separaten Leistungsbereichs (bedingt auch durch die Anschubsfinanzierung aus der Pflegeversicherung)

zu beobachten ist, sind in Lubuskie entsprechende Strukturen kaum zu finden. Der Pflegebereich in der Grenzregion bedarf weiteren Ausbaus, da das zur Verfügung stehende Angebot den steigenden Pflegebedarf nicht decken kann.

4.4. Motive der Anbieter für grenzüberschreitende Leistungserbringung und Wanderung

Die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung ist aus Anbieterperspektive auf zweierlei Arten möglich: Leistungserbringer können Gesundheitsleistungen für ausländische Patienten im Inland oder im Ausland erbringen. Bevor die Motive der Anbieter in der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie abgeleitet werden können, ist es notwendig, auf das Rationalverhalten und die Vergütungsstrukturen näher einzugehen.

4.4.1. Rationalverhalten der Ärzte

Ambulant tätige Ärzte nehmen in der Gesundheitsversorgung eine zentrale Stellung ein. Als *gatekeeper* sind sie die ersten Ansprechpartner der Patienten bei der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen; sie entscheiden über Therapiewege und die dafür in Anspruch zu nehmenden Ressourcen. Dies bedeutet, ambulant tätige Ärzte erfüllen eine Doppelrolle: zum einen sind sie Anbieter von Gesundheitsleistungen, zum anderen beeinflussen sie das Nachfrageverhalten der Patienten aufgrund ihrer Beratungstätigkeit im Rahmen der Behandlung.

Daher wird die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen durch den Leistungserbringer als Anbieter maßgeblich determiniert, denn dieser ist wesentlich besser als der Patient informiert. Ärzte verhalten sich nicht zwangsläufig als perfekte Sachwalter²³⁷ ihrer Patienten, sondern verfolgen auch Eigeninteressen, wie Auslastung- und damit Umsatzziele, welches zu einer künstlichen Nachfrageschaffung führen kann. Hierbei wird nicht die sog. Primärnachfrage der Patienten nach Gesundheitsleistungen befriedigt, sondern der Arzt weitet die vom Patienten gewünschten Leistungen durch zusätzliche unnötige/unwirtschaftliche Leistungen aus und befriedigt damit ein künstlich geschaffenes Nachfrageniveau.²³⁸

Die obige These der angebotsinduzierten Nachfrage nach ambulanten Arztleistungen untersucht Breyer (1984) in einem Modell zum ärztlichen Verhalten. Im Grundmodell maximiert der (einzelne) Arzt seinen Nutzen, indem er den positiv bewerteten Konsum (entspricht seinem verfügbaren Einkommen), seine negative bewertete Arbeitszeit und die künstliche Nachfrageschaffung optimiert. Im Gleichgewichtsfall (die tatsächliche Arbeitszeit ist nicht größer als die nachgefragte Tätigkeit des Arztes; kein Nachfrageüberhang) verfolgt der Arzt eine künstliche Nachfrageschaffung solange, bis der Grenznutzen aus dem dadurch

²³⁷ Bedeutet: der Arzt handelt so, wie der Patient bei vollständiger Information handeln würde.

²³⁸ Dies gilt unter der Voraussetzung, dass sich die Region, in der die Ärzte tätig resp. niedergelassen sind, im Gleichgewicht befindet. Das heißt, hier befriedigen prinzipiell ausreichend Anbieter die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Vgl. Breyer et al. (2003), insbesondere Kapitel 8.

zusätzlich möglichen Konsum dem Grenzleid, welches aus der zusätzlich entstehenden Arbeitszeit und dem Vernachlässigen seines Berufsethos resultiert, entspricht.

In einem zweiten Schritt wird als Spezialfall des Modells ein Szenario betrachtet, in dem der Arzt nur so lange Nutzen aus einer Einkommensausweitung zieht, wie sein Zieleinkommen unterschritten wird. Erzielt der Arzt ein Einkommen unterhalb des Zieles, vernachlässigt er die übrigen Zielgrößen (Arbeitszeit und Berufsethos); überschreitet der Arzt das Ziel, zieht er aus dem zusätzlichen Einkommen jedoch keinen zusätzlichen Nutzen. Der Arzt erreicht das Zieleinkommen innerhalb des gegebenen Konsumpreisniveaus und der maximal möglichen Arbeitszeit.

Insgesamt zeigt das Modell auf, dass die Annahme über das Rationalverhalten der Ärzte (dass sie ihren Nutzen aus Einkommen, Arbeitszeit und künstlicher Nachfrageschaffung ziehen) allein nicht genügt, um zu erklären, dass mit steigender Arztdichte auch die Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen – im Sinne einer angebotsinduzierten Nachfrageausweitung – in einer Region steigt. Vielmehr forcieren Ärzte nur dann eine Nachfrageausweitung, wenn sie ein Einkommen unterhalb ihres gesetzten Ziels erreichen, da in diesem Fall ausschließlich das Einkommensmotiv greift. Das Modell zeigt weiter auf, dass ein Nachfrageüberhang, der trotz maximaler Arbeitszeit der Ärzte durch die Nichtbefriedigung der Primärnachfrage entstanden ist, lediglich über die Zunahme der Arztdichte und der damit einhergehenden Leistungsausweitung abgebaut wird.

Wie oben aufgezeigt wurde, hängen die angebotenen Gesundheitsleistungen in einer Region entscheidend mit den finanziellen Anreizen, die sich für die Leistungserbringer durch die Behandlungen stellen, zusammen. Grundsätzlich ist anzunehmen, dass Leistungserbringer nur dann (zusätzliche) Gesundheitsleistungen für ausländische Patienten oder aber im Ausland anbieten, wenn sie dafür auch adäquat entlohnt werden. Die Entlohnung der Anbieter ist in den jeweiligen nationalen Vergütungssystemen geregelt. Allgemein ist die ärztliche Vergütung davon abhängig, ob der Arzt in einer Gesundheitseinrichtung angestellt oder in einer Praxis freiberuflich tätig ist. Als Angestellter erhält der Arzt ein festgesetztes Gehalt (und unter Umständen eine Erfolgsbeteiligung), andernfalls eine Vergütung gemäß dem für ihn gültigen Honorierungssystem. Sowohl in Deutschland als auch Polen erhält der Patient ärztliche Leistungen als Sachleistungen und wird demgemäß vom direkten Zahlungsvorgang ausgeschlossen.

Vergütung in Deutschland

Aufgrund der relativ klaren Trennung zwischen ambulantem, stationärem Bereich und Pflegebereich gelten in Deutschland jeweils unterschiedlich Vergütungsformen/-modelle, deren für die vorliegende Arbeit relevante Aspekte im Folgenden separat und knapp dargestellt werden.

Ambulanter Bereich

In Deutschland sind Vertragsärzte – auch als Kassenärzte bezeichnet – verpflichtet, alle GKV-Mitglieder zu behandeln. Sie erheben für die erbrachten Leistungen einen Honoraranspruch gegen die kassenärztliche Vereinigung, welche ihnen die Zulassung ausgesprochen hat; (in Ostbrandenburg die KVBB). Ebenfalls sind in einem MVZ angestellte Ärzte Mitglieder der kassenärztlichen Vereinigung. Anders als bei den niedergelassenen Vertragsärzten obliegt der Honoraranspruch jedoch den MVZ, da die Einrichtungen als solche (und nicht die Leistungserbringer) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden.²³⁹

Die vertragsärztliche Vergütung erfolgt nicht direkt durch die Krankenkassen, sondern per Mittlerfunktion der kassenärztlichen Vereinigung. Hierfür entrichtet jede Krankenkasse an die jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen ein Gesamtbudget, welches alle vertragsärztlich erbrachten Leistungen der versicherten Krankenkassenmitglieder vergütet und in einem Gesamtvertrag festgelegt wurde.²⁴⁰

Die Gesamtvergütung wird maßgeblich durch die jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen und Verbände der Krankenkassen unter Zuhilfenahme von Kopfpauschalen bestimmt. Hierbei bezahlt jede Krankenkasse pro Mitglied unabhängig von der Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen einen festgelegten Betrag an die kassenärztliche Vereinigung.²⁴¹ Im Durchschnitt über alle Krankenkassen lagen die für Ostdeutschland vereinbarten Kopfpauschalen für die ambulante Behandlung im Jahr 2004 bei 82 Prozent der westdeutschen Sätze.²⁴² Die so entstehende Gesamtvergütung verteilt die jeweilige kassenärztliche Vereinigung an ihre Vertragsärzte. Die Verteilung erfolgt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Dieser determiniert den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen (bzw. abrechnungsfähigen Gebührenordnungsposition) und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Den Vergütungssatz pro Einzelleistung (sog. Punktwert) vereinbaren Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigung in der Regel jährlich. Der Punktwert variiert mit dem Umfang der von allen Vertragsärzten erbrachten Leistungen. Er ist umso geringer, je mehr Leistungen erbracht werden.²⁴³

Für die Entlohnung, die ein Arzt für eine durchschnittliche Behandlung erhält, sind damit die Fallzahlen entscheidend. Diese divergieren zwischen Ost- und Westdeutschland erheblich, welches einen entscheidenden Einfluss auf die Honorierung der Ärzte und somit die Standortattraktivität der ambulanten Einrichtungen hat. Wie aus Angaben der Zenker (2005) hervorgeht, ist die Morbidität in Ostdeutschland erheblich höher als in Westdeutschland. In Kombination mit den oben erwähnten niedrigeren Fallpauschalen führt dies dazu, dass der Fallwert in Ostdeutschland mit 40,40€ im Jahr 2004 bei lediglich 73 Prozent

²³⁹ Vgl. BMGS (2004), Kapitel 5, Rdnr. 393.

²⁴⁰ Vgl. BMGS (2004), Kapitel 5, insbesondere Rdnr. 417-423.

²⁴¹ Gesamtvergütung einer einzelnen Krankenkasse ergibt sich aus deren Mitgliederzahl multipliziert mit der Kopfpauschale.

²⁴² Vgl. Zenker (2005).

²⁴³ Vgl. BMGS (2004), Kapitel 5, insbesondere Rdnr. 417-423.

des westdeutschen Niveaus (55,50€) lag. Da bedingt durch die geringere Arztdichte in Ostdeutschland (siehe Abschnitt 4.3.1) mehr Patienten von einem Arzt betreut werden als in Westdeutschland (vgl. Tabelle 4.4.1), erreichten ostdeutsche Mediziner einen GKV-Umsatz, der mit 183.376€ nur knapp unter dem westdeutschen Niveau von 185.093€ lag.²⁴⁴

Tabelle 4.4.1. Fallzahlen je Vertragsarzt in freier Praxis, Ost- und Westdeutschland im Vergleich der Jahre 1999 bis 2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Westdeutschland	4.360	4.236	4.232	3.536	3.606	3.335
Ostdeutschland	5.420	5.387	5.429	4.526	4.594	4.539
Prozentuale Abweichung (Ost zu West)	24 Prozent	27 Prozent	28 Prozent	28 Prozent	27 Prozent	36 Prozent

Eigene Darstellung. Quelle: Zenker (2004), Zenker (2005)

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass ostdeutsche Vertragsärzte stärker auf eine Refinanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen angewiesen sind als westdeutsche, da ihr Patientenstamm fast ausschließlich aus GKV-Mitgliedern besteht. Der Anteil der privat Versicherten beträgt in Ostdeutschland lediglich 3,5 Prozent, wohingegen 10,1 Prozent der westdeutschen Bevölkerung Mitglieder einer Privaten Krankenversicherung (PKV) sind.²⁴⁵ Somit sind eventuelle Quersubventionierungen durch die höhere Zahl der PKV-Mitglieder in Westdeutschland wahrscheinlicher als in Ostdeutschland, welches zusätzlich die Differenz der von Vertragsärzten erzielbaren Honorarvolumina zu Ungunsten Ostdeutschlands vergrößert.

Stationärer Bereich

Für die Angestellten in kommunalen oder bundeseigenen Krankenhäusern gilt seit 1. Oktober 2005 zunächst bis mindestens 31. Dezember 2007 der Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (TVöD), welcher zwischen der Dienstleistungsgewerkschaft Verdi und kommunalen Arbeitgeberverbänden sowie dem Bund ausgehandelt wurde. Privatisierte Kliniken entlohnen ihr Personal nach Haustarifverträgen und zahlen oftmals einen Teil des Gehaltes als Erfolgsbeteiligung.

Eine Untersuchung des DIW Berlin zum Einkommen junger Klinikärzte in Deutschland zeigt auf, dass die Einstiegsgehälter im öffentlichen Dienst und in der Privatwirtschaft nahezu identisch ausfallen. Für den Zeitraum 1993 bis 2003 ist zwar eine Verschlechterung der Einkommenssituation festzustellen, jedoch verdienen Ärzte verglichen mit anderen akademischen Berufen im öffentlichen Dienst überdurchschnittlich. Des Weiteren zeigt sich ein starker Anstieg der Gehälter mit zunehmendem Alter. Insgesamt verdienen Ärzte in priva-

²⁴⁴ Vgl. Zenker (2005).

²⁴⁵ Ebenda.

ten Einrichtungen jedoch deutlich besser als ihre im öffentlichen Dienst beschäftigten Kollegen (vgl. Tabelle 4.4.2).

Tabelle 4.4.2. Einkommen, Wochenarbeitszeit und Nettostundenlohn vollbeschäftigter Ärzte, Stand: April 2002

	Mittleres Nettoeink. in Euro		Wochenarbeitszeit in Stunden		Nettostundenlohn in Euro	
	bis 35 J.	alle	bis 35 J.	alle	bis 35 J.	alle
Ärzte im öffentl. Dienst	2.014	2.757	46,3	47,5	10,80	16,50
Promovierte Ärzte im öffentl. Dienst	2.073	2.972	46,3	49,1	11,50	17,60
Ärzte außerhalb des öffentl. Dienstes	1.931	3.387	44,7	51,7	11,50	22,30
Ärzte insgesamt	2.001	3.089	45,9	50,0	11,00	20,10

Eigene Darstellung. Quelle: Mikrozensus 2002, DIW Berlin

Als problematisch erkennt Spengler (2005) eher die Einkommensungleichheiten im europäischen bzw. internationalen Vergleich, denn im nationalen. Die Zahl der unbesetzten Stellen in deutschen Kliniken entspreche ungefähr der Zahl ins Ausland abgewanderter Ärzte. Die deutsche GKV sei aufgrund ihrer finanziell angespannten Situation nicht in der Lage, vergleichbare Gehälter zu zahlen, daher müssten Lösungen gesucht werden, die aufgrund dieser Gehaltsdifferenziale entstehende Lücken schließen. Vorstellbar wären für den Autor das Attrahieren osteuropäischer Ärzte oder aber auch die Zwangsverpflichtung junger in Deutschland ausgebildeter Ärzte, einen gewissen Zeitraum in öffentlichen Kliniken tätig sein zu müssen, welches mit der studiengebührenfreien Ausbildung hierzulande zu rechtfertigen sei. Inwiefern jedoch das Anwerben junger osteuropäischer Ärzte erfolgreich sein kann, wenn andere europäische Länder wie Frankreich, Großbritannien und die Schweiz bessere Gehaltsbedingungen als Deutschland bieten, bleibt zumindest fraglich.

*Pflegebereich*²⁴⁶

Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, welche als Körperschaften öffentlichen Rechts den Krankenkassen angegliedert sind. Der Sicherstellungsauftrag obliegt den Pflegekassen, das heißt sie sind verpflichtet, gemeinsam mit den Pflegeeinrichtungen eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten. Durch die Zulassung der Pflegeeinrichtung wird de facto ein Kontrahierungszwang für die Pflegekassen induziert. Für die Vergütung der erbrachten Pflegeleistungen gilt das sog. Vereinbarungsprinzip. Das heißt die Vergütungen müssen leistungsgerecht sein.

Die Pflegevergütung übernehmen die Kostenträger (Pflegekassen und Sozialversicherung) sowie die Pflegebedürftigen. Vergütet wird durch die Kostenträger lediglich die medi-

²⁴⁶ Vgl. zu diesem Abschnitt: BMGS (2004), Kapitel 11.

zinische Behandlungspflege. Unterkunft und Verpflegung sind von den Betreuten selbst zu bestreiten, sodass eine (finanzielle) Gleichstellung von häuslicher, ambulanter und stationärer Pflege gewahrt ist. Die Leistungskomplexe der Pflege, die von den selbstständig wirtschaftenden Pflegeeinrichtungen erbracht werden, werden nach einem bundesweit einheitlichen Punktesystem bewertet. Sowohl ambulante als auch stationäre Pflegeeinrichtungen werden gemäß SGB XI dual finanziert. Dabei übernehmen die Bundesländer die Vorhaltung und Investitionsfinanzierung, die laufenden Betriebs- und Versorgungskosten tragen die Pflegebedürftigen respektive ihre Kostenträger. Für Ostdeutschland gab es eine sog. Anschubfinanzierung für den Zeitraum 1995 bis 2003 von mehr als 3,5 Milliarden Euro, um den investiven Nachholbedarf für Pflegeeinrichtungen zu finanzieren.

Vergütung der Leistungserbringung in Polen²⁴⁷

Die ärztliche Vergütung in Polen ist von der Rechtsform der Institution abhängig, für welche der Leistungserbringer tätig ist. In den Gesundheitsbetrieben angestelltes medizinisches Personal erhält ein Festgehalt. Investitionen in die Gesundheitsbetriebe werden vom Staat bzw. zuständigen Träger finanziert. Niedergelassene Ärzte, die in der Primärversorgung (POZ, *Podstawowa Opieka Zdrowotna*) tätig sind, werden für ihre Hausarztstätigkeit per Kopfpauschale je eingeschriebenem Patient entlohnt. Die Kopfpauschalen werden mit dem Alter der Patienten gewichtet: für ältere Personen und Kinder bis zu sechs Jahren fallen diese höher aus. Des Weiteren erhalten niedergelassene Ärzte für alle über die Grundversorgung hinaus gehenden Aufgaben eine Vergütung nach dem Einzelleistungsprinzip. Selbiges gilt für die niedergelassenen Fachärzte. Sämtliche Investitionskosten für die Praxen tragen die Ärzte selbst.

Zu beachten ist weiterhin, dass der staatliche den privaten Bereich de facto mitfinanziert. Da es möglich ist, dass Ärzte gleichzeitig in einem staatlichen Gesundheitsbetrieb angestellt und niedergelassen sein können, besteht die Möglichkeit der „Überweisung“ der Privatpatienten in den Gesundheitsbetrieb. Dort nutzen die Niedergelassenen die aus öffentlichen Geldern finanzierten Diagnose- und Therapieeinrichtungen, die in ihren Privatpraxen nicht zur Verfügung stehen und verlangen unter Umständen für die Nutzung staatlicher Geräte vom Patienten zusätzliche informelle Zahlungen. Diese Ärzte verdienen doppelt: zum einen erhalten sie ein Gehalt für ihre Tätigkeit im ZOZ, zum anderen eine Vergütung für die Tätigkeit in der Privatpraxis.

Die durchschnittliche Vergütung bzw. das Gehalt und die durchschnittliche Arbeitszeit der Ärzte in Polen betreffend, sind nur wenige Informationen verfügbar. Nach Angaben von *Ärzte Zeitung Online* (2003) verdient ein angestellter Arzt in Polen monatlich im Durchschnitt 420€. Wesentliche bessere Verdienstmöglichkeiten eröffnen sich für niedergelassene Ärzte: für diese Gruppe sind Einkommen bis zu 10.000 Złoty (2.200€) erzielbar. Allgemein gilt, dass im privaten Sektor sehr viel höhere Honorare erzielt werden als durch Leistungs-

²⁴⁷ Vgl. für diesen Abschnitt insbesondere Golinowska et al. (2003), Kapitel 5.1.3.

erbringung für den NFZ. Darüber hinaus stellen wie oben erläutert informelle Zahlungen einen relevanten Anteil des ärztlichen Einkommens dar.²⁴⁸

4.4.2. Motive der Anbieter in der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie

Der Beitritt Polens zur EU ermöglicht nicht nur Nachfragern, sondern auch deutschen und polnischen Anbietern grenzüberschreitend tätig zu werden. Hierfür sind zwei Varianten möglich, die im Folgenden für beide Seiten der Grenzregion diskutiert werden.

Leistungserbringung für ausländische Patienten

In einem ersten Szenario befriedigen Anbieter die Nachfrage von ausländischen Patienten nach Gesundheitsleistungen im eigenen System. Grundlegende Voraussetzung für solche Patientenwanderungen wurden bereits in den Abschnitten 2.3 und 4.2 diskutiert. Hierbei wurde festgestellt, dass die Behandlung von Auslandspatienten nicht notwendigerweise freie Kapazitäten verlangt, so sind vielmehr finanzielle Anreize der Anbieter für deren Motivation zur Behandlung ausländischer Patienten entscheidend. Das heißt, inwiefern Leistungserbringer an der Versorgung von ausländischen Patienten interessiert sind, hängt von dem Vorteil ab, den sie durch die Honorierung solcher Behandlung erzielen können.

Die Behandlung in deutschen Arztpraxen erweist sich für polnische Patienten als prinzipiell attraktiv, wenn auch wenig wahrscheinlich, wie bereits im Abschnitt 4.2.1 ausgeführt wurde. Die Behandlung polnischer Patienten ist eher auf Grundlage der EuGH-Gesetzgebung wahrscheinlich, wonach der Arzt die Behandlung sofort in Rechnung stellen kann und seine Leistungen zu den höheren Sätzen eines Privatpatienten (im Vergleich zum Kassenpatienten) abrechnet.

Auch für polnische niedergelassene Ärzte ist die Behandlung deutscher Patienten attraktiv, da diese in der Lage sind, Zuzahlungen zu leisten resp. private Behandlungen vollständig selbst zu finanzieren, die einheimische Patienten nur schwer aufbringen können. Eine etwaige Konzentration auf ausländische Patienten ermöglicht darüber hinaus eine schnellere Refinanzierung von Investitionen in die eigene Praxisausstattung.

Leistungserbringung im Ausland

In einem zweiten Szenario wandern nicht die Patienten, sondern die (ausländischen) Anbieter. Dabei ist zu unterscheiden, ob sich die Ärzte im Nachbarland niedergelassen oder angestellt tätig werden. Erstes entspricht der Niederlassungsfreiheit, zweites involviert Fragen zur Arbeitnehmerfreizügigkeit (vgl. auch Kapitel 2). Mit der Übernahme des *acquis communautaire* wurde die Niederlassungsfreiheit für polnische Bürger EU-weit sofort wirksam; auch erhalten polnische Arbeitnehmer mittelfristig das Zugangsrecht zu den europäischen Arbeitsmärkten. Im Beitrittsvertrag sind zunächst Übergangsregelungen für die

²⁴⁸ Vgl. Podzerek-Knop (2004), S.125ff.

Arbeitnehmerfreizügigkeit verankert worden. Demgemäß können EU-Mitgliedstaaten die Zuwanderung polnischer Arbeitnehmer flexibel gestalten und Zugangsbeschränkungen für einen Zeitraum von bis zu maximal sieben Jahren nach dem Beitritt auferlegen. So begrenzen Dänemark, Frankreich, Griechenland, Spanien, die Niederlande, Irland und Schweden die Zuwanderung von polnischen Arbeitnehmern für zwei Jahre, Deutschland und Österreich bis zu sieben Jahre. Alle anderen Mitgliedstaaten gewähren seit dem Beitritt Polens zur EU unbeschränkten Zugang auf ihre Arbeitsmärkte. Hintergrund der Beschränkung war die Sorge um eine verstärkte Abwanderung aus den neuen Beitrittsländern aufgrund des wirtschaftlichen und sozialen Gefälles im Vergleich zu den alten EU-15 Mitgliedstaaten.²⁴⁹

Leistungserbringung durch Niederlassung

Die Niederlassung im Ausland ist laut EU-Gesetzgebung barrierefrei und verlangt die Gleichstellung von heimischen und im EU-Ausland ausgebildeten Ärzten (vgl. Kapitel 2.3.4). Diese gestaltet sich de facto doch sehr schwierig: Zum einen sind bürokratische Hürden zu meistern, zum anderen birgt die Niederlassung auch relativ hohe finanzielle Risiken, welche mit der Gründung eines kleinen Unternehmens im Ausland vergleichbar sind. Darüber hinaus spielen kulturelle Barrieren bzw. die Akzeptanz eines ausländischen Arztes für den Erfolg einer Niederlassung eine wesentliche Rolle.

Für polnische Ärzte ist aufgrund der finanziellen Belastung die mit der Niederlassung einhergehen die Ausgründung von Praxen in Ostbrandenburg eher unwahrscheinlich. Wenngleich die KVBB im Sicherstellungsstatut als Maßnahme für die Aufrechterhaltung der vertragsärztlichen Versorgung im Land Brandenburg für Regionen mit drohender Unterversorgung wie Ostbrandenburg für die Anlaufphase Umsatzgarantien gewährt, so ist die Inanspruchnahme dieser an bestimmte Voraussetzungen gekoppelt, die für einen nicht im System befindlichen, ausländischen Leistungserbringer nur schwer zu erfüllen sind.²⁵⁰ Des Weiteren ist nicht gesichert, dass (ost-)brandenburgische Patienten einen polnischen Arzt in Anspruch nehmen würden, welches für dessen (dauerhaften) wirtschaftlichen Erfolg entscheidend ist. Denn vorstellbar ist, dass die Patienten von ihrem Recht auf freie Arztwahl Gebrauch machen und aufgrund von Ressentiments gegenüber dem Nachbarland einen niedergelassenen polnischen Arzt meiden, solange dies ihr Gesundheitszustand erlaubt. Hinzu kommt, dass im Vergleich zu den angestellten niedergelassene Ärzte in Polen ein relativ hohes Einkommen bei vergleichsweise niedrigen Investitionskosten für die Praxis

²⁴⁹ Zahlreiche Studien schätzen diese Sorge jedoch als unbegründet ein. Oft sind die Menschen aufgrund sozialer Bindungen in ihren Heimatländern stark verwurzelt und wandern nur dann, wenn besondere Umstände sie dazu veranlassen.

²⁵⁰ Zu erwähnen sind hier die zeitnahe Niederlassung nach Abgabe des Arztsitzes vom Vorgänger, Übergabe der Patientenkartei etc., parallel zu den (aufwendigen) Anerkennungsverfahren für ausländische Leistungserbringer als Vertragsärzte. Vgl. KVBB (2005a).

erzielen können, welches sich ebenfalls negativ auf die Bereitschaft zur Niederlassung in Deutschland auswirken dürfte.

Die Niederlassung deutscher Ärzte in Lubuskie erscheint bisher wenig wahrscheinlich. Wie Zajac (2004) ausführt, haben entsprechend den EU-Regelungen Ärzte, die ihr Diplom in einem EU-Mitgliedstaat erworben haben, nun das Recht, Dienstleistungen in Polen anzubieten und sich selbst niederzulassen. Des Weiteren sieht die polnische Gesetzgebung vor, dass ausländische Ärzte über ausreichende Kenntnisse der polnischen Sprache verfügen, um in Polen niedergelassen tätig zu werden. Auch weist Zajac (2004) darauf hin, dass trotz des von Seiten der EU auferlegten Diskriminierungsverbots, die polnischen Krankenkassen (heute: Filialen des NFZ) die Kontrahierung ausländischer Leistungserbringer zumindest behindern könnten. Aufgrund der geringen Verbreitung polnischer Sprachkenntnisse auf der deutschen Seite, ist davon auszugehen, dass die Niederlassung deutscher Ärzte in Polen wenig wahrscheinlich ist, wenngleich diese mit Fokus auf (ausländische) Privatpatienten bei vergleichsweise niedrigeren Investitionskosten sich finanziell lohnend für die Ärzte gestalten könnte.

Leistungserbringung durch Anstellung

Ein Hauptmotiv für die Migration von Arbeitnehmern ist in den Gehaltsdifferentialen zu sehen. Da die Verdienstmöglichkeiten polnischer Ärzte weit unter denen ihrer deutschen Kollegen liegen, ist für Ärzte, die zur Anstellung tätig sein wollen, nur eine Migrationsrichtung denkbar: die von Polen nach Deutschland.

Angestellte Ärzte sind bisher vor allem in stationären Einrichtungen (in der Regel: Krankenhäuser) tätig. Die geografische Nähe Ostbrandenburgs zu Polen ließe vermuten, dass brandenburgische Krankenhäuser sehr attraktiv für polnische Ärzte seien, zumal diese auch über offene Stellen verfügen. Es hat sich jedoch erwiesen, dass wenn Ärzte wandern, brandenburgische Krankenhäuser oftmals nur Zwischenstation sind und innerhalb weniger Monate die Neueinsteiger weiter westwärts migrieren, da in brandenburgischen Krankenhäusern in der Regel nicht nur die Arbeitsbelastung (aufgrund der höheren Auslastung) stärker, sondern auch die Verdienstmöglichkeiten (insbesondere der Abschläge auf die Tarifverträge und des niedrigen Anteils an Privatpatienten wegen) geringer als in anderen Teilen Deutschlands sind. Im Jahr 2004 waren im Land Brandenburg 134 ausländische Ärzte in Krankenhäusern angestellt, davon wanderten 75 wieder ab – mehr als jeder Zweite nach Westdeutschland. Von den ausländischen Ärzten in brandenburgischen Krankenhäusern waren 38 polnische Mediziner, 22 dieser hatten bis Jahresende die brandenburgischen Einrichtungen bereits wieder verlassen.²⁵¹ Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass aufgrund der relativ besseren sozio-ökonomischen Lage in Westdeutschland Ärzte und ihre Familie ihre Zukunftschancen (Verdienstmöglichkeiten, Beschäftigung, sozialer Anschluss) dort besser bewerten.

²⁵¹ Angaben der Landesärztekammer Brandenburg. Vgl. <http://www.laekb.de> .

Anreize deutscher Ärzte, in Polen zur Anstellung in einem Gesundheitsbetrieb tätig zu werden, lassen sich aufgrund der vergleichsweise katastrophalen Lage des Gesundheitssektors und in dem finanziell angespannten NFZ nicht identifizieren.

Zusammenfassend ist konstatierbar, dass die durch Einkommensdifferentiale motivierte Migration von Ärzten vor allem von Polen nach Deutschland wahrscheinlich ist und eher im stationären als im ambulanten Bereich stattfinden wird.

5. Untersuchung in der Grenzregion

Im dritten und vierten Kapitel wurden verschiedene für die Beschreibung und Untersuchung der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie relevante Aspekte anhand des verfügbaren statistischen Zahlenmaterials dargestellt. Intendiert wurde – insbesondere mit der Erarbeitung des vierten Kapitels – neben einer Bestandsaufnahme des Gesundheitssektors für Ostbrandenburg und Lubuskie die Ableitung von Determinanten einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

Während sich die für eine solche Analyse notwendigen nachfragerrelevanten Faktoren für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung aus Theorie und empirischer Evidenz zu Patientenwanderungen ableiten ließen (vgl. Kapitel 4.1 und 4.2), gestaltete sich die Darstellung der Anbieterseite aufgrund der Datenlage schwieriger (vgl. Kapitel 4.3 und 4.4): Die wenigen Untersuchungen, die zum deutschen resp. polnischen Gesundheitssektor verfügbar sind, beschränken sich in der Regel auf die Auswertung statischen Zahlenmaterials und fokussieren eher die Länderebene (Land Brandenburg, Wojewodschaft Lubuskie) als die Grenzregion.

Daher war die Notwendigkeit gegeben, das vorhandene Datenmaterial gezielt zu erweitern, um einen tieferen Einblick in die (grenzüberschreitende) Leistungserbringung der untersuchten Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie zu erhalten. Zu diesem Zweck wurde eine Befragung der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in der Grenzregion durchgeführt. Ein Ziel der Befragung war es, Informationen über bereits existierende Kooperationsansätze, weitergehende Kooperationsmöglichkeiten sowie den Kooperationswillen der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen zu sammeln. Ferner ging es darum, etwaige Hemmnisse in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sowie das Migrationspotential der Anbieter im Gesundheitssektor zu identifizieren.

5.1. Methodisches Vorgehen – Befragung in der Grenzregion

Die Befragung konzentrierte sich – gemäß der im dritten Kapitel definierten Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie – auf der deutschen Seite auf Anbieter aus den Landkreisen Uckermark, Barnim, Märkisch-Oderland, Oder-Spree, Spree-Neiße sowie den kreisfreien Städten Frankfurt (Oder) und Cottbus (das heißt: Ostbrandenburg), denen auf der polnischen Seite Anbieter aus der Wojewodschaft Lubuskie gegenübergestellt wurden (vgl. Abbildung 5.1.1).²⁵²

²⁵² Zur Abgrenzung der Region und die dafür relevanten Merkmale vgl. insbesondere Kapitel 3.2.

Abbildung 5.1.1. Deutsch-polnische Grenzregion



Eigene Darstellung. Quelle: Microsoft Encarta

Entsprechend den unterschiedlichen (Rechts-)Anforderungen und Problemstellungen wurden drei Fragebögen für die jeweiligen Bereiche ambulante Versorgung, stationäre Versorgung und ambulante Pflege entwickelt und sowohl an deutsche als auch an polnische Gesundheitsbetriebe in der Grenzregion versandt. Mittels der Fragebögen sind die Kooperationsmöglichkeiten näher beleuchtet worden. Dabei wurde gezielt die Kapital- und Personalausstattung und die Versorgungslage (Auslastungsgrad, Warteschlangen) mit Hinblick auf mögliche Anreize zur Expansion in das jeweilige Nachbarland²⁵³ sowie Hauptgründe für eine solche abgefragt.

Mittels Ärzteverzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB)²⁵⁴ bzw. der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZVLB)²⁵⁵ konnten die in Ostbrandenburg praktizierenden Ärzte und Zahnärzte sowie durch das Internetangebot der DM Werbetechnik ambulante Pflegedienste bestimmt werden (DM Werbetechnik (2004)²⁵⁶). In die Untersuchung wurden jedoch auf deutscher Seite nur jene Anbieter einbezogen, die in einem direkt an Polen angrenzenden Landkreis in einer Stadt mit mehr als 20.000 Ein-

²⁵³ Der Ausdruck „Nachbarland“ bezieht sich im Folgenden für die deutsche Seite ausschließlich auf Polen, für die polnische Seite ausschließlich auf Deutschland.

²⁵⁴ Vgl. KVBB (2005b).

²⁵⁵ Vgl. KZVLB (2004).

²⁵⁶ Die auf der Seite hinterlegten ambulanten Pflegedienste haben mit den Krankenkassen einen Versorgungsvertrag nach SGB XI abgeschlossen.

wohnern bzw. den kreisfreien Städten Frankfurt (Oder) und Cottbus niedergelassen sind. Für den Landkreis Uckermark wurden Anbieter der Städte Schwedt und Prenzlau, für den Landkreis Barnim aus Bernau und Eberswalde, für den Landkreis Märkisch-Oderland aus Straußberg, für den Landkreis Oder-Spree aus Fürstenwalde und Eisenhüttenstadt sowie für den Landkreis Spree-Neiße aus Guben, Forst und Spremberg berücksichtigt. Hinzu kommen die kreisfreien Städte Frankfurt (Oder) und Cottbus. Die vorgenommene Einschränkung lässt sich vor allem mit der Mobilität begründen. Es ist anzunehmen, dass sich Patientenbewegungen bzw. Arbeitskräftemigration (insbesondere bei Pendlern) auf gut erreichbare Regionen konzentrieren; größere, das heißt dichter besiedelte Städte sind wesentlich besser angebunden und verfügen darüber hinaus eher über Fachärzte/Fachkräftepersonal als kleine Gemeinden.

Eine weitere Einschränkung wurde bei der Auswahl der anzuschreibenden Fachärzte vorgenommen.²⁵⁷ Hier wurden nur solche bestimmt, bei denen eine grenzüberschreitende Tätigkeit als wahrscheinlich bewertet wurde. Dies erschien insbesondere der Fall zu sein bei Ärzten der Fachrichtungen Augenheilkunde, Frauenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hals-Nasen-Ohren (HNO), Innere Medizin, Radiologie, Nuklearmedizin, Orthopädie, Chirurgie, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und Zahnmedizin sowie physikalische und rehabilitative Medizin. So blieben die Fachrichtungen Psychologie/Psychotherapie unberücksichtigt, da eine Behandlung im Ausland aufgrund der Sprachbarrieren als sehr schwierig eingeschätzt wurde. Darüber hinaus wurde auch darauf verzichtet, Kinderärzte zu befragen, da hier die geographische Nähe für die Patienten von besonderer Bedeutung ist. Eine Arbeitskräftemigration (von der polnischen zur deutschen Seite) scheint in diesem Bereich wenig wahrscheinlich, da das Land Brandenburg im Vergleich mit anderen Bundesländern als „überversorgt“ gilt, sodass das MASGF eine Niederlassungssperre für Kinderärzte verhängt hat.²⁵⁸ Darüber hinaus lässt der Geburtenrückgang in der Region vermuten, dass Kinderärzte vergleichsweise weniger nachgefragt werden als Ärzte anderer Fachrichtungen.

Im stationären Bereich wurden alle aus dem Krankenhausbericht 2003 des Landes Brandenburg ermittelten stationären Einrichtungen angeschrieben.²⁵⁹ Hierbei wurde keine Einschränkung auf die Grenzregion vorgenommen, da die direkte Grenznähe für einen Krankenhausaufenthalt eher eine untergeordnete Rolle spielt im Vergleich zu den angebotenen Leistungen. Arbeitskräftemigration findet in diesem Bereich bereits statt. Allerdings ist zu beobachten, dass viele der auf der deutschen Seite beschäftigten polnischen Ärzte nach kurzer Zeit weiter nach Westdeutschland abwandern.²⁶⁰ Für die Wojewodschaft Lubuskie wur-

²⁵⁷ Im Gegensatz zu den Fachärzten wurden alle Allgemeinmediziner unter Berücksichtigung der regionalen Begrenzungen (das heißt nicht aus Städten mit mehr als 20.000 Einwohner) in die Untersuchung miteinbezogen.

²⁵⁸ Mittlerweile hat das MASGF eine Zulassungssperre für Kinderärzte im Land Brandenburg verhängt, da das Land vergleichsweise „überversorgt“ sei; (siehe auch **MOZ (2004)**).

²⁵⁹ Vgl. **MASGF (2004)**.

²⁶⁰ Vgl. **LÄKB (2004b)**.

den über die Adressdatenbank der Lubusker Zentrale des NFZ²⁶¹ ambulante Einrichtungen, Zahnärzte, ambulante Reha- sowie Pflegeeinrichtungen ermittelt und angeschrieben. Ebenfalls fanden alle dem NFZ unterstellten Krankenhäuser der Wojewodschaft Lubuskie bei den Anschreiben Berücksichtigung. Auf eine Einschränkung der Befragung der in den an die deutsche Seite angrenzenden Kreisen (*powiaty*) niedergelassenen Anbieter wurde verzichtet, da die Arztdichte im Allgemeinen in der Wojewodschaft Lubuskie wesentlich geringer ist als in Ostbrandenburg.²⁶²

Sämtliche Fragebögen wurden am 16. November 2004 versandt; Antworten, die bis zum 22. Dezember 2004 eingegangen waren, fanden in der Auswertung Berücksichtigung. Die Rücklaufquoten auf der deutschen Seite betragen für den ambulanten Bereich 19,84 Prozent (201 von 1013 angeschriebenen Praxen bzw. Gemeinschaftspraxen²⁶³), für den stationären 16,33 Prozent (8 von 49 Krankenhäusern) und den ambulanten Pflegebereich 10,29 Prozent (7 von 68 Anbietern). In der Wojewodschaft Lubuskie ließen sich Rücklaufquoten in Höhe von 7,48 Prozent (51 von 682 angeschriebenen Gesundheitsbetrieben²⁶⁴) für den ambulanten, von 26,09 Prozent (6 von 23 Krankenhäusern) für den stationären Bereich und von 17,29 Prozent (23 von 133 Anbietern) für den ambulanten Pflegebereich erzielen.

Die Fragebögen des ambulanten sowie die des Pflegebereichs wurden mehrheitlich von Eigentümern sowie Miteigentümern ausgefüllt. Fragebögen, die wir von den Krankenhäusern erhielten, waren überwiegend von Verwaltungsdirektoren bzw. Geschäftsführern beantwortet worden.

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt qualitativ. Die gewonnenen Ergebnisse werden im Folgenden entsprechend den versandten Fragebögen für die Bereiche ambulante, stationäre Versorgung und ambulante Pflege dargestellt.²⁶⁵

5.2. Zur Auswertung der Daten im ambulanten Bereich

5.2.1. Allgemein

In Ostbrandenburg antworteten knapp 20 Prozent, in Lubuskie 7,5 Prozent der angeschriebenen ambulanten Arztpraxen. Zwischen den Fachrichtungen unterschieden sich die Rücklaufquoten nur wenig. Waren auf der deutschen Seite von allen angeschriebenen ambu-

²⁶¹ Diverse Adressabfragen unter: NFZ (2004).

²⁶² Im Jahr 2003 sind in Lubuskie lediglich 175 Ärzte, in Ostbrandenburg 316 Ärzte je 100.000 Einwohner tätig. Vgl. hierzu insbesondere Kapitel 4.3 bzw. 4.3.3.

²⁶³ Anschreiben an ambulante Gesundheitsbetriebe: Barnim 165, Cottbus 283, Frankfurt (Oder) 149, Märkisch-Oder-Land 58, Oder-Spree 127, Spree-Neiße 127, Uckermark 110 Praxen bzw. Gemeinschaftspraxen. Sechs Anschreiben konnten nicht zugestellt werden und fanden daher keine Berücksichtigung in der Auswertung.

²⁶⁴ Anschreiben an ambulante Gesundheitsbetriebe: 448 Arztpraxen bzw. Gemeinschaftspraxen, 203 Zahnarztpraxen, 38 Einrichtungen der rehabilitativen Medizin. Sieben Anschreiben konnten nicht zugestellt werden und fanden daher keine Berücksichtigung in der Auswertung.

²⁶⁵ Vgl. hierzu die Fragebögen in Anhang C.

lanten Einrichtungen 25 Prozent Allgemeinmediziner, 40 Prozent Fachärzte und 35 Prozent Zahnärzte, so sind die Antworten unter den verschiedenen Fachrichtungen zwischen den Allgemeinmedizinern mit 25 Prozent, den Fachärzten mit 45 Prozent und den Zahnärzten mit 30 Prozent entsprechend verteilt. Für Lubuskie ist feststellbar, dass mehr als 80 Prozent der Antworter Allgemein- bzw. Fachärzte sind (im Vergleich zu 70 Prozent Anteil in den Anschreiben) und nahezu 20 Prozent Zahnärzte (30 Prozent in den Anschreiben); (vgl. Tabelle 5.2.1).

Tabelle 5.2.1. Antworten nach Fachrichtungen im ambulanten Bereich

	Ostbrandenburg		Lubuskie	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Insgesamt	201	100,00	51	100,00
Allgemeinmediziner, Hausarzt	48	23,88	9	17,65
Facharzt	94	46,53	33	64,71
Zahnarzt	59	29,21	9	17,65

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

Zwei Drittel der deutschen Antworter gaben an, in Einzelpraxen, ein Drittel in Gemeinschaftspraxen organisiert zu sein. In Lubuskie ist die vorherrschende Organisationsform die eines nicht-öffentlichen Gesundheitsbetriebs (NZOZ: 55 Prozent), gefolgt von Einzelpraxen (35 Prozent). Auf der deutschen Seite handelt es sich fast ausschließlich um private Praxen (99 Prozent), in Lubuskie sind sowohl öffentliche (zu einem Drittel) als auch private Träger (zu zwei Dritteln) zu verzeichnen.

Der Organisationstyp der befragten Einrichtungen entspricht dem jeweiligen nationalen Muster: Während in Deutschland ambulante Leistungen vor allem in privaten Praxen erbracht werden, dominieren in Polen Gesundheitsbetriebe, die ähnlich einer Poliklinik mehrere Leistungserbringer unter einem Dach vereinen, wenngleich der Anteil der Privatpraxen zunehmend an Bedeutung gewonnen hat (vgl. auch Kapitel 4.3).

5.2.2. Personalausstattung

Durch die Befragung konnte festgestellt werden, dass Lubuskie durchschnittlich über mehr Ärzte, jedoch weniger Pflegepersonal pro Einrichtung verfügt als Ostbrandenburg (vgl. Tabelle 5.2.2). Dieses Ergebnis ist im Zusammenhang mit der Organisationsstruktur der befragten Einrichtungen zu sehen. In Ostbrandenburg sind zwei Drittel der befragten Einrichtungen Einzelpraxen und lediglich ein Drittel sind Gemeinschaftspraxen mit durchschnittlich 2,25 Ärzten. In Lubuskie hingegen sind mehr als die Hälfte der befragten Einrichtungen nicht-öffentliche Gesundheitsbetriebe (NZOZ) mit durchschnittlich zwei bis drei Ärzten je Einrichtung. Lediglich etwas mehr als ein Drittel der Ärzte arbeitet in Einzel-

praxen. Zehn Prozent stellen weitere Einrichtungen anderer Organisationsformen dar.²⁶⁶ In diesen sind wiederum durchschnittlich mehr als 2,15 Ärzte tätig.

Tabelle 5.2.2. Beschäftigte in ambulanten Einrichtungen

Vollzeitkräfte	Ärzte		Pflegepersonal		Hebammen		andere	
	absolut	je Einr.	absolut	je Einr.	absolut	je Einr.	absolut	je Einr.
Ostbrandenburg	293	1,46	554	2,76	2	0,01	0	0,00
Lubuskie	98	1,92	128	2,51	5	0,10	7	0,14

Teilzeitkräfte	Ärzte		Pflegepersonal		Hebammen		andere	
	absolut	je Einr.	absolut	je Einr.	absolut	je Einr.	absolut	je Einr.
Ostbrandenburg	20	0,10	148	0,74	2	0,01	0	0,00
Lubuskie	2	0,04	22	0,43	0	0,00	1	0,02

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

Insgesamt ist zu konstatieren, dass auf der polnischen Seite der Grenzregion überwiegend mehrere Leistungserbringer in einer Art Praxisgemeinschaft (in der Tradition einer Poliklinik) operieren, in der sie sich offensichtlich auch das Pflegepersonal teilen. Auf der deutschen Seite hingegen dominiert die alleinige Leistungserbringung, welches auch in eine höhere Zahl von Pflegepersonal je Einrichtung resultiert. Darüber hinaus ergab die Befragung, dass der Anteil der Teilzeitbeschäftigten sowohl im ärztlichen als auch im Pflegedienst in Ostbrandenburg wesentlich höher als in Lubuskie, jedoch absolut gering ist (vgl. Tabelle 5.2.2).

Tabelle 5.2.3. Ausländische Beschäftigte in ambulanten Einrichtungen in der Grenzregion

	Ausländer		aus Nachbarland	
	absolut	prozentual	absolut	prozentual
Ostbrandenburg				
Ärzte	8	2,73	1	0,34
Pflegepersonal	7	1,26	1	0,18
technische Assistenten	1	k.A.	0	k.A.
Lubuskie				
Ärzte	2	2,04	0	0,00
Pflegepersonal	1	0,75	0	0,00
technische Assistenten	1	k.A.	0	k.A.

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

In den ambulanten Einrichtungen des Grenzgebiets ist sowohl dies- als auch jenseits der Oder kaum ausländisches Personal im ärztlichen, medizintechnischen oder Pflegedienst

²⁶⁶ Wie etwa: öffentliche Gesundheitsbetriebe (SPZOZ), Spezialpraxen, Gruppenpraxen und andere.

beschäftigt (vgl. Tabelle 5.2.3). Während unter den wenigen ausländischen Arbeitnehmern in Ostbrandenburg zumindest einige aus dem Nachbarland stammen, ist dies in Lubuskie nicht der Fall. In Anbetracht der geringen Verdienstmöglichkeiten in Lubuskie, Sprachbarrieren und des Ärztemangels in Ostbrandenburg – kurz der fehlenden Anreize – stellt dies ein erwartungsgemäßes Ergebnis dar.

5.2.3. Ausstattung mit Ressourcen

In Lubuskie gaben 84 Prozent der Einrichtungen an, über einen Computer zu verfügen. Hinsichtlich der PC-Nutzung zeigen sich Unterschiede. In Ostbrandenburg, wo alle Einrichtungen über einen PC verfügen, ist der Grad der automatisierten Informationsverarbeitung wesentlich fortgeschrittener. So erfolgt hier die Abrechnung mit der Krankenkasse prinzipiell elektronisch, die überwiegende Mehrheit archiviert Patientendaten und operiert mit Verschreibungsdatenbanken via PC. Letzteres ist in Lubuskie bisher wenig verbreitet. Lediglich ein fünftel der Einrichtungen bringt entsprechende Software zum Einsatz (vgl. Tabelle 5.2.4).

Tabelle 5.2.4. Zur PC-Nutzung in ambulanten Einrichtungen

	Ostbrandenburg	Lubuskie
	in Prozent	
Abrechnung mit der Krankenkasse	99,00	81,40
Archivierung der Patientendaten	92,54	65,12
Managementaufgaben	40,30	30,23
Forschungszwecke	5,97	9,30
Verschreibungsdatenbanken	68,16	20,93

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

Insgesamt verfügen ostbrandenburgische ambulante Einrichtungen über eine bessere Ausstattung mit relativ teuren medizintechnischen Geräten (vgl. Tabelle 5.2.5). So ist in der diagnostischen Radiologie der Anteil der deutschen Ärzte, die über entsprechende Geräte verfügen, mehr als zweimal so hoch wie in Lubuskie. Darüber hinaus verfügen ostbrandenburgische Einrichtung eher über eine Dialysestation und Mammographen. Die Ausstattung mit vergleichsweise weniger kapitalintensiven Geräten ist in Lubuskie je Einrichtung höher als in Ostbrandenburg. So sind dort Apparaturen für die Sonographie etwas stärker und Elektrokardiographie (EKG) doppelt so stark verbreitet wie in Ostbrandenburg.

Es ist davon auszugehen, dass der einzelne ostbrandenburgische Arzt besser mit medizintechnischen Geräten ausgestattet ist als sein Lubusker Kollege. Da die Lubusker Ärzte überwiegend gemeinschaftlich in Gesundheitsbetrieben praktizieren, deren Eigentümer in der Regel die technischen Vorrichtungen für alle im Gesundheitsbetrieb tätigen Leistungserbringer angeschafft hat, teilen sich die Leistungserbringer die Gerätenutzung und unter

Umständen auch die Anschaffungskosten, wenn diese nicht – wie beispielsweise im Falle von öffentlichen Trägern – über ein zentral vom NFZ zugewiesenes Budget finanziert werden. Darüber hinaus sind ambulante Gesundheitsbetriebe in der Wojewodschaft oftmals eng mit stationären Einrichtungen verknüpft und benutzen deren Geräte mit. Dies könnte erklären, warum hier mehr Computer- und Kernspintomographen zum Einsatz kommen als in ostbrandenburgischen ambulanten Einrichtungen, obwohl diese Geräte in der Anschaffung relativ teuer sind.

Tabelle 5.2.5. Geräteausstattung je ambulanter Einrichtung

	Ostbrandenburg	Lubuskie
	in Prozent	
Diagnostische Radiologie mittels X-Strahlen	12,04	4,65
Computertomographen (CT)	2,09	4,65
Kernspin-Tomographie (MRT)	1,05	2,33
Vorrichtung für Angiographie	1,05	4,65
Röntgen	43,98	6,98
Geräte bei Krebsdiagnosen	3,14	0,00
Mammograph	3,14	0,00
Geräte bei Nierenerkrankungen	3,14	2,33
Dialyse-Station	3,14	2,33
Sonografie	17,54	18,60
USG	23,04	27,91
Vorrichtung für Doppler-Sonographie	12,04	9,30
Herzstrommessung	35,60	60,47
Elektrokardiographie (EKG)	35,60	60,47

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

5.2.4. Leistungsanspruchnahme durch in- und ausländische Patienten

In den ambulanten Einrichtungen Ostbrandenburgs wurden je Arzt im Jahr 2003 im Durchschnitt 874 Patienten (oder rund 30 Prozent) mehr behandelt als in Lubuskie. Im Detail ist festzustellen, dass ein ostbrandenburgischer Allgemeinmediziner ein Drittel weniger Patienten versorgte als ein Lubusker Hausarzt. Selbiges ist für die Fallzahlen in der zahnärztlichen Versorgung feststellbar. Jedoch behandelte ein ostbrandenburgischer Facharzt mehr als doppelt so viele Patienten wie ein Lubusker Facharzt. (vgl. Tabelle 5.2.6).

Der deutliche Unterschied in der Behandlung der Patienten durch Allgemeinmediziner bzw. Fachärzte ist teilweise systembedingt erklärbar. Im polnischen System ist das Hausarztmodell verankert, das heißt jeder Patient wird erst bei einem Allgemeinmediziner vorgestellt, der ihn dann gegebenenfalls an einen Facharzt überweist. Auf der deutschen Seite haben Patienten die Wahl und können ohne „Zwischenstufe“ sofort fachärztliche Leis-

tungen in Anspruch nehmen. Ein eventuelles Gegensteuern durch die sog. Praxisgebühr²⁶⁷ ist hier auszuschließen, da es sich bei den Daten um Patientenzahlen des Jahres 2003 handelt, in welchem das GKV-Modernisierungsgesetz (und somit auch die Praxisgebühr) noch nicht in Kraft getreten war.

Tabelle 5.2.6. Durchschnittliche Patientenzahl (Fallzahl) je praktizierendem Arzt im Jahr 2003

	Ostbrandenburg	Lubuskie
Ärzte (sämtliche Fachrichtungen)	3.796	2.922
Allgemeinmediziner, Hausarzt	3.675	5.617
Facharzt	5.164	2.333
Zahnarzt	1.406	2.044

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

Insgesamt ergab die Befragung, dass in Lubuskie im Jahr 2003 weniger Patienten von einem Arzt allgemeinmedizinisch bzw. fachärztlich als in Ostbrandenburg versorgt wurden. Auf der deutschen Seite der Grenzregion lag die Fallzahl bei 4.685 Patienten auf der polnischen Seite bei 3.046 Patienten je Arzt.²⁶⁸ Die Zahl der in den befragten Praxen in Ostbrandenburg behandelten Patienten lag damit knapp zwei Prozent oberhalb des ostdeutschen Durchschnitts von 4.594 Patienten je Arzt im Jahr 2003; ein ostbrandenburgischer Vertragsarzt versorgte 30 Prozent mehr Patienten als ein westdeutscher Vertragsarzt in selbigem Zeitraum.²⁶⁹

In der zahnärztlichen Versorgung behandelten die befragten Lubusker Ärzte nahezu ein Drittel mehr Patienten im Jahr 2003 als ihre ostbrandenburgischen Kollegen (vgl. Tabelle 5.2.6). Dieses Ergebnis ist kompatibel mit der oben ermittelten sehr viel höheren zahnärztlichen Versorgungsdichte Ostbrandenburgs im Vergleich zu Lubuskie (vgl. Kapitel 4.3.3).

Leistungen in ambulanten Einrichtungen der Grenzregion wurden auf der jeweiligen Seite vor allem für inländische Patienten, die Mitglieder des jeweiligen nationalen gesetzlichen Krankenversicherungssystems sind, erbracht. Im Einzelnen gaben die ostbrandenburgischen Anbieter an, dass sie zwischen 82 und 90 Prozent ihrer Einnahmen durch Leistungserbringung im Rahmen der GKV realisieren, den Rest bilden Patientenzahlungen. Der Anteil der nicht durch die GKV gegenfinanzierten Einnahmen ist bei den Zahnärzten am

²⁶⁷ Die Praxisgebühr – eingeführt mit dem GKV-Modernisierungsgesetz zum 1. Januar 2004 – sollte unter anderem mehrfachen (unnötigen) Behandlungen entgegensteuern, indem der Patient sich vom erstbehandelnden Arzt (in der Regel ein Allgemeinmediziner/Hausarzt) gegebenenfalls zur Weiterbehandlung an einen Facharzt überweisen lässt. Im Falle der Überweisung muss der Patient keine Gebühr (in Höhe von 10€) für die Behandlung entrichten. Da die Praxisgebühr jedoch unabhängig von einer Behandlung durch Haus- oder Facharzt für jede erste Inanspruchnahme eines Arztes im Quartal zu entrichten ist, führte dies die Idee der Facharztentlastung durch allgemeinmedizinische Betreuung ad absurdum.

²⁶⁸ Exklusive Zahnmediziner.

²⁶⁹ Vergleichsdaten aus **Zenker (2004)** entnommen. Siehe zu obigen Ausführungen auch Kapitel 4.4.2.

größten, gefolgt von den Fachärzten und am geringsten in der allgemeinmedizinischen Versorgung.²⁷⁰ Selbiges lässt sich auch für die Einnahmen aus dem NFZ der Lubusker Leistungserbringer feststellen, wenngleich die Unterschiede zwischen Hausärzten, die nahezu ausschließlich durch den NFZ honoriert werden, den Fachärzten, die mehr als 70 Prozent ihrer Einnahmen durch den NFZ realisieren und den Zahnärzten, die schon fast die Hälfte ihrer Einnahmen durch private Zahlungen der Patienten erzielen, wesentlich ausgeprägter ist (vgl. Tabelle 5.2.7).

Tabelle 5.2.7. Einnahmequelle der Ärzte im ambulanten Bereich

	Einnahmen aus GKV in Prozent	Einnahmen aus NFZ in Prozent
Allgemeinmediziner, Hausarzt	90,26	98,93
Facharzt	88,33	71,07
Zahnarzt	81,88	56,67

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

Ausländische Patienten, das heißt Patienten, die nicht im Behandlungsland versichert waren, bzw. Patienten aus dem Nachbarland stellen bis dato keine relevante Nachfragegruppe für Anbieter dies- und jenseits der Oder dar. Zwar gaben mehr als die Hälfte der ostbrandenburgischen und zwei Drittel der ambulanten Einrichtungen in Lubuskie an, dass sie im Jahr 2003 ausländische Patienten zu verzeichnen hatten, jedoch ist deren Anteil an den insgesamt in diesem Zeitraum behandelten Patienten verschwindend gering. Der Anteil ausländischer Patienten an allen behandelten Patienten liegt bei kaum einem halben Prozent und ist in Ostbrandenburg geringfügig höher als in Lubuskie (vgl. Tabelle 5.2.8).

Tabelle 5.2.8. Behandelte ausländische Patienten in ambulanten Einrichtungen im Jahr 2003

	Ostbrandenburg		Lubuskie	
	Patienten absolut	Anteil an allen Patienten in %	Patienten absolut	Anteil an allen Patienten in %
ausländische Patienten	3560	0,34	746	0,29
Allgemeinmediziner	518	0,22	52	0,05
Facharzt	2749	0,39	604	0,42
Zahnarzt	293	0,28	90	0,40
Patienten aus Nachbarland	751	0,07	533	0,20
Allgemeinmediziner	62	0,03	32	0,03
Facharzt	641	0,09	436	0,31
Zahnarzt	48	0,05	65	0,29

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

²⁷⁰ Dies ist in Zusammenhang mit den Zuzahlungen, welche die GKV vorsieht, zu sehen und diese sind in der Grundversorgung am geringsten und in der zahnmedizinischen Versorgung am höchsten.

Unterschiede sind für die Patientenwanderungen aus dem Nachbarland konstatierbar. Während mehr als 70 Prozent aller ausländischen Patienten, die in Lubusker Einrichtungen behandelt wurden, aus Deutschland kamen, stammen in den ostbrandenburgischen Einrichtungen von den ausländischen Patienten lediglich etwas mehr ein Fünftel aus dem Nachbarland (vgl. Tabelle 5.2.8).

Ausländische Patienten nahmen in Lubuskie vor allem fachärztliche und zahnmedizinische Leistungen in Anspruch, also Leistungen die wesentlich stärker durch den Patienten privat zu finanzieren sind (vgl. auch Tabelle 5.2.7). In Ostbrandenburg ist die Versorgung von Ausländern zwischen den einzelnen Fachbereichen relativ gleichmäßig verteilt, wenngleich auch hier die fach- und zahnärztlichen Behandlungen überwiegen (vgl. Tabelle 5.2.8).

Nach Einschätzung der befragten Ärzte stellen Notfallbehandlungen den häufigsten Grund für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch ausländische Patienten dar. Weitere Beweggründe ausländischer Patienten, Leistungen von ihnen in Anspruch zu nehmen, sind nach Ansicht sowohl der deutschen als auch der polnischen Anbieter die vergleichsweise hohe Behandlungsqualität, gefolgt von der Nicht-Verfügbarkeit von Leistungen im Heimatland sowie die Wartezeitenverkürzung. Im Gegensatz zu den ostbrandenburgischen, verweisen die Anbieter in Lubuskie auch auf klare Kostenvorteile als Motivation der ausländischen Patienten (vgl. Tabelle 5.2.9).

Tabelle 5.2.9. Anbieterschätzung: Hauptbeweggründe der Leistungsanspruchnahme in ambulanten Einrichtungen für ausländische Patienten

	Ostbrandenburg	Lubuskie
	Prozent	
Kosteneinsparung	5,84	45,95
Hohe Qualität der Behandlung	51,30	43,24
Verkürzung der Wartezeiten	24,03	27,03
Nicht-Verfügbarkeit der Leistung zu Hause	29,22	29,73
Notversorgung	69,48	70,27

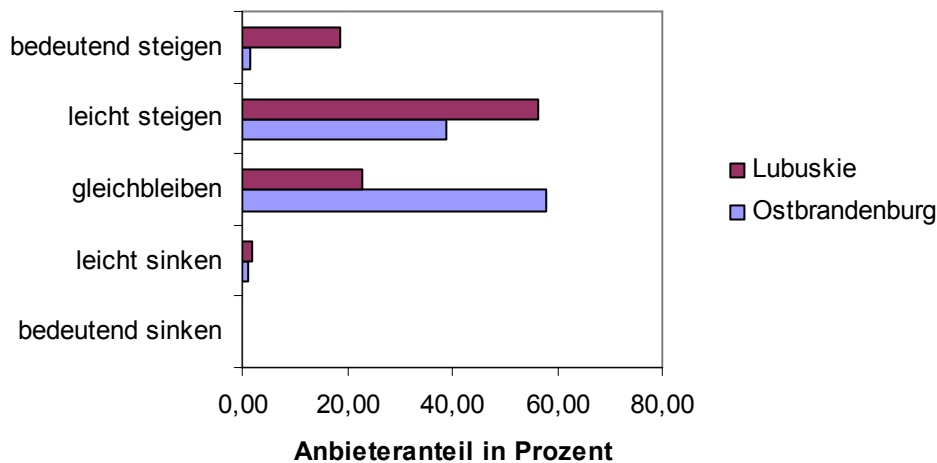
Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

Die Einschätzung der Anbieter, dass ausländische Patienten sich vor allem aufgrund von akut nötigen Behandlungen von ihnen behandeln lassen, spiegelt sich teilweise in den Angaben der Anbieter zu den von ausländischen Patienten hauptsächlich nachgefragten Leistungen wider. So gaben 46 Prozent der befragten ostbrandenburgischen Leistungserbringer an, dass Patienten bei ihnen vor allem Notfallbehandlungen vornehmen ließen, in Lubuskie war dies lediglich bei 13 Prozent der Anbieter der Fall. Hier überwogen die fachärztliche und zahnmedizinische Inanspruchnahme (mit 31 und 22 Prozent).

Die Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen durch Ausländer schätzen die Anbieter dies- und jenseits der Oder unterschiedlich ein. Während die befragten ostbrandenburgischen Ärzte mehrheitlich glauben, dass der Ausländeranteil an den Patienten

eher gleich bleiben bzw. nur leicht steigen wird, vermuten Lubusker Ärzte mehrheitlich einen leichten Anstieg (vgl. Abbildung 5.2.1).

Abbildung 5.2.1. Anbieterschätzung zur Entwicklung des Ausländeranteils unter den Patienten in ambulanten Einrichtungen



Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

5.2.5. Expansion ins Nachbarland – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Keiner der von uns befragten Anbieter hat angegeben, bislang im Nachbarland tätig zu sein. Bei Auswertung der gewonnenen Daten hinsichtlich einer eventuellen zukünftigen Tätigkeit im jeweiligen Nachbarland lässt sich feststellen, dass ambulante Anbieter in Lubuskie eher die Absicht und bessere Vorkenntnisse über die (rechtlichen) Voraussetzungen besitzen sowie eher nach einem Kooperationspartner gesucht und auch einen gefunden haben als ostbrandenburgische. In der Gruppe der Anbieter sind auf beiden Seiten die Fachärzte am stärksten an einer grenzüberschreitenden Tätigkeit interessiert, gefolgt von den Zahnärzten. Allgemeinmediziner verwerfen in der Regel eine Expansion ins Nachbarland (vgl. Tabelle 5.2.10).

So bewerten im Einzelnen ostbrandenburgische **Allgemeinmediziner** eine Tätigkeit im Nachbarland in Zukunft zu fast 98 Prozent und in Lubuskie zu 100 Prozent als sehr bis eher unwahrscheinlich bzw. wenig wahrscheinlich. Die Haupthinderungsgründe sind in beiden Ländern die gleichen: am häufigsten wird auf die Sprachbarrieren abgestellt, gefolgt von Unkenntnis der Markt- und Rechtslage. Auf der polnischen Seite, anders als auf der deutschen, spielen bei der Hälfte der Allgemeinmediziner finanzielle Barrieren eine Rolle. Im Unterschied zu Lubuskie, wirken in Ostbrandenburg auch Ressentiments den polnischen Nachbarn gegenüber einer Expansion entgegen. So gaben knapp acht Prozent der Antwor-

tenden an, kein Vertrauen in den potentiellen Partner zu haben. Weitere häufig zitierte Gründe waren das hohe Alter der Anbieter sowie die starke häusliche Auslastung (vgl. Tabelle 5.2.10).

Tabelle 5.2.10. Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich

	Ostbrandenburg				Lubuskie			
	Alle	Allgemein	Fachärzte	Zahnärzte	Alle	Allgemein	Fachärzte	Zahnärzte
	in Prozent							
Tätig im Nachbarland								
ja	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
nein	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
beabsichtigte Tät. im Nachbarland								
ja	14,95	2,13	23,33	12,28	40,00	0,00	63,64	37,50
nein	85,05	97,87	76,67	87,72	60,00	100,00	36,36	62,50
Kenntnis über Voraussetzungen								
ja	3,57	0,00	4,35	5,26	13,04	0,00	21,74	12,50
nein	96,43	100,00	95,65	94,74	86,96	100,00	78,26	87,50
Kooperationspartner vorhanden								
ja	0,51	0,00	0,00	1,75	2,17	0,00	4,35	0,00
nein	99,49	100,00	100,00	98,25	97,83	100,00	95,65	100,00
Kooperationspartner gesucht								
ja	3,61	2,13	4,35	3,51	4,44	0,00	4,35	12,50
nein	96,39	97,87	95,65	96,49	95,56	100,00	95,65	87,50
Tätigkeit im Nachbarland in Zukunft								
sehr unwahrscheinlich	56,28	87,50	39,36	57,89	19,15	44,44	8,70	25,00
eher unwahrscheinlich	24,12	6,25	38,30	15,79	10,64	22,22	4,35	25,00
wenig wahrscheinlich	14,07	4,17	14,89	21,05	36,17	33,33	30,43	37,50
wahrscheinlich	5,03	2,08	6,38	5,26	27,66	0,00	43,48	12,50
sehr wahrscheinlich	0,50	0,00	1,06	0,00	6,38	0,00	13,04	0,00
Haupthinderungsgründe								
Unkenntnis der rechtlichen Lage	44,81	23,26	52,87	49,06	70,73	33,33	71,43	71,43
Unkenntnis der Marktlage	31,15	20,93	29,89	41,51	60,98	50,00	61,90	57,14
Sprachbarrieren	49,73	30,23	55,17	56,60	56,10	66,67	42,86	71,43
kein Vertrauen in Nachbarn	7,65	6,98	3,45	15,09	2,44	0,00	0,00	14,29
finanzielle Barrieren	16,39	6,98	19,54	18,87	39,02	50,00	38,10	42,86

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

Gravierende Unterschiede zeigen sich beim Expansionswillen der **Fachärzte**. Prinzipiell beabsichtigen 64 Prozent der Lubusker, doch nur 23 Prozent der ostbrandenburgischen Fachärzte eine Tätigkeit im Nachbarland. Halten – bei differenziertem Nachfragen – 93

Prozent der Fachärzte in Ostbrandenburg eine Tätigkeit im Nachbarland in Zukunft für sehr bis eher unwahrscheinlich bzw. wenig wahrscheinlich, ist dies in Lubuskie nur bei 43 Prozent der Befragten der Fall. Dies bedeutet, die Mehrheit der polnischen Fachärzte (nämlich 57 Prozent) schätzt eine zukünftige Tätigkeit in Deutschland als wahrscheinlich bis sehr wahrscheinlich ein. Einhergehend damit sind die Fachärzte in Lubuskie die vergleichsweise am besten informierte Ärztegruppe in Bezug auf (rechtliche) Voraussetzungen. Darüber hinaus können bereits vier Prozent von ihnen Kooperationspartner aufweisen. Die deutschen Fachärzte sind im Allgemeinen weniger gut informiert und bisher nicht erfolgreich bei der Suche nach Kooperationspartnern. Auch bei den Fachärzten wird deutlich, dass vor allem die Unkenntnis der Rechts- und Marktlage sowie die Sprachbarrieren eine Expansion in das jeweilige Nachbarland blockieren. Hinzu kommen finanzielle Barrieren, welche die polnische Seite jedoch stärker betreffen. In Ostbrandenburg bestehen in dieser Berufsgruppe auch leichte Vorbehalte in Bezug auf die Vertrauenswürdigkeit der anderen Seite (vgl. Tabelle 5.2.10).

Zahnärzte in Ostbrandenburg beabsichtigen zu zwölf Prozent, in Lubuskie zu 38 Prozent im Nachbarland tätig zu werden. Unter den deutschen Zahnärzten beträgt der Anteil derer, die eine zukünftige Aktivität jenseits der Grenze für wahrscheinlich bis sehr wahrscheinlich halten, fünf Prozent, in Lubuskie dagegen 13 Prozent. Obgleich die Zahnärzte im Grenzgebiet über gewisse rechtliche Kenntnisse verfügen und auf der Suche nach potentiellen Partnern sind, stellen hier die Sprachbarriere sowie das Nichteinschätzenkönnen der Rechts- bzw. Marktlage Haupthinderungsgründe für eine Expansion dar. Auffällig ist, dass die Zahnärzte sowohl dies- als auch jenseits der Oder relativ häufig (der Anteil liegt jeweils bei 15 Prozent) mangelndes Vertrauen gegenüber dem potentiellen benachbarten Partner als hemmendes Motiv angeben. Finanzielle Barrieren spielen bei 43 Prozent der polnischen und bei 19 Prozent der deutschen Zahnärzte eine Rolle (vgl. Tabelle 5.2.10).

Wie schwerwiegend die Sprachbarrieren für die Expansion ins jeweilige Ausland sind, gibt die folgende Tabelle 5.2.11 wieder. Während in Lubuskie fast alle befragten Ärzte angaben, Englisch zu sprechen, sind es in Ostbrandenburg nur drei Viertel. Das polnische Pflegepersonal verfügt etwas häufiger über Englischkenntnisse als das deutsche.

Tabelle 5.2.11. Sprachkenntnisse des Personals in ambulanten Einrichtungen

	Ostbrandenburg	Lubuskie
	in Prozent	
Englisch		
Ärzte	74,74	97,96
Pflegepersonal	26,08	31,58
Sprache des Nachbarn		
Ärzte	2,73	64,29
Pflegepersonal	0,00	38,35

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

Die Sprache des Nachbarn betreffend sind gravierende Unterschiede zu konstatieren. So sprechen zwar nahezu zwei Drittel der polnischen Ärzte und 38 Prozent des dortigen Pflegepersonals deutsch; in Ostbrandenburg verfügen die Ärzte jedoch zu einer vernachlässigbar geringen Zahl und das Pflegepersonal über keine Polnischkenntnisse. In dieses Bild passt, dass ostbrandenburgische Anbieter Sprachbarrieren als stärksten Hinderungsgrund angaben und polnische diese als drittstärksten (vgl. auch Tabelle 5.2.10).

5.3. Zur Auswertung der Daten im stationären Bereich

5.3.1. Allgemein

Für die Untersuchung im stationären Bereich wurden alle Einrichtungen des Landes Brandenburg (49 Krankenhäuser) und der Wojewodschaft Lubuskie (23 Krankenhäuser) angeschrieben.²⁷¹ Antworten konnten von 16 Prozent der brandenburgischen und 26 Prozent der Lubusker Einrichtungen berücksichtigt werden.

Zwei Drittel der in die Auswertung einbezogenen brandenburgischen stationären Einrichtungen werden in Form einer Kapitalgesellschaft (als GmbH bzw. gemeinnützige GmbH) geführt, ein Drittel als Verein bzw. Stiftung. Die Träger sind hier überwiegend nicht-privat (71 Prozent); die Krankenhäuser werden als frei-gemeinnützige bzw. öffentlich-kommunale Einrichtungen geführt. In Lubuskie sind alle stationären Einrichtungen sog. SPZOZ (*Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej*), das heißt öffentliche selbstständige Gesundheitsbetriebe. Träger ist hier zu 33 Prozent die Wojewodschaft, zu 50 Prozent der Kreis (*powiat*) sowie zu 17 Prozent die Gemeinden (*gmina*).

5.3.2. Personalausstattung

Die Antworten ergaben, dass in den stationären Einrichtungen Lubuskies im Jahr 2003 mehr ärztliches sowie Pflegepersonal als in denen Brandenburgs beschäftigt wurde.²⁷² Bei Berücksichtigung der Personalbelastung, das heißt der Patienten je Arzt bzw. Pflegekraft im Jahr 2003, wird evident, dass die Lubusker Leistungserbringer sehr viel mehr Patienten als die ostbrandenburgischen versorgten. Die Quote der behandelten Patienten je Arzt war in Lubuskie 2,3 mal so hoch, die je involvierter Pflegekraft fast dreimal so hoch wie in Ostbrandenburg (vgl. Tabelle 5.3.1).

²⁷¹ Stand: 2003.

²⁷² Eine mögliche Ursache hierfür ist in der Größe der befragten Einrichtungen zu sehen.

Tabelle 5.3.1. Personal und Personalbelastung je Vollkraft²⁷³ in stationären Einrichtungen im Jahr 2003

	Ärzte	Patienten je Arzt	Pflegepersonal	Patienten je Pflegepersonal
Ostbrandenburg	488	165	1.209	66
privat	219	141	599	52
nicht-privat	269	184	610	81
Lubuskie	592	382	1.170	193

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

In Bezug auf den Ausländeranteil des in stationären Einrichtungen beschäftigten Personals lassen sich gravierende Unterschiede zwischen der deutschen und der polnischen Seite feststellen. Während in Brandenburg knapp 15 Prozent der Ärzteschaft und ein Prozent des Pflegepersonals nicht aus Deutschland stammen, beträgt der Ausländeranteil der in Lubuskie tätigen ausländischen Ärzte lediglich ein Prozent. Das Pflegepersonal in den Lubusker Krankenhäusern ist ausschließlich polnisch (vgl. Tabelle 5.3.2).

Tabelle 5.3.2. Ausländische Beschäftigte in stationären Einrichtungen

	Ausländer		davon aus Nachbarland	
	absolut	prozentual	absolut	prozentual
Ostbrandenburg				
Ärzte	71	14,55	22	4,51
Pflegepersonal	4	0,81	2	0,41
Lubuskie				
Ärzte	6	1,01	0	0,00
Pflegepersonal	0	0,00	0	0,00

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

Wie aus der Tabelle 5.3.2 hervorgeht, sind knapp fünf Prozent der in Brandenburg in stationären Einrichtungen tätigen Ärzte Polen. Diese wurden vor allem deshalb angestellt, um die Personalengpässe an den brandenburgischen Krankenhäusern zu überwinden.

5.3.3. Ausstattung mit Ressourcen

Überraschende Ergebnisse liefert die Befragung in Bezug auf die Ausstattung der Krankenhäuser mit medizintechnischen Geräten. Auf den ersten Blick scheinen Lubusker Einrichtungen hinsichtlich der abgefragten medizintechnischen Geräte besser ausgerüstet als bran-

²⁷³ Bezieht sich lediglich auf Vollkräfte im ärztlichen und Pflegedienst. Ein Vergleich mit den in Kapitel 4.3.1 angegebenen Personalbelastungszahlen gestaltet sich schwierig, da dort alle in den Einrichtungen beschäftigten Vollkräfte zur Berechnung herangezogen wurden.

denburgische (vgl. Tabelle 5.3.3). Dies ist insofern bemerkenswert, als polnische Krankenhäuser als relativ kapitalarm gelten.

Tabelle 5.3.3. Medizintechnische Geräteausstattung in stationären Einrichtungen

	Ostbrandenburg	Lubuskie
	in Prozent	
Diagnostische Radiologie mittels X-Strahlen	58,33	38,89
Computertomographen (CT)	75,00	50,00
Kernspin-Tomographie (MRT)	37,50	33,33
Vorrichtung für Angiographie	62,50	33,33
Sonographie	37,50	66,67
Vorrichtung für Doppler-Sonographie	37,50	66,67
Geräte zur Krebsdiagnose	25,00	33,33
Mammograph	25,00	33,33
Geräte für Nierenerkrankungen	25,00	50,00
Dialyse-Station	25,00	50,00

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

Die detailliertere Auswertung der Antworten ergab, dass brandenburgische Krankenhäuser mit besonders in der Anschaffung teuren Geräten wie denen für die diagnostische Radiologie besser ausgestattet sind als die Lubusker Krankenhäuser. Während auf der deutschen Seite 58 Prozent der stationären Einrichtungen über Computer- sowie Kernspintomographen und Einrichtungen für die Angiographie verfügen, sind es in Lubuskie nur 39 Prozent (vgl. Tabelle 5.3.3).

Vorrichtungen für die Dopplersonographie sind an Lubusker Krankenhäusern wesentlich eher als an brandenburgischen zu finden. Als apparative Untersuchungsmethode kann die relativ preiswertere Dopplersonographie – eine spezielle Ultraschalluntersuchung zur Ermittlung der Blutgeschwindigkeit in den Gefäßen – oftmals durch eine Angiographie ersetzt werden, wenn eine Anwendung von X-Strahlen (Röntgen) möglich ist. Vermutlich wenden brandenburgische Ärzte häufiger als Lubusker Ärzte eine Angiographie für Gefäßuntersuchungen an. Des Weiteren stehen in einem Drittel der Lubusker Krankenhäuser, jedoch nur bei einem Viertel der brandenburgischen, Mammographen zur Verfügung. Auch hier ist eine Diagnose mit alternativen Geräten denkbar. So ist es möglich, statt Untersuchungen mit einem Mammographen zur Tumorerkennung diese mittels Kernspintomographie durchzuführen. Die Wahl unterschiedlicher Untersuchungsmethoden kann zumindest teilweise die vergleichsweise bessere Ausstattung der stationären Einrichtungen in Lubuskie mit Vorrichtungen für die Dopplersonographie und Mammographen erklären (vgl. Tabelle 5.3.3).

Unstrittig hingegen ist die Tatsache, dass die Lubusker Einrichtungen besser mit Geräten für die Dialyse ausgestattet sind. Hier verfügen die Hälfte aller Krankenhäuser über

Dialyse-Stationen, wohingegen dies nur bei einem Viertel der in Brandenburg antwortenden der Fall ist (vgl. Tabelle 5.3.3).

Starke Unterschiede in der Geräteausstattung lassen sich in Lubuskie je nach Status des Krankenhauses feststellen. So gaben die Wojewodschaftskrankenhäuser, die an der Befragung teilgenommen haben, an, dass dort alle abgefragten medizintechnischen Geräte zur Verfügung stehen, während Ärzte in einem Gemeindekrankenhaus auf keine der abgefragten Vorrichtungen zurückgreifen können. Dies ist einhergehend mit der Klassifizierung der Krankenhäuser in Referenzstufen. Hierbei gilt: je niedriger das Referenzniveau einer Einrichtung, umso geringer ist das vom NFZ zugewiesene Budget. Solch gravierende Unterschiede entsprechend der Trägerschaft der Einrichtungen lassen sich für die in der Befragung berücksichtigten ostbrandenburgischen Krankenhäuser nicht feststellen.

Die Ausstattung der stationären Einrichtungen hinsichtlich der Zimmer ist in Ostbrandenburg komfortabler als in Lubuskie einzuschätzen. Wie der Tabelle 5.3.4 zu entnehmen, sind nahezu drei Viertel aller Zimmer in den stationären Einrichtungen Brandenburgs Ein- bzw. Zweibettzimmer, wohingegen dieser Anteil in Lubuskie lediglich 46 Prozent ausmacht: hier überwiegen eindeutig die Drei- und Mehrbettzimmer. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass die privaten Krankenhäuser in Brandenburg einen geringeren Anteil (von 60 Prozent) an Ein- und Zweibettzimmer zu verzeichnen haben als die gemeinnützigen und öffentlich-kommunalen (78 Prozent).

Tabelle 5.3.4. Anteil der Ein-, Zwei-, Drei- und Mehrbettzimmer in stationären Einrichtungen

	Einbettzimmer	Zweibettzimmer	Dreibettzimmer	Mehrbettzimmer
	in Prozent			
Ostbrandenburg	46,76	25,76	22,59	4,89
privat	25,68	34,32	32,35	7,65
nicht-privat	55,43	22,23	18,58	3,76
Lubuskie	16,05	29,53	24,24	30,18

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

In Brandenburg sind 63 Prozent aller Zimmer mit einem Bad, drei Viertel aller mit einer Toilette und einem Waschbecken sowie alle mit einem TV-Gerät ausgestattet. In Lubuskie ist ein entsprechender Komfort nicht beobachtbar. Dort verfügen lediglich ein Drittel aller Zimmer über ein Bad und eine Toilette, weitere zwei Drittel über ein TV-Gerät; lediglich ein Waschbecken ist in allen Zimmern vorhanden (vgl. Tabelle 5.3.5).

Tabelle 5.3.5. Ausstattung der Zimmer in stationären Einrichtungen

	Bad	Toilette	Waschbecken	TV
	in Prozent			
Ostbrandenburg	62,50	75,00	75,00	100,00
privat	50,00	100,00	100,00	100,00
freigemeinnützig	66,67	66,67	66,67	100,00
Lubuskie	33,33	33,33	100,00	66,67

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

5.3.4. Leistungsanspruchnahme durch in- und ausländische Patienten

Wie bereits oben in der Tabelle 5.3.1 festgestellt, werden in den stationären Einrichtungen Lubuskies sehr viel mehr Patienten je Arzt bzw. Pflegekraft versorgt als in Ostbrandenburg. Sowohl die Lubusker als auch die brandenburgischen Antwortgeber gaben an, dass in ihren stationären Einrichtungen die Einnahmen zu 98 Prozent durch den NFZ resp. die GKV zustande kommen und lediglich zwei Prozent auf private Zahlungen zurückzuführen sind. Die privaten Zahlungen müssen nahezu ausschließlich durch einheimische Patienten geleistet worden sein, da ausländische Patienten weder in den Krankenhäusern Lubuskies noch in denen Ostbrandenburgs in relevanter Zahl zu verzeichnen waren.

Zwar hatten alle an der Befragung teilnehmenden Lubusker Krankenhäuser und drei Viertel aller brandenburgischen Einrichtungen ausländische Patienten im Jahr 2003 zu verzeichnen, insgesamt war der Anteil ausländischer Patienten sowohl in Brandenburg als auch in Lubuskie verschwindend gering (vgl. Tabelle 5.3.6).

Tabelle 5.3.6. Behandelte ausländische Patienten in stationären Einrichtungen im Jahr 2003

	Ostbrandenburg		Lubuskie	
	Patienten absolut	Anteil an allen Patienten in %	Patienten absolut	Anteil an allen Patienten in %
Ausländische Patienten	30	0,26	23	0,06
Patienten aus Nachbarland	19	0,17	12	0,03

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

Des Weiteren ergab die Befragung, dass brandenburgische Anbieter die Hauptbeweggründe für ausländische Patienten, in ihren Krankenhäusern Leistungen in Anspruch zu nehmen, in der vergleichsweise hohen Qualität der Behandlung (86 Prozent) und der Notversorgung (71 Prozent) sehen. Die Verkürzung der Wartezeit sowie die Nicht-Verfügbarkeit von Leistungen im Heimatland vermuten nur knapp 30 Prozent der Anbieter als Motivation. Anreize zur Kosteneinsparungen spielen nach Einschätzung von lediglich 14 Prozent der brandenburgischen Anbieter eine Rolle (vgl. Tabelle 5.3.7).

Anders die Einschätzung der Lubusker Anbieter: Unter diesen besteht Einigkeit darüber, dass die Inanspruchnahme von stationären Leistungen durch Ausländer hauptsächlich

durch Notfälle bedingt ist. Lediglich ein Drittel der Antwortter können sich darüber hinaus als Gründe der Inanspruchnahme Kosteneinsparung und Verkürzung der heimischen Warteschlangen vorstellen. Eine etwaige höhere Qualität der Behandlung und die Nicht-Verfügbarkeit entsprechender Leistungen im Heimatland stellen für die ausländischen Patienten keinen Anreiz dar, stationäre Leistungen in Lubuskie in Anspruch zu nehmen, so die Vermutung der Anbieter (vgl. Tabelle 5.3.7).

Tabelle 5.3.7. Anbieterschätzung: Hauptbeweggründe der Leistungsanspruchnahme in stationären Einrichtungen für ausländische Patienten

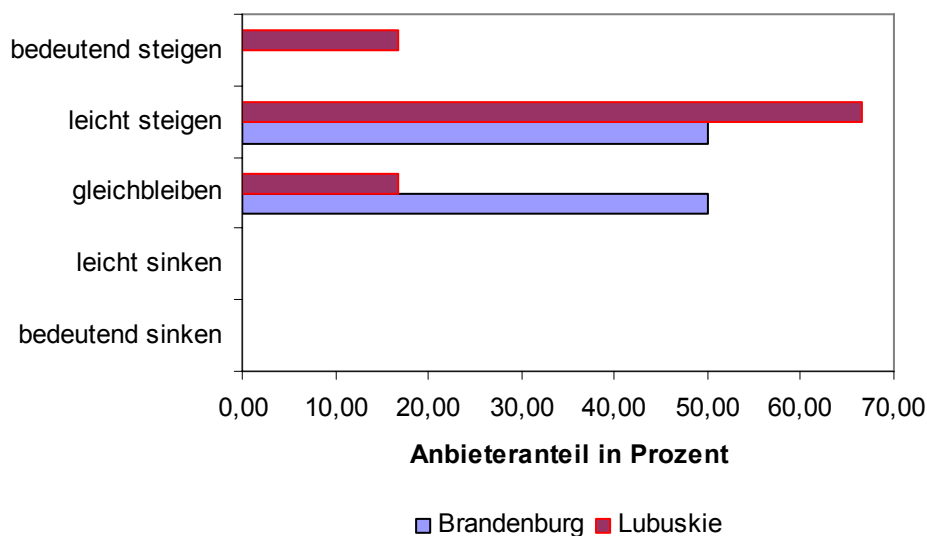
	Ostbrandenburg	Lubuskie
	Prozent	
Kosteneinsparung	14,29	33,33
Hohe Qualität der Behandlung	85,71	0,00
Verkürzung der Wartezeiten	28,57	33,33
Nicht-Verfügbarkeit der Leistung zu Hause	28,57	0,00
Notversorgung	71,43	100,00

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

Die tatsächlich im Jahre 2003 nachgefragten Leistungen durch ausländische Patienten in den Krankenhäusern dies- und jenseits der Oder, waren – den Vermutungen der Anbieter entsprechend – vor allem durch Notfälle bedingt.

Unterschiede zwischen den polnischen und deutschen Anbietern bestehen in der Einschätzung zur Entwicklung des Ausländeranteils der Patienten. Denken die Hälfte aller brandenburgischen Anbieter, dass der Ausländeranteil gleich bleiben und die andere Hälfte, dass dieser leicht steigen wird, so gehen die Lubusker Anbieter lediglich zu einem Sechstel davon aus, dass der Ausländeranteil gleich bleibt. Zwei Drittel in Lubuskie glauben, dass dieser Anteil leicht steigen wird und gar ein Sechstel geht von einem bedeutenden Anstieg aus (vgl. Abbildung 5.3.1.).

Abbildung 5.3.1. Anbieterschätzung zur Entwicklung des Ausländeranteils unter den Patienten in stationären Einrichtungen



Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

Die verhaltenen positiven Einschätzungen der brandenburgischen Anbieter sind mit den Erwartungen zum Mobilitätsverhalten der Bürger aus den im Zuge der EU-Erweiterung im Jahr 2004 beigetretenen Mitgliedstaaten einhergehend. Die durch die Grenzöffnung bedingte verstärkte Mobilität der neuen EU-Bürger führt dazu, dass die Zahl der ausländischen Patienten, die (Notfall-)Behandlungen auch in brandenburgischen Krankenhäusern in Anspruch nehmen, steigt. Dass die polnischen Antworten vergleichsweise euphorischer ausfielen, lässt sich mit einer zunehmenden Konzentration/Spezialisierung der dortigen Leistungserbringer auf private resp. ausländische Patienten begründen, da diese finanzkräftiger und somit attraktiver als die einheimischen Patienten sind. Mittels dieser zusätzlichen Einnahmen können stationäre Einrichtungen Finanzierungslücken, die durch die strikte Budgetierungspolitik des NFZ entstanden sind, schließen und so den Fortbestand ihrer Einrichtungen sichern, glauben die Anbieter.²⁷⁴ Weitere Unterschiede bei der Anbieterschätzung ergeben sich je nach Trägerschaft der Einrichtungen. So glauben die Leistungserbringer der vergleichsweise schlecht ausgestatteten Gemeindekrankenhäuser (niedrigster Referenzstufe), dass der Ausländeranteil konstant bleibt, während Leistungserbringer eines Wojewodschaftskrankenhauses von einem starken Anstieg der Zahl ausländischer Patienten ausgehen.

²⁷⁴ Vgl. beispielsweise: Ärzte Zeitung Online (2004b).

5.3.5. Expansion ins Nachbarland – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Keines der brandenburgischen Krankenhäuser ist bisher in Polen tätig, wengleich 88 Prozent angaben, dies prinzipiell zu beabsichtigen. Hierunter erwägen alle durch private Träger und 83 Prozent aller durch nicht-private Träger geführten Einrichtungen eine Expansion nach Polen (vgl. Tabelle 5.3.8).

Die Hälfte aller an der Befragung teilnehmenden brandenburgischen Anbieter stationärer Leistungen besitzen Vorkenntnisse über die Voraussetzungen für eine Tätigkeit in Polen, über ein Drittel ist auf der Suche nach geeigneten Kooperationspartnern und ein Achtel von ihnen bereits fündig geworden. Bei diesen Vorbereitungsmaßnahmen zeigen sich erneut Unterschiede zwischen den privaten und nicht-privaten Trägern. So verfügen alle privaten Anbieter über Wissen um die Voraussetzungen und die Hälfte über einen Kooperationspartner. Der Suchprozess nach Kooperationspartnern scheint hier abgeschlossen: die Anbieter haben entweder schon einen oder benötigen keinen (vgl. Tabelle 5.3.8).

Bei genauerem Nachfragen gaben drei Viertel aller brandenburgischen Anbieter an, eine zukünftige Tätigkeit in Polen im Moment für sehr bis eher unwahrscheinlich bzw. wenig wahrscheinlich zu halten. Darunter kamen die privaten Einrichtungen zur Hälfte und die nicht-privaten zu 83 Prozent zu dieser Einschätzung (vgl. Tabelle 5.3.8).

Haupthinderungsgründe sehen die Anbieter mehrheitlich in finanziellen Barrieren (75 Prozent), der Unkenntnis der rechtlichen Lage (63 Prozent) und den Sprachbarrieren (63 Prozent). Auch die Unkenntnis der Marktlage erschwert eine Expansion, doch ist diese Unsicherheit bei den privaten Anbietern wesentlich stärker ausgeprägt als bei den nicht-privaten. Ein möglicher Zusammenhang ist hier darin zu sehen, dass die privaten Anbieter in einem etwaigen Expansionsprozess bereits weiter fortgeschritten sind als die nicht-privaten und dies daher als eines der gravierenden Hindernisse erkannt haben. Mangelndes Vertrauen in die polnische Seite spielt weder bei den Krankenhäusern in privater Trägerschaft noch bei denjenigen in nicht-privater Trägerschaft eine Rolle (vgl. Tabelle 5.3.8).

Anders als in Brandenburg gab einer der stationären Anbieter aus Lubuskie an, in Deutschland tätig zu sein.²⁷⁵ Von den Anbietern, die angaben, derzeit nicht in Deutschland tätig zu sein, beabsichtigen dies 60 Prozent. Bis dato besitzen allerdings lediglich 60 Prozent der Expansionswilligen Kenntnisse über die (rechtlichen und marktlichen) Voraussetzungen sowie einen Kooperationspartner. Insgesamt schätzen 83 Prozent eine Tätigkeit in Deutschland in Zukunft als wahrscheinlich ein. Als Haupthinderungsgrund werden von 83 Prozent der Antwortenden Sprachbarrieren genannt. Zwei Drittel aller Antworten gaben darüber

²⁷⁵ Hierbei handelt es sich um ein vergleichsweise hochspezialisiertes Wojewodschaftskrankenhaus. Inwiefern bzw. mit welchen Leistungen dieser Anbieter in Deutschland tätig ist, ist dem Fragebogen nicht entnehmbar. Unter den Antworten handelt es sich hierbei um die Einrichtung, die in Lubuskie die meisten ausländischen Patienten zu verzeichnen hatte.

hinaus Unkenntnisse über die rechtlich Lage und finanzielle Barrieren an. Ein Drittel glaubt, die Marktlage nicht richtig einschätzen zu können (vgl. Tabelle 5.3.8).

Tabelle 5.3.8. Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im stationären Bereich

	Ostbrandenburg			Lubuskie
	Alle	privat	nicht-privat	Alle
	in Prozent			
Tätig im Nachbarland				
Ja	0,00	0,00	0,00	16,67
Nein	100,00	100,00	100,00	83,33
beabsichtigte Tätigkeit im Nachbarland				
Ja	87,50	100,00	83,33	60,00
Nein	12,50	0,00	16,67	40,00
Kenntnis über Voraussetzungen				
Ja	50,00	100,00	33,33	60,00
Nein	50,00	0,00	66,67	40,00
Kooperationspartner vorhanden				
Ja	12,50	50,00	0,00	60,00
Nein	87,50	50,00	100,00	40,00
Kooperationspartner gesucht				
Ja	37,50	0,00	33,33	80,00
Nein	62,50	100,00	66,67	20,00
Tätigkeit im Nachbarland in Zukunft				
sehr unwahrscheinlich	12,50	0,00	16,67	0,00
eher unwahrscheinlich	12,50	0,00	16,67	0,00
wenig wahrscheinlich	50,00	50,00	50,00	16,67
Wahrscheinlich	25,00	50,00	16,67	83,33
sehr wahrscheinlich	0,00	0,00	0,00	0,00
Haupthinderungsgründe				
Unkenntnis der rechtlichen Lage	62,50	100,00	50,00	66,67
Unkenntnis der Marktlage	37,50	100,00	16,67	33,33
Sprachbarrieren	62,50	50,00	66,67	83,33
kein Vertrauen in Nachbarn	0,00	0,00	0,00	0,00
finanzielle Barrieren	75,00	100,00	66,67	66,67

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

Wie die Tabelle 5.3.9 zeigt, sind hohe Sprachbarrieren für das ärztliche und Pflegepersonal feststellbar. Lediglich die Hälfte der deutschen Ärzteschaft und nicht einmal ein Viertel der polnischen spricht Englisch. Die Sprache des Nachbarn beherrschen im Allgemeinen die polnischen Ärzte und das dortige Pflegepersonal besser, wenngleich der Anteil derer unter zehn Prozent liegt und somit relativ gering ausfällt (vor allem auch im Vergleich mit dem im ambulanten Bereich tätigen Personal). Fünf Prozent der in den stationären Einrichtungen Brandenburgs tätigen Mediziner gaben an, Polnisch zu sprechen; das Pflegepersonal hingegen ist mit der polnischen Sprache fast nicht vertraut.

Tabelle 5.3.9. Sprachkenntnisse des Personals in stationären Einrichtungen

	Ostbrandenburg	Lubuskie
	in Prozent	
Englisch		
Ärzte	50,41	22,30
Pflegepersonal	4,51	14,86
Sprache des Nachbarn		
Ärzte	4,80	7,95
Pflegepersonal	0,41	5,30

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

5.4. Zur Auswertung der Daten im Pflegebereich

5.4.1. Allgemein

Die Rücklaufquote im Pflegebereich aus Ostbrandenburg betrug zehn Prozent und lag damit deutlich unter derjenigen für den ambulanten resp. stationären Bereich. Überwiegend beteiligten sich an der Befragung ambulante Pflegedienste (85 Prozent), zu 15 Prozent sind auch Einrichtungen, die sowohl ambulante als auch stationäre Dienste anbieten, vertreten. Hauptsächlich werden die beteiligten Pflegedienste von privaten Trägern organisiert (zu 71 Prozent), gefolgt von frei-gemeinnützigen Trägern (zu 29 Prozent). Öffentlich-kommunale Einrichtungen beteiligten sich nicht an der Befragung.

Aus Lubuskie antworteten 17 Prozent der Angeschriebenen. Die Pflegedienste sind hier mehrheitlich als individuelle Krankenschwesternpraxis (*indywidualna praktyka pielęgnarska*) organisiert. Auch Pflegedienste, die in Form eines „Betrieb der Fürsorge und Therapie“ (*zakład opiekuńczo-leczniczy*) sowie einer Gruppenkrankenschwesternpraxis (*grupowa praktyka pielęgnarska*) geführt werden, beteiligten sich an der Befragung zu je vier Prozent. Nahezu 70 Prozent der antwortenden Lubusker Pflegedienste sind öffentliche bzw. öffentlich-kommunale Einrichtungen. Träger sind hier das Ministerium, die Wojewodschaft, der Kreis oder die Gemeinde bzw. der NFZ selbst. Weitere 26 Prozent werden privat betrieben, vier Prozent von einem Verein geführt.

5.4.2. Personalausstattung

Der Befragung zufolge sind für einen typischen Pflegedienst in Ostbrandenburg nicht nur mehr qualifizierte Krankenschwestern tätig als für einen vergleichbaren Lubusker Betrieb, sondern hier wird auch verstärkt für die Altenpflege ausgebildetes Personal eingesetzt. Ein Indiz dafür, dass der Pflegebereich in Polen noch nicht entwickelt ist, stellt die Tatsache dar, dass hier so gut wie keine Altenpfleger resp. weitere für die Bedürfnisse alter Menschen speziell ausgebildete Pflegekräfte in der ambulanten Pflege tätig sind. Vielmehr übernehmen die Altenpflege in den befragten ambulanten Pflegediensten in Lubuskie fast ausschließlich

allgemein ausgebildete Krankenschwestern, die sich in Praxen zusammengeschlossen haben. Weitere Pflegeleistungen werden von weniger qualifiziertem (sonstigen) Pflegepersonal erbracht (vgl. Tabelle 5.4.1).

Darüber hinaus bieten die Lubusker Pflegedienste keine hauswirtschaftlichen Dienste an, während die ostbrandenburgischen Pflegeeinrichtungen hier durchschnittlich über eine Voll- und eine Teilzeitkraft verfügen. Ein weiterer Unterschied besteht in der Organisation der Verwaltung: ostbrandenburgische Einrichtungen beschäftigen hierfür extra Personal, während in den Lubusker Einrichtungen dies das Pflegepersonal selbst organisiert (vgl. Tabelle 5.4.1).

Tabelle 5.4.1. Personal in ambulanten Pflegeeinrichtungen

	Vollzeitkräfte je Einrichtung		Teilzeitkräfte je Einrichtung	
	Ostbrandenburg	Lubuskie	Ostbrandenburg	Lubuskie
Krankenschwestern	3,71	2,60	0,86	0,10
Krankenschwestern	3,14	1,95	0,86	0,10
Krankenpflegehelfer	0,43	-	-	-
Kinderkrankenschwestern	0,14	-	-	-
Umweltkrankenschwestern	-	0,65	-	-
Altenpfleger	1,71	0,10	1,00	-
Altenpfleger	1,29	0,10	0,71	-
Altenpflegehelfer	0,43	-	0,29	-
Tätige in Betreuung/Pflege	0,14	1,55	1,29	0,40
Heilerziehungspfleger/Heilerzieher	0,14	-	-	-
Physio- /Ergotherapeuten	-	0,20	-	0,15
Sozialpädagogen	-	-	0,14	-
Familienpfleger	-	-	0,14	-
Sonstige Pflegeberufe	-	1,35	1,00	0,25
Hauswirtschaftliche Berufe	0,71	-	0,71	-
Verwaltungsangestellte	0,43	-	0,57	-

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

5.4.3. Leistungsanspruchnahme durch in- und ausländische Nachfrager

Die Befragung ergab, dass in den ambulanten Pflegeeinrichtungen Lubuskies je Pflegekraft im Jahr 2003 durchschnittlich mehr als fünfmal so viele Pflegebedürftige versorgt wurden wie in Ostbrandenburg. Unter Berücksichtigung aller für die ambulanten Pflegedienste Beschäftigten ist die Quote gar sechsmal so hoch. Allerdings ist bei letzterer zu berücksichtigen, dass hierbei hauswirtschaftliche Tätigkeiten Einfluss haben, welche in Lubuskie von den befragten ambulanten Pflegediensten nicht erbracht werden (vgl. Tabelle 5.4.2).

Tabelle 5.4.2. Pflegebedürftige und Pflegequoten in ambulanten Pflegeeinrichtungen im Jahr 2003

	Ostbrandenburg	Lubuskie
Pflegebedürftige (absolut)	138	1.529
Pflegebedürftige je Pflegekraft	3,54	17,99
Pflegebedürftige je Beschäftigtem	2,94	17,99

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

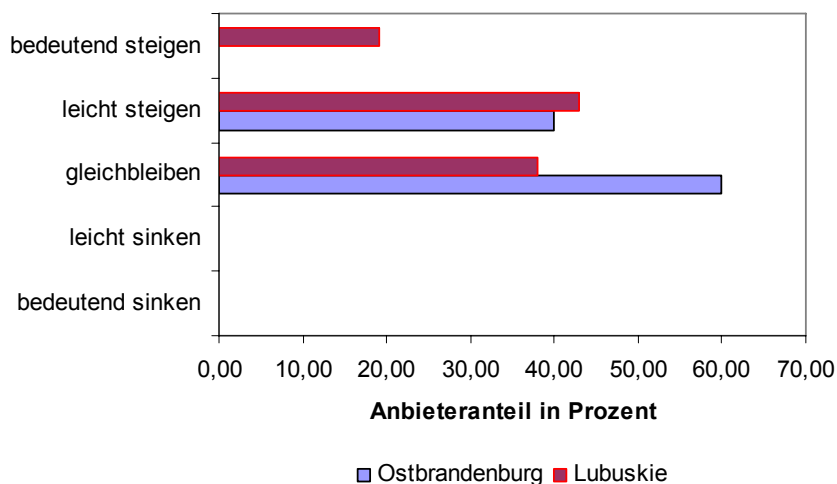
Die für Ostbrandenburg durch die Befragung ermittelte Pflegequote ist etwas höher als die im Land Brandenburg festgestellte Pflegequote von 2,72 Pflegebedürftigen je Beschäftigtem (vgl. Anhang B, Tabelle B-11). Möglicherweise sind hier bereits die demographischen Auswirkungen spürbar. So ist die Bevölkerung im peripheren Ostbrandenburg im Bundesvergleich bereits durchschnittlich älter. Ältere Menschen sind aufgrund ihrer eigenen Alterung zunehmend nicht (mehr) in der Lage, Angehörige zu betreuen, sodass professionelle Pflegedienste hier beauftragt werden. Das Angebot an Pflegepersonal ist jedoch lediglich durchschnittlich entwickelt, welches zu einer bereits erhöhten Pflegequote führt.

Die Situation der ambulanten Pflege in Lubuskie ist schwer mit der ostbrandenburgischen vergleichbar, da umfangreiche gesetzliche Regelungen, wie sie das deutsche SGB vorgibt, hier nicht zum Tragen kommen. Letztlich ist konstatierbar, dass dieser Bereich keine den deutschen vergleichbaren Leistungen für die Pflegebedürftigen erbringen kann, da hier das Personal bis zu achtzehn Betreute versorgt.

Bisher versorgen die ambulanten Pflegedienste dies- und jenseits der Oder kaum ausländische Pflegebedürftige: Kein ostbrandenburgischer und lediglich drei Lubusker Anbieter hatten Pflegebedürftige aus dem Nachbarland²⁷⁶ im Jahr 2003 zu verzeichnen. Dennoch nehmen die Anbieter in der Grenzregion insgesamt an, dass zukünftig die Nachfrage aus dem Nachbarland zunehmen wird. Im Einzelnen glauben die ostbrandenburgischen Anbieter zu 60 Prozent, dass sie keine (zusätzlichen) ausländisch resp. polnischen Pflegebedürftigen versorgen werden, wohingegen 40 Prozent von ihnen mit einem leichten Anstieg rechnen. In Lubuskie vermuten knapp 40 Prozent der Befragten, dass die Zahl der durch ihre Einrichtungen betreuten deutschen Pflegebedürftigen gleich bleiben werde, über 40 Prozent rechnen mit einem leichten und ein Fünftel der Anbieter gar mit einem starken Anstieg (vgl. Tabelle 5.4.1).

²⁷⁶ Insgesamt sind neun Deutsche von polnischen Pflegediensten versorgt worden. Ihr Anteil an allen Betreuten liegt damit bei 0,2 Prozent.

Abbildung 5.4.1. Anbieterschätzung zu Entwicklung des Ausländeranteils im ambulanten Pflegebereich



Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

5.4.4. Expansion ins Nachbarland – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Im Pflegebereich lässt sich allgemein konstatieren, dass hier unter den ostbrandenburgischen Anbietern das Interesse an einer Expansion nach Polen geringer ist als im ambulanten und stationären Bereich. Keiner der ostbrandenburgischen und lediglich knapp fünf Prozent der Lubusker Anbieter im Pflegebereich sind im jeweiligen Nachbarland tätig. Auch auf der polnischen Seite ist der Expansionswille nicht sehr ausgeprägt. Bei genauerem Nachfragen gaben 86 Prozent der Antwortter beider Seiten an, eine Tätigkeit im Nachbarland in Zukunft für sehr bis eher unwahrscheinlich bzw. wenig wahrscheinlich zu halten. Haupthinderungsgründe sind hier ebenfalls wieder Sprachbarrieren sowie rechtliche Unkenntnis des Nachbarlandes. Ferner spielen Ressentiments gegenüber dem Nachbarn bei der Expansionsentscheidung ebenfalls eine Rolle: knapp 30 Prozent in Ostbrandenburg und zehn Prozent in Lubuskie gaben an, dass diese ein grenzüberschreitendes Tätigwerden blockieren (vgl. Tabelle 5.4.3).

Tabelle 5.4.3. Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im ambulanten Pflegebereich

	Ostbrandenburg	Lubuskie
	in Prozent	
Tätig im Nachbarland		
ja	0,00	4,55
nein	100,00	95,45
beabsichtigte Tätigkeit im Nachbarland		
ja	14,29	31,82
nein	85,71	68,18
Kenntnis über Voraussetzungen		
ja	0,00	22,73
nein	100,00	77,27
Kooperationspartner vorhanden		
ja	28,57	9,09
nein	71,43	90,91
Kooperationspartner gesucht		
ja	0,00	9,09
nein	100,00	90,91
Tätigkeit im Nachbarland in Zukunft		
sehr unwahrscheinlich	28,57	38,10
eher unwahrscheinlich	28,57	28,57
wenig wahrscheinlich	28,57	19,05
wahrscheinlich	14,29	9,52
sehr wahrscheinlich	0,00	4,76
Haupthinderungsgründe		
Unkenntnis der rechtlichen Lage	71,43	55,00
Unkenntnis der Marktlage	42,86	40,00
Sprachbarrieren	85,71	70,00
kein Vertrauen in benachbarte Partner	28,57	10,00
finanzielle Barrieren	57,14	25,00

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

Das Personal in den Pflegeeinrichtungen Ostbrandenburgs und Lubuskies besitzt nur geringe Fremdsprachenkenntnisse. Über Polnischkenntnisse verfügt in den ostbrandenburgischen Pflegeeinrichtungen niemand; das Lubusker Pflegepersonal hingegen spricht zu einem Viertel deutsch (vgl. Tabelle 5.4.4).

Tabelle 5.4.4. Sprachkenntnisse des Personals im ambulanten Pflegebereich

	Ostbrandenburg	Lubuskie
	in Prozent	
Englisch	17,02	10,59
Sprache des Nachbarn	-	24,71

Eigene Darstellung. Quelle: Befragung in der Grenzregion

5.5. Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick

Die Auswertung der Antworten zur Befragung in der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie zeigt auf, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung weder auf der deutschen noch auf der polnischen Seite relevante grenzüberschreitende Aktivitäten der Anbieter zu verzeichnen waren. Von den deutschen Leistungserbringern im ambulanten und stationären Bereich sowie im ambulanten Pflegebereich war bis dato niemand in Polen tätig. Polnische Leistungserbringer des stationären Bereichs und des ambulanten Pflegebereichs gaben in sehr kleiner Zahl an, in Deutschland aktiv zu sein, ohne jedoch die Art ihrer Auslandstätigkeit zu spezifizieren. Ambulante Leistungserbringer praktizierten ausschließlich in ihren Ursprungsländern. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Untersuchung in der zweiten Hälfte des Jahres 2004, unmittelbar nach dem Beitritt Polens zur EU, stattfand. Erst durch die Ausdehnung des EU-Rechtsrahmens auf Polen nach dem 1. Mai 2004 vereinfachte sich die Rechtslage so weit, dass eine Tätigkeit im Nachbarland effektiv möglich war (vgl. Kapitel 2). Die Ergebnisse zu diesem Komplex verdeutlichen somit lediglich, dass – anders als beispielsweise im Handwerk – weder diesseits noch jenseits der Oder die Anbieter im Gesundheitssektor die EU-Osterweiterung „auf gepackten Koffern“ erwartet haben.

Daher kommt den Antworten auf die Frage nach der Absicht, in Zukunft im Nachbarland tätig zu werden, große Bedeutung zu. Hier zeigen sich starke Unterschiede sowohl zwischen den deutschen und polnischen Leistungserbringern als auch den jeweiligen Bereichen. So erwägen polnische Anbieter im ambulanten Bereich sowie im ambulanten Pflegebereich sehr viel eher im Nachbarland Leistungen zu erbringen, als deutsche. Im stationären Bereich verhält es sich umgekehrt: hier gaben fast alle befragten deutschen Einrichtungen an, in Polen eine Tätigkeit zu intendieren, wohingegen dies nur bei 60 Prozent der polnischen Antworter der Fall war.

Der von den Leistungserbringern am häufigsten genannte Hinderungsgrund, im Nachbarland tätig zu werden, ist die Unkenntnis der Rechtslage. Da Polen (zum Zeitpunkt der Untersuchung) gerade erst der EU beigetreten war, ist davon auszugehen, dass aufgrund der zahlreichen Änderungen, die mit diesem Prozess einhergehen, hier Informationsangebote erst im Entstehen sind bzw. es Wahrnehmungsschwierigkeiten für solche gibt. Vor dem EU-Beitritt Polens existierten sehr viele bürokratische bzw. gesetzliche Hürden, die Aktivitäten im jeweiligen Nachbarland stark einschränkten. Die Ausgabe einer Approbation/Berufserlaubnis sowie Anerkennung von Diplomen und Arztbezeichnungen (Facharztstitel) unterliegt nun auch den EU-rechtlichen Rahmenbedingungen. Theoretisch gilt darüber hinaus weiterhin die sog. 2+3+2- Übergangsregelung für die Anstellung von Medizinern, jedoch sind hier bspw. aufgrund von Personalmangel Abweichungen möglich. Insgesamt ist daher zu vermuten, dass mit zunehmender Informationsverbreitung bzgl. der Rechtslage die Ausweitung der Aktivitäten im jeweiligen Nachbarland wahrscheinlicher ist.

6. Handlungsoptionen für den Gesundheitssektor – Implikationen für Ostbrandenburg

Aufbauend auf den Ergebnissen der Anbieterbefragung sollen in diesem Kapitel Optionen für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Region Ostbrandenburg-Lubuskie aufgezeigt werden. Um eine Bewertung von Schritten hin zu einer stärkeren Integration der Gesundheitssektoren auf der deutschen und polnischen Seite der Grenze zu ermöglichen, wird zunächst ein einfaches Modell präsentiert, das erlaubt, Wohlfahrts- und Verteilungseffekte der Marktintegration zu identifizieren. Der Integrationsmechanismus, der hierbei untersucht wird, ist die internationale Wanderung hochqualifizierter Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, also Ärzten und spezialisiertem medizinischem Fachpersonal. In einem zweiten Schritt werden Optionen – unter Berücksichtigung von im Land Brandenburg bereits implementierten Politiken – diskutiert, die dazu beitragen können, die identifizierten Integrationshemmnisse auf Seiten der Anbieter zu überwinden. Abschließend wird auch kurz auf die Möglichkeiten zur Mobilitätssteigerung der Nachfrager eingegangen und denkbare Verbesserungspotential aufgezeigt.

6.1. Ein einfaches Migrationsmodell

In Anlehnung an ein einfaches von Krugman und Obstfeld (2006)²⁷⁷ dargestelltes Migrationsmodell wird nun ein Modell eingeführt, welches Wohlfahrtseffekte aufzeigt, die aus der Wanderung von Arbeitskräften im Gesundheitssektor resultieren.²⁷⁸

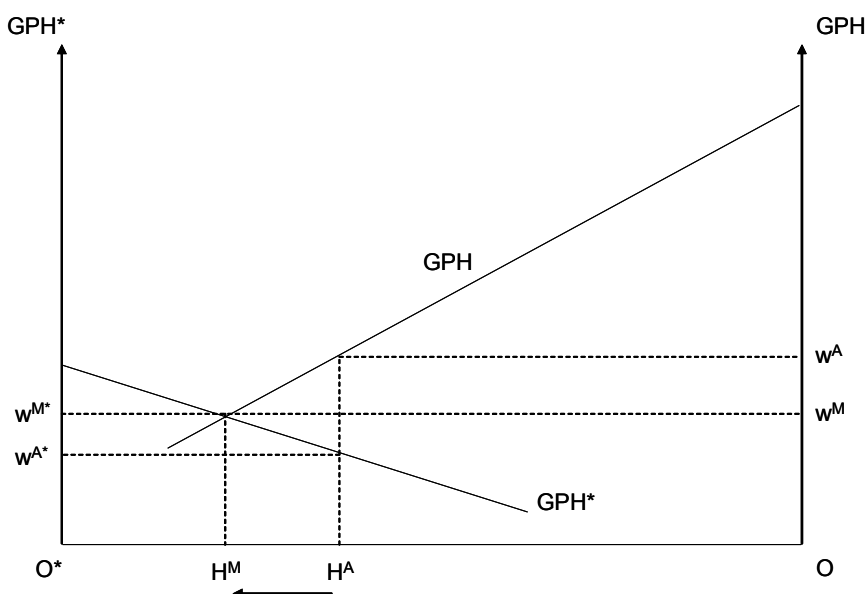
Hierfür erfolgt die Betrachtung einer Zwei-Länder-Welt, bestehend aus einem In- und einem Ausland, wobei das Inland als Ostbrandenburg und das Ausland als Lubuskie interpretiert werden. In beiden Ländern wird das gleiche Gut Gesundheit (G) produziert. Der Einfachheit halber – und ohne Beschränkung der Allgemeinheit – wird der Preis des Gutes G auf eins normiert, sodass der physische Output des Gutes und der Wert des Outputs einander entsprechen. Die Produktion des Gutes G erfolgt durch die Beschäftigung zweier Produktionsfaktoren: hochqualifizierte Arbeitskräfte (H) und niedrigqualifizierte Arbeitskräfte (L). Des Weiteren wird angenommen, dass die hochqualifizierten Arbeitskräfte international mobil sind, während die niedrigqualifizierten ausschließlich in ihren Heimatländern beschäftigt werden. Diese Annahme ist insofern plausibel, als für die internationale Wanderung von Arbeitskräften bestimmte Voraussetzungen im Sinne von Qualifikationen, Sprachkenntnissen etc. erforderlich sind, welche c.p. eher bei hochqualifizierten als bei niedrigqualifizierten Arbeitskräften zu vermuten sind. Im Modell werden linear-homogene neoklassische Produktionsfunktionen in beiden Ländern unterstellt, welche fallende Grenzproduktkurven für beide Faktoren implizieren. Die angenommenen Faktorangebotskurven

²⁷⁷ Vgl. Krugman und Obstfeld (2006), Kapitel 7, S. 148ff.

²⁷⁸ Interaktionen dieses Sektors mit dem Rest der Volkswirtschaft finden keine Berücksichtigung.

sind vollkommen unelastisch. Das heißt, Marktein- und -austritte werden nicht berücksichtigt, vielmehr wird auf die Wirkung einer veränderten Verteilung der qualifizierten Arbeitskräfte in der Zwei-Länder-Welt abgestellt.

Abbildung 6.1.1. Ein einfaches Migrationsmodell



Eigene Darstellung.

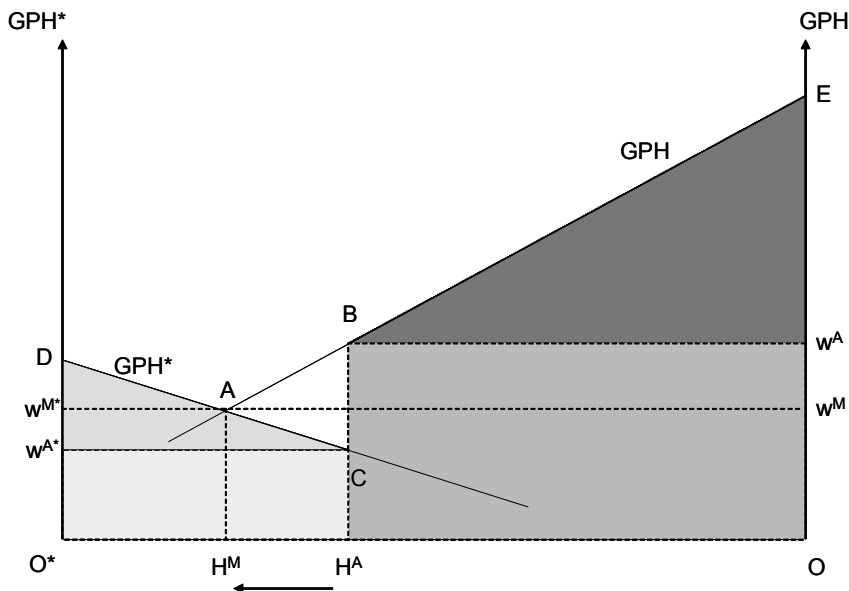
Das Ausgangsgleichgewicht ist in Abbildung 6.1.1 dargestellt. Die Zwei-Länder-Welt ist mit einer Menge von insgesamt OO^* hochqualifizierten Arbeitskräften ausgestattet. Ausländische Variablen werden mit einem Stern (*) gekennzeichnet. GPH bezeichnet die inländische Grenzproduktkurve für H (gemessen vom Ursprung O), GPH^* die ausländische (gemessen vom Ursprung O^*). In Autarkie beträgt die Arbeitskräfteausstattung mit hochqualifizierten Arbeitskräften im Inland OH^A , die des Auslandes O^*H^A . Der Lohnsatz für H ist in beiden Ländern gleich dem jeweiligen Grenzprodukt: w^A im Inland und w^A^* im Ausland. Im Folgenden werden die Begriffe *hochqualifizierte Arbeitskräfte* und *Arbeitskräfte* synonym verwandt.²⁷⁹

Bei Vergleich der Lohnsätze im Autarkiezustand zwischen In- und Ausland ist festzustellen, dass die Arbeitskräfte im Inland zu höheren Löhnen als im Ausland beschäftigt werden. Dieses Lohndifferential animiert ausländische Arbeitskräfte zur Migration. Durch die Wanderung vom Ausland ins Inland erhöht sich die Menge inländischer Arbeitskräfte (unter Einschluss der Migranten) auf insgesamt OH^M , während die im Ausland auf die Menge O^*H^M zurückgeht. Einhergehend mit dieser migrationsbedingten Reallokation der Arbeitskräfte in der Zwei-Länder-Welt sind Lohnsatzveränderungen, sowohl im In- als auch

²⁷⁹ Die weitere Betrachtung bezieht sich vor allem auf die mobilen hochqualifizierten Arbeitskräfte, da die niedrigqualifizierten (per Annahme) nicht wandern.

Ausland. So sinken die Löhne im Inland und steigen im Ausland solange, bis diese in beiden Ländern gleich sind und $w^{M*} = w^M$ gilt. Wenn die Löhne im In- und Ausland gleich sind, findet keine weitere Migration statt.

Abbildung 6.1.2. Wohlfahrt im Autarkiegleichgewicht



Eigene Darstellung.

Die Reallokation der Arbeitskräfte aufgrund von Migration impliziert Produktionsveränderungen sowohl im In- als auch Ausland und führt zu Wohlfahrtsveränderungen in der Zwei-Länder-Welt. Die Wohlfahrt wird gemessen als Outputmenge des einzigen Gutes G. In Autarkie produziert das Inland die Fläche OH^ABE unterhalb seiner Grenzproduktkurve GPH . Hierbei entspricht die Fläche OH^ABw^A der Lohnsumme der hochqualifizierten Arbeitskräfte. Aus der Nullgewinnbedingung folgt, dass das Residuum – das Dreieck w^ABE – die Lohnsumme der inländischen unqualifizierten Arbeitskräfte abbildet. Das Ausland generiert in Autarkie eine Wohlfahrt mit dem Ausmaß der Fläche O^*H^ACD unterhalb seiner Grenzproduktkurve GPH^* . Analog entspricht die Fläche $O^*H^ACw^A$ den Löhnen der qualifizierten Arbeitskräfte und das Dreieck w^ACD gibt die der unqualifizierten ausländischen Arbeitskräfte wieder.²⁸⁰

Wie die Abbildung 6.1.2 und die Abbildung 6.1.3 aufzeigen, treten durch die Migration Wohlfahrtsveränderungen ein. Die ausländische Produktion verringert sich um die Fläche ACH^AM . Gleichzeitig erhöht sich die inländische Ausbringungsmenge um die Fläche ABH^AM . In der gesamten Zwei-Länder-Welt erhöht sich die Wohlfahrt um ABC . Im Mo-

²⁸⁰ Die Position der GPH und GPH^* Kurven wird gemeinsam durch die Produktionstechnologie und die Zahl unqualifizierter Arbeitskräfte bestimmt. Die Größe der Dreiecke erlaubt daher keinen Rückschluss auf die Lohnhöhe eines unqualifizierten Arbeitnehmers, sondern lediglich auf die Lohnsumme insgesamt.

dell fallen sämtliche Wohlfahrtsgewinne dem Inland (unter Einschluss der Migranten) zu.²⁸¹

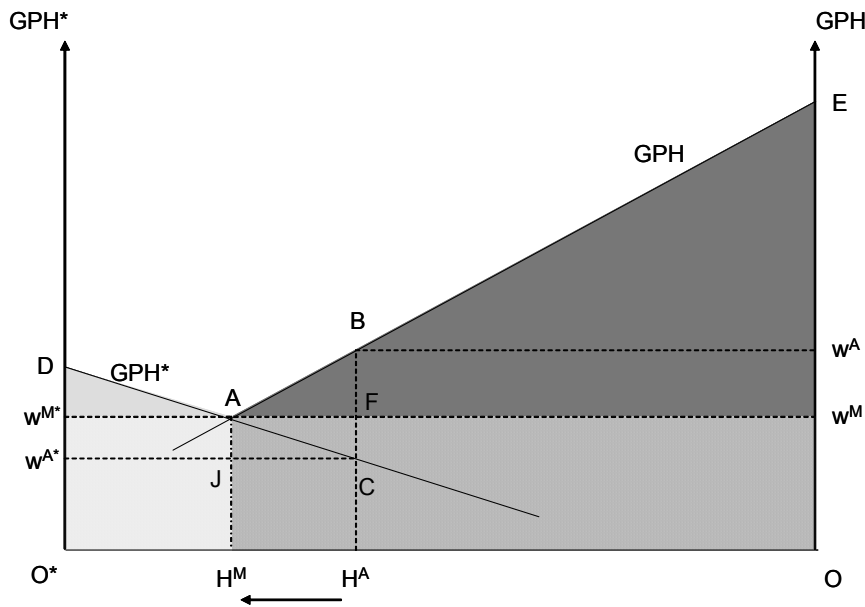
Folgende Einzeleffekte lassen sich der Abbildung 6.1.3 entnehmen: Im Inland erzielen die unqualifizierten Arbeitskräfte ein zusätzliches Einkommen (hier gekennzeichnet durch das Trapez ABw^Aw^M), allein aufgrund der Zuwanderung der qualifizierten ausländischen Arbeitskräfte. Die Lohnsumme der qualifizierten inländischen Arbeitskräfte (unter Nichtbeachtung der Migranten) sinkt um die Fläche FBw^Aw^M , das Einkommen der Migranten steigt um $AFCJ$. Im Ausland verlieren die unqualifizierten Arbeitskräfte: Durch die Wanderung von qualifizierten Arbeitskräften verringert sich ihre Lohnsumme auf das Dreieck ADw^M . Ein Teil ihrer Wohlfahrt vor der Migration wird nun durch die hochqualifizierten Arbeitskräfte erzielt, deren Einkommen um die Fläche AJw^Aw^M steigt. Die Fläche ACJ verlieren sie an die wandernden hochqualifizierten Arbeitskräfte.

Die Ergebnisse des Modells zeigen auf, dass die Entlohnung der niedrigqualifizierten Arbeitskräfte vom Wanderungsverhalten der hochqualifizierten abhängt. Dies ist insofern plausibel, als dass die spezialisierte medizinische Leistungserbringung allein für die Produktion des Gutes Gesundheit nicht hinreichend ist: Jeder Arzt, der sich neu niederlässt, benötigt zumindest eine Sprechstundenhilfe etc. Bei einem annahmegemäß gegebenen Angebot an niedrig qualifizierten Arbeitskräften steigt durch die gestiegene Nachfrage ihr Faktorpreis.

Übertragen auf Ostbrandenburg bedeutet dies, zuwandernde hochqualifizierte Lubusker Arbeitskräfte aus dem Gesundheitssektor (in der Regel: Ärzte, speziell ausgebildetes medizinisches Personal) erhöhen die Wohlfahrt – im Sinne eines vergrößerten Angebots – in der gesamten Grenzregion. Durch die Reallokation der Hochqualifizierten sinken in Ostbrandenburg die Löhne für Ärzte (da dort ihre relative Knappheit sinkt) und gleichzeitig steigen die Löhne der Niedrigqualifizierten. In Lubuskie kommt es aufgrund der migrationsbedingten Verknappung an hochqualifizierten Arbeitskräften zu Lohnerhöhungen bei den Ärzten. Verlierer sind hier die unqualifizierten Arbeitskräfte, da ihre Beschäftigungsmöglichkeiten mit der Abwanderung der Hochqualifizierten zurückgehen und somit ihre Löhne fallen.

²⁸¹ Das Ausland könnte an den Allokationsgewinnen teilhaben, wenn die Migranten zumindest einen Teil ihrer Einkommenszuwächse repatriieren.

Abbildung 6.1.3. Wohlfahrtseffekte der Migration



Eigene Darstellung.

Das hier vorgestellte einfache Modell erscheint nicht unplausibel im Hinblick auf die Verteilungswirkungen der Migration und zeigt, dass die zu erwartenden Wohlfahrtseffekte zumindest für Ostbrandenburg positiv sind. Notwendigerweise abstrahiert das Modell jedoch von Effekten, die potentiell von Bedeutung sind. Auf zwei von ihnen soll hier kurz hingewiesen werden. So kann die Migration der hochqualifizierten Arbeitskräfte Beschäftigungseffekte auslösen, wenn es in der Gruppe der Niedrigqualifizierten unfreiwillige Arbeitslosigkeit gibt. Anstelle der abgeleiteten Lohnerhöhungen würde es dann zu Beschäftigungszuwächsen bzw. einer Kombination beider Effekte kommen. Die positiven Wohlfahrtseffekte der Zuwanderung für Ostbrandenburg blieben von dieser Modifikation unberührt. In Abbildung 6.1.3 käme es zu einer Linksverschiebung der GPH Kurve. Auch wurde im Modell die Möglichkeit der Wanderungen zwischen der Region und dem Rest des jeweiligen Landes vernachlässigt. Falls die Hochqualifizierten, die Lubuskie verlassen, nicht in Ostbrandenburg bleiben, sondern beispielsweise in andere Regionen Deutschlands weiterwandern, schrumpft die Breite der Box und Wohlfahrtsverluste für die Grenzregion als Ganzes werden möglich.

6.2. Überwindung von Integrationshemmnissen auf der Anbieterseite

Sowohl die Angaben der öffentlichen Statistiken als auch die Anbieterbefragung in der Grenzregion haben aufgezeigt, dass der Mangel an qualifiziertem medizinischem Personal eines der Hauptprobleme in der Gesundheitsversorgung Ostbrandenburgs darstellt. Realisierbare Optionen für die Beseitigung dieses Mangels werden seit geraumer Zeit in der Ge-

sundheitspolitik von den Verantwortlichen im Land Brandenburg diskutiert. Die Möglichkeiten der Einbeziehung des Nachbarn Lubuskie fand dabei bis dato wenig Berücksichtigung.²⁸²

6.2.1. Ambulante Versorgung

Einer Analyse der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer (KV-Ost) zufolge ist die Lage in der allgemeinmedizinischen resp. hausärztlichen Versorgung besonders angespannt.²⁸³ Da ein Drittel der Hausärzte bereits älter als 60 Jahre ist, droht die Versorgung in diesem essentiellen Segment in naher Zukunft zu kollabieren. Ein ähnliches Bild zeigt die Untersuchung in der Grenzregion für Ostbrandenburg. So stellen die Allgemeinmediziner die am meisten durch Patienten belastete Ärztegruppe dar. Auch Fachärzte sind nicht in wünschenswerter Zahl in Ostbrandenburg tätig, aber die Versorgungsdichte gestaltet sich hier günstiger als bei den Hausärzten.²⁸⁴

Mit dem „Statut über die Durchführung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Land Brandenburg“ (Version vom 16. März 2005)²⁸⁵ ist von Seiten der KVBB versucht worden, Lösungen für drohende Versorgungsprobleme zu finden. Im Folgenden wird zunächst eine Bewertung dieser vorgeschlagenen Sicherstellungsmaßnahmen sowie eine Einschätzung ihrer Zieltauglichkeit vorgenommen. In einem weiteren Schritt werden Optionen hinsichtlich des Tätigwerdens ausländischer Ärzte diskutiert. Hierbei erfolgt die Berücksichtigung der von der KVBB angestrebten Sicherstellungsmaßnahmen unter einem grenzüberschreitenden Aspekt.

Die Sicherstellungsmaßnahmen der KVBB

Seit dem Jahr 2003 ist die KVBB bemüht, Maßnahmen für Regionen mit (drohender) Unterversorgung zu etablieren, die dem Ärztemangel begegnen und so die medizinische Versorgung sicherstellen. Der ehemals gültige Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KVBB sowie der ab 1. April 2004 in Kraft gesetzte Honorarverteilungsvertrag (HVV) sehen in § 2 Abs. 5 die Bildung eines Sicherstellungsfonds vor, welcher die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Mittel dazu einsetzen soll, „*effiziente Versorgungsformen zur flächendeckenden ambulanten ärztlichen Betreuung zu fördern sowie die vertragsärztliche Versorgung den Erfordernissen entsprechend auch zu sprechstundfreien Zeiten zu sichern*“.²⁸⁶ Die

²⁸² Anbieterwanderungen sind nur von Polen nach Deutschland wahrscheinlich, da hier ein Anreiz für die Leistungserbringer aufgrund der Lohndifferentiale besteht. Daher werden im Folgenden Optionen für Ostbrandenburg diskutiert.

²⁸³ Vgl. Zenker (2005).

²⁸⁴ Vgl. Kapitel 5.2.

²⁸⁵ Vgl. KVBB (2005a).

²⁸⁶ Vgl. KVBB (2004a), KVBB (2005c).

inhaltliche Ausgestaltung obliegt hierbei – wie es auch das SGB V vorsieht²⁸⁷ – der KVBB. Im Jahr 2005 beschloss die Vertreterversammlung der KVBB einen aktualisierten Maßnahmenkatalog. Zum Zwecke der Sicherstellung der medizinischen Versorgung unterstützt die KVBB nun die:

- Weiterbildungsförderung,
- Errichtung von Zweigpraxen,
- Ausschreibung und amtliche Bekanntmachung von dringend zu besetzenden Vertragsarztsitzen resp. Versorgungsbereichen (sog. Sicherstellungspraxen),
- Gewährung von Umsatzgarantien für Sicherstellungspraxen,
- Befristete Beschäftigung eines Assistenten durch einen Vertragsarzt aus Gründen der Sicherstellung,
- Praxisberatung für niederlassungswillige sowie wirtschaftlich gefährdete bereits niedergelassene Ärzte,
- Errichtung von Eigeneinrichtungen der KVBB zur optionalen Übernahme durch den angestellten Arzt,

sowie die

- Förderung der Sicherstellung des ambulanten ärztlichen Bereitschaftsdienstes (Notfalldienst) vor allem in strukturschwachen Regionen des Landes Brandenburg.²⁸⁸

In den Ausführungsbestimmungen der KVBB ist die Mittelverwendung aus dem Sicherstellungsfonds geregelt.²⁸⁹ Die von der KVBB entwickelten Sicherstellungsmaßnahmen sollen den Patienten eine adäquate medizinische Versorgung im Land Brandenburg gewährleisten. Dies ist nur bei einer hinreichenden Zahl der Leistungserbringer und Qualität der angebotenen medizinischen Leistungen möglich (welche nicht voneinander unabhängig sind). Daher zielen die Sicherstellungsmaßnahmen auf den Erhalt einer adäquaten medizinischen Versorgung bei gleichzeitigem Attrahieren junger Ärzte, vor allem für die Niederlassung in den sog. strukturschwachen Regionen im Bundesland, ab. Einige der Sicherstellungsmaßnahmen fokussieren die Unterstützung bzw. Entlastung der im System der KVBB etablierten Vertragsärzte, weitere dienen ausschließlich der Niederlassungswerbung neuer Ärzte. Erstere können sich ebenfalls indirekt niederlassungsausweitend auswirken, da alle im System der KVBB befindlichen Vertragärzte diese in Anspruch nehmen können, das heißt die Niederlassungswilligen beziehen diese Umstände ggf. in ihr Kalkül zur Praxisausgründung mit ein.

²⁸⁷ Das SGB V verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu, Sicherstellungsmaßnahmen für die medizinische Versorgung zu ergreifen.

Vgl. hierzu insbesondere § 85 Abs. 4 sowie § 85b Abs. 1 SGB V.

²⁸⁸ Vgl. KVBB (2005a), Abschnitt II, Maßnahmen F) bis M).

²⁸⁹ Vgl. KVBB (2004b).

Weiterbildungen

Ein gutes Weiterbildungsangebot und Praxisberatungen sind selbstverständlich wünschenswert für die Vertragsärzte. Inwiefern die hier von der KVBB ergriffenen Maßnahmen über ein Mindestmaß dessen, was in ihrem (gesetzlich im SGB V verankerten) Aufgabenbereich liegt, hinausgehen, wird aus dem Statut nicht ersichtlich. Schließlich ist es Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, eine adäquate Versorgung durch die Vertragsärzte sicherzustellen. Weiterbildungen und Beratungen für die Leistungserbringer sollten daher stets Repertoirebestandteil sein.

Praxisausschreibungen sowie Niederlassungs- und betriebswirtschaftliche Beratung

Die Unterstützung der zeitnahen Ausschreibung von dringend neu zu besetzenden Vertragsarztsitzen bzw. das Bekanntgeben besonders bedrohter Versorgungsgebiete über die Publikationsmöglichkeiten der KVBB erlauben einen Einblick für Niederlassungswillige, wo eine zukünftige Tätigkeit möglich wäre. Eine Praxisbörse sowie Informationen zu Praxisausschreibungen präsentieren sich auf der Startseite des Internetangebots der KVBB²⁹⁰ und verdeutlichen den akuten Vertragsärztemangel in der Region. Nicht auf jeden Niederlassungswilligen dürfte sich die Information motivierend auswirken, dass das Land Brandenburg und insbesondere die Regionen, welche die KVBB mit Nachwuchs auszustatten anstrebt, zu den Schlusslichtern in Deutschland hinsichtlich der Arztdichte gehören. Niederlassungs- und betriebswirtschaftliche Beratung hingegen können Niederlassungswilligen dabei helfen, realistische Einschätzungen bzgl. der Erfolgswahrscheinlichkeiten einer eigenen Praxis vorzunehmen und sind daher als sehr sinnvolle Maßnahmen zu bewerten.

Zweigpraxen

Die Sicherstellungsmaßnahmen zielen darüber hinaus auf die Etablierung von Zweigpraxen durch niedergelassene Ärzte ab. Diese Maßnahme erlaubt, dass ein Arzt zwei Einzugsgebiete versorgt. Sollte der niedergelassene Arzt die Zweigpraxis allein betreiben, wird das Versorgungsproblem lediglich auf eine größere Zahl von Patienten verteilt. In Kombination mit der Anstellungsmöglichkeit von Ärzten böte diese Maßnahme jedoch eine echte Chance zur Verbesserung der Versorgungssituation. Allerdings muss hierbei bedacht werden, dass die Zweigpraxis ebenfalls eine technische Ausstattung benötigt. Zur Kostensenkung wäre vorstellbar, dass der niedergelassene Arzt in seiner Hauptpraxis die kostenintensive medizintechnische Ausstattung vorhält, während in der Zweigpraxis im Sinne eines medizinischen Versorgungspunktes lediglich eine unverzichtbare Grundausrüstung zur Verfügung steht. Dem angestellten Arzt entsteht in diesem Fall kein unternehmerisches Risiko, er erhält vom Niedergelassenen ein Gehalt. Der Gewinn aus der Zweigpraxis fällt dem Freiberufler zu.

²⁹⁰ Vgl. <http://www.kvbb.de> .

Umsatzgarantien

Des Weiteren sehen die Sicherstellungsmaßnahmen Umsatzgarantien für Ärzte, die eine bereits bestehende bis dato gut ausgelastete Vertragsarztpraxis²⁹¹ zeitnah (das heißt in der Regel innerhalb von drei Monaten) übernehmen, in der Anlaufphase vor. Die Umsatzgarantien werden über acht Abrechnungsquartale in Höhe von zwei Drittel des durchschnittlichen Umsatzes, den Fachärzte der gleichen Spezialisierungsrichtung erwirtschaften, gewährt.²⁹² Inwiefern Umsatzgarantien ein geeignetes Instrument für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung darstellen, darf zumindest angezweifelt werden. Der Sinn einer Umsatzgarantie ist es, Ärzten, die aufgrund niedriger Patientenzahlen nicht genügend erwirtschaften, eine finanzielle Absicherung zu bieten. Somit soll ihnen in der schwierigen Anfangsphase der Niederlassung ein adäquates Honorar zugesichert werden. Da die Neu-Niedergelassen jedoch verpflichtet werden, die Patientenkartei einer gutgehenden Arztpraxis zu übernehmen, sollte es möglich sein, entsprechende Fallzahlen zu erzielen, welches eine Umsatzgarantie überflüssig macht. Aufgrund dieser Überlegungen erscheinen zwei Szenarien denkbar: Im besseren Fall ist die Umsatzgarantie nicht bindend und hat dann lediglich den Effekt, besonders risikoaverse Ärzte zur Niederlassung zu bewegen, indem ihnen die Angst vor dem wirtschaftlichen Versagen genommen wird. Im schlechteren Fall bindet die Umsatzgarantie und der betreffende Arzt wird faktisch durch die im System der KVBB etablierten Leistungserbringer subventioniert. Warum diese Subvention dem (neuen) Inhaber einer vormals gutgehenden Praxis zukommen soll, ist zumindest nicht unmittelbar einleuchtend.

Eigeneinrichtungen

Die Sicherstellungsmaßnahmen der KVBB sehen auch die Etablierung sog. Eigeneinrichtungen gemäß § 105 Abs. 1 SGB V vor. Hierfür tritt die KVBB befristet als direkter Arbeitgeber eines niedergelassenen Arztes auf und stellt diesem Praxisräume einschließlich Ausstattung und medizinischem Hilfspersonal zur Verfügung. Motivation auch für diese Maßnahme ist das Ausschalten wirtschaftlicher Risiken und starker finanzieller Belastungen, die einem Niederlassungswilligen bei der Übernahme resp. Neuausgründung einer Praxis entstehen. Finanziert werden die Anlaufkosten mit Mitteln aus dem Sicherstellungsfonds der KVBB. Längerfristiges Ziel ist es, die Ärzte zu animieren, die zur Nutzung zur Verfügung gestellten Räume sowie deren Inventar zu übernehmen und die Praxis in freiberuflicher Tätigkeit weiterzuführen. In diesem Fall gleichen die übernehmenden Ärzte

²⁹¹ „Die übernommene Vertragsarztpraxis hat über eine im Durchschnitt der letzten vier Quartale ermittelte Behandlungsfallzahl zu verfügen, welche mehr als 75 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der letzten vier zur Verfügung stehenden Quartale der jeweiligen Fachgruppe beträgt.“
Vgl. KVBB (2005a).

²⁹² Vgl. KVBB (2004b).

die von der KVBB getätigten Investitionskosten aus. In der Praxis ist die Errichtung von Praxen durch die KVBB bis dato noch nicht durchgeführt worden.²⁹³

Reform der ambulanten ärztlichen Bereitschaftsdienste

Eine weitere Maßnahme zur Gewährleistung einer adäquaten medizinischen Versorgung im Land Brandenburg stellt die Förderung der Sicherstellung ambulanter ärztlicher Bereitschaftsdienste (Notfalldienste) dar. Gemäß der Ausführungsbestimmungen zur Verwendung des Sicherstellungsfonds der KVBB sollen die Notfallbezirke umstrukturiert und auf ca. 75 im gesamten Bundesland reduziert werden. Die KVBB zahlt differenzierte Wege- und Bereitschaftsdienstpauschalen an die am Notfalldienst beteiligten Ärzte. So soll „eine einheitliche und angemessene Vergütung der Teilnahme am Bereitschaftsdienst (Notfalldienst) sowie eine der flächenmäßigen Ausdehnung der Bereitschaftsdienst- (Notfalldienst-)bezirke Rechnung tragende Vergütung gewährleistet“ werden. Zwar erhalten die Ärzte für ihre Bereitschaftsdienste finanzielle Zuschläge als Kompensation, jedoch erhöht sich die Arbeitsbelastung ebenfalls. Insbesondere in den Gebieten mit Ärztemangel sind verstärkte Bereitschaftsdienste zu befürchten.

Möglichkeiten zur Integration polnischer Leistungserbringer

Die von der KVBB vorgeschlagenen Sicherstellungsmaßnahmen erwägen weder in ihrer ersten Fassung noch in der Aktualisierung des Statuts aus dem Jahr 2005 das Einbeziehen polnischer Leistungserbringer als eine Möglichkeit der Versorgungssicherung. Grenzüberschreitende Effekte sowie etwaige Kooperationsmöglichkeiten finden trotz einer ca. 250 km langen Grenze mit Polen keine Berücksichtigung. Dies ist insofern verwunderlich, als polnische Leistungserbringer seit dem 1. Mai 2004 selbstständig in Deutschland tätig werden können, da für sie die Niederlassungsfreiheit gilt.²⁹⁴ Im vorliegenden Abschnitt wird daher diskutiert, wie sich die von der KVBB im Sicherstellungsstatut festgelegten Maßnahmen auf niederlassungswillige polnische Ärzte auswirken.

In den Antworten zur Befragung in der Grenzregion gaben immerhin 40 Prozent der ambulanten Lubusker Leistungserbringer an, eine Tätigkeit in Deutschland zu beabsichtigen.²⁹⁵ Angesichts der Schwierigkeiten, junge deutsche Mediziner für die Berufsausübung in Ostdeutschland zu gewinnen, stellt die Kooperation mit der Nachbarwojewodschaft eine Option dar. Die Arbeitslosenquote deutscher Ärzte liegt durchschnittlich bei zwei Prozent, der Fachärzte unter einem Prozent, sodass bei den Medizinerinnen derzeit faktisch Vollbeschäftigung zu verzeichnen ist. Darüber hinaus meiden neu ausgebildete Mediziner Ostdeutschland, weil hier die Verdienstmöglichkeiten um ca. ein Fünftel geringer als in Westdeutsch-

²⁹³ In Thüringen (Stadt Ohrdruf) wurde die bundesweit erste Eigeneinrichtung einer KV zum 1. Dezember 2005 etabliert. Vgl. KVT (2005).

²⁹⁴ Vgl. Kapitel 2.3.4.

²⁹⁵ Vgl. Kapitel 5.2.5.

land sind.²⁹⁶ Daher scheint die Behebung des Ärztemangels allein durch die Niederlassungswerbung deutscher Mediziner eher unwahrscheinlich.

Niederlassung ausländischer Leistungserbringer

Die Antworten zur Befragung in der Grenzregion sind ein Indiz dafür, dass polnische Leistungserbringer an einer Tätigkeit in Deutschland interessiert sind. Haupthinderungsgrund hierfür stellt bisher die Unkenntnis der Rechtslage dar. Eine gezielte Informationspolitik der KVBB sowie der LÄKB wäre daher wünschenswert, um zuwanderungswillige Ärzte darin zu unterstützen, die zunächst größte bürokratische Hürde der Ausbildungsanerkennung zu nehmen. Denn damit ein Arzt aus dem EU-Ausland in Deutschland tätig werden kann, benötigt er zunächst eine Approbation resp. Berufserlaubnis gemäß Bundesärzteordnung. Des Weiteren findet die Richtlinie 93/16/EWG vom 5. April 1993 (Ärztlichrichtlinie) Anwendung.²⁹⁷ Das EU-Recht sieht vor, dass qualifizierte Fachärzte aus dem EU-Ausland sich nach den in Deutschland bestehenden Bestimmungen niederlassen können.²⁹⁸ Hierfür ist nach der Diplomanerkennung die Eintragung in das Arztregister notwendig, um eine Bewerbung auf einen freien Praxissitz abgeben zu können. Anschließend ist es möglich, die Zulassung als Kassenarzt bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen.

Neben der Unkenntnis der Rechtslage stellt, wie die Ergebnisse der Befragung in der Grenzregion ergaben, die Unkenntnis der Marktlage einen weiteren wichtigen Hinderungsgrund für eine Tätigkeit in Deutschland dar. Durch die Informationen der KVBB auf deren Internetseite und in weiteren Publikationen wird für informierte polnische Ärzte nun gut ersichtlich, in welchen Regionen eine Tätigkeit möglich, das heißt, wo ein Vertragsarztsitz zu besetzen ist. Des Weiteren sind eine Niederlassungs- und betriebswirtschaftliche Beratung für systemfremde Mediziner von Vorteil und helfen den Niederlassungswilligen, die finanziellen Risiken einer Praxisausgründung abzuschätzen.

Umsatzgarantien, die – wie oben diskutiert wurde – bei der Übernahme einer wirtschaftlich gutgehenden Praxis durch einen heimischen Arzt faktisch nicht zum tragen kommen dürften, könnten sich als ein wichtiges Instrument zur Unterstützung ausländischer bzw. polnischer Ärzte in der schwierigen Anfangsphase der Übernahme oder Neugründung einer Praxis erweisen. Denn durch eventuelle Ressentiments bzw. mangelndes Vertrauen benötigen Patienten eventuell etwas Zeit, sich darauf einstellen, nun von einem ausländischen Mediziner versorgt zu werden. Der Arzt muss, um das wirtschaftliche Überleben seiner Praxis zu sichern, eine gewisse Patientenzahl erreichen, durch die er ein hierfür adäquates Honorar erzielt. Bleiben die Patienten zunächst aus, springen die Umsatzgarantien für bis zu acht Abrechnungsquartale ein.

²⁹⁶ Vgl. zur Arbeitsmarktsituation der Ärzte in Deutschland: BA (2004).

²⁹⁷ Vgl. Kapitel 2.3.4.

²⁹⁸ Landesärztekammern anderer Bundesländer stellen bereits gezielt Hilfen für ausländische Ärzte bereit. Als Beispiel wird an dieser Stelle auf das Internetangebot der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) verwiesen. Hier werden Orientierungshilfen für EU-Ausländer und Nicht-EU-Ausländer inklusive Ansprechpartner für die Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit im Land Sachsen gegeben. Vgl. <http://www.slaek.de/60infos/28eurohilfe/>.

Allzu hohe Erwartungen im Hinblick auf die Wirksamkeit von Umsatzgarantien verbieten sich jedoch, da Voraussetzung für die Niederlassung ist, dass Ärzte über ausreichend Kapital verfügen, um eine Praxis zu übernehmen bzw. neu auszugründen können. Aufgrund der vergleichsweise niedrigen Verdienstmöglichkeiten für Mediziner in Polen dürfte dies lediglich in Ausnahmefällen gegeben sein. Ähnlich wie bei jungen einheimischen Ärzten, die eine erste vertragsärztliche Tätigkeit anstreben, sind auch finanzielle Barrieren als ein Haupthinderungsgrund für die Niederlassung polnischer Ärzte zu vermuten. Die Antworten in der Befragung in der Grenzregion bestätigen diesen Eindruck.²⁹⁹

Anstellung ausländischer Leistungserbringer in ambulanten Einrichtungen der KVBB

Die obigen Überlegungen lassen die Anstellung polnischer Leistungserbringer als eine interessante Option erscheinen. Wichtigster Vorteil der abhängigen Beschäftigung im Vergleich zur Niederlassung sind die sehr geringen finanziellen Risiken auf Seiten der zuwanderungsbereiten Mediziner. Darüber hinaus ermöglicht eine Anstellung den zuwandernden Medizinern, ihre Aufenthaltsdauer in Deutschland flexibel zu gestalten. Das Problem, für eine eigene Praxis vor der Rückkehr ins Heimatland einen Käufer finden zu müssen, entfällt. Des Weiteren sind in Polen nahezu alle ambulant tätigen Ärzte in einem ZOZ angestellt. Dass Ärzte in eigenen Praxen selbstständig tätig werden, ist dort eine neuere Entwicklung. Dies lässt vermuten, dass Ärzte den ersten Schritt in die Selbstständigkeit nicht notwendigerweise im Ausland vornehmen werden, da hier die wirtschaftlichen Risiken vergleichsweise schwerer abschätzbar sein dürften. Aus all diesen Gründen ist zu vermuten, dass polnische Ärzte, die beabsichtigen, in Deutschland tätig werden, eher eine abhängige Beschäftigung als eine Niederlassung intendieren. Indiz hierfür ist auch die Zunahme der Zahl polnischer angestellter Ärzte in deutschen Krankenhäusern (vgl. Abschnitt 6.2.2).

Derzeit unterliegt die Beschäftigung polnischer Ärzte (bzw. aller Ärzte aus den acht mittel- und osteuropäischen Ländern, die zum 1. Mai 2004 der EU beigetreten sind) in Deutschland der sog. 2+3+2-Regelung. Das heißt, Deutschland macht von der im Beitrittsvertrag vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch, die Arbeitnehmerfreizügigkeit für bis zu sieben Jahre nach dem EU-Beitritt zu beschränken. Zumindest während der ersten beiden Jahre nach der Osterweiterung der EU benötigen polnische Ärzte daher eine Arbeitserlaubnis. Die Übergangsregelung wird voraussichtlich zum 30. April 2006 um weitere drei Jahre verlängert werden, ist jedoch insgesamt maximal sieben Jahre anwendbar. Spätestens nach sieben Jahren gilt auch für Angestellte aus Polen (bzw. den oben erwähnten neuen EU-Mitgliedsländern) die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit: das heißt, das EU-Recht in Deutschland ohne Arbeitserlaubnis zu arbeiten.

Die Erteilung der Arbeitserlaubnis für polnische Ärzte, die als Arbeitnehmer in Deutschland tätig werden wollen, richtet sich nach den Regelungen im *Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von*

²⁹⁹ Vgl. Kapitel 5.2.5.

Unionsbürgern und Ausländern (Zuwanderungsgesetz), welches am 1. Januar 2005 in Kraft getreten ist. Anwendung findet hierbei insbesondere Artikel 1 des Zuwanderungsgesetzes, der das *Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet* (Aufenthaltsgesetz, AufenthG) umfasst. Über die Erteilung der Arbeitserlaubnis entscheidet in der Regel die Ausländerbehörde im Benehmen mit der Bundesagentur für Arbeit. Die Erteilung erfolgt im begründeten Einzelfall, wenn ein öffentliches Interesse am Aufenthalt- bzw. der Arbeitsaufnahme besteht. Vorrang beim Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt haben hier immer deutsche Staatsangehörige sowie Staatsbürger aus denjenigen EU-Mitgliedsländern, für die die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit gilt.³⁰⁰ Da in der ambulanten Versorgung ein Mangel an Medizinerinnen zu verzeichnen ist, ist davon auszugehen, dass eine solche Arbeitserlaubnis – wenn die Approbation/Berufsanerkennung erfolgreich verläuft – erteilt wird. Dies ist bereits im stationären Sektor zu beobachten (vgl. Abschnitt 6.2.2).

Eine gezielte Informationsbereitstellung, die über Anstellungsmöglichkeiten für ausländische resp. polnische Ärzte Auskunft erteilt, ist von Seiten der KVBB und LÄKB erforderlich, um so migrationswillige Mediziner zu attrahieren. Die Sicherstellungsmaßnahmen der KVBB versuchen über die Anstellung von Medizinerinnen für eine dauerhafte Tätigkeit mit eventuellem Übergang in die Niederlassung zu gewinnen. Diese sollten ausländische Ärzte miteinbeziehen, damit alle Möglichkeiten der Erzielung einer höheren Arztdichte, die für eine gesicherte Versorgung entscheidend ist, wahrgenommen werden.

Die Anstellung polnischer Ärzte in Eigeneinrichtungen der KVBB mit der späteren Option die Praxis vollständig übernehmen zu können, erlaubt ausländischen Medizinerinnen, sich mit dem System vertraut zu machen, ohne in den ersten Jahren ein hohes wirtschaftliches Risiko auf sich zu nehmen. Nach Ablauf des Anstellungsvertrags mit der KVBB, ist es dann den Medizinerinnen aufgrund gewonnener Systemerfahrung möglich, abzuschätzen, inwiefern eine selbstständige Tätigkeit für sie erfolgsversprechend sein kann: Das heißt, ob es rentabel ist, die Praxis niedergelassen weiterzuführen.

Gleiches gilt für die Anstellung polnischer Medizinerinnen bei niedergelassenen Ärzten. Hier ist denkbar, dass nach einer Einarbeitungszeit der angestellte Arzt entweder selbstständig tätig wird, bspw. durch den Ausbau einer Zweigpraxis, oder eine eigene Praxis ausgründet. Eine weitere Möglichkeit ist die Übernahme der Praxis des anstellenden Arztes (Arbeitgebers). Letztere Option führte dazu, dass nicht nur der Fortbestand einer Praxis und somit eine bessere Versorgung in einer Region gesichert wird, sondern eröffnet dem anstellenden Arzt zudem die Möglichkeit, die Praxis an seinen Mitarbeiter zu verkaufen und somit eine potentiell aufwendige Suche nach einem Nachfolger zu vermeiden. Darüber hinaus ist durch die Anstellung in jedem Fall bis zur Übernahme einer Praxis auch die Gewöhnung der Pa-

³⁰⁰ Aufgrund der sog. Gemeinschaftspräferenz sind jedoch Arbeitskräften aus den Beitrittsstaaten gegenüber Arbeitskräften aus Drittstaaten der Vorzug bei der Erteilung der Arbeitserlaubnis zu gewähren. Vgl. § 284 SGB III.

tienten an den neuen (ausländischen) Mediziner gewährleistet, sodass dieser die für seinen wirtschaftlichen Erfolg relevanten Fallzahlen besser abschätzen kann.

Ausländische Mediziner müssen die Anstellung in einer deutschen ambulanten Einrichtung nicht notwendigerweise dazu nutzen, sich im System der KVBB langfristig zu integrieren. Doch für den Zeitraum, den sie dort verbringen, entlasten sie die hiesigen Vertragsärzte und leisten einen Beitrag zur Versorgungssicherung. So ist die Tätigkeit polnischer Ärzte im Anstellungsverhältnis als wünschenswert einzuschätzen, selbst wenn diese später nicht in eine Niederlassung mündet. Unter dem Aspekt des Erfahrungsaustauschs ist darüber hinaus nicht nur für die ausländischen Ärzte interessant, erworbenes Wissen in ihre Heimatländer zu exportieren, den deutschen Ärzten eröffnet sich die Möglichkeit, einen Einblick in andere Arbeitsweisen und -techniken zu gewinnen.

6.2.2. Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung im Land Brandenburg ist als gesichert einzuschätzen. Die brandenburgischen Krankenhäuser haben im Jahr 2003 eine Bettenauslastung von 81,5 Prozent aufzuweisen bei einer im Bundesvergleich erhöhten Personalbelastung.³⁰¹

Sicherung des Personalbedarfs durch ausländische Ärzte

Eine Bestandsaufnahme in den Brandenburger Krankenhäusern, die von der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V. (LKB) zu Beginn des Jahres 2004 zu den nicht-besetzten Stellen für ärztliches Personal durchgeführt wurde, zeigt auf, dass dem Ärztemangel durch die Beschäftigung ausländischer Mediziner entgegengewirkt werden konnte. Waren bei der Bestandsaufnahme im Jahr 2003 noch 180 Arztstellen in Brandenburger Krankenhäusern nicht besetzt, sank die Zahl der unbesetzten Stellen bis zu Beginn des Jahres 2004 auf 99. Die freien Arbeitsplätze wurden hier mit mehr als 70 ausländischen Ärzten besetzt. Ursprungsländer der ausländischen Mediziner sind vorwiegend Polen, Russland sowie die Slowakei.³⁰² Die KBV (2004) vermeldete Ende des Jahres 2004, dass der Ärztemangel an den Brandenburger Krankenhäusern (im Gegensatz zur ambulanten Versorgung) weitestgehend behoben sei. Im Dezember 2004 arbeiteten bereits 275 ausländische Ärzte im Land Brandenburg.³⁰³ Die Entspannung der Lage in den Brandenburger Krankenhäusern ist vor allem auf die Beschäftigung ausländischer Mediziner zurückzuführen. Einfluss hatten darüber hinaus der Zusammenschluss einiger Einrichtungen³⁰⁴ und die damit einhergehende vereinzelte Schließung von Fachteilungen, aber auch die Umwand-

³⁰¹ Vgl. Kapitel 4.3.1.

³⁰² Studie zitiert nach Borchmann (2004).

³⁰³ Vgl. KBV (2004).

³⁰⁴ Es erfolgte eine Reduktion der stationären Einrichtungen von 51 Krankenhäusern im Jahr 2003 auf 47 Krankenhäuser im Jahr 2004. Vgl. auch MASGF (2004).

lung von Arzt-im-Praktium/AiP-Stellen³⁰⁵ in Assistenzarztstellen sowie der leichte Anstieg an Bewerbern aus Berlin.³⁰⁶

Es ist davon auszugehen, dass die Brandenburger Krankenhäuser auch ein Jahr später, zum Jahreswechsel 2005/2006, keinen gravierenden Ärztemangel zu verzeichnen haben. Das Internetangebot der LKB bestätigt diesen Eindruck. Hier sind seit dem 30. Dezember 2005 lediglich drei offene Stellen für ärztliches Personal in Brandenburger Krankenhäusern angezeigt.³⁰⁷ Für die Zukunft geht die LKB jedoch davon aus, dass der Bedarf an ärztlichem Personal in den Krankenhäusern (zumindest im Land Brandenburg) weiter leicht ansteigt. Dies entspräche der Entwicklung in den letzten Jahren.³⁰⁸ Gründe für zunehmenden Personalbedarf sind der vergleichsweise niedrige Versorgungsgrad mit Ärzten und Pflegepersonal gemessen am gesamtdeutschen Durchschnitt sowie die bereits relativ geringe Krankenhausedichte. Ein Flächenland wie Brandenburg, welches eine relativ hohe Morbidität bedingt durch die ungünstige Altersstruktur der Bevölkerung aufweist, könne die Zahl der Einrichtungen kaum mehr reduzieren, ohne dabei die Versorgung zu gefährden.³⁰⁹

Kooperationsmöglichkeiten mit der polnischen Seite

Die Antworten der stationären Anbieter zur Befragung in der Grenzregion haben aufgezeigt, dass die Mehrheit der deutschen und der polnischen Einrichtungen beabsichtigen, im Nachbarland tätig zu werden. Anders als bei den ambulanten Leistungserbringern sind hierbei finanzielle Barrieren ein ebenso starker Hinderungsgrund wie die Unkenntnis der Rechtslage. Auch belegt die Befragung, dass im stationären Bereich am ehesten Kooperationspartner gesucht und gefunden werden.³¹⁰

In der Praxis haben sich in anderen, schon länger etablierten deutschen Grenzregionen mit Mitgliedern der ehemaligen EU-15 Staaten und der Schweiz grenzüberschreitende Kooperationsprojekte zwischen stationären Einrichtungen etabliert. Exemplarisch sei an dieser Stelle auf eine Untersuchung des Sozialministeriums Baden-Württemberg (2003) zu grenzübergreifenden Gesundheitsleistungen verwiesen. Diese konstatiert eine hohe Zahl konkreter Kooperationen zwischen Einrichtungen entlang der deutschen Grenze mit Frankreich, der Schweiz und Österreich. Die Kooperationen erstrecken sich auf Forschungsprojekte, Verträge über die Erbringung bestimmter Leistungen sowie gemeinsam erarbeitete

³⁰⁵ Das GMG verfügt den Wegfall des Arzt-im-Praktium (AiP) zum 1. Oktober 2004. Damit erhalten junge Mediziner ihre Approbation/Berufserlaubnis 18 Monate früher und beginnen ihre Tätigkeit im Krankenhaus mit der (für sie finanziell sehr viel attraktiveren) Assistenzarztzeit. Diese Entwicklung ist einhergehend mit der Implementierung einer neuen Ausbildungsordnung für Mediziner.

³⁰⁶ Vgl. LKB (2004), insbesondere Kapitel 6.

³⁰⁷ Vgl. LKB (2006), Abfrage: Februar 2006.

³⁰⁸ Während ein Anstieg im ärztlichen Personal und Pflegedienst seit dem Jahr 1992 zu verzeichnen ist, nahm das Personal, welches nicht direkt „am Bett“ mit den Patienten arbeitet, ab. Vgl. hierzu auch Kapitel 4.3.1. sowie Anhang B, Tabelle B-9.

³⁰⁹ Vgl. Borchmann (2004).

³¹⁰ Vgl. Kapitel 5.3.5.

Behandlungskonzepte für Patienten bestimmter Indikationen. Ein weiterer Schwerpunkt ist die gemeinsame Notfallversorgung bei Unfallverletzten. Wie die Untersuchung weiter ergab, haben baden-württembergische Krankenhäuser ein großes Interesse an grenzüberschreitenden Versorgungsverträgen, da diese die Behandlung von Ausländern (aus Grenzregionen) vergleichsweise unbürokratisch erlaubt. So profitieren die Einrichtungen davon, dass mit ausländischen Patienten erzielte Einnahmen die Budgets der Krankenhäuser unberührt lassen.³¹¹

Eine vergleichbare Zusammenarbeit wäre auch zwischen deutschen und polnischen Krankenhäusern in der Grenzregion wünschenswert. Als schwierig ist hierbei der stark unterschiedliche Ausstattungsgrad der Einrichtungen dies- und jenseits der Grenze zu bewerten. Gemäß der Untersuchung in der Grenzregion verfügen zwar Wojewodschaftskrankenhäuser über eine mit deutschen vergleichbare Ausstattung an Großgeräten, jedoch ist die Mehrheit der dem NFZ unterstellten polnischen Krankenhäuser als kapitalarm einzuschätzen und daher für eine gemeinsame Nutzung nicht mit entsprechenden Ressourcen ausgestattet.³¹²

Dass für beide Seiten eine nutzenstiftende Zusammenarbeit dennoch möglich sein kann, zeigt der rege Austausch zwischen der sächsischen und Dolnośląskier Ärztekammer, der seit Mitte der 1990er Jahre besteht. Die Zusammenarbeit umfasst vor allem Fort- und Weiterbildungen. Ein Hauptanliegen beider Ärztekammern ist es, den Austausch junger Ärzte zwischen den Nachbarregionen Freistaat Sachsen und der Wojewodschaft Dolnośląskie zu verstärken.³¹³ Das städtische Klinikum der Grenzstadt Görlitz ist heute auch akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Wrocław.³¹⁴ Hier befindet sich ebenfalls das deutsch-polnische Mammazentrum, welches Hilfe bei speziellen Brusterkrankungen anbietet (insbesondere Krebserkrankungen). Darüber hinaus kooperieren beide Seiten in der Notfallversorgung.

Für deutsche Krankenhäuser eröffnen sich weitere Optionen durch die Grenzöffnung. Attrahierten die Brandenburger Krankenhäuser polnische Patienten in den Versorgungsbereichen, in denen in Lubuskie ein Versorgungsdefizit besteht, könnten sie Wettbewerbsvorteile gegenüber polnischen Einrichtungen realisieren. Erstrebenswert wäre hierfür der Abschluss grenzüberschreitender Versorgungsverträge mit dem NFZ, da dies den polnischen Patienten die Inanspruchnahme erleichterte, weil sie so Sachleistungen über die Landesgrenze hinweg in Anspruch nehmen könnten, welches die Attraktivität für den Patienten erhöht und die grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme wahrscheinlicher machte. Nachfrageausweitend dürfte sich ebenfalls die Behandlung durch polnische Ärzte in den brandenburgischen Krankenhäusern auswirken, da den Patienten hierdurch die Angst vor Sprachbarrieren genommen wird. Die Versorgung polnischer Patienten in

³¹¹ Vgl. Sozialministerium Baden-Württemberg (2003), insbesondere die Abschnitte V und VI.

³¹² Vgl. Kapitel 5.3.3.

³¹³ Vgl. bspw. Rühmkorf (2005).

³¹⁴ Vgl. <http://www.klinikum-goerlitz.de/>.

Brandenburger Krankenhäusern könnte zu einer höheren Auslastung und somit zu einer Erhöhung der Wirtschaftlichkeit dieser Einrichtungen führen.

6.2.3. Vergleichende Bewertung bisheriger Integrationsschritte

Bei Berücksichtigung der Erfahrungen anderer Bundesländer, vor allem entlang der Grenze zu den ehemaligen Ostblockländern (neue EU-10) Polen und Tschechien, entsteht der Eindruck, dass das Land Brandenburg ein Nachzügler bei der Entwicklung möglicher Kooperationen mit dem Nachbarland ist. Den Akteuren im Gesundheitswesen dies- und jenseits der Oder mangelt es an dem Bewusstsein, dass in der Grenzregion teilweise vergleichbare Probleme existieren, die gemeinsam gelöst werden könnten.

Während andere Bundesländer³¹⁵ sich aufgeschlossen gegenüber zuwandernden ausländischen medizinischem Personal zeigen und sich um eine aktive Integration bemühen, scheint im Land Brandenburg vor allem Skepsis vorzuherrschen.³¹⁶ Das Arbeiten mit polnischen Ärzten wird als für diese wenig attraktiv eingeschätzt, da vor allem im westlichen Bundesgebiet sowie in weiteren Staaten wie Dänemark, Schweden, Norwegen, Großbritannien oder der Schweiz sich die Verdienstmöglichkeiten sehr viel attraktiver für migrationswillige Ärzte gestalten. Der Vorteil der Grenzlage wird weder erkannt noch gezielt angesprochen, geschweige denn beworben. Informationen zur Niederlassung oder Anstellung von Ärzten finden sich auf einschlägigen Internetseiten wie der der Landesärztekammer Brandenburg oder der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg nicht.

Auch wird argumentiert, dass jeder abwandernde osteuropäische Arzt sich negativ für die Gesundheitsversorgung in seinem Heimatland auswirke. Das ist zwar sachlich richtig, aber wenn der Arzt c.p. eine Betätigung im Ausland beabsichtigte kein brandenburgspezifisches Argument. Diese altruistische Begründung verliert des Weiteren an Glaubwürdigkeit, wenn gleichzeitig behauptet wird, dass ausländische Ärzte den brandenburgischen Kollegen Mehrarbeit bescherten, da sie nicht in der Lage wären, den Dokumentationspflichten, denen Klinikärzte unterliegen, nachzukommen. Nun mag im Einzelfall so etwas beobachtet worden sein, allerdings stellt sich dann die Frage, warum der Betreffende die Zulassung für eine Tätigkeit in Deutschland erhalten hat. Darüber hinaus wäre die Alternative, eine Stelle gar nicht zu besetzen. Die daraus resultierende Mehrarbeit für brandenburgische Ärzte dürfte größer sein.

³¹⁵ Beispiele hierfür sind neben dem Land Sachsen (vgl. Rühmkorf (2005)) vor allem auch in Mecklenburg Vorpommern zu finden. In Mecklenburg-Vorpommern haben sich die Kassenärztliche Vereinigung und das Sozialministerium auf gemeinsam Strategien, um dem Ärztemangel zu begegnen, geeinigt. Die dortige Landesregierung unterstützt die Errichtung einer Berufsakademie, die polnische Ärzte auf eine Tätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern gezielt vorbereitet.

³¹⁶ Vgl. exemplarisch Äußerungen des LÄKB-Vorsitzenden Udo Wolter zum Ärztemangel in Brandenburg und zur Hilfe durch osteuropäische Kollegen:
http://www.laekb.de/05/15Kammerarbeit/10Beitraege/05017_051205.html .

Natürlich ist der Einsatz ausländischer Ärzte kein Allheilmittel für den Ärztemangel in der Region. Doch ihr Tätigwerden nicht zu befördern, kommt dem Ausschlagen von Chancen gleich.

6.3. Anmerkungen zur Nachfragerseite

Prinzipiell ist eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung natürlich nicht nur durch die Wanderung von Anbietern, sondern auch durch die Wanderung von Nachfragern erreichbar. An dieser Stelle soll daher noch kurz auf vorhandene Kooperationen hingewiesen werden, die gegebenenfalls auch in Ergänzung zu Integrationsritten auf der Anbieterseite dazu beitragen können, die medizinische Versorgung in der Region zu verbessern bzw. für die Zukunft sicherzustellen.

Zu nennen sind hier bi- bzw. multinationale Kooperationsprojekte, die – sofern sie eine Zusammenarbeit verschiedener Mitgliedstaaten in der Gesundheitsversorgung befördern – im Rahmen der Euregios von der EU unterstützt werden. Mit dem *„Pilotprogramm zur Unterstützung von lokalen und regionalen Behörden in den Grenzregionen bei der Vorbereitung auf die Folgen der EU-Erweiterung“* entstand im Jahr 2002 das trinationale grenzüberschreitende Netzwerk ENLARGE-NET³¹⁷ zwischen dem Freistaat Sachsen sowie dem angrenzenden polnischen Niederschlesien (Dolnośląskie) und tschechischem Nordböhmen, damals noch Regionen von EU-Beitrittskandidatenländern. Ziel des Programms war die Etablierung von Kooperationen, welche über die bis dato zusammenarbeitenden fünf Euregios hinausgingen und eine permanente Verknüpfung der lokalen und regionalen Gebietskörperschaften ermöglichten. ENLARGE-NET intendierte vor allem den Informations- und Erfahrungsaustausch der beteiligten Akteure in Vorbereitung auf den EU-Beitritt Polens und Tschechiens sowie die Entwicklung einer Zukunftsstrategie mit konkreten Folgeprojekten für die kooperierenden Grenzregionen. Die Umsetzung des Programms begann im Mai 2003 und wurde für 24 Monate von der EU kofinanziert.

Ein aus ENLARGE-NET entstandenes Folgeprojekt zwischen Deutschland und den angrenzenden neuen EU-Mitgliedstaaten Polen und Tschechien wird seit Juni des Jahres 2004 (für eine Laufzeit von 24 Monaten, kofinanziert durch die EU) für das Gesundheits- und Sozialwesen entwickelt. Akteure der deutschen Bundesländer Brandenburg und Sachsen, der polnischen Wojewodschaften Lubuskie und Dolnośląskie sowie der tschechischen Bezirke Liberecký und Ústecký bilden das grenzüberschreitende Netzwerk EU-MED-EAST³¹⁸. Ziel der Kooperationen ist es, einen gemeinsamen *„Gesundheits- und Sozialraum“* zu entwickeln. In einzelnen Unternetzwerken sollen Maßnahmen zur Versorgungsverbesserung unter Einbeziehung der Möglichkeiten einer grenzüberschreitenden Kooperation entworfen und umgesetzt werden. Das spezifische Unternetzwerk *„Gesundheitsversorgung“* arbeitet zu

³¹⁷ Vgl. <http://enlarge-net.dresden.de/enlarge-net/de/a1/b1/frame> .

³¹⁸ Vgl. http://eu-med-east.dresden.de/eu-med-east/index_html .

den Themen „*Grenzüberschreitende Patientenmobilität*“ und „*Grenzüberschreitender Einkauf/Grenzüberschreitende Logistik*“. Hinsichtlich der grenzüberschreitenden Patientenmobilität werden Informationen für den Patienten über Kooperationen zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern sowie die Implementierung einer elektronischen Gesundheitskarte erarbeitet. Die grenzüberschreitende Logistik beabsichtigt den Austausch von Krankenkassen resp. Versicherern, Leistungserbringern und weiterer Unternehmen des Gesundheitssektors.

Das Potential derartiger Kooperationen lässt sich anhand eines Pilotprojekts der Euregios Rhein-Waal, Rhein-Maas-Nord und Maas-Rhein zwischen Deutschland, Belgien und den Niederlanden aufzeigen. In einem gemeinsamen Gesundheitsportal³¹⁹ stehen Anbietern und Nachfragern von Gesundheitsleistungen Informationen zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in den kooperierenden Euregios in der jeweiligen Landessprache zur Verfügung. Das gemeinsame Gesundheitsportal enthält insbesondere länderspezifische Informationen über die Versorgungsleistungen, die Inanspruchnahme in den Nachbarländern, die Leistungshöhe bzw. die Kostenerstattung durch den zuständigen Krankenversicherer. Ebenfalls Bestandteil des Portals sind Angaben zu grenzüberschreitenden Versorgungsverträgen, die eine Patientenbehandlung ohne Berücksichtigung der Landesgrenze ermöglichen. Darüber hinaus ist es möglich, Ärzte und Krankenhäuser, die an dem Kooperationsprojekt teilnehmen, über das Portal zu finden. Alle beteiligten Leistungserbringer und Krankenkassen sind mit Kontaktangaben auf der gemeinsamen Internetseite verzeichnet.

Das Netzwerk EU-MED-EAST eröffnet den ostdeutschen Grenzregionen die Möglichkeit, aufbauend auf den Erfahrungen der Euregios an der deutschen Westgrenze, Informationen für die (potentiellen) Nutzer von Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen. Insoweit diese Politik zur erhöhten Mobilität von Patienten beiträgt, kann sie eine wertvolle Ergänzung für die im Hauptteil dieses Kapitels beschriebenen Integrationsschritte auf der Anbieterseite sein.

³¹⁹ Vgl. <http://www.euregiogesundheitsportal.de/> .

7. Schlussbemerkung

Die EU-Osterweiterung und die damit einhergehenden sozialen und ökonomischen Veränderungen sind von immenser Bedeutung für die betrachtete Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie. Insbesondere die bis zur Aufnahme Polens in die EU voneinander abgeschotteten Arbeitsmärkte sowie die Dienstleistungssektoren der beiden Teilregionen erfahren durch die neue Rechtslage starke Veränderungen. Der Gesundheitssektor ist, wie in der vorliegenden Arbeit gezeigt wurde, von diesen Veränderungen in exemplarischer Weise betroffen. Für Ostbrandenburg bietet die Grenzöffnung neue Möglichkeiten, die medizinische Versorgung auf hohem Niveau sicherzustellen. Einen wichtigen Beitrag in dieser Hinsicht könnte, wie gezeigt wurde, die Anbieterwanderung leisten. Die enormen Einkommensunterschiede für medizinisches Fachpersonal zwischen beiden Ländern lassen die Wanderung in Richtung Deutschland attraktiv erscheinen. Und die im Rahmen dieser Arbeit vorgenommene Befragung hat ergeben, dass polnische Ärzte in relevanter Zahl in der Tat bereit sind, in Deutschland zu arbeiten. Diese Bereitschaft gilt es zu nutzen, denn der „Standortfaktor Gesundheit“ ist von größter Bedeutung für die Region insgesamt, will sie die Abwanderung aus anderen Sektoren vermeiden bzw. die Attraktivität für Zuwanderer in diesen Sektoren stärken.

Die Bestandsaufnahme zwei Jahre nach der EU-Osterweiterung zeigt jedoch, dass Ostbrandenburg weit davon entfernt ist, sein der Grenzlage gedanktes Potential auszuschöpfen. Die von der KVBB und LÄKB eingeleiteten Schritte zur Sicherstellung der als besonders kritisch einzuschätzenden ambulanten Versorgung müssten stärker als bisher geschehen auf die Zielgruppe polnischer Ärzte ausgerichtet werden. Dies kann beispielsweise durch gezielte Informationen an den Adressatenkreis – auch in polnischer Sprache – geschehen, die durch eine Rechtsberatung Interessierter ergänzt werden könnte. Auch ein allgemeines Informationsangebot nach dem Vorbild der Euregios der deutschen Grenze zu Belgien und den Niederlanden ist als integrationsfördernd und nutzenstiftend einzuschätzen.

Die Abwanderung von Medizinern aus Lubuskie würde im dortigen Gesundheitssektor eine Situation, die zumindest nach deutschen Maßstäben als Unterversorgung zu bezeichnen ist, weiter verschärfen. Dennoch könnte auch Lubuskie profitieren, wenn heimische Mediziner im benachbarten Ostbrandenburg tätig werden. Zum einen finanziell, falls die Ärzte ihr höheres Einkommen in Teilen nach Polen transferieren. Und zum anderen stehen wanderungsbereite Ärzte nicht vor der Alternative „Lubuskie oder Ostbrandenburg“, sondern haben auch die Option, in andere Regionen Deutschlands oder in einen anderen EU-Staat abzuwandern. Verglichen hiermit erscheint aus lubusker Sicht die Tätigkeit heimischer Ärzte in geographischer Nähe als attraktiver. Nicht nur ist so eine Rückkehr leichter möglich, sondern auch eine Teilzeittätigkeit des abwandernden Arztes in Polen ist nicht ausgeschlossen.

Anhang A

Tabelle A-1. Bevölkerungsentwicklung in der Ostbrandenburg in den Jahren 1994 – 2003

	1994	1995	1996	1997	1998
Kreisfreie Städte	207.966	204.021	200.596	196.354	190.582
<i>Cottbus</i>	125.643	123.214	120.812	118.463	114.872
<i>Frankfurt (Oder)</i>	82.323	80.807	79.784	77.891	75.710
Landkreise Ostbrandenburgs	824.681	829.002	836.622	847.288	855.056
<i>Barnim</i>	150.060	151.783	154.698	159.689	163.937
<i>Märkisch-Oderland</i>	170.631	172.577	175.033	178.958	182.968
<i>Oder-Spree</i>	188.986	190.839	193.006	195.032	196.655
<i>Spree-Neiße</i>	152.982	153.493	154.856	155.946	155.773
<i>Uckermark</i>	162.022	160.310	159.029	157.663	155.723
Ostbrandenburg	1.032.647	1.033.023	1.037.218	1.043.642	1.045.638
Land Brandenburg	2.536.747	2.542.042	2.554.441	2.573.291	2.590.375
	1999	2000	2001	2002	2003
Kreisfreie Städte	184.726	180.622	176.262	172.198	<i>174.563</i>
Cottbus	110.894	108.491	105.954	103.847	<i>107.549</i>
Frankfurt (Oder)	73.832	72.131	70.308	68.351	67.014
Landkreise Ostbrandenburgs	860.604	860.585	856.500	851.883	843.409
Barnim	167.914	170.288	171.490	172.382	173.951
Märkisch-Oderland	186.573	188.277	189.634	190.678	191.729
Oder-Spree	196.784	196.453	195.670	194.169	193.062
Spree-Neiße	155.247	153.827	151.100	148.939	<i>141.256</i>
Uckermark	154.086	151.740	148.606	145.715	143.411
Ostbrandenburg	1.045.330	1.041.207	1.032.762	1.024.081	1.017.972
Land Brandenburg	2.601.207	2.601.962	2.593.040	2.582.379	2.574.521

Eigene Berechnung. Quelle: LASV (2003), LASV (2004), LDS BB (2004a)

Die kursiv gekennzeichneten Zahlen im Jahr 2003 geben eine Verschiebung der Bevölkerungszahl an. Hier hat das LDS Brandenburg für die Statistik des Jahres 2003 die Fläche des Landkreises Spree-Neiße zugunsten der kreisfreien Stadt Cottbus verkleinert, welches auch eine Verschiebung der Bevölkerungszahl nach sich zieht. Dies erklärt den ungewöhnlich starken Rückgang der Bevölkerungszahl im Landkreis und den starken Anstieg in Cottbus.

Tabelle A-2. Bevölkerungsentwicklung in Lubuskie und Polen, 1996-2003

	1996	1997	1998	1999
Lubuskie	1 017 596	1 020 345	1 022 521	1 023 483
<i>natürliche Bevölkerungsbewegung</i>				
<i>räumliche Bevölkerungsbewegung</i>				
Lubuskie korrigiert				
Polen	38 639 341	38 659 979	38 666 983	38 653 559
	2000	2001	2002	2003
Lubuskie	1 023 988	1 024 499	1 008 196	1 008 786
<i>natürliche Bevölkerungsbewegung</i>			794	253
<i>räumliche Bevölkerungsbewegung</i>			-996	-619
Lubuskie korrigiert			1 024 297	1 023 931
Polen	38 644 211	38 632 453	38 218 531	38 190 608

Eigene Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004)

Die Bevölkerungszahlen der Wojewodschaft Lubuskie sind für die Jahre 2002 und 2003 mit den Saldi aus natürlicher und räumlicher Bevölkerungsentwicklung korrigiert worden. Wie der ersten Zeile obiger Tabelle zu entnehmen ist, weist die Bevölkerungsentwicklung beim Übergang vom Jahr 2001 auf 2002 einen relativ großen Sprung auf. Dieser ist jedoch in den Angaben zur natürlichen und räumlichen Bevölkerungsbewegung nicht nachvollziehbar, sodass hier von einer Zeitreihenanpassung des GUS ausgegangen werden muss.

Tabelle A-3. Bevölkerungsdichte (Personen je km²) in der Grenzregion 1996 – 2003

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ostbrandenburg	95	96	96	96	96	95	94	94
kreisfreie Städte	673	659	640	620	606	591	578	559
<i>Cottbus</i>	804	788	764	738	722	705	691	655
<i>Frankfurt (Oder)</i>	540	528	513	500	489	476	463	454
Landkreise	79	80	81	81	81	81	80	80
<i>Barnim</i>	104	107	110	112	114	115	115	116
<i>Märkisch-Oderland</i>	82	84	86	88	88	89	90	90
<i>Oder-Spree</i>	86	87	88	88	88	87	87	86
<i>Spree-Neiße</i>	93	94	94	93	93	91	90	86
<i>Uckermark</i>	52	52	51	50	50	49	48	47
Land Brandenburg	87	87	88	88	88	88	88	87
kreisfreie Städte	683	668	652	638	630	623	616	543
Landkreise	74	75	76	77	77	77	76	76
Deutschland	230	230	230	230	230	231	231	231
Lubuskie	73	73	73	73	73	73	72	72
Polen	124	124	124	124	124	124	122	122

Eigene Berechnung. Quelle: GUS (1996-2004), Urząd Statystyczny (2004), LDS BB (2003), LASV (2004), LASV (2004a)

Tabelle A-4. An Bevölkerungsbewegung beteiligte Personen in der Grenzregion, 1996-2002

	Ostbrandenburg			Lubuskie		
	räumlich	natürlich	Saldo	räumlich	natürlich	Saldo
1996	128 317	16 962	145 279	26 031	20 578	46 609
1998	137 032	17 024	154 056	27 615	20 089	47 704
2000	132 516	17 177	149 693	24 349	18 906	43 255
2002	127 140	16 987	144 127	24 084	18 086	42 170

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LASV (2004), GUS (1996-2004)

Tabelle A-5. Nominales Bruttoinlandsprodukt (BIP) in der Grenzregion in Mio. Euro, 1994-2002

	1994	1995	1996	1997	1998
Kreisfreie Städte	3.804,4	4.029,3	4.144,7	4.331,8	4.257,9
<i>Cottbus</i>	2.222,2	2.375,3	2.461,3	2.639,8	2.558,5
<i>Frankfurt</i>	1.582,2	1.654,0	1.683,4	1.692,0	1.699,4
Landkreise	10.453,8	11.362,8	11.920,2	12.113,8	12.696,0
<i>Barnim</i>	2.043,1	2.140,0	2.194,3	2.107,8	2.218,8
<i>Märkisch-Oderland</i>	2.305,6	2.415,2	2.696,0	2.624,6	2.822,0
<i>Oder-Spree</i>	2.135,6	2.521,4	2.475,8	2.594,6	2.714,7
<i>Spree-Neiße</i>	2.086,0	2.294,7	2.481,4	2.542,8	2.633,4
<i>Uckermark</i>	1.883,5	1.991,5	2.072,7	2.244,0	2.307,1
Ostbrandenburg	14.258,2	15.392,1	16.064,9	16.445,6	16.953,9
Land Brandenburg	33.902,2	36.633,4	38.419,1	39.483,5	40.614,5
Deutschland	1.735.500,0	1.801.300,0	1.833.700,0	1.871.600,0	1.929.400,0
Lubuskie	k.A.	k.A.	2.203,0	2.666,1	3.108,3
Polen	k.A.	k.A.	90.092,3	109.594,1	128.122,0
	1999	2000	2001	2002	
Kreisfreie Städte	4.374,7	4.388,9	4.345,0	4.309,7	
<i>Cottbus</i>	2.630,9	2.653,5	2.627,3	2.580,0	
<i>Frankfurt</i>	1.743,8	1.735,4	1.717,7	1.729,7	
Landkreise	12.785,3	12.786,5	13.519,5	13.802,0	
<i>Barnim</i>	2.323,4	2.317,1	2.465,0	2.492,3	
<i>Märkisch-Oderland</i>	2.849,7	2.810,3	2.693,3	2.743,9	
<i>Oder-Spree</i>	2.715,1	2.727,4	3.235,0	3.345,9	
<i>Spree-Neiße</i>	2.612,6	2.598,6	2.488,5	2.512,3	
<i>Uckermark</i>	2.284,5	2.333,1	2.637,7	2.707,6	
Ostbrandenburg	17.160,0	17.175,4	17.864,5	18.111,7	
Land Brandenburg	41.787,5	41.819,0	44.049,4	44.683,1	
Deutschland	1.974.300,0	2.025.500,0	2.063.000,0	2.108.200,0	
Lubuskie	3.422,5	3.795,5	3.920,5	3.915,8	
Polen	141.851,5	157.366,6	165.346,8	169.807,0	

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LASV (2003) LASV (2004) GUS (1996-2004)

Zur Vereinfachung wurde bei der Berechnung angenommen: 1 € = 4,6 Złoty.

Tabelle A-6. Reale BIP-Wachstumsraten im jeweiligen Vergleich zum Vorjahr für Ostbrandenburg, 1995-2002

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Ostbrandenburg	6,05%	2,87%	0,47%	2,39%	0,92%	-1,41%	1,81%	0,18%
<i>Kreisfreie Städte</i>	4,01%	1,36%	2,61%	-2,41%	2,44%	-1,18%	-3,20%	-2,01%
<i>Landkreise</i>	6,80%	3,41%	-0,28%	4,11%	0,40%	-1,49%	3,53%	0,89%
Land Brandenburg	1,89%	0,30%	0,17%	2,39%	2,03%	1,09%	-0,35%	0,99%
Deutschland	1,70%	0,80%	1,40%	2,00%	2,00%	2,90%	0,60%	0,20%

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LASV (2003), LASV (2004), LDS BB (2004a), Statistisches Bundesamt (2003a)

Tabelle A-7. Entwicklung des nominalen BIP je Einwohner in Ostbrandenburg im Vergleich, 1994-2002

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Ostbrandenburg	13.807	14.900	15.488	15.758	16.214	16.416	16.496	17.298	17.686
<i>Kreisfreie Städte</i>	18.293	19.749	20.662	22.061	22.342	23.682	24.299	24.651	25.028
<i>Berlinnahe Landkreise</i>	12.722	13.736	14.091	13.729	14.268	14.309	14.152	15.074	15.401
<i>Periphere Landkreise</i>	12.601	13.659	14.509	15.264	15.861	15.831	16.140	17.104	17.715
Land Brandenburg	13.372	14.429	15.081	15.403	15.731	16.110	16.082	16.299	17.054
Deutschland	21.315	22.058	22.391	22.810	23.521	24.051	24.645	25.056	25.562

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LASV (2003), LASV (2004)

Tabelle A-8. Reale BIP-Wachstumsraten im jeweiligen Vergleich zum Vorjahr für Lubuskie, 1997-2002

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Lubuskie	6,12%	4,79%	2,81%	0,80%	-2,21%	-0,92%
Polen	6,75%	5,11%	3,42%	0,84%	-0,43%	1,90%

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004)

Tabelle A-9. Entwicklung des BIP je Einwohner in Lubuskie im Vergleich, 1996-2002

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
in Złoty							
<i>Lubuskie</i>	9.959	12.019	13.983	15.382	17.050	17.603	17.866
<i>Polen</i>	10.725	13.040	15.242	16.881	18.732	19.688	20.438
in Euro							
<i>Lubuskie</i>	2.165	2.613	3.040	3.344	3.707	3.827	3.884
<i>Polen</i>	2.332	2.835	3.313	3.670	4.072	4.280	4.443

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1996-2004)

Tabelle A-10. Bruttowertschöpfung nach Wirtschaftsbereichen im Land Brandenburg und in Deutschland, 2002

	Land Brandenburg		Deutschland	
	in Mio. Euro	anteilig	in Mio. Euro	anteilig
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	988	2,40%	22.020	1,14%
Produzierendes Gewerbe ohne Baugewerbe	7.626	18,56%	475.190	24,50%
Baugewerbe	3.009	7,32%	88.610	4,57%
Öffentliche und private Dienstleister	11.770	28,64%	446.130	23,01%
Handel, Gastgewerbe und Verkehr	7.840	19,08%	352.960	18,20%
Finanzierung, Vermietung und Unternehmensdienstleister	9.858	23,99%	554.330	28,58%
Gesamte Bruttowertschöpfung	41.091	100,00%	1.939.240	100,00%

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: LASV (2004), Statistisches Bundesamt (2003a)

Tabelle A-11. Erwerbslosenquoten in Ostbrandenburg, 1994 – 2002

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	in Prozent								
Kreisfreie Städte									
<i>Cottbus</i>	17,2	18,6	14,4	18,2	20,7	19,4	18,4	20,7	19,2
<i>Frankfurt (Oder)</i>	17,9	17,5	15,8	22,4	20,3	15,7	17,5	17,7	19,7
Landkreise									
<i>Barnim</i>	18,3	15,9	14,0	16,1	15,4	16,5	17,6	17,8	17,0
<i>Märkisch-Oderland</i>	17,4	16,7	18,2	16,4	18,3	17,4	15,3	15,6	16,8
<i>Oder-Spree</i>	17,4	15,6	17,7	20,3	19,7	17,7	17,6	15,7	15,8
<i>Spree-Neiße</i>	20,9	16,4	19,3	20,6	24,4	22,5	22,0	23,3	24,3
<i>Uckermark</i>	25,0	25,3	23,4	23,8	25,3	21,9	25,9	22,9	26,3
Land Brandenburg	17,9	16,4	17,6	18,4	19,5	17,7	18,6	19,0	19,5

Eigene Darstellung. Quelle: LASV (2004)

**Tabelle A-12. Arbeitslosenquoten nach Landkreisen und kreisfreien Städten
im Land Brandenburg, 1994-2003**

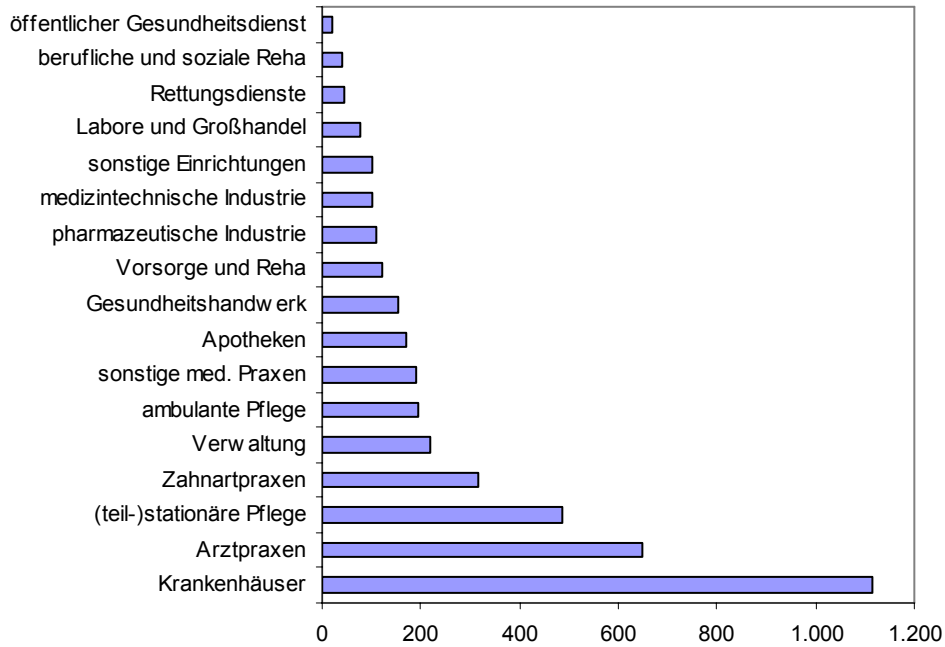
	1994	1995	1996	1997	1998
Kreisfreie Städte					
<i>Cottbus</i>	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	18,4
<i>Frankfurt (Oder)</i>	13,7	14,5	16,1	19,7	16,8
Landkreise					
<i>Barnim</i>	14,5	15,4	17,5	21,6	18,6
<i>Märkisch-Oderland</i>	13,9	15,6	16,6	19,1	16,3
<i>Oder-Spree</i>	13,6	15,5	16,5	19,1	16,0
<i>Spree-Neiße</i>	12,7	14,4	17,0	21,2	20,2
<i>Uckermark</i>	19,3	20,8	23,0	26,5	21,3
Land Brandenburg	13,8	15,1	17,0	20,2	17,7
Deutschland	10,6	10,4	11,5	12,7	12,3
	1999	2000	2001	2002	2003
Kreisfreie Städte					
<i>Cottbus</i>	19,4	1)	1)	1)	1)
<i>Frankfurt (Oder)</i>	20,0	18,8	19,6	21,1	21,2
Landkreise					
<i>Barnim</i>	18,7	18,2	18,7	19,2	19,1
<i>Märkisch-Oderland</i>	19,1	17,4	18,9	20,2	21,3
<i>Oder-Spree</i>	18,2	16,9	17,5	18,4	19,2
<i>Spree-Neiße</i>	21,6	19,0	19,5	20,0	21,1
<i>Uckermark</i>	24,7	24,4	25,1	25,9	26,9
Land Brandenburg	19,1	18,1	18,6	19,4	19,8
Deutschland	11,7	10,7	10,3	10,8	11,6

1) Angaben im Landkreis Spree-Neiße enthalten

Alle Angaben in Prozent. Eigene Darstellung. Quelle: BA (2005b)

Anhang B

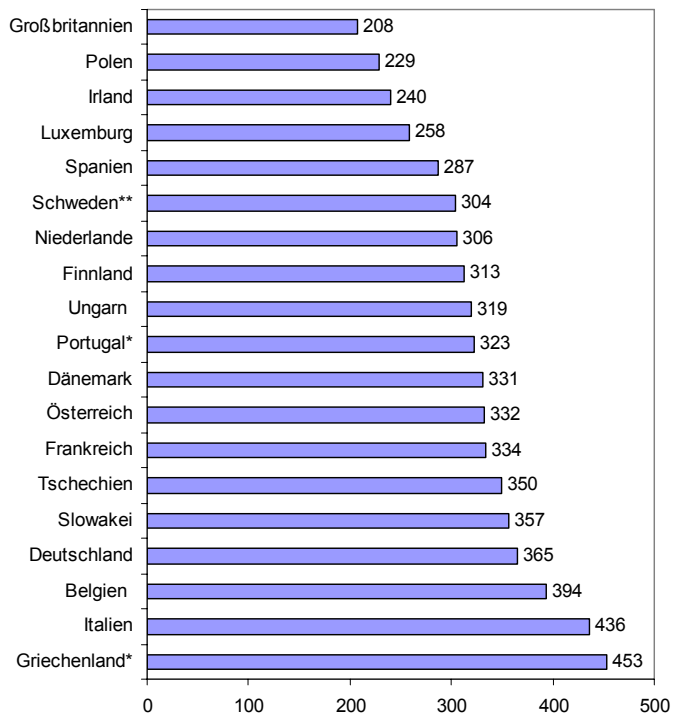
Abbildung B-1. Beschäftigte (in Tausend) im Gesundheitswesen in Deutschland, 2002



Eigene Darstellung. Quelle: Weinmann und Zifonun (2004)

Berücksichtigt werden in der Statistik des Statistischen Bundesamts nur Beschäftigte, die in Gesundheitsberufen tätig sind, welche vorrangig der Sicherung, Vorbeugung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit dienen. Die gesundheitsfördernden Berufe (bspw. Beschäftigte in Altenwohnheimen) werden hier nicht aufgeführt.

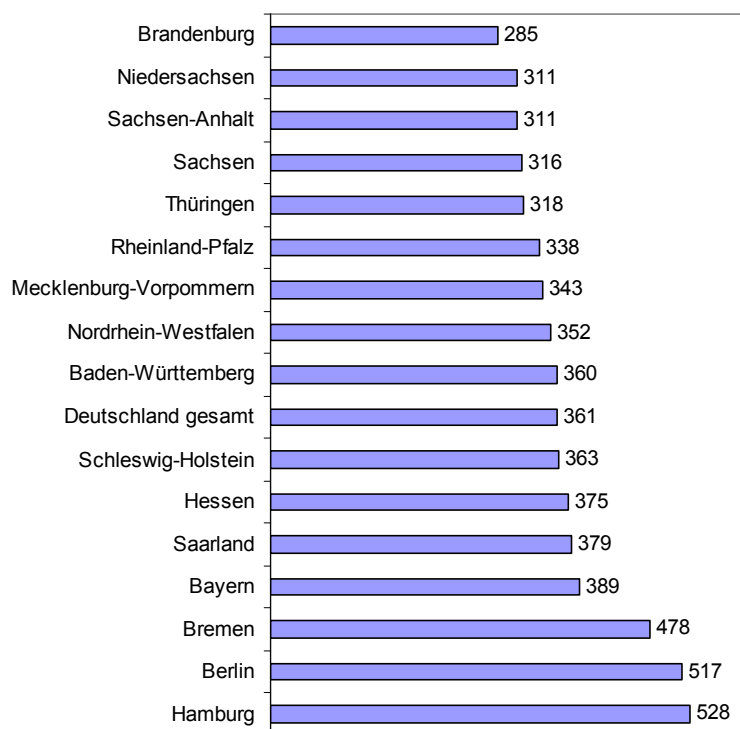
Abbildung B-2. Praktizierende Ärzte je 100.000 Einwohner in ausgewählten EU-Ländern, 2002



Eigene Darstellung: Quelle: OECD (2004)

Abweichende Jahre in den Daten sind gekennzeichnet: *2001, **2000.

Abbildung B-3. Berufstätige Ärzte je 100.000 Einwohner in Deutschland nach Bundesländern, 2001



Eigene Darstellung. Quelle: Bundesärztekammer (2005), Statistisches Bundesamt (2005a)

Tabelle B-1. Berufstätige Ärzte und Arztquoten in Ostbrandenburg sowie im Land Brandenburg, 2001-2004

	2001		2002		2003		2004	
Ostbrandenburg	3.189	309	3.214	314	3.221	316	3.325	328
<i>Cottbus</i>	601	567	605	583	599	557	615	578
<i>Frankfurt/Oder</i>	392	558	391	572	378	564	390	598
<i>Barnim</i>	541	315	538	312	558	321	584	332
<i>Märkisch-Oderland</i>	448	236	462	242	449	234	468	244
<i>Oder-Spree</i>	539	275	549	283	559	290	579	302
<i>Spree-Neiße</i>	282	187	281	189	281	199	274	196
<i>Uckermark</i>	386	260	388	266	397	277	415	293
Land Brandenburg	7.382	285	7.445	288	7.571	294	7.787	303

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: Statistisches Bundesamt (2005a), LÄKB (2004a), LDS BB (2004a), LDS BB (2004c)

* absolut

** je 100.000 Einwohner

Diese Angabe umfasst alle Ärzte in freier Praxis, im Krankenhaus sowie in sonstiger ärztlicher Tätigkeit (bspw. Behörden).

Tabelle B-2. Berufstätige Ärzte und Arztquoten in Ostbrandenburg sowie im Land Brandenburg in freier Praxis und ambulanten Einrichtungen, 2001-2004

	2001		2002		2003		2004	
	*	**	*	**	*	**	*	**
Ostbrandenburg	1.388	134	1.369	134	1.357	133	1.364	135
<i>Cottbus</i>	224	211	220	212	215	200	216	203
<i>Frankfurt/Oder</i>	136	193	133	195	129	192	133	204
<i>Barnim</i>	202	118	202	117	206	118	212	121
<i>Märkisch-Oderland</i>	242	128	233	122	227	118	231	120
<i>Oder-Spree</i>	264	135	260	134	261	135	254	132
<i>Spree-Neiße</i>	142	94	140	94	138	98	135	97
<i>Uckermark</i>	178	120	181	124	181	126	183	129
Land Brandenburg	3.348	129	3.311	128	3.293	128	3.329	130

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: Statistisches Bundesamt (2005a), LÄKB (2004a), LDS BB (2004a), LDS BB (2004c)

* absolut, ** je 100.000 Einwohner

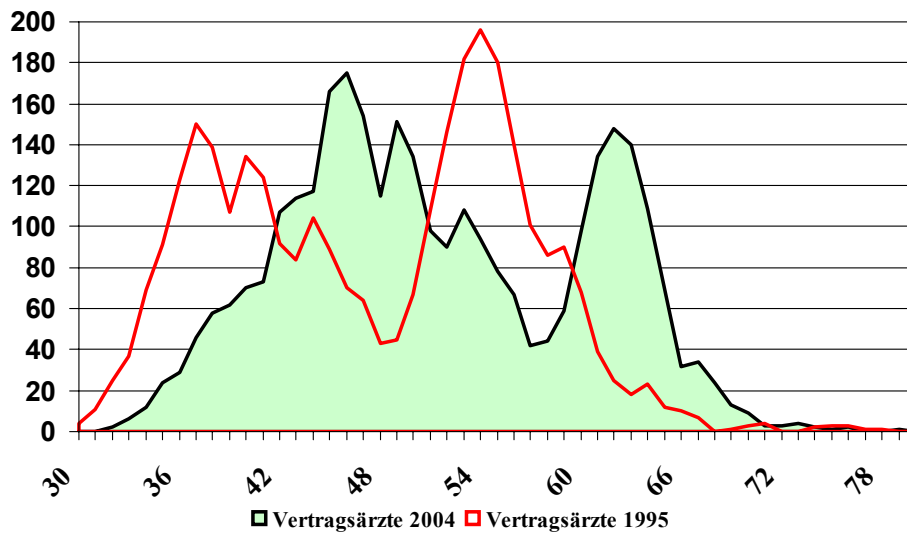
Tabelle B-3. Berufstätige Ärzte in Ostbrandenburg sowie im Land Brandenburg im Krankenhaus, 2001-2004

	2001		2002		2003		2004	
	*	**	*	**	*	**	*	**
Ostbrandenburg	1.585	153	1.636	160	1.648	162	1.747	173
<i>Cottbus</i>	311	294	318	306	315	293	334	314
<i>Frankfurt/Oder</i>	211	300	213	312	202	301	210	322
<i>Barnim</i>	314	183	312	181	326	187	342	194
<i>Märkisch-Oderland</i>	182	96	203	106	196	102	211	110
<i>Oder-Spree</i>	251	128	272	140	283	147	309	161
<i>Spree-Neiße</i>	126	83	126	85	128	91	126	90
<i>Uckermark</i>	190	128	192	132	198	138	215	152
Land Brandenburg	3.507	135	3.622	140	3.747	146	3.923	153

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: Statistisches Bundesamt (2005a), LÄKB (2004a), LDS BB (2004a), LDS BB (2004c)

* absolut, ** je 100.000 Einwohner

Abbildung B-4. Altersstruktur der Vertragsärzte im Land Brandenburg, Jahre 1995 und 2004 im Vergleich



Quelle: KV-Ost (2005)

Tabelle B-4. Einwohner je Hausarzt und Versorgungsgrade in Ostbrandenburg, 2004

Planungsbereich	Messzahl	EW/Hausarzt	Versorgungsgrad	EW/Hausarzt o. Ärzte 60 J. und älter	Versorgungsgrad o. Ärzte 60 J. u. älter
Frankfurt (Oder) mit Oder-Spree	1.752	1.486	117,90%	2.120	82,64%
Cottbus	1.565	1.409	111,07%	1.846	84,78%
Uckermark	1.474	1.678	87,84%	2.691	54,78%
Barnim	1.752	1.676	104,53%	2.456	71,34%
Märkisch-Oderland	1.752	1.861	94,14%	2.819	62,15%
Spree-Neiße	1.629	1.949	83,58%	3.189	51,08%

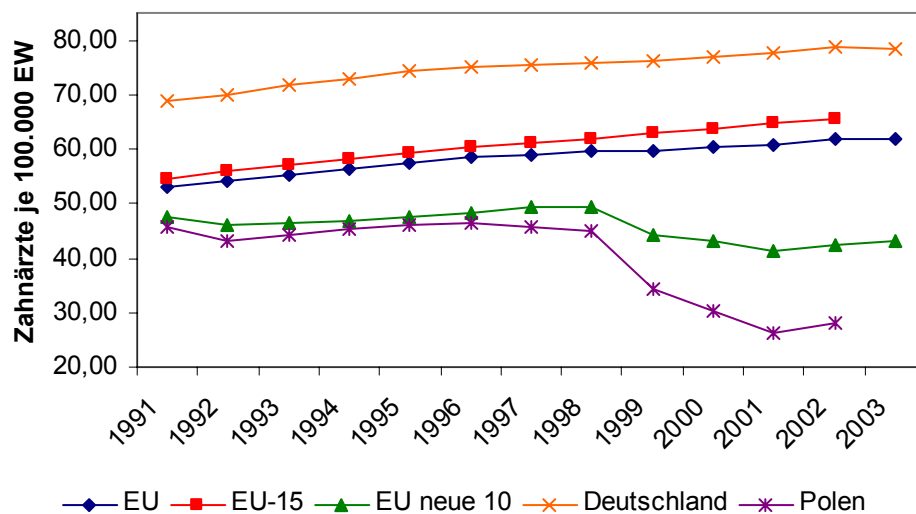
Eigene Darstellung. Quelle: KV-Ost (2005)

Tabelle B-5. Zahnärzte sowie Zahnärztdichte im Land Brandenburg und Deutschland, 1993-2004

Deutschland								
Jahr	Zahnärzte absolut	Zahnärzte je 100T EW	Einwohner je Zahnarzt	Niedergelassen in eigener Praxis	Niedergelassen je 100T EW	Behandelnd tätig	Behandelnd je 100T EW	EW je behandelndem Zahnarzt
1993	73477	90,5	1.105	47.536	58,4	58.194	71,5	1.395
1994	74644	91,7	1.091	48.337	59,3	59.211	72,6	1.375
1995	75998	93,1	1.075	49.710	60,8	60.616	74,1	1.347
1996	76390	93,3	1.072	50.423	61,5	61.404	74,9	1.334
1997	77349	94,3	1.061	51.186	62,4	62.024	75,6	1.323
1998	77895	95,0	1.053	51.961	63,3	62.277	75,9	1.317
1999	78068	95,1	1.051	52.995	64,5	62.564	76,1	1.312
2000	78689	95,7	1.044	53.914	65,5	63.202	76,8	1.300
2001	78579	95,4	1.048	54.562	66,2	63.854	77,5	1.290
2002	80285	97,3	1.027	54.953	66,6	64.484	78,1	1.279
2003	80515	97,6	1.025	55.374	67,1	64.609	78,3	1.277
2004	81129	98,3	1.017	55.883	67,7	64.997	78,8	1.269
Land Brandenburg								
Jahr	Zahnärzte absolut	Zahnärzte je 100T EW	Einwohner je Zahnarzt	Niedergelassen in eigener Praxis	Niedergelassen je 100T EW	Behandelnd tätig	Behandelnd je 100T EW	EW je behandelndem Zahnarzt
1993	2008	78,9	1.268	1.530	60,3	1.769	69,7	1.439
1994	2026	79,9	1.251	1.572	62,0	1.784	70,3	1.421
1995	2064	81,3	1.230	1.591	62,6	1.825	71,8	1.391
1996	2079	81,6	1.225	1.612	63,1	1.831	71,7	1.391
1997	2086	81,4	1.229	1.621	63,0	1.827	71,0	1.403
1998	2092	81,0	1.234	1.669	64,4	1.819	70,2	1.419
1999	2133	82,2	1.216	1.673	64,3	1.838	70,7	1.411
2000	2155	82,9	1.207	1.667	64,1	1.831	70,4	1.420
2001	2173	83,7	1.195	1.667	64,3	1.828	70,5	1.420
2002	2203	85,2	1.174	1.668	64,6	1.826	70,7	1.416
2003	2216	86,0	1.162	1.679	65,2	1.834	71,2	1.405
2004	2247	87,5	1.143	1.686	65,7	1.835	71,5	1.400

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: KZBV (2005), Statistisches Bundesamt (2005a)

Abbildung B-5. Zahnärzte je 100.000 Einwohner, 1991-2003



Eigene Darstellung. Quelle: WHO (2005)

Tabelle B-6. Zahl der Krankenhäuser, aufgestellte Betten und Betten je 100.000 Einwohner im Land Brandenburg sowie in Deutschland, 1991-2004

Jahr	Land Brandenburg			Deutschland		
	Anzahl der Krankenhauser	Anzahl der aufgestellten Betten	Betten je 100.000 Einwohner	Anzahl der Krankenhauser	Anzahl der aufgestellten Betten	Betten je 100.000 Einwohner
1991	67	21.748	852	2.411	665.565	832
1992	63	19.525	768	2.381	646.995	803
1993	62	18.656	735	2.354	628.658	774
1994	60	17.475	689	2.337	618.176	759
1995	60	17.046	671	2.325	609.123	746
1996	59	17.061	668	2.269	593.743	725
1997	57	17.025	662	2.258	580.425	707
1998	54	16.777	648	2.263	571.629	697
1999	53	16.700	642	2.252	565.268	689
2000	52	16.612	638	2.242	559.651	681
2001	52	16.540	638	2.240	552.680	671
2002	51	16.516	640	2.221	547.284	664
2003	47	16.187	627	2.197	541.901	657
2004	47	16.168	626	k.A.	k.A.	k.A.

Eigene Darstellung. Quelle: MASGF (2005), Statistisches Bundesamt (2005b)

Tabelle B-7. Bettenangebot im Land Brandenburg nach Fachgebieten je 100.000 EW, 1991-2003

Fachgebiet	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Augenheilkunde	12,1	8,8	8,5	6,9	6,8	6,1	5,9
Chirurgie	188,5	181,9	178,9	168,0	162,0	158,7	154,5
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	106,0	84,1	77,8	68,6	63,7	60,9	60,5
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	20,9	18,9	18,2	16,3	15,9	15,3	15,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	15,6	10,0	7,0	6,1	6,1	6,0	5,8
Herzchirurgie	-	-	-	-	-	-	-
Innere Medizin	235,3	239,4	231,8	221,7	216,9	215,3	215,0
Kinderchirurgie	-	-	-	-	-	-	-
Kinderheilkunde	82,2	59,6	50,2	39,9	36,9	36,0	35,4
Kinder- und Jugendpsychiatrie	9,4	7,9	7,2	7,2	7,6	8,8	8,2
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3,4	3,3	3,2	2,1	1,5	1,5	1,6
Neurochirurgie	1,2	1,3	2,3	3,4	4,7	5,7	5,8
Neurologie	16,7	22,3	18,9	18,1	18,6	19,1	20,0
Nuklearmedizin	0,0	0,0	0,2	0,6	0,5	0,5	1,2
Orthopädie	29,1	30,8	29,8	31,1	30,2	29,9	29,5
Psychiatrie	90,2	56,9	56,2	58,7	53,7	55,3	57,1
Strahlenheilkunde	3,7	4,1	4,1	4,4	4,8	4,6	4,7
Urologie	16,4	16,6	17,9	19,0	18,6	18,4	17,9
Sonstige Fachgebiete	21,0	22,0	23,2	16,7	17,0	17,5	14,2
Gesamt	851,7	767,9	735,2	688,9	665,6	659,5	652,5
Tagesklinik (TK)	-	-	-	-	5,0	8,4	9,1
Summe	851,7	767,9	735,2	688,9	670,6	667,9	661,6
Fachgebiet	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Augenheilkunde	5,9	5,8	5,5	5,4	5,4	5,0	
Chirurgie	149,8	147,6	149,5	140,9	141,1	136,1	
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	55,5	54,5	53,8	53,0	52,7	49,0	
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	14,5	14,5	14,7	14,2	14,4	14,5	
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5,6	5,6	5,5	4,6	4,7	4,7	
Herzchirurgie	-	-	-	5,0	5,0	5,0	
Innere Medizin	209,3	206,5	208,0	207,3	206,7	202,3	
Kinderchirurgie	-	-	-	2,9	2,1	1,6	
Kinderheilkunde	31,8	31,0	29,4	29,6	30,6	29,7	
Kinder- und Jugendpsychiatrie	8,3	8,5	8,6	8,1	8,2	8,2	
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	
Neurochirurgie	6,0	5,8	6,4	6,7	7,3	7,4	
Neurologie	21,5	22,9	23,3	23,8	24,0	24,3	
Nuklearmedizin	1,7	1,7	1,8	2,1	2,1	1,8	
Orthopädie	28,8	28,4	27,6	27,8	26,1	27,0	
Psychiatrie	60,0	60,2	61,1	60,5	60,0	59,4	
Strahlenheilkunde	4,7	4,6	4,9	5,5	5,5	5,5	
Urologie	16,8	16,7	17,7	17,3	17,1	17,0	
Sonstige Fachgebiete	15,8	14,8	6,3	6,7	7,2	7,6	
Gesamt	637,6	630,8	625,8	623,0	621,8	607,8	
Tagesklinik (TK)	10,1	11,2	12,7	14,8	17,8	19,0	
Summe	647,7	642,0	638,4	637,8	639,5	626,8	

Quelle: MASGF (2005), S.26

Tabelle B-8. Patientenbewegung im Land Brandenburg und Deutschland im Vergleich, 1991-2003

	Deutschland					Land Brandenburg				
	Anzahl	Fallzahl je 100.000 EW	Berechnungs-/ Belegungstage in 1.000	durchschnittliche		Anzahl	Fallzahl je 100.000 EW	Berechnungs-/ Belegungstage in 1.000	durchschnittliche	
				Verweildauer* in Tagen	Bettenauslastung in Prozent				Verweildauer* in Tagen	Bettenauslastung in Prozent
1991	14.576.613	18.224	204.204	14,0	84,1	403.767	15.810	5.588	13,7	70,4
1992	14.974.845	18.581	198.769	13,2	83,9	424.540	16.700	5.302	12,4	74,2
1993	15.191.174	18.713	190.741	12,5	83,1	435.399	17.160	5.162	11,8	75,8
1994	15.497.702	19.034	186.049	11,9	82,5	443.768	17.490	4.975	11,2	78,0
1995	15.931.168	19.509	182.627	11,4	82,1	461.573	18.160	5.002	10,8	80,4
1996	16.165.019	19.739	175.247	10,8	80,6	476.310	18.650	5.014	10,4	80,3
1997	16.429.031	20.023	171.837	10,4	81,1	497.595	19.340	5.021	9,9	80,8
1998	16.847.477	20.538	171.802	10,1	82,3	515.809	19.910	5.064	9,7	82,7
1999	17.092.707	20.823	169.696	9,9	82,2	526.811	20.250	5.090	9,5	83,5
2000	17.262.929	21.004	167.789	9,7	81,9	528.120	20.300	5.034	9,3	82,8
2001	17.325.083	21.041	163.536	9,4	81,1	534.236	20.600	4.969	9,1	82,3
2002	17.432.272	21.135	159.937	9,2	80,1	546.057	21.150	4.961	8,8	82,3
2003	17.295.910	20.960	153.518	8,9	77,6	546.397	21.160	4.815	8,5	81,5

Eigenen Berechnung und Darstellung. Quelle: MASGF (2005), Statistisches Bundesamt (2005b)

* mit internen Verlegungen

Für die Berechnung wurden für Schaltjahre 366 Kalendertage, sonst 365 Kalendertage zu Grunde gelegt.

Tabelle B-9 Personalentwicklung in den Krankenhäusern des Landes Brandenburg, 1991-2003

	1991	1992	1994	1995	1996	1997
Ärztlicher Dienst	2.609,4	2.518,4	2.523,9	2.607,9	2.651,5	2.835,6
Pflegedienst	9.512,9	8.986,1	9.163,8	9.436,7	9.722,8	10.133,8
Medizinisch-technischer Dienst	3.662,4	3.346,5	2.871,6	2.896,4	2.900,4	3.017,0
Funktionsdienst	2.329,8	2.024,8	2.041,6	2.105,0	2.116,0	2.260,3
Klinisches Hauspersonal	1.071,9	925,3	708,5	697,9	661,5	667,8
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	2.997,9	2.520,4	2.161,2	2.159,7	2.026,0	2.091,0
Technischer Dienst	874,6	634,8	687,9	672,3	663,4	667,5
Verwaltungsdienst	2.217,1	1.946,7	1.683,2	1.676,0	1.666,4	1.701,6
Sonderdienste	334,9	319,5	317,9	330,9	107,6	98,4
Sonstiges Personal	433,4	160,4	50,7	51,4	71,7	73,9
Personal Insgesamt	26.044,3	23.382,9	22.210,4	22.634,2	22.587,3	23.546,9
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ärztlicher Dienst	2.785,9	2.850,0	2.818,2	2.914,7	2.955,1	3.018,3
Pflegedienst	9.887,6	10.014,3	9.819,4	10.090,4	10.122,2	10.184,3
Medizinisch-technischer Dienst	2.930,0	2.964,9	2.918,7	2.975,3	2.993,0	3.007,5
Funktionsdienst	2.235,4	2.260,7	2.211,4	2.283,5	2.301,4	2.331,8
Klinisches Hauspersonal	614,5	620,9	617,1	599,6	601,4	601,7
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	2.013,9	2.016,4	1.958,6	1.966,5	1.976,8	1.955,2
Technischer Dienst	643,0	645,4	629,2	640,1	639,9	637,5
Verwaltungsdienst	1.636,8	1.635,5	1.582,2	1.617,8	1.614,4	1.609,2
Sonderdienste	97,0	97,2	95,6	97,6	97,6	97,2
Sonstiges Personal	60,9	60,9	63,6	63,1	63,1	55,3
Personal Insgesamt	22.905,1	23.166,2	22.714,0	23.248,6	23.365,1	23.498,0

Eigene Darstellung. Quelle: MASGF (2005)

Tabelle B-10 Situation in den ambulanten Pflegediensten in Deutschland, 2003

Bundesland	Anzahl	Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen	Pflegedienste nach dem Träger					
			absolut			Anteile in Prozent		
			Private	Freigemeinnützige	Öffentliche	Private	Freigemeinnützige	Öffentliche
Baden-Württemberg	984	47,8	378	565	41	38,4	57,4	4,2
Bayern	1.583	38,2	723	848	12	45,7	53,6	0,8
Berlin	374	55,3	262	112	-	70,1	29,9	0,0
Brandenburg	502	37,2	303	195	4	60,4	38,8	0,8
Bremen	116	46,3	69	47	-	59,5	40,5	0,0
Hamburg	314	38,9	235	78	1	74,8	24,8	0,3
Hessen	787	39,0	451	281	55	57,3	35,7	7,0
Mecklenburg-Vorpommern	382	30,1	203	177	2	53,1	46,3	0,5
Niedersachsen	998	47,5	567	408	23	56,8	40,9	2,3
Nordrhein-Westfalen	2.004	47,0	1.129	861	14	56,3	43,0	0,7
Rheinland-Pfalz	376	50,0	189	184	3	50,3	48,9	0,8
Saarland	131	40,5	86	43	2	65,6	32,8	1,5
Sachsen	892	35,3	605	282	5	67,8	31,6	0,6
Sachsen-Anhalt	460	37,0	294	159	7	63,9	34,6	1,5
Schleswig-Holstein	354	41,7	165	179	10	46,6	50,6	2,8
Thüringen	362	39,8	190	168	4	52,5	46,4	1,1
Deutschland	10.619	42,4	58.494	587	183	55,1	43,2	1,7

* je ambulantem Pflegedienst

Quelle: Statistisches Bundesamt (2005c), 3. Bericht: Ländervergleich: Ambulante Pflegedienste

Tabelle B-11 Entwicklung der Quote betreuter Pflegebedürftiger je Personal in ambulanten Pflegeeinrichtungen im Land Brandenburg und Deutschland für die Jahre 1999, 2001 und 2003

	1999	2001	2003	Anstieg
<i>Brandenburg</i>				
betreute Pflegebedürftige	15.443	17.631	18.689	21,02%
Personal insgesamt	5.827	6.228	6.865	17,81%
Quote	2,65	2,83	2,72	
<i>Deutschland</i>				
betreute Pflegebedürftige	415.289	434.679	450.126	8,39%
Personal insgesamt	183.782	189.567	200.897	1,09%
Quote	2,26	2,29	2,24	

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: Statistisches Bundesamt (2005a)

Tabelle B-12 Entwicklung der Quote betreuter Pflegebedürftigen je Personal in Pflegeheimen im Land Brandenburg und Deutschland für die Jahre 1999, 2001 und 2003

	1999	2001	2003	Anstieg
<i>Brandenburg</i>				
betreute Pflegebedürftige	15.676	16.993	18.519	18,14%
Personal insgesamt	8.974	9.969	10.838	21,00%
Quote	1,75	1,70	1,71	
<i>Deutschland</i>				
betreute Pflegebedürftige	573.211	604.365	640.289	11,70%
Personal insgesamt	440.940	475.368	510.857	15,86%
Quote	1,30	1,27	1,25	

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: Statistisches Bundesamt (2005a)

Tabelle B-13 Pflegebedürftige nach Art der Betreuung im Land Brandenburg und Deutschland für die Jahre 1999, 2001 und 2003

	insgesamt	in Pflegeheimen	von ambulanten Pflegediensten betreut	von Angehörigen betreut
<i>Brandenburg</i>				
1999	64.340	15.676	15.443	33.221
2001	67.821	16.993	17.631	33.197
2003	69.266	18.519	18.689	32.058
<i>Deutschland</i>				
1999	2.016.091	573.211	415.289	1.027.591
2001	2.039.780	604.365	434.679	1.000.736
2003	2.076.935	640.289	450.126	986.520

Eigene Darstellung. Quelle: Statistisches Bundesamt (2005a)

Tabelle B-14. Medizinisches Personal in Gesundheitsbetrieben (ZOZ) in Lubuskie und Polen im Vergleich, 1999-2003

	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
	absolut					pro 100.000 Einwohner				
Polen										
Ärzte	87.524	85.031	86.706	88.070	87.617	226	220	224	230	229
Zahnärzte	13.260	11.758	10.124	10.775	10.737	34	30	26	28	28
Pharmazeuten	5.202	4.524	4.167	3.654	3.472	13	12	11	10	9
Krankenschwestern	197.153	189.632	186.757	185.892	181.291	510	491	483	486	475
Hebammen	22.683	21.997	21.876	21.743	21.129	59	57	57	57	55
Lubuskie										
Ärzte		1.786	1.740	1.709	1.763	174	170	170	175	
Zahnärzte		168	155	155	204	16	15	15	20	
Pharmazeuten		51	49	51	44	5	5	5	4	
Krankenschwestern		4.641	4.532	4.563	4.572	453	442	453	453	
Hebammen		635	595	592	591	62	58	59	59	

Eigene Darstellung. Quelle: CSIOZ (2001), CSIOZ (2002), CSIOZ (2003), CSIOZ (2004b)

Tabelle B-15. Medizinisches Personal in Gesundheitsbetrieben (ZOZ) in Lubuskie, 1999-2003

	Ärzte		Zahnärzte		Krankenschwestern		Hebammen	
	absolut	pro 100T	absolut	pro 100T	absolut	pro 100T	absolut	pro 100T
1995	1.763	174	364	36	5.093	502	698	69
1996	1.798	177	349	34	5.140	505	729	72
1997	1.806	177	352	34	5.264	516	744	73
1998	1.821	178	337	33	5.105	499	726	71
1999	1.826	178	206	20	4.969	485	639	62
2000	1.786	174	168	16	4.641	453	635	62
2001	1.791	177	260-265	26	4530-4535	449	600-605	59
2002	1.785	170	313	31	4.632	459	610	61
2003	1.763	175	204	20	4.572	453	591	59
<i>öffentliche ZOZ</i>	1.066	106	20	2	3.526	350	440	44
<i>nichtöffentliche ZOZ</i>	697	69	184	18	1.046	104	151	15
<i>Privatpraxis</i>	124	12	228	23	174	17	32	3
Gesamt	1.887	187	432	43	4.746	470	623	62

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: Für die Jahre 1995 bis 1998 GUS (1995-2005), für die Jahre 1999 und 2000 Urząd Statystyczny (2001), für die Jahre 2001 und 2002 LCZP (2004), für das Jahr 2003 CSIOZ (2004b)

Tabelle B-16. Ambulante Einrichtungen in Polen, 1999-2003

	1999	2000	2001	2002	2003
Gesundheitsbetriebe	8.227	8.188	8.011	7.827	11.978
städtische ZOZ	5.425	5.685	5.776	5.657	k.A.
ländliche ZOZ	2.802	2.503	2.235	2.170	k.A.
Einwohner/ZOZ	4.698	4.672	4.774	4.883	3.188
Arztpraxen	2.509	5.080	6.419	7.004	7.847
städtische Arztpraxen	2.076	4.211	5.136	5.642	6.337
ländliche Arztpraxen	433	869	1.283	1.362	1.510
Einwohner/Arztpraxen	15.406	7.530	5.958	5.457	4.867

Eigene Darstellung. Quelle: GUS (1995-2005)

Tabelle B-17. Zahl der Krankenhäuser, aufgestellte Betten und Betten je 100.000 Einwohner in Polen, 1990-2003

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Angaben nach WHO							
Krankenhäuser	722	732	725	739	742	744	746
Betten	251.728	249.775	245.218	245.483	244.451	242.791	240.237
Betten je 100.000 EW	660	653	639	638	634	629	622
Angaben nach GUS							
Krankenhäuser	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	705	710
öffentlich	-	-	-	-	-	-	-
nichtöffentlich	-	-	-	-	-	-	-
Betten	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	213.969	211.939
Betten je 100.000 EW	-	-	-	-	-	554	549
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Angaben nach WHO							
Krankenhäuser	751	746	805	803	829	830	k.A.
Betten	237.046	230.385	224.553	215.018	212.313	213.006	k.A.
Betten je 100.000 EW	613	596	581	556	549	557	-
Angaben nach GUS							
Krankenhäuser	717	715	715	716	736	739	732
öffentlich	-	-	694	686	691	678	660
nichtöffentlich	-	-	21	30	45	61	72
Betten	209.961	205.248	198.688	190.952	188.234	188.038	186.043
Betten je 100.000 EW	543	531	514	499	492	492	487

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: WHO (2005), GUS (1995-2005)

Tabelle B-18. Patientenbewegung in Lubuskie und Polen im Vergleich, 1996-2003

	Lubuskie					Polen				
	Fallzahl Anzahl je 100.000 Einwohner		Berechnungs-/ Belegungstage in 1.000	durchschnittliche		Fallzahl Anzahl je 100.000 Einwohner		Berechnungs-/ Belegungstage in 1.000	durchschnittliche	
				Verweildauer* in Tagen	Bettenauslastung in Prozent				Verweil- dauer* in Tagen	Bettenaus- lastung in Prozent
GUS										
1996	124.344	12.219	1.359	10,9	70,0	5.236.540	13.552	55.447	10,6	71,5
1997	126.660	12.413	1.295	10,2	67,2	5.210.383	13.477	54.176	10,4	70,7
1998	138.098	13.506	1.332	9,6	70,4	5.339.129	13.808	53.979	10,1	72,1
1999	155.753	15.218	1.251	8,0	70,0	5.685.288	14.708	52.886	9,3	72,9
2000	166.841	16.293	1.261	7,6	74,1	6.007.091	15.545	53.586	8,9	76,7
2001	157.269	15.351	1.167	7,4	70,2	6.336.215	16.401	53.247	8,4	77,5
2002	170.680	16.663	1.245	7,3	71,0	6.697.920	17.525	53.128	7,9	77,4
2003	174.627	17.055	1.260	7,2	72,9	6.616.174	17.324	50.931	7,7	75,0
CSIOZ										
2003	184.549	18.024	1.455	7,9	74,3	6.881.097	18.018	51.290	7,5	74,8

Eigene Berechnung und Darstellung. Quelle: GUS (1995-2005), CSIOZ (2004b)

Abbildung B-6. Einzelne Erhebungsmerkmalen in der stationären Versorgung

Die verwendeten Erhebungsmerkmale für die stationäre Versorgung werden folgendermaßen vom statistischen Bundesamt³²⁰ erhoben:

- Nutzungsgrad der Betten

$$\text{Bettenauslastung in \%} = \frac{\text{Berechnungs- und Belegungstage}}{\text{Aufgestellte Betten} * \text{Kalendertage}} * 100$$

Kalendertage = 365, Kalendertage im Schaltjahr = 366

- Verweildauer

$$\text{Durchschnittliche Verweildauer} = \frac{\text{Berechnungs- und Belegungstage}}{\text{Fälle(Patienten)}}$$

- Personalbelastungszahl (PBZ)

$$PBZ_{\text{belegte Betten}} = \frac{\text{Berechnungs- und Belegungstage}}{\text{Vollkräfte}}$$

$$PBZ_{\text{Fälle}} = \frac{\text{Fälle(Patienten)}}{\text{Vollkräfte}}$$

³²⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2005b), Einleitung.

Anhang C

Auf den folgenden Seiten finden sich die der Untersuchung in der Grenzregion zugrunde liegenden Fragebögen für die jeweiligen Bereiche (ambulant, stationär, ambulanter Pflegebereich) in deutscher und polnischer Sprachversion.

Abbildung C-1. Fragebogen ambulanter Bereich (deutsche Sprachversion)

Gesundheitswesen in der Grenzregion – Befragung der Anbieter in Lubuske und Brandenburg

1. Welche Organisationsart hat die Einrichtung, in der Sie arbeiten?	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> ander(welche?)	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Poliklinik
2. Wer ist der Träger?	V002
<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> ander(welche?)	<input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich – kommunal <input type="checkbox"/> öffentlich – sonstige
3. Wie viele Personen beschäftigt Ihre Organisation?	als Vollzeitberufskräfte als Teilzeitarbeitskräfte
Ärzte	V033a
Krankenschwestern	V033b
Krankenschwestern	V033c
Kinderkrankenschwestern	V033d
Altenpfleger	V033e
Hebammen	V033f
4. Leistungen welcher Fachrichtung werden in Ihrer Einrichtung angeboten?	V015
In meiner Einrichtung werden folgende Leistungen angeboten:	
5b. Für welche Zwecke werden Computer in Ihrer Einrichtung genutzt?	
Unser(e) Computer werden für...	<input type="checkbox"/> V017
Abrechnung mit der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> V018
Archivierung der Patientendaten	<input type="checkbox"/> V019
Managementaufgaben	<input type="checkbox"/> V020
Forschungszwecke	<input type="checkbox"/> V021
Verschreibungsdatenbanken	<input type="checkbox"/> V022
Ander(e) (welche?)	
6. Über welche der aufgeführten Geräte verfügt Ihre Einrichtung?	
Unsere Einrichtung verfügt über:	
USG	<input type="checkbox"/> V023
Computertomographen(CT)	<input type="checkbox"/> V024
Kernspin-Tomographie (MRI)	<input type="checkbox"/> V025
Vorrichtung für Doppler-Sonographie	<input type="checkbox"/> V026
EKG	<input type="checkbox"/> V027
Röntgen	<input type="checkbox"/> V028
Mammograph	<input type="checkbox"/> V029
Vorrichtung für Angiographie	<input type="checkbox"/> V030
Dialyse-Station	<input type="checkbox"/> V031
Ander(e)	<input type="checkbox"/> V032
Welche	

Fragen für Befragung_D_amb_end.doc

1

Lehrstuhl Prof. Röhbege / KOWA

Gesundheitswesen in der Grenzregion – Befragung der Anbieter in Lubuske und Brandenburg

7. Wie viele Einrichtungen, die gleiche Leistungen anbieten, befinden sich in Ihrem Einzugsbereich?	
	Einrichtungen V033
8. Bieten Sie Ihre Leistungen im Rahmen der CKV an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein V034
9. Hat Ihre Einrichtung bestimmte Leistungsbereiche ausgelagert (Outsourcing)?	V035
Sie hat keine Leistungsbereiche ausgelagert	<input type="checkbox"/>
Sie hat folgende Leistungsbereiche ausgelagert	<input type="checkbox"/>
und zwar:	
Labor	<input type="checkbox"/> V036
Reinigung	<input type="checkbox"/> V037
Abrechnung	<input type="checkbox"/> V038
Verwaltung	<input type="checkbox"/> V039
Ander(e) (welche?)	<input type="checkbox"/> V042
	<input type="checkbox"/> V043
10b. Kaufen Ihre Einrichtung auch medizinische Leistungen externer?	V044
Sie kauft keine medizinischen Leistungen extern ein	<input type="checkbox"/>
Sie kauft medizinische Leistungen extern ein	<input type="checkbox"/> und zwar in folgen Fachbereichen:
11. Wie viele Patienten hat Ihre Einrichtung im letzten Jahr behandelt?	V045
Im letzten Jahr wurden	_____ Patienten behandelt
12. Wurden in Ihrer Einrichtung auch ausländische Patienten behandelt, die ihre Versicherung nicht in Deutschland haben (Patienten aus dem Ausland)?	V046
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja und zwar ca. _____ Personen V047
12a. Waren darunter auch Polen?	V048
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja und zwar ca. _____ Personen V049
13. Wie schätzen Sie, wird sich dieser Anteil entwickeln?	V050
bedeutend sinken	<input type="checkbox"/> 1
etwas sinken	<input type="checkbox"/> 2
gleich bleiben	<input type="checkbox"/> 3
etwas steigen	<input type="checkbox"/> 4
bedeutend steigen	<input type="checkbox"/> 5
14. Welche Beweggründe veranlassen die Patienten, Leistungen Ihrer Einrichtung in Anspruch zu nehmen? (auch mehrere Antworten möglich)	
Kostenersparnung	<input type="checkbox"/> V051
Hohe Qualität der Behandlung	<input type="checkbox"/> V052
Verkürzung der Wartezeiten	<input type="checkbox"/> V053
Nicht-Verfügbarkeit der Leistung zu Hause	<input type="checkbox"/> V054
Notversorgung	<input type="checkbox"/> V055
Ander(e)	<input type="checkbox"/> V056
Welche?	

Fragen für Befragung_D_amb_end.doc

2

Lehrstuhl Prof. Röhbege / KOWA

15. Welche Leistungen haben die ausländischen Patienten nachgefragt?
Die ausländischen Patienten haben hauptsächlich folgende Leistungen nachgefragt:

16. Wie lang muss im Durchschnitt ein Patient bei Ihnen warten?

Keine Wartezeit	Bis 1 Woche	Bis 1 Monat	Bis 6 Monate	Über 6 Monate
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
um einen Allgemeinarzt zu konsultieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
um einen Facharzt zu konsultieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
um eine diagnostische Untersuchung zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf einen operativen Eingriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Wodurch entstehen bei Ihnen diese Wartezeiten für die Patienten?

18. Welche speziellen Leistungen sind mit der längsten Wartezeit verbunden?

20. Wie werden sich Ihrer Meinung nach die Wartezeiten in Zukunft gestalten?

bedeutend sinken	leicht sinken	gleich bleiben	leicht steigen	bedeutend steigen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Wie viele Personen des Personals in Ihrer Einrichtung sprechen folgende Fremdsprachen?

Englisch _____ Ärzte V067a _____ Pflegepersonal V067b _____
Polnisch _____ Ärzte V069a _____ Pflegepersonal V069b _____

22. Wie viele ausländisches Personalbeschäftigt Ihre Einrichtung?

Ärzte	_____	davon aus Polen	_____	V070e
Zahnärzte	_____	davon aus Polen	_____	V071e
Krankenschwestern	_____	davon aus Polen	_____	V072e
Hebammen	_____	davon aus Polen	_____	V073e
Physiotherapeuten	_____	davon aus Polen	_____	V074e
Medizinisch-technische Assistenten	_____	davon aus Polen	_____	V075e
technische Assistenten	_____	davon aus Polen	_____	V076e

23. Sind Sie bereits in Polen tätig? ja nein

Wenn Sie auf die Frage 23 mit ja geantwortet haben, setzen Sie bitte mit der Frage 29 fort.

24. Haben Sie schon daran gedacht, Ihre Leistungen in Polen anzubieten?

ja nein

25. Haben Sie sich schon erkundigt, welche Voraussetzungen Sie erfüllen müssen, um im Ausland Leistungen anbieten zu können?

ja nein

26. Haben Sie schon einen Kooperationspartner?

ja nein

27. Haben Sie bereits nach Kooperationspartnern gesucht?

ja nein

Falls, Sie nach einem gesucht haben, aber keinen passenden gefunden haben, woran lag das?

28. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in Zukunft Ihre Leistung in Polen anbieten werden?

sehr unwahrscheinlich	unwahrscheinlich	wahrscheinlich	sehr wahrscheinlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Was sind aus Ihrer Sicht die Hauptgründe, die Sie von einer Expansion ins Ausland abhalten bzw. diese erschweren?

<input type="checkbox"/> Unkenntnis der rechtlichen Lage	<input type="checkbox"/>	V083
<input type="checkbox"/> Unkenntnis der Marktlage	<input type="checkbox"/>	V084
<input type="checkbox"/> Sprachbarrieren	<input type="checkbox"/>	V085
<input type="checkbox"/> kein Vertrauen in polnische Partner	<input type="checkbox"/>	V086
<input type="checkbox"/> finanzielle Barrieren	<input type="checkbox"/>	V087
<input type="checkbox"/> andere (welche?)	<input type="checkbox"/>	V088

30. Welche Funktionen erfüllen Sie in Ihrer Einrichtung?

<input type="checkbox"/> Eigentümer	<input type="checkbox"/> Mitgestalter	<input type="checkbox"/> Verwaltungsdirektor	<input type="checkbox"/> Leitender Arzt
<input type="checkbox"/> Angestellter in der Verwaltung	<input type="checkbox"/> Angestellter in der Krankenversorgung als Arzt		
<input type="checkbox"/> Angestellter in der Krankenversorgung als Pflegekraft			
<input type="checkbox"/> andere (welche?)			

31. Welcher Prozentsatz Ihrer Einnahmen kommt aus der GKV (inklusive Praxisgebühr) und wie viel aus privaten Zahlungen der Patienten?

GKV _____ V090a Patienten selbst _____ V090b

Abbildung C-2. Fragebogen stationärer Bereich (deutsche Sprachversion)

Stichtag: Zentrum für regionale Versorgungszentren – Ambulanz für die Einheiten in der Wojewodschaft Lublinski in Brandenburg

1. Jaka forma organizacyjna ma instytucja, w której Pan/Pani pracuje?		V001
<input type="checkbox"/> SPZOZ	<input type="checkbox"/> NZOZ	<input type="checkbox"/> praktyka specjalistyczna
<input type="checkbox"/> praktyka grupowa	<input type="checkbox"/> inna (jakiej?)	
2. Komu podlega Pan/Pani placówka?		V002
<input type="checkbox"/> ministerstwo	<input type="checkbox"/> województwo	<input type="checkbox"/> powiat
<input type="checkbox"/> prywatna	<input type="checkbox"/> inna (jakiej?)	<input type="checkbox"/> gmina
<input type="checkbox"/> inna (jakiej?)		<input type="checkbox"/> kościół
		<input type="checkbox"/> fundacja
3. Ilie osób jest zatrudnionych w Panu/Pani placówce?		
na pełny etat		w niepełnym wymiarze godzin
lekarze	..... V003a	..... V003b
pielęgniarki	..... V004a	..... V004b
położne	..... V008a	..... V008b
4. W jakiej dziedzinie medycznej są świadczone usługi w Panu/Pani placówce?		V015
W mojej placówce świadczone są usługi w zakresie:		
5a. Czy Pan/Pani placówka posiada komputer?		
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Jeżeli tak, 5b. Do jakich celów używane są w Panu/Pani placówce komputery?		
rozliczeń z kasą chorych	<input type="checkbox"/>	V017
archiwizowania danych pacjentów	<input type="checkbox"/>	V018
zarządzanie	<input type="checkbox"/>	V019
badania naukowe	<input type="checkbox"/>	V020
bazy danych leków	<input type="checkbox"/>	V021
inne	<input type="checkbox"/>	V022
6. Jakimi urządzeniami dysponuje Pan/Pani placówka?		
Nasza placówka dysponuje:		
USG	<input type="checkbox"/>	V023
tomograf komputerowy	<input type="checkbox"/>	V024
rezonans magnetyczny (MRT)	<input type="checkbox"/>	V025
urządzenie do sonografii dopplera	<input type="checkbox"/>	V026
EKG	<input type="checkbox"/>	V027
rentgen	<input type="checkbox"/>	V028
mamograf	<input type="checkbox"/>	V029
urządzenie do angiografii	<input type="checkbox"/>	V030
stacja dializ	<input type="checkbox"/>	V031
inne	<input type="checkbox"/>	V032
Jakiej? _____		

Fragebogen für Befragung_PL_amb_pl_end.doc

1

Lehrstuhl Prof. Ribbengege / KOWA

Stichtag: Zentrum für regionale Versorgungszentren – Ambulanz für die Einheiten in der Wojewodschaft Lublinski in Brandenburg

7. Ile placówek, które oferują świadczenia podobne do Państwa, znajdują się na obszarze, z którego pochodzi Państwa pacjent?		V033		
_____ placówek				
8. Czy placówka ma podpisaną umowę z NFZ?		V034		
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
9. Czy Pan/Pani placówka wyłącza organizację niektórych jednostki (Outsourcing)?		V035		
zadanie jednostki nie zostały wyłączone		<input type="checkbox"/>		
niektóre usługi zostały wyłączone		<input type="checkbox"/>		
a mianowicie:				
laboratorium	<input type="checkbox"/>	V036		
szpitalne	<input type="checkbox"/>	V037		
rozliczenia	<input type="checkbox"/>	V038		
administracja	<input type="checkbox"/>	V039		
inne (jakiej?)	<input type="checkbox"/>	V042		
_____	<input type="checkbox"/>	V043		
10b. Czy Pan/Pani placówka kupuje usługi medyczne u podmiotów trzecich?		V044		
Nie kupuje usług medycznych u podmiotów trzecich		<input type="checkbox"/>		
Kupuje usługi medyczne		<input type="checkbox"/>		
z następujących dziedzin:				
11. Ilu pacjentów było leczonych w Panu/Pani placówce w zeszłym roku u?		V045		
W zeszłym roku było leczonych _____ pacjentów.				
12. Czy wśród pacjentów byli obcokrajowcy, którzy nie byli ubezpieczeni w Polsce?		V046		
<input type="checkbox"/> tak, amianowicie _____ osób		V047		
<input type="checkbox"/> nie		V048		
12a. Czy wśród pacjentów byli Niemcy?		V048		
<input type="checkbox"/> tak, a mianowicie _____ osób		V049		
<input type="checkbox"/> nie		V050		
13. Jak Pan/Pani zamianem będzie się rozmiar udziału pacjentów z Niemiec w przyszłości?		V050		
zmniejszy się	zmniejszy się	nie zmieni	wzrośnie	wzrośnie
znacznie	nieznacznie	nieznacznie	nieznacznie	znacznie
<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 05
14. Jakimi motywami kierowali się zagraniczni pacjenci przy korzystaniu z usług Panu/Pani placówki? (można zakresić więcej odpowiedzi)				
oszczędność kosztów		<input type="checkbox"/> V051		
wysoka jakość leczenia		<input type="checkbox"/> V052		
skrócenie okresów oczekiwania		<input type="checkbox"/> V053		
brak możliwości skorzystania ze świadczenia we własnym kraju		<input type="checkbox"/> V054		
konieczność/ nagły wypadek		<input type="checkbox"/> V055		
Inne _____		<input type="checkbox"/> V056		
Jakiej? _____				

Fragebogen für Befragung_PL_amb_pl_end.doc

2

Lehrstuhl Prof. Ribbengege / KOWA

15. Z jakich usług korzystał pacjent zagraniczy?

Zagraniczni pacjenci korzystali przede wszystkim z:

16. Jak długie są okresy oczekiwania dla pacjentów na:

	lec.	do 1	do 1	Do	Ponad
	oczekiwani	tygodnia	miesiąca	6 miesięcy	6 miesięcy
konsultację z lekarzem ogólnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
konsultację z lekarzem specjalistą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
badanie diagnostyczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
operację	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inne (jakie?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Jakiego są powody długich okresów oczekiwania (kolejek) na świadczenia medyczne?

18. Jakie świadczenia medyczne są związane z najdłuższymi okresami oczekiwania?

20. Jak według Pana/Pani będą wyglądały okresy oczekiwania na świadczenia w przyszłości? V066

znaczenie się skrócić	prosze się skrócić	pozostanie bez zmian	prosze się wydłużyć	znaczenie się wydłużyć
<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 05

21. Ile procent personelu w Pana/Pani placówce władają następującymi językami obcymi?

angielski	niemiecki	lekarze V067a	lekarki V067b	pielęgniarki V067c	pielęgniarki V068
_____	_____	_____	_____	_____	_____

22. Ilu obojętnych zatrudnionych jest w Pana/Pani placówce?

lekarze	dentysci	pielęgniarki	polożne	rehabilitanci	laboranci	personel techniczny
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

23. Czy Pana/Pani placówka oferuje swoje świadczenia medyczne także w Niemczech? V07

tak nie

24. Czy zastanawiali się Państwo nad zaoferowaniem swoich usług w Niemczech? V078

tak nie

25. Czy próbowali Państwo zdobyć informacje o tym, jakie warunki muszą być spełnione, aby zacząć udzielać świadczeń także za granicą? V079

tak nie

26. Czy posiadają Państwo już partnera do współpracy po stronie niemieckiej? V080

tak nie

27. Czy szukali Państwo partnerów do współpracy w Niemczech? V081

tak nie

Jezeli Państwo szukali partnerów i ich nie znaleźli, prosimy o podanie możliwych przyczyn!

28. Jak prawdopodobne jest to, że Pana /Pani placówka będzie w przyszłości oferowała swoje usługi w Niemczech (dla niemieckich pacjentów)?

bardzo prawdopodobne	raczej prawdopodobne	nie	prawdopodobne	bardzo prawdopodobne
<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 05

29. Jakiego są powody długich okresów oczekiwania, które utrudniają / uniemożliwiają ekspansję za granicę? V082

niezręczność regulacji prawnych	<input type="checkbox"/>	V083
niezręczność rynku	<input type="checkbox"/>	V084
bariery językowe	<input type="checkbox"/>	V085
brak zaufania do niemieckich partnerów	<input type="checkbox"/>	V086
bariery finansowe	<input type="checkbox"/>	V087
inne (jakie?)	<input type="checkbox"/>	V088

30. Jaka funkcję spełnia Pani/Pan w placówce? V089

właściciel	<input type="checkbox"/>	współwłaściciel	<input type="checkbox"/>	dyrektor/lekarz	<input type="checkbox"/>	dyrektor/medyczny pracownik/administracyjny	<input type="checkbox"/>	lekarz	<input type="checkbox"/>	pielęgniarka/pielęgniernic	<input type="checkbox"/>	inne (jakie?)	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---	--------------------------	--------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------	--------------------------

31. Jaki procent zysków placówki pochodzi z NFZ a jaki z prywatnych opłat pacjentów? NFZ V090a pacjent prywatnie V090b

_____	_____
-------	-------

32. Ile kosztują prywatne świadczenia medyczne? V091

wizyta u lekarza	_____	V091
badanie USG	_____	V092
badanie krwi	_____	V093
EKG	_____	V094

Abbildung C-3. Fragebogen ambulanter Pflegebereich (deutsche Sprachversion)

Gesundheitswesen in der Grenzregion – Befragung der Anbieter in Lubuskie und Brandenburg

1. Welche Rechtsform hat die Einrichtung, in der Sie arbeiten? Meine Einrichtung hat die Rechtsform einer/er/s	V001
2. Wer ist der Träger?	V002
<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigeiznützige <input type="checkbox"/> öffentlich – kommunal <input type="checkbox"/> öffentlich – sonstige <input type="checkbox"/> andere (welche?)	
3. Wie viele Personalbeschäftigte hat Ihre Organisation?	
als Vollzeitbeschäftigte	als Teilzeitarbeitskräfte
Ärzte V003a	..... V003b
Krankenschwestern V004a	..... V004b
Krankenträger/Beauftragte V005a	..... V005b
Kinderkrankenschwestern V006a	..... V006b
Altenpfleger V007a	..... V007b
Hebammen V008a	..... V008b
4. Leistungen welcher Fachrichtung werden in Ihrer Einrichtung angeboten?	V015
<input type="checkbox"/> Allergologie <input type="checkbox"/> Augenheilkunde <input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Geriatrie <input type="checkbox"/> Innere Medizin
<input type="checkbox"/> Angiologie und Gefäßchirurgie <input type="checkbox"/> Endokrinologie und Endochirurgie <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde/Geburtshilfe <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie <input type="checkbox"/> Onkologie <input type="checkbox"/> Tuberkulose und Augenkrankheiten <input type="checkbox"/> palliative Medizin - Betreuung der chronisch Kranken <input type="checkbox"/> Andere (welche?)	<input type="checkbox"/> Hämatologie <input type="checkbox"/> Herzchirurgie <input type="checkbox"/> Kardiologie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Neurochirurgie <input type="checkbox"/> orthopädische Chirurgie <input type="checkbox"/> plastische Chirurgie <input type="checkbox"/> Radiologie <input type="checkbox"/> Rettungsmedizin <input type="checkbox"/> Transplantatologie <input type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie
6. Über welche derausgeführten Geräte verfügt Ihre Einrichtung? Unsere Einrichtung verfügt über:	
Computertomographen (CT) <input type="checkbox"/> V024	
Kernspin-Tomographie (MRT) <input type="checkbox"/> V025	
Vorrichtung für Doppler-Sonographie <input type="checkbox"/> V026	
Mammograph <input type="checkbox"/> V029	
Vorrichtung für Angiographie <input type="checkbox"/> V030	
Diagnose-Station <input type="checkbox"/> V031	
Anderer welche <input type="checkbox"/> V032	
6b. Wie viele Zimmer hat die Einrichtung, in der Sie arbeiten? In der Einrichtung befinden sich: _____	Zweibettzimmer V006
Einbettzimmer V005	Mehrbettzimmer V008
Dreibettzimmer V007	
6c. Welche Ausstattung haben die Zimmer in Ihrer Einrichtung? (mehrere Nennung möglich)	
Jedes Zimmer ist mit: <input type="checkbox"/> Bad V099 <input type="checkbox"/> Toilette V100 <input type="checkbox"/> Waschbecken V101	
<input type="checkbox"/> Fernseher V103 <input type="checkbox"/> Anderer (welche?) _____ V105 ausgestattet.	

Fragebogen für Befragung_D_KH_neu_end.doc 1 Lehrstuhl Prof. Ribbege / KOWA

Gesundheitswesen in der Grenzregion – Befragung der Anbieter in Lubuskie und Brandenburg

7. Wie viele Einrichtungen, die gleiche Leistungen anbieten, befinden sich in Ihrem Einzugsbereich?	V033			
8. Bieten Sie Ihre Leistungen im Rahmen der GKV an?	Einrichtungen V034			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
9. Hat Ihre Einrichtung bestimmte Leistungsbereiche ausgelagert (Outsourcing)? Sie hat keine Leistungsbereiche ausgelagert <input type="checkbox"/> Sie hat folgende Leistungsbereiche ausgelagert <input type="checkbox"/>	V035			
und zwar:				
Labor <input type="checkbox"/> V036				
Reinigung <input type="checkbox"/> V037				
Abrechnung <input type="checkbox"/> V038				
Verwaltung <input type="checkbox"/> V039				
Verpflegung <input type="checkbox"/> V040				
Wäscherei <input type="checkbox"/> V041				
Anderer (welche?) <input type="checkbox"/> V042				
10a. Wird in Ihrer Einrichtung mit Belegärzten gearbeitet?	V043a			
Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> und zwar in folgenden Fachbereichen: _____				
10b. Kaufen Ihre Einrichtung auch medizinische Leistungen extern ein?	V044			
Sie kaufen keine medizinischen Leistungen extern ein <input type="checkbox"/> Sie kaufen medizinische Leistungen extern ein <input type="checkbox"/> und zwar in folgenden Fachbereichen: _____				
11. Wie viele Patienten hat Ihre Einrichtung im letzten Jahr behandelt?	V045			
Im letzten Jahr wurden _____ Patienten behandelt				
12. Werden in Ihrer Einrichtung auch ausländische Patienten behandelt, die ihre Versicherung nicht in Deutschland haben (Patienten aus dem Ausland)?	V046			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar ca. _____ Personen	V047			
12a. Waren darunter auch Polen?	V048			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar ca. _____ Personen	V049			
13. Wie schätzen Sie, wird sich dieser Anteil entwickeln?	V050			
bedeutend sinken <input type="checkbox"/> 01	leicht sinken <input type="checkbox"/> 02	gleich bleiben <input type="checkbox"/> 03	leicht steigen <input type="checkbox"/> 04	bedeutend steigen <input type="checkbox"/> 05
14. Welche Beweggründe veranlassen die Patienten, Leistungen Ihrer Einrichtung in Anspruch zu nehmen? (auch mehrere Antworten möglich)				
Kostenersparung <input type="checkbox"/> V051				
Hohe Qualität der Behandlung <input type="checkbox"/> V052				
Verkürzung der Wartezeiten <input type="checkbox"/> V053				
Nicht-Verfügbarkeit der Leistung zu Hause <input type="checkbox"/> V054				
Notversorgung <input type="checkbox"/> V055				
Anderer Welche? <input type="checkbox"/> V056				

Fragebogen für Befragung_D_KH_neu_end.doc 2 Lehrstuhl Prof. Ribbege / KOWA

15. Welche Leistungen haben die ausländischen Patienten nachgefragt?
Die ausländischen Patienten haben hauptsächlich folgende Leistungen nachgefragt:

16. Wie lang muss im Durchschnitt ein Patient bei Ihnen warten?

	Keine Wartezeit	Bis 1 Woche	Bis 1 Monat	Bis 6 Monate	Über 6 Monate
um einen Allgemeinarzt zu konsultieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
um einen Facharzt zu konsultieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
um eine diagnostische Untersuchung zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf einen standartsierten operativen Eingriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf einen nicht-standartsierten oper. Eingriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
um in die stationäre Behandlung aufgenommen zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Wodurch entstehen bei Ihnen diese Wartezeiten für die Patienten?

18. Welche speziellen Leistungen sind mit der längsten Wartezeit verbunden?

20. Wie werden sich Ihrer Meinung nach die Wartezeiten in Zukunft gestalten? V066

bedeutend sinken	leicht sinken	gleich bleiben	leicht steigen	bedeutend steigen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Wie viele Personen des Personals in Ihrer Einrichtung sprechen folgende Fremdsprachen?

Englisch	Ärzte V067a	Pflegepersonal V067b
Polnisch	Ärzte V068a	Pflegepersonal V068b
_____	_____	_____
_____	_____	_____

22. Wie viel ausländisches Personal beschäftigt Ihre Einrichtung?

Ärzte	V070a	davon aus Polen	V070c
Zahnärzte	V071a	davon aus Polen	V071c
Krankenschwestern	V072a	davon aus Polen	V072c
Hebammen	V073a	davon aus Polen	V073c
Physiotherapeuten	V074a	davon aus Polen	V074c
Medizinisch-technische Assistenten	V075a	davon aus Polen	V075c
technische Assistenten	V076a	davon aus Polen	V076c
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

23. Sind Sie bereits in Polen tätig? V077

ja nein

Hem Sie auf die Frage 23 mit Ja geantwortet haben, setzen Sie bitte mit der Frage 29 fort.

Fragen für Befragte g_D_KH_neu_end.doc

24. Haben Sie schon daran gedacht, Ihre Leistungen in Polen anzubieten? V078

ja nein

25. Haben Sie sich schon erkundigt, welche Voraussetzungen Sie erfüllen müssen, um in Ausland Leistungen anbieten zu können? V079

ja nein

26. Haben Sie schon einen Kooperationspartner? V080

ja nein

27. Haben Sie bereits nach Kooperationspartnern gesucht? V081

ja nein

Falls, Sie nach einem gesucht haben, aber keinen passenden gefunden haben, woran lag das?

28. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in Zukunft Ihre Leistung in Polen bzw. für polnische Patienten anbieten werden?

sehr unwahrscheinlich	etwas unwahrscheinlich	wahrscheinlich	sehr wahrscheinlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Was sind aus Ihrer Sicht die Hauptgründe, die Sie von einer Expansions in Ausland abhalten bzw. diese erschweren? V082

Unkenntnis der rechtlichen Lage	<input type="checkbox"/>	V083
Unkenntnis der Marktlage	<input type="checkbox"/>	V084
Sprachbarrieren	<input type="checkbox"/>	V085
kein Vertrauen in polnische Partner	<input type="checkbox"/>	V086
finanzielle Barrieren	<input type="checkbox"/>	V087
andere (welche?)	<input type="checkbox"/>	V088

30. Welche Funktionen erfüllen Sie in Ihrer Einrichtung? V089

Eigentümer	Mitigentümer	Verwaltungsdirektor	Leitender Arzt
Angestellter in der Verwaltung	Angestellter in der Krankenversorgung als Arzt	Angestellter in der Krankenversorgung als Pflegekraft	andere (welche?)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Welcher Prozentsatz Ihrer Einnahmen kommt aus der GKV (inkl. usiv Praxisgebühr) und wie viel aus privaten Zahlungen der Patienten?

GKV	V090a	Patienten selbst	V090b
_____	_____	_____	_____

Fragen für Befragte g_D_KH_neu_end.doc

Abbildung C-4. Fragebogen ambulanter Bereich (polnische Sprachversion)

Skala zdrowia w regionie przyciętym – Anketa dla jednostek w woj. Lubuskim i w Brandenburgii

1. Jaką formę organizacyjną ma instytucja, w której Pan/Pani pracuje? V001
 SPZOZ NZOZ
 inne(jaka?) _____

2. Komu podlega Pan/Pani instytucja? V002
 ministerstwo województwo powiat gmina kościół fundacja
 prywatna inne(jaka?) _____

3. Ile osób jest zatrudnionych w Panu/Pani placówce?
 na pełny etat _____ w niepełnym wymiarze godzin _____
 lekarze V003a
 pielęgniarki V004a
 polozne V008a
 V008b

4. W jakiej dziedzinie medycznej są świadczone usługi w Panu/Pani placówce? V015

<input type="checkbox"/> angiologia	<input type="checkbox"/> okulistyka	<input type="checkbox"/> chirurgia
<input type="checkbox"/> angiologia i chirurgia nękka	<input type="checkbox"/> geriatria	<input type="checkbox"/> choroby wewnętrzne
<input type="checkbox"/> endokrynologia i endochirurgia	<input type="checkbox"/> hematologia	<input type="checkbox"/> choroby dziecięce
<input type="checkbox"/> ginekologia i położnictwo	<input type="checkbox"/> chirurgia serca	<input type="checkbox"/> medycyna nuklearna
<input type="checkbox"/> nefrologia i choroby nerek	<input type="checkbox"/> kardiologia	<input type="checkbox"/> kardiologia
<input type="checkbox"/> laryngologia	<input type="checkbox"/> neurologia	<input type="checkbox"/> neurochirurgia
<input type="checkbox"/> choroby skóry i weneryczne	<input type="checkbox"/> chirurgia plastyczna	<input type="checkbox"/> psychiatria
<input type="checkbox"/> psychiatria dzieci i młodzieży	<input type="checkbox"/> ortopedia	<input type="checkbox"/> rehabilitacja
<input type="checkbox"/> chirurgia drzewi i młodziwy	<input type="checkbox"/> medycyna ratunkowa	<input type="checkbox"/> klinika dzienna
<input type="checkbox"/> onkologia	<input type="checkbox"/> transplantologia	<input type="checkbox"/> urologia
<input type="checkbox"/> gruźlica i choroby płuc	<input type="checkbox"/> immunologia i choroby zakaźne	<input type="checkbox"/> radiologia
<input type="checkbox"/> medycyna paliatywna - opieka nad przewlekle chorymi	<input type="checkbox"/> inne(jake?) _____	

6. Jakimi urządzeniami dysponuje Pan/Pani placówka?
 Nasza placówka dysponuje:

tomograf komputerowy	<input type="checkbox"/>	V024
rezonans magnetyczny (MR-T)	<input type="checkbox"/>	V025
urządzenie do sonografii dopplera	<input type="checkbox"/>	V026
mammograf	<input type="checkbox"/>	V029
urządzenie do angiografii	<input type="checkbox"/>	V030
stacja dahlz	<input type="checkbox"/>	V031
inne (jake?) _____	<input type="checkbox"/>	V032

6 b. Iloma pokojami (salami) dysponuje placówka, w której Pan/Pani pracuje?
 W placówce znajduje się _____ pokoj(ach) jednoosobowych V005 _____ pokoj(ach) dwuosobowych V006 _____ pokoj(ach) trzyosobowych V007 _____ pokoj(ach) dla większej ilości osób V008

6 c. Jaki wyposażenie mają pokoje (sale) w Panu/Pani placówce? (można zakreślić więcej punktów)

Każdy pokój (sala) jest wyposażony w	<input type="checkbox"/> łazienkę V009	<input type="checkbox"/> toaletę V100	<input type="checkbox"/> umywalkę V101	<input type="checkbox"/> telewizor V103
inne(jake?) _____	V105			

Frage(n) für Befragung_PL_KH_pl_end.doc 1 Katedra Prof. Rühgege / KOWA

Skala zdrowia w regionie przyciętym – Anketa dla jednostek w woj. Lubuskim i w Brandenburgii

7. Ile placówek, które oferują świadczenia podobne do Pańskich, znajdują się na obszarze, z którego pochodzi Państwa pacjent? V033
 _____ placówek

8. Czy placówka ma podpisany umowę z NFZ? V034
 tak nie

9. Czy Pan/Pani placówka wyłącza organizację niektórych jednostki (Outsourcing)? V035
 żadne jednostki nie zostały wyłączone
 niektóre jednostki zostały wyłączone
 a mianowicie:

laboratorium	<input type="checkbox"/>	V036
sprężanie	<input type="checkbox"/>	V037
rozliczenia	<input type="checkbox"/>	V038
administracja	<input type="checkbox"/>	V039
wyżewienie	<input type="checkbox"/>	V040
pralnia	<input type="checkbox"/>	V041
inne(jake?) _____	<input type="checkbox"/>	V042

10b. Czy Pan/Pani placówka k upuje świadczenia medycznych u podmiotów trzecich? V044
 nie zakupuje świadczeń u podmiotów trzecich
 kupuje świadczenia u innych świadczeniodawców w następujących dziedzinach:

11. Ilu pacjentów było leczonych w Pańskiej placówce w zeszłym roku u? V045
 W zeszłym roku było leczonych _____ pacjentów

12. Czy wśród pacjentów w Pańskim placówce, którzy nie byli ubezpieczeni w Polsce? V046
 nie tak, ok. _____ osób V047

12a. Czy wśród pacjentów w Pańskim placówce, którzy nie byli ubezpieczeni w Niemczech? V048
 nie tak, ok. _____ osób V049

13. Jak Pan/Pani zdaniem będzie się rozwijał udział pacjentów z Niemiec w przyszłości? V050

znajmniej się zwiększe	<input type="checkbox"/>	znajmniej się zmniejszy	<input type="checkbox"/>	nie zmieni się	<input type="checkbox"/>	nie wiadomo	<input type="checkbox"/>
znacząco	<input type="checkbox"/>	nieznacznie	<input type="checkbox"/>	nieznacznie	<input type="checkbox"/>	nieznacznie	<input type="checkbox"/>
01	<input type="checkbox"/>	02	<input type="checkbox"/>	03	<input type="checkbox"/>	04	<input type="checkbox"/>
							05

14. Jakimi motywami kierowali się zagraniczni pacjenci przy korzystaniu z usług Pana/Pani placówki? (można zakreślić więcej odpowiedzi)

oszczędność kosztów	<input type="checkbox"/>	V051
wysoka jakość leczenia	<input type="checkbox"/>	V052
skrócenie okresów oczekiwania	<input type="checkbox"/>	V053
brak możliwości skorzystania ze świadczenia we własnym kraju	<input type="checkbox"/>	V054
konieczność nagły wypadek	<input type="checkbox"/>	V055
Inne _____	<input type="checkbox"/>	V056
Jakie? _____		

Frage(n) für Befragung_PL_KH_pl_end.doc 2 Katedra Prof. Rühgege / KOWA

Abbildung C-5. Fragebogen stationärer Bereich (polnische Sprachversion)

Gesundheitswesen in der Grenzregion – Befragung der Anbieter in Lubuskie und Brandenburg

1. Welche Organisationsart hat die Einrichtung, in der Sie arbeiten? V001
 Pflegeheim Altenheim ambulanter Pflegedienst
 andere (welche?) _____

2. Wozu ist der Träger? V002
 privat freigemeinnützig öffentlich – kommunal öffentlich – sonstige
 andere (welche?) _____

3. Wie viele Personen beschäftigt Ihre Organisation?
 als Vollzeitberufskräfte als Teilzeitberufskräfte

Krankenschwestern	..... V004a	..... V004b
Krankpfleger/innen	..... V005a	..... V005b
Kinderkrankenschwestern	..... V006a	..... V006b
Altenpfleger	..... V007a	..... V007b
Altenpflegehelfer	..... V007a	..... V007b
Heilerziehungspfleger/Heilerzieher	..... V001a	..... V001b
Heilerziehungspfleger/Heilerzieher	..... V002a	..... V002b
Heilpädagogen	..... V003a	..... V003b
Physio-/Ergotherapeuten	..... V004a	..... V004b
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	..... V005a	..... V005b
Sozialpädagogen	..... V006a	..... V006b
Familienpfleger	..... V007a	..... V007b
Dorfhelfer	..... V008a	..... V008b
Sonstige Pflegeberufe	..... V009a	..... V009b
Hauswirtschaftliche Berufe	..... V010a	..... V010b
Verwaltungsmangestellte	..... V009a	..... V009b
Ander(e) (welche?) _____	..... V011a	..... V011b
_____	..... V012a	..... V012b
_____	..... V013a	..... V013b
_____	..... V014a	..... V014b

7. Wie viele Einrichtungen, die gleiche Leistungen anbieten, befinden sich in Ihrem Einzugsbereich? V003

 Einrichtungen _____

9. Hat Ihre Einrichtung bestimmte Leistungsbereiche ausgelagert (Outsourcing)? V005
 Sie hat keine Leistungsbereiche ausgelagert
 Sie hat folgende Leistungsbereiche ausgelagert und zwar:

Reinigung	<input type="checkbox"/>	V007
Abrechnung	<input type="checkbox"/>	V008
Verwaltung	<input type="checkbox"/>	V009
Verpflegung	<input type="checkbox"/>	V040
Wäscherei	<input type="checkbox"/>	V041
Ander(e) (welche?) _____	<input type="checkbox"/>	V042

Fragen für Befragung_D_PN_end.doc

1

Lehrstuhl Prof. Ribhage / KOWA

Gesundheitswesen in der Grenzregion – Befragung der Anbieter in Lubuskie und Brandenburg

10b. Arbeiten Ihrer Einrichtung mit Subkontrahenten im Bereich der Leistungserbringung zusammen? V044
 Sie arbeitet mit keinen Subkontrahenten zusammen
 Sie arbeitet mit Subkontrahenten und zwar in folgenden Leistungsbereichen: _____

11. Wie viele Patienten hat Ihre Einrichtung im letzten Jahr gepflegt? V045
 Im letzten Jahr wurden _____ Patienten behandelt
 Davon vollstationär _____ V045a teilstationär _____ V045b ambulant _____ V045c

12. Würden in Ihrer Einrichtung auch ausländische Patienten behandelt, die ihre Versicherung nicht in Deutschland haben (Patienten aus dem Ausland)? V046
 nein ja und zwar ca. _____ Personen

12a. Waren darunter auch Polen? V048
 nein ja und zwar ca. _____ Personen

13. Wie schätzen Sie, wie sich dieser Anteil entwickeln wird? V049
 ja und zwar ca. _____ Personen gleich abnehmen zunehmen

14. Welche Beweggründe veranlassen die Patienten, Leistungen Ihrer Einrichtung in Anspruch zu nehmen? (auch mehrere Antworten möglich) V051
 Kostensparnung V051
 Hohe Qualität der Behandlung V052
 Verkürzung der Wartezeiten V053
 Nicht-Verfügbarkeit der Leistung zu Hause V054
 Notversorgung V055
 Andere V056
 Welche? _____

15. Welche Leistungen haben die ausländischen Patienten nachgefragt?
 Die ausländischen Patienten haben hauptsächlich folgende Leistungen nachgefragt: _____

19. Werden Patienten in Ihrer Einrichtung mit Wartezeiten konfrontiert? V065
 ja nein
 falls ja, welche Art von Leistungen betrifft es? _____

20. Was denken Sie, wie werden sich die Wartezeiten in der Zukunft gestalten? V066

bedeutend sinken	<input type="checkbox"/> 01	leicht sinken	<input type="checkbox"/> 02	gleich bleiben	<input type="checkbox"/> 03	leicht steigen	<input type="checkbox"/> 04	bedeutend steigen	<input type="checkbox"/> 05
------------------	-----------------------------	---------------	-----------------------------	----------------	-----------------------------	----------------	-----------------------------	-------------------	-----------------------------

Fragen für Befragung_D_PN_end.doc

2

Lehrstuhl Prof. Ribhage / KOWA

21. Wieviele Personen des Personals in Ihrer Einrichtung sprechen folgende Fremdsprachen?	Englisch Polnisch	Personal V067b Personal V069b				
23. Sind Sie bereits in Polen tätig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				V077
<i>Hem Sie auf die Frage 23 mit Ja geantwortet haben, setzen Sie bitte mit der Frage 29 fort.</i>						
24. Haben Sie schon daran gedacht, Ihre Leistungen in Polen anzubieten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				V078
25. Haben Sie sich schon erkundigt, welche Voraussetzungen Sie erfüllen müssen, um im Ausland Leistung anzubieten zu können?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				V079
26. Haben Sie schon einen Kooperationspartner?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				V080
27. Haben Sie bereits nach Kooperationspartnern gesucht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				V081
Falls, Sie nach einem gesucht haben, aber keinen passenden gefunden haben, woran lag das? _____						
28. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in Zukunft Ihre Leistung in Polen bzw. für polnische Patienten anbieten werden?	<input type="checkbox"/> sehr unwahrscheinlich	<input type="checkbox"/> eher unwahrscheinlich	<input type="checkbox"/> wenig wahrscheinlich	<input type="checkbox"/> wahrscheinlich	<input type="checkbox"/> sehr wahrscheinlich	V082
29. Was sind aus Ihrer Sicht die Hauptgründe, die Sie von einer Expansion ins Ausland abhalten bzw. diese erschweren?	<input type="checkbox"/> Unkenntnis der rechtlichen Lage <input type="checkbox"/> Unkenntnis der Marktlage <input type="checkbox"/> Sprachbarrieren <input type="checkbox"/> kein Vertrauen in polnische Partner <input type="checkbox"/> finanzielle Barrieren <input type="checkbox"/> andere (welche?) _____					V083 V084 V085 V086 V087 V088
30. Welche Funktionen erfüllen Sie in Ihrer Einrichtung?	<input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Angestellter in der Verwaltung <input type="checkbox"/> Angestellter in sozialer Betreuung <input type="checkbox"/> anderer (welche?) _____					V089

6b. Wie viele Zimmer hat die Einrichtung, in der Sie arbeiten?	In der Einrichtung befinden sich: _____ Einzelzimmer V095 Dreibettzimmer V097 Mehrbettzimmer V098	Zweibettzimmer V096
6c. Welche Ausstattung haben die Zimmer in Ihrer Einrichtung? (mehrfache Nennung möglich)	Jedes Zimmer ist mit: <input type="checkbox"/> Bad V099 <input type="checkbox"/> Kafe hemische V102 <input type="checkbox"/> Anderer (welche?) _____ V105 ausgestattet.	
	<input type="checkbox"/> Toilette V100	<input type="checkbox"/> Waschbecken V101
	<input type="checkbox"/> Fernseher V103	<input type="checkbox"/> Audianlage V104

Abbildung C-6. Fragebogen ambulanter Pflegebereich (polnische Sprachversion)

Skala zdrowia w regionie przegranicznym – Ankieta dla jednostek w woj. Lubuskim i w Brandenburgii

1. Jaka formę organizacyjną ma instytucja, w której Pan/Pani pracuje?		V001
<input type="checkbox"/> zakład opiekuńczo-leczniczy	<input type="checkbox"/> zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	
<input type="checkbox"/> hospicjum/stacjonarne	<input type="checkbox"/> hospicjum/domowe	
<input type="checkbox"/> domstarców	<input type="checkbox"/> dom pomocy społecznej	
<input type="checkbox"/> indywidualna praktyka pielęgnarska	<input type="checkbox"/> grupa/praktyka pielęgnarska	
<input type="checkbox"/> inna(jaka?) _____		
2. Komu podlega Pan/Pani placówka?		V002
<input type="checkbox"/> ministerstwo	<input type="checkbox"/> powiat	<input type="checkbox"/> gmina
<input type="checkbox"/> prywatna	<input type="checkbox"/> inna podmiotowi (jakemu?) _____	<input type="checkbox"/> kościół
		<input type="checkbox"/> fundacja
3. Ile osób jest zatrudnionych w Panu/Pani placówce?		
	na pełny etat	w niepełnym wymiarze godzin
lekarze	..... V003a	..... V003b
pielęgniarki	..... V004a	..... V004b
opiekun/ka dla osób starszych	..... V007a	..... V007b
rehabilitanci	..... A004a	..... A004b
pielęgniarki środowiskowe	..... V010a	..... V010b
inni (jacy?) _____	..... V012a	..... V012b
7. Ile placówek, które oferują świadczenia podobne do Pańskich, znajduje się na obszarze, z którego pochodzi Państwa pacjent?		V003
_____ placówek		
9. Czy Pana/Pani placówkę a wyłącza organizacyjnie niektóre jednostki (Outsourcing)?		V005
Zadane jednostki nie zostały wyłączone <input type="checkbox"/>		
niektóre usługi zostały wyłączone <input type="checkbox"/>		
a mianowicie:		
sprzątanie	<input type="checkbox"/>	V007
rozliczenia	<input type="checkbox"/>	V008
administracja	<input type="checkbox"/>	V009
wyżywianie	<input type="checkbox"/>	V040
pralnia	<input type="checkbox"/>	V041
inne (jaki?) _____	<input type="checkbox"/>	V042
10b. Czy Pana/Pani placówka współpracuje w ramach świadczonych usług z subkontrahentami?		V044
Ne współpracuje z subkontrahentami <input type="checkbox"/>		
współpracuje z subkontrahentami <input type="checkbox"/>	a mianowicie przy wykorzystaniu następujących usług:	
11. Ilu pacjentów korzystało w zeszłym roku z usług Pana/Pani placówki?		V045
W zeszłym roku korzystało z naszej opieki _____ pacjentów.		
Z tego z opieki stacjonarnej _____ V045a	z opieki ambulatoryjnej _____ V045c	

Fragebogen für Befragung_PL_PIL_pl_end.doc 1 Katedra Prof. Ribhegge / KOWA

Skala zdrowia w regionie przegranicznym – Ankieta dla jednostek w woj. Lubuskim i w Brandenburgii

12. Czy wśród pacjentów Pana/Pani placówki byli obcokrajowcy, którzy nie posiadają ubezpieczenia w Polsce (Pacjenci z zagranicy)?		V046
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, amantowicie ok. _____ osób	V047
12a. Czy byli wśród nich Niemcy?		V048
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, amantowicie ok. _____ osób	V049
13. Jaki Pana/Pani zdaniem będzie się rozwijał udział pacjentów z Niemiec?		V050
<input type="checkbox"/> zmniejszy się znacznie	<input type="checkbox"/> zmniejszy się nieco	<input type="checkbox"/> nie zmieni się
<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03
		<input type="checkbox"/> 04
		<input type="checkbox"/> 05
14. Jakiimi motywami kierowali się zagraniczni pacjenci przy korzystaniu z usług Pana/Pani placówki? (można zakreślić więcej odpowiedzi)		
oszczędność kosztów	<input type="checkbox"/> V051	
wysoka jakość leczenia	<input type="checkbox"/> V052	
skrócenie okresów oczekiwania	<input type="checkbox"/> V053	
brak możliwości skorzystania ze świadczenia we własnym kraju	<input type="checkbox"/> V054	
konieczność świątecznych wypadków	<input type="checkbox"/> V055	
Inne _____	<input type="checkbox"/> V056	
Jakie? _____		
15. Z jakich świadczeń korzystali pacjenci zagraniczni?		
Pacjenci zagraniczni korzystali przede wszystkim z następujących świadczeń:		

19. Czy w Pana /Pani placówce pacjenci są kontrolowani z kolejkami do uzyskania świadczeń?		V065
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
jeżeli tak, to jakich świadczeń to dotyczy?		

20. Jak według Pana/Pani będą wyglądały okresy oczekiwania na świadczenia w przyszłości?		V066
zmniejszą się skrajnie	zmniejszą się	pozostaną bez zmian
skrajnie	skrajnie	skrajnie
<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03
		<input type="checkbox"/> 04
		<input type="checkbox"/> 05
21. Jaki procent personelu w Pana/Pani placówce włada następującym językiem obcym?		
angielski _____ osób V067b		
niemiecki _____ osób V068b		
23. Czy Pana/Pani placówka oferuje już swoje usługi w Niemczech?		V077
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	

Jedził Pan/Pani odpowiedział na pytanie 23 "tak", proszę od razu przejść do pytania 29. Fragebogen für Befragung_PL_PIL_pl_end.doc 2 Katedra Prof. Ribhegge / KOWA

24. Czy zastanawiali się Państwo nad zaoferowaniem swoich usług w Niemczech?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	V078
25. Czy próbował Państwo zdobyć informacje o tym, jakie warunki muszą być spełnione, aby zacząć udzielać świadczeń także za granicą?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	V079
26. Czy posiadają Państwo już partnera do współpracy po stronie niemieckiej?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	V080
27. Czy szukali Państwo partnerów do współpracy w Niemczech?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	V081
Jeżeli Państwo szukał partnerów i ich nie znalazł, prosimy o podanie możliwych przyczyn?			

28. Jak prawdopodobnie jest to, że Pana/Pani placówka będzie w przyszłości oferowała swoje usługi w Niemczech (dla niemieckich pacjentów)?			
<i>bardzo mało prawdopodobne</i>	<i>nieco</i>	<i>nie</i>	<i>bardzo prawdopodobne</i>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
			<input type="checkbox"/> 5
V082			
29. Jaki są wg Pani/Pana przyczyny, które utrudniają / uniemożliwiają ekspansję za granicę?			
nieznajomość regulacji prawnych	<input type="checkbox"/>	V083	
nieznajomość rynku	<input type="checkbox"/>	V084	
bariery językowe	<input type="checkbox"/>	V085	
brak zaufania do niemieckich partnerów	<input type="checkbox"/>	V086	
bariery finansowe	<input type="checkbox"/>	V087	
inne (jakie?) _____	<input type="checkbox"/>	V088	
30. Jaką funkcję spełnia Pani/Pan w placówce?			
<input type="checkbox"/> właściciel	<input type="checkbox"/> współwłaściciel	<input type="checkbox"/> dyrektor administracyjny	
<input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w administracji	<input type="checkbox"/> pielęgniarz/pielegniarka	<input type="checkbox"/> pracownik socjalny	
<input type="checkbox"/> inna (jaką?) _____			
<i>Poniższe pytania dotyczą tylko placówek prowadzących opiekę stacjonarną</i>			
33. Ile pokoi znajduje się w placówce, w której Pan/Pani pracuje?			
W placówce jest:			
_____ pokoi jednoosobowych V095	_____ pokoi dwuosobowych V096	_____ pokoi trzypoosobowych V097	
_____ pokoi wieloosobowych V098			
34. Jak są wyposażone pokoje w Pana /Pani placówce? (można zakreślać więcej odpowiedzi)			
Każdy pokój jest wyposażony w:			
<input type="checkbox"/> łazienkę V099	<input type="checkbox"/> telefon V100	<input type="checkbox"/> umywalkę V101	
<input type="checkbox"/> niszę kuchenną V102	<input type="checkbox"/> telewizor V103	<input type="checkbox"/> radio/magnetofon V104	
<input type="checkbox"/> inne (jakie?) _____		V105	

Literaturverzeichnis

- Ärzte Zeitung Online (2003):** Polens Mediziner wollen auf die Barrikaden gehen.
04.09.2003. <http://www.aerztezeitung.de/docs/2003/09/04/157a0806.asp> .
- Ärzte Zeitung Online (2004a):** Mehr polnische Patienten in deutschen Praxen.
03.05.2004. http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/05/03/081a0104.asp?cat=/politik/gesundheit_in_europa/eu_erweiterung .
- Ärzte Zeitung Online (2004b):** Polens Gesundheitswesen zwischen Malaise und Moderne.
04.05.2004. <http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/05/04/082a0601.asp?cat=> .
- Ärzte Zeitung Online (2005a):** Bei uns in Polen zahlt der Patient nur ein Drittel des Preises.
14.04.2005. http://www.aerztezeitung.de/docs/2005/04/14/067a0901.asp?cat=/politik/gesundheit_in_europa .
- Ärzte Zeitung Online (2005b):** Beiträge zum Thema EU-Erweiterung.
16.09.2005.
http://www.aerztezeitung.de/politik/gesundheit_in_europa/eu_erweiterung/ .
- BA (2004)** / Bundesagentur für Arbeit: Ärztinnen und Ärzte: Fachärztemangel droht; Arbeitsmarktinformation für qualifizierte Fach- und Führungskräfte, Nürnberg.
- BA (2005a)** / Bundesagentur für Arbeit: Statistiken der BA, Nürnberg.
- BA (2005b)** / Bundesagentur für Arbeit: Statistik – Gesamtangebot – [arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de/vam/vamController/CMSConversation/anzeigeContent?navId=35180&category=link_liste&rqc=5&ls=false&ut=0).
http://www.arbeitsagentur.de/vam/vamController/CMSConversation/anzeigeContent?navId=35180&category=link_liste&rqc=5&ls=false&ut=0 .
- Becker, Ulrich (2003):** Die EuGH-Entscheidungen Decker und Kohll und deren Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland; in: Jorens, Yves; Schulte, Bernd (Hrsg.); Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Gemeinsamen Markt, Baden-Baden, S. 51-67.
- Becker, Ulrich (2004):** Grenzüberschreitende Versicherungsleistungen in der (gesetzlichen) Krankenversicherung: Die juristische Perspektive; in: Basedow, Jürgen; Meyer, Ulrich; Rückle, Dieter; Schwintowski, Hans-Peter (Hrsg.): Lebensversicherung – Betriebliche Altersversorgung – VVG-Reform, grenzüberschreitende Versicherungsleistungen in der Krankenversicherung, Baden-Baden, S. 171-188.
- Berié, Herrmann; Reh, Hans-Ulrich (2003):** Sozial-Kompass Europa, Bonn.
- BMGS (2004)** / Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Übersicht über das Sozialrecht, Nürnberg.
- Bobak, Martin; Marmot, Michael (1996):** East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda; British Medical Journal (BMJ), Band 312, S. 421-425.
- Borchmann, Dieter (2004):** Ärztemangel in Brandenburger Krankenhäusern – eine Bestandsaufnahme; Brandenburgisches Ärzteblatt, 14. Jg., Nr. 4, S.101-102.
- Botten, Grete; Grepperud, Sverre; Nerland, Sölve Mikal (2004):** Trading patients: Lessons from Scandinavia; Health Policy, 69. Jg., Nr. 3, S. 317-327.

- Breyer, Friedrich (1984):** Anbieterinduzierte Nachfrage nach ärztlichen Leistungen und die Zieleinkommens-Hypothese; Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 199. Jg., Nr. 5, S. 415-432.
- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias (2003):** Gesundheitsökonomie, 4. Aufl., Berlin.
- Brouwer, Werner; Exel, Job van; Hermans, Bert; Stoop, Arjen (2003):** Should I stay or should I go? Waiting lists and cross-border care in the Netherlands; Health Policy, 63. Jg., Nr. 3, S. 289-298.
- Bundesärztekammer (2005):** Ärzttestatistik. <http://www.baek.de/30/Aerzttestatistik/index.html>.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2004):** Bevölkerung: Fakten – Trends – Ursachen – Erwartungen – die wichtigsten Fragen, Wiesbaden.
- Calnan, Michael; Palm, Willy; Sohy, Françoise; Quaghebeur, Daan N.A. (1997):** Cross-border use of health care. A survey of frontier workers' knowledge, attitudes and use; European Journal of Public Health, 7. Jg., Nr. 3, Supplement, S. 26-32.
- Ciensi, Jan (2005):** Polish health services quick to cash in on eager EU patients. Financial Times: 21.06.2005, S.4.
- CSIOZ (2001) /** Centrum Systemów Informacyjnych Orchony Zdrowia: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2001, Warschau.
- CSIOZ (2002) /** Centrum Systemów Informacyjnych Orchony Zdrowia: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2002, Warschau.
- CSIOZ (2003) /** Centrum Systemów Informacyjnych Orchony Zdrowia: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2003.
- CSIOZ (2004a) /** Centrum Systemów Informacyjnych Orchony Zdrowia: Dostępność świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków 1998-2003, Warschau.
- CSIOZ (2004b) /** Centrum Systemów Informacyjnych Orchony Zdrowia: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2004, Warschau.
- Danner, Günter (2003):** Sozialpolitische Herausforderungen des EU-Binnenmarktes unter Berücksichtigung von Währungsunion und Osterweiterung; in: Klusen, Norbert (Hrsg.); Europäischer Binnenmarkt und Wettbewerb – Zukunftsszenarien für die GKV, Baden-Baden, S. 28-51.
- Danner, Günter (2004):** Zukunftsvision oder Markt der Illusionen? – Praxis grenzüberschreitender Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in verschiedenen EU-Mitgliedstaaten; ZESAR – Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht, 3. Jg., Nr. 10, S. 408-412.
- DM Werbetechnik (2004):** Ambulante Pflegedienste in Brandenburg. <http://www.pflegedienst.org/DB/out/frame-Brandenburg.html>.
- Dranove, David; White, William D.; Wu, Laurence (1993):** Segmentation in Local Hospital Markets; Medical Care, 3. Jg., Nr. 1, S. 52-64.

- Eckhardt, Martina; Kerber, Wolfgang (2005):** Best Practises, Yardstick Competition und Lernen in der Wirtschaftspolitik – eine kritische Analyse der Offenen Methode der Koordinierung der EU; in: Schäfer, Wolf (Hrsg.); Institutionelle Grundlagen effizienter Wirtschaftspolitik, Berlin, S. 121-166.
- EG-Kommission (2004a)** / Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Geänderter Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (gemäß Artikel 250, Absatz 2 des EG-Vertrages von der Kommission vorgelegt), KOM(2004) 317 endgültig, Brüssel 20.04.2004.
- EG-Kommission (2004b)** / Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlamentes und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt, KOM(2004) 2 endgültig/2., Brüssel 25.2.2004.
- Eichenhofer, Eberhard (1999):** Plädoyer für ein vereinfachtes Europäisches koordinierendes Sozialrecht, Berlin.
- Eichenhofer, Eberhard (2003):** Rechtliche Rahmenbedingungen für grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen im europäischen Binnenmarkt; in: Klusen, Norbert (Hrsg.); Europäischer Binnenmarkt und Wettbewerb – Zukunftsszenarien für die GKV, S. 145-160.
- EU (2005)** / Europäische Union: Vertrag über eine Verfassung für Europa, Luxemburg.
- EuGH (1998a)** / Europäischer Gerichtshof: Urteil des Gerichtshofes vom 28. April 1998. Raymond Kohll gegen Union des caisses de maladie. Rechtssache C-158/96. Sammlung der Rechtsprechung 1998, Seite I-01931.
- EuGH (1998b)** / Europäischer Gerichtshof: Urteil des Gerichtshofes vom 28. April 1998. Nicolas Decker gegen Caisse de maladie des employés privés. Rechtssache C-120/95. Sammlung der Rechtsprechung 1998, Seite I-01831.
- EuGH (2001a)** / Europäischer Gerichtshof: Urteil des Gerichtshofes vom 12. Juli 2001. B.S.M. Smits, verheiratete Geraets, gegen Stichting Ziekenfonds VGZ und H.T.M. Peerbooms gegen Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen. Rechtssache C-157/99. Sammlung der Rechtsprechung 2001, Seite I-05473.
- EuGH (2001b)** / Europäischer Gerichtshof: Urteil des Gerichtshofes vom 12. Juli 2001. Abdon Vanbraekel und andere gegen Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC). Rechtssache C-368/98. Sammlung der Rechtsprechung 2001, Seite I-05363.
- EuGH (2003a)** / Europäischer Gerichtshof: Urteil des Gerichtshofes vom 13. Mai 2003. V.G. Müller-Fauré und van Riet gegen Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen. Rechtssache C-385/99. Sammlung der Rechtsprechung 2003, Seite I-04509.
- EuGH (2003b)** / Europäischer Gerichtshof: Urteil des Gerichtshofes vom 23. Oktober 2003. Patricia Inizan gegen Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine. Rechtssache C-56/01. Sammlung der Rechtsprechung 2003, Seite I-12403.

- EuGH (2003c)** / Europäischer Gerichtshof: Urteil des Gerichtshofes vom 11. Dezember 2003. Deutscher Apothekerverband eV gegen 0800 DocMorris NV und Jacques Waterval. Rechtssache C-322/01. Sammlung der Rechtsprechung 2003, Seite I-14887.
- France, George (1997)**: Cross-border flows of Italian patients within the European Union. An international trade approach; *European Journal of Public Health*, 7. Jg., Nr. 3, Supplement, S. 18-25.
- Golinowska, Stanisława; Pietka, Katarzyna; Sowada, Christoph; Żukowski, Maciej (2003)**: Study on the Social Protection Systems in the 13 Applicant Countries: Poland Country Study. http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_protection/docs/poland_final.pdf.
- Grunenberg, Guido (2004)**: Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem Polens; *Gesundheitsförderung*, 3. Jg., Nr. 4, S. 1-3.
- GUS (1995-2005)** / Główny Urząd Statystyczny w Warszawie: Bank Danych Regionalnych. http://www.stat.gov.pl/bdr/BDRAP.strona_glowna.indeks.
- GUS (1996-2004)** / Główny Urząd Statystyczny w Warszawie: Bank Danych Regionalnych lata 1996-2003. <http://www.stat.gov.pl/bdrweb/mdane.html>.
- GUS (2005a)** / Główny Urząd Statystyczny w Warszawie: Prognoza ludności na lata 2003-2030. http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/prognoza_ludnosc/index.htm.
- GUS (2005b)** / Główny Urząd Statystyczny w Warszawie: Praca. Dochody ludności. http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/praca_ludnosc/.
- GUS (2005c)** / Główny Urząd Statystyczny w Warszawie: Trwanie życia. http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/trwanie_zycia/index.htm.
- Hermann, Christopher (2004)**: Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen: Ökonomische Folgen der EuGH-Rechtssprechung zur Dienstleistungsfreiheit bei stationären Leistungen; *ZESAR – Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht*, 3. Jg., Nr. 9, S. 370-374.
- Hermesse, Jean; Lewalle, Henri; Palm, Willy (1997)**: Patient mobility within the European Union; *European Journal of Public Health*, 7. Jg., Nr. 3, Supplement, S. 4-10.
- Höftmann, Dan Oliver (2004)**: Gemeinsames Bemühen von KVMV und Sozialministerium: Offene Türen eingerannt; *Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern*, 13. Jg., Nr. 142, S. 10.
- Jorens, Yves; Coucheir, Michael; van Overmeiren, Filip (2005)**: Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im gemeinsamen Markt: Auswirkungen auf den gesetzlichen und freiwilligen Gesundheitsschutz, Gent.
- KBV (2004)** / Kassenärztliche Bundesvereinigung: KBV Kompakt: Newsletter aus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Nr. 49 / 15.12.2004, Berlin.
- KBV (2005)** / Kassenärztliche Bundesvereinigung: KBV – Grunddaten – Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, Berlin.

- Kingreen, Thorsten (2004):** EuGH-Entscheidungen mit Anmerkungen: 2) Rs. C-322/01 Deutscher Apothekerverband e.V./ Doc Morris NV und Jaques Waterval; ZESAR – Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht, 3. Jg., Nr. 2, S. 89-105.
- Klusen, Norbert; Agasi, Susanne (2002):** Grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen als Handlungsfeld für die Gesetzliche Krankenversicherung; Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 91. Jg., Nr. 3, S. 303-328.
- Koenig, Christian; Beer, Daniela; Meurer, Friederike (2004):** Der Anspruch auf Erstattung des Herstellerrabatts gemäß § 130a Abs. 1 S. 2 SGB V bei der Arzneimittelabgabe durch Apotheken anderer Mitgliedstaaten; ZESAR – Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht, 3. Jg., Nr. 2, S. 57-64.
- Kohn, Meir G.; Shavell, Steven (1974):** The Theory of Search; Journal of Economic Theory, 9. Jg., Nr.2, S. 93-123.
- Krugman, Paul R.; Obstfeld, Maurice (2006):** International Economics: Theory and Policy, 7. Aufl., Boston.
- KVBB (2004a) /** Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg: Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg beschlossen von der Vertreterversammlung am 23.06.2004, gültig ab: 01.07.2004. http://www.kvbb.de/content/kvbb/kvbb000028/HVM_23062004.pdf .
- KVBB (2004b) /** Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg: Ausführungsbestimmungen zur Verwendung der Mittel aus dem Sicherstellungsfonds gem. § 2 Abs. 5 des Honorarverteilungsmaßstabs der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (ABSF) beschlossen von der Vertreterversammlung am 12.09.2003, Teil C geändert von der Vertreterversammlung am 28.11.2003, geändert von der Vertreterversammlung am 23.06.2004, gültig ab: 01.17.2004. http://www.kvbb.de/content/kvbb/kvbb000028/ABSF_230604.pdf .
- KVBB (2005a) /** Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg: Statut über die Durchführung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Land Brandenburg beschlossen von der Vertreterversammlung am 12.09.2003, geändert von der Vertreterversammlung am 16.03.2005. <http://www.kvbb.de/content/kvbb/kvbb000431/Sicherstellungsstatut.pdf> .
- KVBB (2005b) /** Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg: Ärzteverzeichnis – Land Brandenburg. <http://arztsuche.kvbb.de/> .
- KVBB (2005c) /** Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg: Honorarverteilungsvertrag der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg gültig ab 01.04.2005. http://www.kvbb.de/content/kvbb/kvbb000028/HVV_KVBB_01042005.pdf .
- KV-Ost (2005) /** Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigung der neuen Bundesländer: Daten / Fakten. <http://www.kv-ost.de/daten.html> .
- KVT (2005) /** Kassenärztliche Vereinigung Thüringen: Eigeneinrichtungen der KVT, KV-Rundschreiben 4/2005, S.8.

- KZBV (2005)** / Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: KZBV Jahrbuch 2004: Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztliche Versorgung, Köln.
- KZVLB (2004)** / Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg: Spezialgebiets-suche im ZA-Bereich. <http://www.kzvlb.de/patienten/ZAsuch.php> .
- LÄKB (2004a)** / Landesärztekammer Brandenburg: Ärztestatistik: Statistik der Berufe des Gesundheitswesens ab dem Berichtsjahr 2001. <http://www.laekb.de/05/15Kammerarbeit/40statistik/> .
- LÄKB (2004b)** / Landesärztekammer Brandenburg: Brandenburg darf nicht zum Durchlauferhitzer werden. www.laekb.de/20/05Pressemittelungen/93028PM041130.html .
- LASV (2003)** / Landesamt für Soziales und Versorgung, Abt. 4 Landesgesundheitsamt: Brandenburger Sozialindikatoren 2002: Tabellen, Potsdam.
- LASV (2004)** / Landesamt für Soziales und Versorgung, Abt. 4 Landesgesundheitsamt: Brandenburger Sozialindikatoren 2003: Tabellen, Potsdam.
- LCZP (2004)** / Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wlkp.: Biuletyn Statystyczny 2003: Ochrona Zdrowia na terenie woj. Lubuskiego, Gorzów Wielkopolski.
- LDS BB (2001)** / Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik, Landesumweltamt: Bevölkerungsprognose des Landes Brandenburg für den Zeitraum 2000-2015, Potsdam.
- LDS BB (2003)** / Landesgesundheitsamt Brandenburg im Landesamt für Soziales und Versorgung: Sozialpolitik im Überblick 2003: Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 3, Potsdam.
- LDS BB (2004a)** / Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg: Statistisches Jahrbuch 2004, Potsdam.
- LDS BB (2004b)** / Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik, Landesumweltamt: Bevölkerungsprognose des Landes Brandenburg für den Zeitraum 2003-2020, Potsdam.
- LDS BB (2004c)** / Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg: Statistische Berichte – Bevölkerung, Gesundheitswesen, Gebiet und Erwerbstätigkeit, Potsdam.
- LKB (2004)** / Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V.: Geschäftsbericht 2004, Potsdam.
- LKB (2006)** / Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V.: Stellenangebot/Vorschau. <http://www.lkb-online.de/Go/Stellen/StellenUe.asp> .
- Lowson, Karin; West, Peter; Chaplin, Stephen; O'Reilly, Jaqueline (2002)**: Evaluation of treating patients overseas. Final report, York.
- Marrée, Jörgen; Groenewegen, Peter P. (1997)**: Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition, Aldershot.
- MASGF (2004)** / Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg: Krankenhausbericht 2003: Zur Entwicklung der Krankenhäuser im Land Brandenburg, Potsdam.

- MASGF (2005)** / Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg: Krankenhausbericht 2004: Zur Entwicklung der Krankenhäuser im Land Brandenburg, Potsdam.
- McKee, Martin; Adany, Roza; MacLehose, Laura (2004a)**: Health status and trends in candidate countries; in: McKee, Martin; MacLehose, Laura; Nolte, Ellen (Hrsg.); Health Policy and European Union Enlargement, Maidenhead, S. 24-40.
- McKee, Martin; MacLehose, Laura; Albrecht, Tit (2004b)**: Free movement of patients; in: McKee, Martin; MacLehose, Laura; Nolte, Ellen (Hrsg.); Health Policy and European Union Enlargement, Maidenhead, S. 157-175.
- Merten, Martina (2004)**: Gesundheitssysteme Osteuropas (Teil 1): Polen – Bedrückende Resignation; Deutsches Ärzteblatt, 101. Jg., Nr. 47, S. A-3150 / B-2668 / C-2544.
- Minogiannis, Panos (2003)**: European Integration and health policy: the artful dance of economics and history, New Brunswick.
- Montangie, Y. (2003)**: Die Urteile Decker und Kohll im Lichte der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs; in: Jorens, Yves; Schulte, Bernd (Hrsg.); Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Gemeinsamen Markt, Baden-Baden, S. 121-131.
- Moussis, Nicholas (2004)**: Access to Social Europe: Guide to Community Legislation and Programmes, 4. Aufl., Rixensart.
- MOZ (2004)** / Märkische Oderzeitung: Sperre für Kinderärzte. 29.11.2004.
- MOZ (2005)** / Märkische Oderzeitung: Günstiger Zahnersatz aus Polen: AOK schloss Vereinbarung mit Medpolska / Vertragsärzte geben zwei Jahre Garantie. 23.8.2005.
- NFZ (2004)** / Narodowy Fundusz Zdrowia: NFZ – Lubuski Oddział Wojewódzki w Zielonej Górze. <http://nfz-zielonagora.pl/NFZ> .
- OECD (2004)** / Organization for Economic Cooperation and Development: Health Data 2004: A Comparative Analysis of 30 Countries, Paris.
- Peto, Richard; Lopez, Alan D.; Boreham, Jillian; Thun, Michael (2004)**: Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000, 2. Aufl., Oxford.
- Pitschas, Rainer (2002)**: Nationale Gesundheitsreform und europäische 'Governance' der Gesundheitspolitik – Zur Verpflichtung der Mitgliedsstaaten auf solidarischen Wettbewerb durch 'offene Koordination'; Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR), Nr. 3, S. 187-205.
- Pitschas, Rainer (2003)**: Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in Europa; in: Jorens, Yves; Schulte, Bernd (Hrsg.); Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Gemeinsamen Markt, Baden-Baden, S. 133-150.
- Podzerek-Knop, Agnieszka (2004)**: Die Reform des polnischen Gesundheitswesens von 1999 und ihre Konsequenzen für den Krankenhaussektor, Hamburg.

- Rat der Europäischen Union (2004a):** Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abzuwandern, Luxemburg.
- Rat der Europäischen Union (2004b):** Verordnung (EG) Nr. 631/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Änderung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bezüglich der Angleichung der Ansprüche und Vereinfachung der Verfahren (Text von Bedeutung für den EWR und die Schweiz), Luxemburg.
- Rat der Europäischen Union (2004c):** Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Luxemburg.
- Ribhegge, Hermann (2004a):** Das Gesundheitswesen als Chance für die deutsch-polnische Grenzregion im erweiterten Europa; Gesundheits- und Sozialpolitik, 58. Jg., Nr. 5/6, S. 31-41.
- Ribhegge, Hermann (2004b):** Sozialpolitik, Vahlens Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, München.
- Rixen, Stephan (2004):** Das europäisierte SGB V – Zur Rezeption EG-rechtlicher Vorgaben für das Leistungs(erbringer)recht der gesetzlichen Krankenversicherung durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG); ZESAR – Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht, 3. Jg., Nr. 1, S. 24-31.
- Rühmkorf, Daniel (2005):** 3. Deutsch-polnisches Symposium: Grenzüberschreitende Normalität; Deutsches Ärzteblatt, 102. Jg., Nr. 40, S. A 2680 – A 2682.
- Schneider, Markus (2003):** Ökonomische Bewertung des Leistungseinkaufs in Europa; in: Klusen, Norbert (Hrsg.); Europäischer Binnenmarkt und Wettbewerb – Zukunftsszenarien für die GKV, Baden-Baden, S. 161-179.
- Schreiber, Arnold (2004):** Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen aus der Sicht des BMGS: Empirische Bestandsaufnahme, Möglichkeiten und Wirklichkeiten; ZESAR – Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht, 3. Jg., Nr. 10, S. 413-416.
- Schulte, Bernd (1999):** Die Reformen der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa; in: Internationale Gesellschaft für Arbeitsrecht und Soziale Sicherheit Polnische Sektion (Hrsg.); Referate des 6. Europäischen Kongresses für Arbeitsrecht und Soziale Sicherheit – Warschau: Wydawn. Naukowe Scholar, S. 215-301.

- Schulte, Bernd (2001a):** EG-rechtliche Rahmenbedingungen für nationale Sozialpolitik; in: Schmähl, Winfried (Hrsg.); Möglichkeiten und Grenzen einer nationalen Sozialpolitik in der Europäischen Union, Berlin, S. 9-92.
- Schulte, Bernd (2001b):** Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit im gemeinsamen Markt: Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitswesen, Teil 1: Bestandsaufnahme; Arbeit und Sozialpolitik, 55. Jg., Nr. 7-8, S. 36-49.
- Schulte, Bernd (2002):** Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit im gemeinsamen Markt: Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitswesen, Teil 2: Perspektiven; Arbeit und Sozialpolitik, 56. Jg., Nr. 1-2, S.43-57.
- Schulz, Erika (2004):** Bevölkerungsentwicklung in West- und Ostdeutschland – Voraussetzungen bis 2050; Wochenbericht des DIW Berlin, 71. Jg., Nr. 33, S. 471-485.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (2003):** Baden-Württemberg im Europa der Regionen: Dimensionen und Perspektiven bei grenzübergreifenden Gesundheitsleistungen. <http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/sixcms/media.php/1442/euregiobericht.pdf> .
- Spengler, Hannes (2005):** Einkommen und Arbeitszeiten junger Klinikärzte in Deutschland; Wochenbericht DIW Berlin, 73. Jg., Nr. 34, S. 489-494.
- Staatskanzlei des Landes Brandenburg (2004) /** Staatskanzlei des Landes Brandenburg, Projektgruppe „Demographische Entwicklung“: Bericht zu den demografischen und wirtschaftsstrukturellen Veränderungen in Brandenburg, Potsdam.
- Starmans, Bert; Leidl, Reiner; Rhodes, Gerald (1997):** A comparative study on cross-border hospital care in the Euregio Meuse-Rhine; European Journal of Public Health, 7. Jg., Nr. 3, Supplement, S. 33-41.
- Statistisches Bundesamt (2003):** Gesundheit: Ausgaben und Personal 2001, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2003a):** Statistisches Jahrbuch 2003 für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt, Robert Koch-Institut (2005a):** Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung. www.gbe-bund.de .
- Statistisches Bundesamt (2005b):** Gesundheitswesen: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2003, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2005c):** Pflegestatistik: Berichte 2003, Wiesbaden.
- Urząd Statystyczny (2001) /** Urząd Statystyczny w Zielonej Górze: Rocznik Statystyczny Województwa Lubuskiego: Rok II, Zielona Góra.
- Urząd Statystyczny (2002) /** Urząd Statystyczny w Zielonej Górze: Rocznik Statystyczny Województwa Lubuskiego: Rok III, Zielona Góra.
- Urząd Statystyczny (2004) /** Urząd Statystyczny w Zielonej Górze: Rocznik Statystyczny Województwa Lubuskiego: Rok V, Zielona Góra.
- Urząd Statystyczny (2005) /** Urząd Statystyczny w Zielonej Górze: Serwis Internetowy: Województwo Lubuskie. http://www.stat.gov.pl/urzedy/zg/woj_lubuskie.html .

- Vogler, Sabine; Habl, Claudia (1999):** Gesundheitssysteme in Mittel- und Osteuropa, Wien.
- Voigt, Dieter (2004a):** Die Reform des koordinierenden europäischen Sozialrechts: Anmerkungen aus der Sicht der deutschen gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Alterssicherung; ZESAR – Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht, 3. Jg., Nr. 2, S. 73-79.
- Voigt, Dieter (2004b):** Die Reform des koordinierenden europäischen Sozialrechts (Teil II u. Schluss): Anmerkungen aus der Sicht der deutschen gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Alterssicherung; ZESAR – Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht, 3. Jg., Nr. 3, S. 121-127.
- Wasem, Jürgen (1997):** Health care reform in the Federal Republic of Germany: The new and the old Länder; in: Altenstetter, Christa; Björkmann, James Warner (Hrsg.); Health Policy Reform, National Variations and Globalization, London, New York, S. 161-174.
- Weinmann, Julia; Zifonun, Natalie (2004):** Gesundheitsausgaben und Gesundheitspersonal 2002; in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.); Wirtschaft und Statistik: Heft 4, S. 449-461.
- White, William D.; Morrissey, Michael A. (1998):** Are Patients Travelling Further?; International Journal of the Economics of Business, 5. Jg., Nr. 2, S. 203-221.
- WHO (2002) / World Health Organization Regional Office for Europe:** The European health report 2002, Kopenhagen.
- WHO (2005) / World Health Organization Regional Office for Europe:** European health for all database (HFA-DB). <http://data.euro.who.int/hfad/>.
- Wojtyniak, Bogdan; Gorynski, Pawel (2003):** Health status of the Polish population, Warschau.
- Zajac, Monica (2004):** Free movement of health professionals: The Polish experience; in: McKee, Martin; MacLehose, Laura; Nolte, Ellen (Hrsg.); Health Policy and European Union Enlargement, Maidenhead, S. 109-129.
- Zenker, Matthias (2004) / Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer:** Die Situation der ambulanten medizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern – Stand: Juni 2004. <http://www.kv-ost.de/daten/SituationAmbVersorg-nL6-04.pdf>.
- Zenker, Matthias (2005) / Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer:** Die Situation der ambulanten medizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern – Stand: Juni 2005. <http://www.kv-ost.de/daten/SituationAmbVersorg-nL2005.pdf>.
- ZUS (2005) / Zakład Ubezpieczeń Społecznych:** Sozialversicherung in Polen: Informationen, Fakten, Warschau.

Margitte Müller

Geburtsdatum 1. September 1977
Geburtsort Berlin
Staatsbürgerschaft Deutsch

Akademische Ausbildung

1997 Abitur am Gerhart-Hauptmann-Gymnasium, Berlin-Friedrichshagen
1997–2002 Studium der Internationalen Betriebswirtschaftslehre an der Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder), Diplom, November 2002
2000–2001 Studium an der Reims-Management-School (Doppeldiplomprogramm), Diplôme de l'Ecole Supérieure de Commerce de Reims, Juli 2001
2003–2006 Doktorandin am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Wirtschafts- und Sozialpolitik, Prof. Dr. Hermann Ribhegge, Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder) sowie Mitglied des Frankfurter Instituts für Transformationsforschung, gefördert durch das Europa-Fellows-II Graduiertenprogramm

Praktika/Berufserfahrungen

Außeruniversitär Ernst&Young AG (Berlin),
France Télécom Longue Distance (Paris),
PSI AG (Berlin)

Universitär Studentische und wissenschaftliche Hilfskraft sowie Tutorin für die Lehrveranstaltungen „Einführung in die Volkswirtschaftslehre“, „Microeconomics“, „Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik“ an der Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder)