

Europäische Kommission
Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz
Konsultation Gesundheitsdienstleistungen
B232 8/102
B-1049 Brüssel
Belgien

**Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der
Gesundheitsdienstleistungen**

Stellungnahme

des

Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS)

Stattersdorfer Hauptstraße 6
A - 3100 St.Pölten

(Auftragsarbeit, siehe Seite 2)

Vorliegende Stellungnahme wurde im Auftrag des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) unter Einbindung juristischer und wirtschaftswissenschaftlicher ExpertInnen (Ao.Univ.-Prof. Mag.Dr.iur. Beatrix Karl / Institut für Arbeits- und Sozialrecht, Universität Graz; Ao.Univ.-Prof. Dr. August Österle / Institut für Sozialpolitik, Wirtschaftsuniversität Wien) von der Firma Gesundheitsmanagement erarbeitet. Sie stellt eine Zusammenfassung der Erfahrungswerte aus dem Projekt „healthregio“ (www.healthregio.net) dar und beleuchtet regionale Entwicklungen im gesamteuropäischen Kontext, unter Verwendung aktueller Studien und Datenmaterials.

Das Projekt „healthregio“ wurde in einer Laufzeit von 3 Jahren (2004-2006) im Rahmen des EU-Außengrenzprogramms INTERREG IIIA entwickelt und umgesetzt und stellt eine erste Bestandsaufnahme zu den Möglichkeiten und Problemen der grenzüberschreitenden Kooperation in der Grenzregion zwischen Österreich und den neuen EU-Mitgliedstaaten Tschechien, Slowakei und Ungarn dar.

Die angeführten Argumente beziehen sich größtenteils auf Österreich, einige Beispiele nehmen Bezug auf die Situation in Niederösterreich. Spezielles Augenmerk wurde in dem Projekt auf die Schwierigkeiten der grenzüberschreitenden Kooperation im Hinblick auf das deutlich differierende Lohn- und Preisniveau in den neuen EU-Mitgliedstaaten gelenkt und auf die Herausforderungen, die sich daraus für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in dieser Grenzregion ergeben. Für wichtig erachtet wurde auch der Blick über die eigene Grenze hinweg, auf die möglichen Folgewirkungen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung in den Nachbarländern – denn erst das Erfassen der Komplexität von Themen ermöglicht ein gemeinsames Bearbeiten relevanter Fragestellungen und ein sinnvolles Erarbeiten von Lösungskonzepten.

healthregio

Regional Network for the Improvement of Healthcare Services
Austria – Czech Republic – Hungary - Slovakia

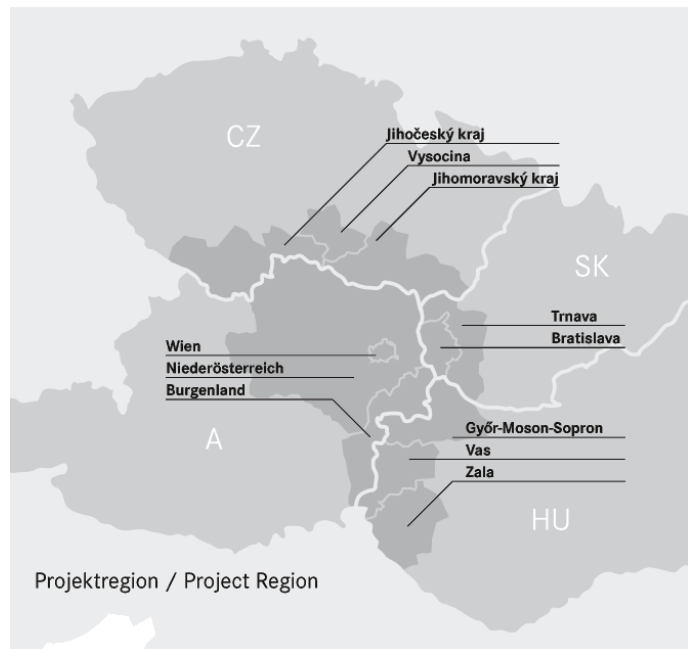
Die Gesundheitswirtschaft ist in allen westlichen Industrieländern einer der größten Industriezweige und Arbeitgeber, so auch in der Region Zentraleuropa. Generell wird dieser Branche ein beachtliches Wachstumspotential prognostiziert.

Die internationale Politik, die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes, Kostendruck und Kostenbewusstsein auf Seiten von Finanziers und PatientInnen, lassen die bislang klaren Grenzziehungen für nationale Gesundheitspolitiker, Planer und Dienstleister zunehmend verschwimmen, so dass grenzüberschreitende Zusammenarbeit auch im Gesundheitssektor an Bedeutung gewinnt.

Diese Entwicklung, die mit spezifischen Herausforderungen verbunden ist, wird in Zukunft auch für die Grenzregion zwischen Österreich und seinen östlichen Nachbarstaaten und neuen EU-Mitgliedsländern Tschechien, Slowakei und Ungarn bestimmend werden. Auf diese Region nimmt das Projekt „healthregio“ Bezug, das im Rahmen von INTERREG IIIA in einer Laufzeit von drei Jahren (2004-2006) umgesetzt wurde und erste Grundlagen für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen erarbeitete.

Das Projektgebiet von „healthregio“ umfasst auf österreichischer Seite die Bundesländer Niederösterreich, Wien und Burgenland, in Tschechien die Regionen Südböhmen, Südmähren und Vysocina, in der Slowakei die Kreise Trnava und Bratislava und in Ungarn die Komitate Győr-Moson-Sopron, Vas und Zala.

Diese Region ist mit einer Bevölkerungsdichte von rund 7,5 Millionen Menschen auf einer Fläche von 65.143 km² ein lohnender Markt für Gesundheitsdienstleistungsanbieter und lässt auch Kooperationen öffentlicher Anbieter sinnvoll erscheinen. Im Projektgebiet gibt es eine beachtliche Anzahl an Gesundheitsdienstleistern, wobei es sich zum Großteil um Kleine und Mittlere Betriebe handelt. So finden sich in der Projektregion 177 Krankenanstalten, 5882 niedergelassene Ärzte und 1472 Apotheken (Stand 2003). Diese Einrichtungen sind auch wichtige Arbeitgeber in der Region.



Rolle von Niederösterreich im Projekt

Niederösterreich ist jenes Bundesland, das in der Projektregion die längste Grenzlinie zu den benachbarten Staaten aufweist. Im Projekt „healthregio“ war es von Anfang an als Projektpartner und maßgeblicher nationaler Co-Finanzier vertreten. Repräsentanten diverser niederösterreichischer Organisationen (Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds, Niederösterreichische Landesakademie, Niederösterreichische Arbeiterkammer) waren im Lenkungsgremium präsent und wirkten auch inhaltlich an „healthregio“ mit.

Spezifika der Region in Hinblick auf Kooperationen

Eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitssektor wurde in dieser Region bislang kaum angestrebt oder forciert. Dies hat mehrere Ursachen: einerseits verbindet Österreich, Tschechien, Slowakei und Ungarn eine gemeinsame historische Vergangenheit,

die nicht immer für alle Seiten zufriedenstellend verlief. Danach gab es durch den Eisernen Vorhang lange Zeit eine scharfe Trennung, in der sich auch die Gesundheitssysteme unterschiedlich entwickelten. Die Menschen in der Region sind von diesen Erfahrungen nach wie vor geprägt, so dass Kooperationen auf beiden Seiten der Grenze noch immer mit Misstrauen und Vorurteilen begegnet wird. Zudem wurden und werden bestehende Vorurteile durch einzelne Akteure genährt, die durch die Auslagerung von Diensten ins kostengünstige Nachbarland lediglich ihre eigenen Profite maximieren, an einer Kooperation zum beiderseitigen Nutzen jedoch keinerlei Interesse zeigen.

Andererseits gibt es aus der Vergangenheit aber auch wichtige Anknüpfungspunkte für zukünftige Kooperationen, denn gerade diese Region profitiert international noch immer von ihrem Ruf als Kur- und Wellnessdestination sowie auf medizinischem Gebiet von ihrem hervorragenden Renommée aus der Zeit der Wiener Medizinischen Schule. Auch die räumliche Nähe großer Städte, wie Wien, Bratislava, Brno, České Budějovice und Sopron spricht für eine Zusammenarbeit, um Synergien zu schaffen und um Ressourcen sinnvoll zu nutzen.

Politik und Kooperation – Vorreiterrolle von Niederösterreich

Bislang wurde von offizieller Seite in Österreich die Verantwortung, aber auch die Chance, die aufgrund dieser besonderen Grenzlage zu Zentraleuropa besteht, nicht wahrgenommen. Projektinitiativen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit fanden in dieser Region kaum statt – und wenn, entstanden sie meist aufgrund des Engagements lokaler Akteure und nicht auf Betreiben der verantwortlichen Politiker oder Behörden. Österreichische Interessensvertretungen ebenso wie die Krankenkassen stehen der grenzüberschreitenden Kooperation noch eher reserviert gegenüber.

Das Bundesland Niederösterreich widmet sich seit einiger Zeit vermehrt Fragen der grenzüberschreitenden Planung von Regionen und leistet durch die Umsetzung mehrerer Pilotprojekte (e-health, healthacross: Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung Niederösterreich-Südböhmen) Pionierarbeit in der Zusammenarbeit mit den Nachbarländern.

Lohnniveau-Unterschiede: bestimmend für regionale Trends

Trends, im Zusammenhang mit einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, wie eine verstärkte Mobilität von PatientInnen und Gesundheitspersonal, die in der gesamten Europäischen Union zu beobachten sind, weisen in den Grenzgebieten zu Zentraleuropa eine deutlich stärkere Dynamik auf als in den Grenzregionen zwischen den EU-15. Eine der Hauptursachen dafür ist das beträchtliche Lohngefälle zwischen alten und neuen EU-Mitgliedsländern. Einer Studie der Arbeiterkammer aus dem Jahr 2004 zufolge, werden im Jahr 2015 die Nachbarstaaten von Österreich höchstens 50 Prozent des Lohnniveaus von Österreich erreicht haben. Diese Entwicklung wird mittlerweile zwar etwas weniger pessimistisch eingeschätzt, dennoch rechnen ExpertInnen nicht mit einer allzu raschen Angleichung des Lohnniveaus, vor allem in Bezug auf die Slowakei, die hier die größten Unterschiede aufweist.

Lohnniveau im Vergleich zu Österreich:

	2011	2015	2020
Tschechische Republik	34%	41%	51%
Ungarn	34%	43%	55%
Slowakei	24%	29%	36%

Österreichische Bundes-Arbeiterkammer: Konvergenz von Löhnen und Preisen zwischen den mittel- und osteuropäischen Ländern sowie Österreich, 2004

Handlungsbedarf

Klar ersichtlich ist, dass es gerade in dieser Region wichtig sein wird, die Weichen für die Zukunft richtig zu stellen und gemeinsam mit den Nachbarländern an Lösungskonzepten zu arbeiten. Denn das unterschiedliche Preis- und Lohnniveau bildet auch eines der größten Hemmnisse für grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitsbereich, z.B. wenn es darum geht, die Prinzipien des vereinten Europa, wie den uneingeschränkten Dienstleistungs- und Personenverkehr für alle EU-BürgerInnen gleichermaßen zu gewährleisten.

Zur Gewährleistung der künftigen Nachhaltigkeit der Systeme der gesundheitlichen Versorgung und der sozialen Sicherheit, sind ebenfalls Anstrengungen zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität nötig, gleichzeitig sind aber auch die gemeinsamen europäischen Ziele der flächendeckenden qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung nach den Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit, Gleichheit und Solidarität zu wahren.

Wichtige Themenbereiche im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung sind in der „healthregio“-Projektregion die Frage der Notfallversorgung bzw. eine mögliche Zusammenarbeit im stationären Bereich, wobei im Zentrum der Beantwortung dieser Frage der Zugang und die Finanzierbarkeit von Dienstleistungen steht, unterschiedliche Ausbildungsstandards in Gesundheitsberufen, die gegenseitige Anerkennung von Ausbildungen und die Leistungsvergütung sowie Fragen der Qualitätssicherung und Haftung.

DIE NOTWENDIGKEIT VON GEMEINSCHAFTSMASSNAHMEN IM BEREICH DER GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN

Wesen und Auswirkungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Frage 1:

Welche Auswirkungen (lokaler, regionaler, nationaler Art) hat die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung derzeit auf Zugänglichkeit, Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit der Systeme der gesundheitlichen Versorgung, und wie könnte sich dies weiter entwickeln?

Die Auswirkungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sollen im Folgenden anhand von 3 Schwerpunktthemen, die in der Region Zentraleuropa von besonderer Relevanz sind, und sich im Verlauf von „healthregio“ (www.healthregio.net) als bestimmend für Kooperation erwiesen haben, thematisiert werden:

- Patientenmigration
- Mobilität von Gesundheitspersonal
- Kooperationen im stationären Bereich

Dargestellt und anhand einzelner Fallbeispiele näher erläutert wird die aktuelle Situation in der Grenzregion sowie der dadurch gegebene Handlungsbedarf.

Patientenmigration¹

Ein erweiterter Aktionsradius von PatientInnen und Leistungsanbietern und die steigende Erwartungshaltung der Bevölkerung an Qualität und Zugang zu (auch grenzüberschreitender) medizinischer Versorgung - das sind einige der Veränderungen im Gesundheitssektor, die durch die Europäische Union forciert werden. Das enorme Marktpotential welches ein vereintes Europa bietet, eröffnet nicht nur ein größeres Angebot an Gesundheitsdienstleistungen, der Wettbewerb findet nun verstärkt zwischen den einzelnen Leistungsanbietern im Gesundheitssystem - auch über nationale Grenzen hinweg - statt.

Die Bereitschaft der PatientInnen mobil zu sein, nimmt ebenfalls zu. Besonders ausgeprägt ist das Phänomen Mobilität in Grenzregionen und hier vor allem zwischen jenen alten und neuen EU-Mitgliedstaaten, die enorme Lohn- und Preisunterschiede aufweisen. Nachgefragt werden hier vorwiegend spezifische Gesundheitsdienstleistungen, die privat bezahlt werden müssen und im Heimatland erheblich kostspieliger sind. So hat sich z.B. die Region Zentraleuropa mittlerweile zum gesundheitstouristischen Mekka für PatientInnen aus der Europäischen Union und aus anderen Ländern entwickelt. Dass solche regionalspezifischen Entwicklungen aus gesundheitspolitischer Sicht durchaus auch problematische Aspekte beinhalten, die für die künftige Entwicklung der EU von Relevanz sein können, wird besonders im Hinblick auf die aktuelle EU-Erweiterung offensichtlich. Auswirkungen solcher Entwicklungen sind aber auch auf nationaler und lokaler Ebene bemerkbar - auf beiden Seiten der Grenze.

Spezifika in der Region Zentraleuropa

Im Grenzgebiet zwischen Österreich und seinen östlichen Nachbarländern hat die Patientenmobilität in bestimmten medizinischen Sparten eine besondere Dynamik entwickelt und ein beträchtliches Ausmaß angenommen. Im Rahmen des Projektes „healthregio“ erfolgte eine erste wissenschaftliche Erhebung zum Zahnarzttourismus zwischen Österreich und Ungarn in Zusammenarbeit mit der Wirtschaftsuniversität Wien.² Einzelne Aspekte

¹ Ausführliche Informationen dazu in: Burger, Renate; Wieland Martin: healthregio-Survey. Voraussichtlicher Erscheinungstermin Frühjahr 2007.

² Österle, August; Delgado, José (2006): Dental Care Migration in Central Europe, in: Burger, Renate und Wieland, Martin (ed.): healthregio-Report. Economic and Sociopolitical Perspectives for Health Services in Central Europe. S 130-135.

dieser Migration im zahnmedizinischen Sektor wurden außerdem in Form eines Experten-Workshops im November 2005 diskutiert.

Zahnmedizinischer Markt Ungarn

Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern, wie etwa Slowenien oder Estland, die im zahnmedizinischen Sektor erst einen zögerlichen Zustrom an ausländischen PatientInnen zu verzeichnen haben, hat sich in den ungarischen Komitaten, die an Österreich angrenzen, ein enormer zahnmedizinischer Markt etabliert. Schon seit den 90er-Jahren hat sich dieser Markt in den osteuropäischen Ländern stark von einem staatlich dominierten Segment Richtung Privatisierung verändert: im Jahr 2000 waren nur mehr 50% der ungarischen Zahnärzte Angestellte der Nationalen Gesundheitsversicherung, die restlichen 50 % arbeiteten in Privatkliniken bzw. lediglich mittels Verträgen mit der Nationalen Gesundheitsversicherung zusammen.³

Zahnarztichte Österreich-Ungarn versus Grenzregion

Auffallend ist eine deutlich erhöhte Zahnarztichte in den an Österreich angrenzenden ungarischen Komitaten. Laut World Health Report 2006 betrug im Jahr 2003 die Zahnarztichte in Österreich 4037 ZahnärztInnen, so dass 0,5 ZahnärztInnen auf 1.000 EinwohnerInnen kamen. In Ungarn betrug die Zahnarztichte im gleichen Jahr 5.384 ZahnärztInnen, was einer Dichte von 0,54 per 1.000 EinwohnerInnen entspricht. Sieht man sich das Grenzgebiet an der österreichisch-ungarischen Grenze an, so fällt auf, dass die Zahnarztichte 2003 per 1.000 EinwohnerInnen in Wien 0,68 beträgt, in Niederösterreich 0,37 und im Burgenland 0,3 – in den angrenzenden ungarischen Komitaten Győr-Moson-Sopron jedoch 0,8, in Vas 0,74 und in Zala 0,8.⁴ Dabei beziehen sich die in den ungarischen Statistiken angeführten Zahlen lediglich auf jene Dienstleistungsanbieter, die Verträge mit der Nationalen Gesundheitsversicherung haben, davon nicht erfasst ist der private Sektor. Auch die zahlreichen Zahnkliniken in den ungarischen Grenzstädten wie Sopron oder Mosonmagyaróvár und die Zeitungsannoncen, mit denen ungarische Zahnärzte in österreichischen Printmedien aktiv um PatientInnen werben machen deutlich, dass sich in diesem Markt zahlreiche Anbieter gegenseitig zu überbieten versuchen.

Historie

Die gesundheitstouristische Migration vieler ÖsterreicherInnen nach Ungarn hat eine gewisse Tradition: sie geht schon auf die Zeit vor dem Beitritt der östlichen Nachbarländer Österreichs zur Europäischen Union zurück. Seit Anfang der 90er-Jahre ist der Gang zum Zahnarzt nach Ungarn für viele ÖsterreicherInnen bekannt und zur Gewohnheit geworden. Genutzt wird dieses Angebot vor allem von BewohnerInnen jener Bundesländer, die in räumlicher Nähe zur Grenze liegen – wie Niederösterreich, Wien, Burgenland. Aber auch PatientInnen aus weiter entfernten Gebieten und aus anderen europäischen Staaten nutzen die preisgünstigen Angebote in Ungarn.

Wirtschaftsfaktor Mobilität

Mobilität kann einen entscheidenden Wirtschaftsfaktor darstellen: sie bedeutet Ab- oder Zufluss von Kapital und ist ein relevanter Beschäftigungsfaktor. An der Grenze zwischen den alten und neuen EU-Mitgliedstaaten, wie z.B. zwischen Österreich-Tschechien-Slowakei und Ungarn, kommt der Mobilität im Gesundheitssektor und somit dem Zu- und Abfluss von Kapital aufgrund des niedrigeren Preis- und Lohnniveaus der drei neuen EU-Mitgliedstaaten besondere Bedeutung zu. Die niedrigeren Kosten sind auch einer der Hauptanreize für österreichische PatientInnen zahnmedizinische Leistungen in Ungarn nachzufragen. Denn Patientenmobilität manifestiert sich vor allem an subjektiv wahrnehmbaren Vorteilen, wie Qualität oder Verfügbarkeit der Leistung, aber auch am Preis und dies ganz besonders bei

Siehe dazu auch: Delgado, José (2006): Motive und Auslöser der zahnmedizinischen Patientenströme zwischen Österreich und Ungarn. Abstract zum healthregio-Survey. Voraussichtlicher Erscheinungstermin Frühjahr 2007. Die durchgeführte Erhebung umfasste eine Patientenbefragung mittels semi-explorativer Interviews sowie eine Expertenbefragung. Sie lässt keinerlei Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zu, daraus abgeleitet werden können jedoch einige Tendenzen.

³ Widström E.; Eaton K.A.; Borutta A.; Dybizbánska E.; Broukal Z.: Oral healthcare in transition in Eastern Europe, in: British Dental Journal Volume 190.No.11 June 9 2001. S 583

⁴ Angaben: ANTSZ in den Komitaten, Bundesärztekammer

Zahlungen, die von den PatientInnen selbst getragen werden müssen. Auch Österreich zählt zu den Ländern in Europa, die sukzessive die Selbstbehalte und damit die privaten out-of-pocket Zahlungen der PatientInnen erhöhen. Dieser Trend gilt als einer der größten Push-Faktoren für Patientenmobilität: in Österreich beträgt der private Anteil an den Gesundheitsausgaben mittlerweile rund 30% der gesamten Gesundheitsausgaben, der Anteil der Selbstbehalte wird mit 18 Prozent beziffert. In diesem Kontext wird eine verstärkte Mobilität von PatientInnen verständlich. Forciert wurde diese Mobilität, die durch die Euro-Einführung sogar noch zunehmen könnte, durch den Beitritt Ungarns zur Europäischen Union und den damit verbundenen Abbau bürokratischer Hürden. Es ist zu erwarten, dass diese Wanderungsbewegung noch so lange anhält, bis sich das Lohnniveau in den neuen EU-Mitgliedstaaten an jenes der alten EU-Mitgliedsländer angeglichen hat.

Patiententourismus aus den neuen EU-Mitgliedstaaten Tschechien, Slowakei und Ungarn nach Österreich findet derzeit, aufgrund der großen Preisdifferenz, kaum statt – ein Austausch von Dienstleistungen, wie er in anderen europäischen Grenzregionen zu beobachten ist, scheint daher nicht gegeben.

Risiken und Herausforderungen

Von Expertenseite wurde die Dimension der zahnmedizinischen Patientenströme nach Ungarn bereits Mitte der 90er Jahre dahingehend abgeschwächt, dass sich das ungarische Preisniveau binnen kurzer Zeit an österreichische Werte anpassen würde und folglich ein Abflauen der Patientenmigration erwartet wurde. Eine Dekade später hält dieser Patientenstrom nach wie vor an – ein Ende der zahnmedizinischen Migrationstendenzen ist bis dato nicht in Sicht.

Von Experten wird die zahnmedizinische Patientenwanderung für Österreichs Leistungserbringer zwar als wirtschaftlicher Verlust gesehen, gleichzeitig wird diese Migration aber für viele PatientInnen als die einzige preisgünstige Möglichkeit erkannt, einen festsitzenden Zahnersatz zu erhalten. Als Gegenmaßnahmen der heimischen Leistungserbringer wird vor allem eine Erhöhung des Leistungsniveaus, speziell im Bereich der Servicequalität genannt, um eine effektive Patientenbindung zu erreichen.

Qualität der angebotenen Dienstleistungen

Die apparative Ausstattung der ungarischen Zahnarztpraxen wird größtenteils als den österreichischen gleichwertig und den EU-Standards entsprechend angenommen. Da es in Ungarn mehr Gruppenpraxen gibt, wird eine bessere Auslastung der Geräte vermutet und folglich mehr Spielraum für Investitionen. Bedenken hinsichtlich der Qualität von Behandlungen und daraus möglicherweise resultierenden Spätfolgen wurden aus Expertensicht bislang vor allem im Zusammenhang mit einer zeitlich zu raschen Abfolge bei spezifischen Behandlungen (festsitzende zahnärztliche Rekonstruktionen) bzw. nötigen zeit- und kostenintensiven Vorbehandlungen geäußert.⁵ Mittlerweile scheinen sich die ExpertInnen einig, dass es im Ausland wie im Inland „schwarze Schafe“ gibt, dass das Niveau der Zahnmedizin in Ungarn mittlerweile generell jedoch ein gehobenes ist, zumal auch etliche einheimische Anbieter zahntechnische Leistungen ins benachbarte, billigere Ausland auslagern.

Verstärkter Wettbewerb

Die ungarischen Anbieter werden von einem Teil der österreichischen Experten als geschäftsschädigend und existenzgefährdend erlebt, andere wiederum betonen eher den positiven Aspekt eines verstärkten Wettbewerbs mit den heimischen Anbietern, der in letzter Konsequenz den PatientInnen zugute komme. Als negativ für die österreichische Wirtschaft wird jedoch der Kapitalabfluss gewertet, von dem nicht nur die Zahnärzte direkt betroffen sind, sondern vor allem auch die Zulieferindustrie, die in den letzten Jahren enorme Umsatzverluste und einen deutlichen Beschäftigungsrückgang hinzunehmen hatte. Eine ernstzunehmende Bedrohung orten die Experten in einer Zunahme dieser Tendenz.

⁵ Joss, Andreas; Christensen Morten M.; Jakob Simone; Oberholzer Gabriela; Lang Nikolaus P.; Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern: Qualität von zahnärztlich-prothetischen Versorgungen im Vergleich (Schweiz/Ausland, speziell Ungarn, in: Acta Med Dent 4. (1999) S 77-85

Umsatzeinbußen werden vor allem für Zahnarztpraxen nahe der österreichisch-ungarischen Grenze vermutet, für Zahnärzte mit geringer Patientenbindung sowie für junge Zahnärzte.

Kooperation: für Qualitätssicherung und Monitoring

Als eventuelle positive Auswirkung wird von einigen österreichischen Leistungsträgern die Möglichkeit zum Abschluss von Kassenverträgen auch mit ungarischen Anbietern angeführt und eine damit verbundene Qualitätssicherung im zahnmedizinischen Bereich.

Denn nicht von der Hand zu weisen ist derzeit das Risiko der Rechtsunsicherheit bei Regressforderungen, da das Procedere im Falle von Gewährleistungsansprüchen derzeit nicht geklärt ist. Speziell im Zusammenhang mit den bislang ungeklärten Fragen der Qualitätssicherung oder Haftung wird aber deutlich, dass eine aktive Politik bzw. Haltung zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im benachbarten Ausland auch als Beitrag zur Wahrung des Gesundheitsschutzniveaus des eigenen nationalstaatlichen Systems relevant ist. Wobei durch den Abschluss grenzüberschreitender Verträge auch die Mobilität von PatientInnen in kontrollierte Bahnen gelenkt werden könnte.

Bezüglich der Qualität der in Ungarn angebotenen Dienstleistungen gibt es von offizieller österreichischer Seite kaum seriöse Information, lediglich Konsumentenschutzorganisationen befassen sich mit diesen Fragestellungen. Mundpropaganda, Internet und Medien (Printmedien, TV) sind daher meist für die Auswahl der Anbieter in Ungarn ausschlaggebend.

Herausforderungen für Anbieterländer

Auch für die Anbieterländer dieser kostengünstigen Dienstleistungen stellen die Entwicklungen im Zusammenhang mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung spezifische Herausforderungen dar: so kommt es z.B. aufgrund der Konzentration solcher Anbieter in den westlichen Grenzkomitatzen Ungarns zu einem hohen Anteil an ausländischen PatientInnen in dieser Region. Das führt zu einer Verlagerung der personellen Ressourcen von Osten nach Westen und folglich zu Versorgungsengpässen und Problemen in den östlichen Komitatzen. Da viele ungarische PatientInnen auf rumänische Zahnärzte zurückgreifen müssen, kann von einem analogen Migrationsphänomen zwischen Ungarn und Rumänien gesprochen werden. Gefahr wird auch hinsichtlich der Preisgestaltung geortet: so wurde die Befürchtung laut, dass das Preisniveau refundierbarer Dienstleistungen jenen am österreichischen Markt angepasst werden könnte, was in weiterer Folge auch eine Verteuerung dieser Dienstleistungen am ungarischen Markt bzw. eine Ungleichbehandlung weniger finanzkräftiger PatientInnen nach sich ziehen könnte.⁶

Mangel an Daten⁷

Mobilität hat mitunter eine erhebliche wirtschaftliche und gesundheitspolitische Relevanz, und rückt damit ins Zentrum des politischen Interesses. Trotzdem mangelt es bislang europaweit an exaktem Datenmaterial.

Obwohl der Zahnarzttourismus zwischen Österreich-Ungarn schon lange praktiziert wird, ist über diese Mobilität bislang kaum Information vorhanden. Die wissenschaftlich verwertbare Datenlage zum Zahnarzttourismus zwischen Österreich-Ungarn ist äußerst spärlich und beschränkt sich vor allem auf Schätzungen österreichischer Konsumentenvereine und Versicherungsanstalten: so fahren, laut Europäischem Verbraucherzentrum, jährlich rund 160.000 ÖsterreicherInnen zur Zahnbehandlung nach Ungarn. Eine für das Jahr 2001 von der WGKK durchgeführte Stichprobe ergab, dass 16% der eingereichten Honorare (die sich auf refundierte Leistungen bezogen!) auf eine Leistungserbringung durch ungarische Zahnärzte zurückzuführen waren.

Schwierigkeit der Datenerfassung

Eine fundierte wissenschaftliche Analyse der Patientenströme liegt bis dato nicht vor.

⁶ Österle, August (2006): Workshop 1: Patientenmobilität in Zentraleuropa, in: Burger, Renate und Wieland, Martin (ed.): healthregio-Report. Economic and Sociopolitical Perspectives for Health Services in Central Europe. S 150-155.

⁷ Österle, August; Lenhart, Maureen; Delgado, José (2006): Cross-Border Mobility in Health Care – An Economic Analysis of the Nature and Consequences of Health Migration in Europe. Project 2007-2008 funded by Jubilaeumsfonds der OeNB.

Ursachen für die Schwierigkeit der Datenerfassung liegen darin, dass es sich bei diesem Markt vor allem um privat zu bezahlende Dienstleistungen handelt, die sich außerhalb der datenmäßigen Erfassung des österreichischen Gesundheitssystems bewegen. Ein weiteres Handicap liegt darin, dass in Österreich das Wahlarztssystem herrscht: bei refundierbaren Leistungen werden dem/der Versicherten zwar 80 Prozent der Kosten rückvergütet, der österreichische Versicherer erfasst dabei jedoch nicht den Leistungsort, an dem die jeweilige Dienstleistung erbracht wurde. Die im Ausland nachgefragten Leistungen werden zudem vorwiegend von privaten Anbietern erbracht, die generell eher wenig auskunftsfreudig sind.

Zukunftsperspektive

Patientenmigration zwischen Österreich und den neuen EU-Mitgliedstaaten Tschechien, Slowakei, Ungarn ist eine Realität, welche die geographische Nähe, die gemeinsame historische Vergangenheit sowie gesellschaftspolitische Entwicklungen reflektiert. Die neue Situation, erleichtert durch den Beitritt der Nachbarländer zur Europäischen Union, bietet noch größere Anreize für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme spezifischer Gesundheitsdienstleistungen, die aufgrund des niedrigeren Lohn- und Preisniveaus kostengünstig angeboten werden können.

Die Spezifika dieser Mobilitätstrends liefern wichtige Hinweise für die Entwicklung von Lösungsmodellen für Problemstellungen, die sich schon jetzt abzeichnen, wie z.B.: Verdrängungs-Wettbewerb, fehlende Qualitätssicherung, ungeklärte Haftungsfragen, keine einheitlichen Qualitätsstandards, drohende regionale Versorgungslücken bzw. Überversorgung, das Entstehen grauer Märkte, Ungleichbehandlung von PatientInnen, keine EU-weite Gültigkeit der vier Grundfreiheiten.

Die Rolle, welche die EU bei der Freigabe des Angebots von Gesundheitsdienstleistungen einnehmen wird, wird sicherlich auch Einfluss auf die Entscheidungen europäischer PatientInnen haben: denn sie werden letztendlich jene Anbieter auswählen, die mehr auf ihre Bedürfnisse eingehen, die sie für besser und für effektiver halten.

Mobilität von Gesundheitspersonal⁸

Der enorme Markt, den ein vereintes Europa darstellt, bietet auch zahlreiche Anreize für Fachpersonal aus dem Gesundheitssektor (MedizinerInnen, Krankenpflegepersonal, Hebammen, etc). Die Mobilität dieser Berufsgruppen hat international gesehen, speziell in Europa forciert durch einige EuGH-Entscheidungen, stark zugenommen. Die Bereitschaft mobil zu sein wird durch den Wegfall bürokratischer Hürden, wie etwa die gegenseitige Anerkennung von Ausbildungen, erleichtert. Eine solche beruflich motivierte Migration kann unterschiedliche Auslöser und Motive haben, sie kann einen lediglich temporären oder aber einen dauerhaften Aufenthalt im Ausland bedeuten.

Einer aktuellen Weltbank-Studie zufolge finden derzeit die meisten Migrationsbewegungen aus Ost- und Zentraleuropa nach Westeuropa sowie aus der Gemeinschaft der unabhängigen Staaten nach Russland statt.⁹ Besorgt zeigt sich auch die OECD über die ungebremste Migration von medizinischem Personal: allein in Österreich wären 16 Prozent aller Ärzte und 21 Prozent des gesamten Krankenpflegepersonals aus Staaten, die einst hinter dem Eisernen Vorhang lagen.

Mobilität hat für die Betroffenen meist positive Auswirkungen und ist, im Sinne eines vereinten Europa, generell als wünschenswertes Phänomen zu werten. Aus gesundheitspolitischer Sicht birgt verstärkte Mobilität jedoch durchaus auch problematische Aspekte – sowohl für nationale Systeme, als auch in einem gesamteuropäischen Kontext. Damit verbundene Probleme und Herausforderungen, welche für die Politik der

⁸ Ausführliche Informationen dazu in: Burger, Renate; Wieland Martin: healthregio-Survey. Voraussichtlicher Erscheinungstermin Frühjahr 2007.

⁹ Mansoor, Ali; Quillin Bryce (2007): Migration and Remittances. Eastern Europe and the Former Soviet Union. Weltbank

Europäischen Union (vor allem im Hinblick auf die aktuelle EU-Erweiterung) entscheidend sein werden, zeichnen sich derzeit u.a. auch in Grenzregionen zu Ländern mit niedrigerem Lohnniveau ab.

Spezifika der Region Zentraleuropa

Da das Ausbildungsniveau in Gesundheitsberufen in den neuen EU-Mitgliedstaaten vorwiegend sehr hoch ist, sind Fachkräfte aus der Region Zentraleuropa mittlerweile nicht nur in der EU sondern auch international gefragt. Sie leisten mit ihrer Arbeit einen wichtigen Beitrag für die Gesundheitssysteme diverser Länder (z.B. Norwegen, neue deutsche Bundesländer Sachsen, Thüringen, Mecklenburg, Niederlande, Großbritannien, Vereinigte Arabische Emirate) und füllen zum Teil gravierende Versorgungslücken.

Hindernisse – Übergangsregelungen

Die Mobilität von Fachkräften aus den neuen EU-Mitgliedstaaten in die EU-15 wurde bislang durch Übergangsregelungen, welche die legale Beschäftigung auf dem Arbeitsmarkt untersagen, blockiert. Lediglich Großbritannien, Irland und Schweden hatten keinerlei Beschränkungen dieser Art erlassen. Seit 1. Mai 2006 haben auch Spanien, Portugal und Griechenland den Arbeitsmarkt voll geöffnet, alle anderen Staaten werden dies sukzessive tun. Nur Österreich und Deutschland halten an den Übergangsfristen zumindest bis 2009 fest, eine weitere Verlängerung dieser Fristen bis 2011 ist möglich. Trotzdem findet auch in diese Regionen Migration statt, die sich in einer rechtlichen Grauzone abspielt und sich dadurch einer statistischen Erfassung entzieht.

Pflegesektor¹⁰

Bis 2040 soll sich in Österreich der Pflegebedarf verdoppeln. Rund 45.000 diplomierte heimische Pflegekräfte stehen derzeit zur Verfügung, nur ein Zehntel davon arbeitet im ambulanten Bereich. Es mangelt an Pflegepersonen und an entsprechender Aus- und Fortbildung dieser Fachkräfte. Dieses Defizit begünstigt temporäre Wanderungsbewegungen zwischen den alten und neuen EU-Mitgliedstaaten, also in regionalen Kontexten, in denen enorme Lohnniveauunterschiede herrschen, der Dienort jedoch noch in Erreichbarkeit des Heimatortes liegt - was gehäuft in solchen Bereichen des Gesundheitswesens der Fall ist, in denen im Zielland ein Mangel an Personal herrscht. Aus den neuen Mitgliedstaaten Tschechien, Slowakei und Ungarn ist eine rege Mobilität von Arbeitskräften nach Österreich zu beobachten, nicht nur den Gesundheitsbereich betreffend. Dieser Umstand ist insofern problematisch, als Österreich Beschränkungen auf dem Arbeitsmarkt für BürgerInnen aus den neuen EU-Mitgliedstaaten verhängt hat.

Mobile Pflege

Gerade im Bereich Mobile Pflege ist der Faktor Mobilität durch den Zuzug ausländischer Fachkräfte für das österreichische Gesundheitssystem von Bedeutung: Hauskrankenpflege wird hier derzeit zum Großteil von ausländischen Pflegekräften geleistet. In- und ausländische Agenturen, zum Teil als Stiftungen organisiert, vermitteln (überwiegend diplomierte) Pflegefachkräfte aus Tschechien und der Slowakei. Ungarisches diplomiertes Pflegepersonal arbeitet über entsprechende Adressenbörsen, ohne Vermittlung von Agenturen, vor allem im Burgenland. Derzeit gibt es keine seriöse empirische Erfassung der Zahlen dieser in Österreich arbeitenden Pflegekräfte: die Schätzungen bewegen sich von 8.000 – 10.000 betroffenen österreichischen Familien, was einem Bedarf von 16.000 – 20.000 ausländischen Pflegekräften entspricht – bis hin zu 40.000 benötigten Pflegekräften. Laut Angaben der Volkshilfe Niederösterreich¹¹ kann man im Bundesland Niederösterreich, wenn man die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen abzüglich der in Niederösterreich tätigen mobilen Pflegekräfte rechnet, davon ausgehen, dass dies mittlerweile jede 5. Familie betrifft. Im Jahr 2003 waren in Niederösterreich 66.983 PflegegeldbezieherInnen (davon 58.062 Bundespflegegeld, 8.921 Landespflegegeld) gemeldet (Quelle: BMSG).

¹⁰ Schmid, Tom: Zur Mobilität von Gesundheitspersonal, in: Burger, Renate; Wieland, Martin (2006): Economic and Sociopolitical Perspectives for Health Services in Central Europe. S 156-164.

¹¹ Mag. Gregor Tomschizek, Geschäftsführer NÖ Volkshilfe. Enquete „Grenzenlose Gesundheitsversorgung - Auswirkung auf Patienten und Gesundheitswirtschaft“, 23.11.2006, Schloss Reichenau/NÖ.

Finanzielle Dimension

Das finanzielle Volumen der in der Mobilen Pflege durch ausländische Pflegekräfte geleisteten Arbeit kann derzeit lediglich geschätzt werden. Diese Schätzungen differieren erheblich voneinander und bewegen sich zwischen rund 199,5 und 486 Millionen Euro,¹² wofür das durchschnittlich ausbezahlte Taschengeld, die Direktzahlungen der Pflegebedürftigen an die Stiftungen sowie Kost und Logis veranschlagt werden. Finanziert werden diese Zahlungen zum Teil auch durch in Österreich ausbezahlte Pflegegelder. Hinzu kommen nicht bezahlte Sozialbeiträge.

Rechtliche Grauzone

Da Österreich eine legale Zuwanderung von Beschäftigten aus den neuen EU-Mitgliedstaaten durch sogenannte Übergangsregelungen bis 2009 verhindert, konnte sich hier in den letzten Jahren im Bereich der Mobilen Pflege eine Schattenwirtschaft mit zahlreichen illegal Beschäftigten etablieren.

Das Angebot der ausländischen Pflegekräfte verstößt auch, aufgrund der Tatsache, dass diese Tätigkeit 24-Stunden-Pflege umfasst, gegen das geltende Arbeitsrecht.

Das Dienstleistungsangebot ausländischer Pflegekräfte bietet jedoch die Abdeckung eines bestehenden Bedarfes, der momentan durch offizielle Pflegeangebote nicht ersetzt werden kann. Denn derzeit kann von den inländischen Anbietern am Markt kein gleichwertiges Betreuungsangebot, das leistbar und legal ist, als Alternative angeboten werden. Der von Österreich bislang in diesem Zusammenhang gefahrene politische Kurs hat aber dazu geführt, dass diese Thematik lange Zeit totgeschwiegen wurde bzw. die herrschenden Zustände stillschweigend toleriert wurden. Dies hat immense Nachteile für die einheimische Wirtschaft, die in diesem Sektor Beschäftigten (egal ob illegal oder bei einheimischen Organisationen tätig) und PatientInnen mit sich gebracht: fehlende Rechtssicherheit dieser Arbeitsverhältnisse bezüglich Haftungsrecht, Sozialversicherung, Arbeitsrecht aber auch fehlenden Anti-Dumping-Schutz, Einnahmenverluste sowie fehlende Qualitätssicherung.

Im Bundesland Niederösterreich wurde diese fehlende Rechtssicherheit, die für alle Beteiligten keinerlei rechtliche Absicherung (weder im Falle von Unfällen oder bei fehlerhafter Pflege, noch im Fall von Klagen im Falle des Verstoßes gegen arbeits-, sozialversicherungs- und steuerrechtliche Bestimmungen bietet) durch Klagen der Gewerkschaft gegen PatientInnen, die ausländische PflegerInnen beschäftigen, im August 2006 erstmals aktuell. Das große Medienecho und die darauf folgende politische Diskussion führte zur Verordnung zur Legalisierung ausländischer Pflegekräfte, womit sichergestellt wurde, dass Anzeigen und bereits eingeleitete Verfahren wegen illegaler Ausländerbeschäftigung von den zuständigen Behörden nicht weiter verfolgt werden. Mit 1. November 2006 trat in Österreich diese neue Verordnung zu Legalisierung ausländischer Pflegekräfte in Kraft, die AusländerInnen aus den neuen EU-Mitgliedsstaaten bei Tätigkeiten im Bereich Pflege und Betreuung von Personen in Privathaushalten vom Ausländerbeschäftigungsgesetz ausnimmt, wenn

- die zu pflegende Person, ihre Angehörigen oder eine inländische Pflege- und Betreuungseinrichtung Arbeitgeber sind,
- die zu pflegende Person Bundes- oder Landespflegegeld ab der Pflegestufe 3 oder gleichartige Leistung im selben Ausmaß bezieht,
- und die Beschäftigung der Vollversicherung gemäß Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz unterliegt.

Es sind damit also nur Tätigkeiten erfasst, die der ASVG-Vollversicherungspflicht unterliegen (ab 341,16 Euro monatlich). Damit ist sichergestellt, dass die betroffenen Pflegekräfte nicht unter der Geringfügigkeitsgrenze beschäftigt werden und für die Dauer ihrer Beschäftigung in Österreich einen vollen Sozialversicherungsschutz genießen.

Historie

Mobilität von Gesundheitspersonal aus der Region Zentraleuropa in andere europäische Länder hat eine gewisse Tradition: sie geht schon auf die Zeit vor dem Beitritt der östlichen

¹² Angaben: Sozialökonomischen Forschungsstelle, Wien und Österreichisches Hilfswerk, 2006.

Nachbarländer Österreichs zur Europäischen Union zurück. So war nachbarschaftliche Pflege-Hilfe durch slowakische und tschechische Pflegekräfte schon in den 90-er Jahren auf legaler Basis üblich, als österreichische Spitäler über akuten Mangel an Fachpersonal klagten.

Wirtschaftsfaktor Mobilität

Da die Mobilität von gut ausgebildeten Fachkräften mit einem Ab- oder Zufluss von Humanressourcen und Kapital einher geht, stellt sie einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor dar. Genaue Zahlen dazu liegen bislang nicht vor – da offizielle Statistiken meist nicht das wahre Ausmaß der Migrationsbewegungen enthüllen, zumal wenn diese Zuwanderung sich in einer rechtlichen Grauzone abspielt. Dieser Mangel wird vor allem mit Blickpunkt auf die Grenzregion zwischen Niederösterreich, Burgenland, Wien und die angrenzenden Nachbarstaaten deutlich - hier kommt den Mobilitätstendenzen von Fachkräften aus den neuen EU-Mitgliedstaaten besondere Bedeutung zu. Einerseits bieten die enormen Lohn- und Preisunterschiede, die zwischen alten und neuen EU-Mitgliedsländern herrschen, einen verstärkten Anreiz zur Migration – andererseits kann wohl auch ein gewisser Nachholbedarf an Mobilität aufgrund historischer Gegebenheiten und die dadurch bedingte lange Einschränkung der Mobilität der BürgerInnen dieser Länder, angenommen werden.

Finanzieller Anreiz

Die Bereitschaft zur Mobilität manifestiert sich vor allem an wahrgenommenen Vorteilen, wie der Steigerung der Lebensqualität, die in erster Linie mit höheren Löhnen assoziiert wird. Die derzeit ausbezahlten Löhne im Gesundheitsbereich betragen in Österreich ein Vielfaches der für vergleichbare Tätigkeiten in den Nachbarländern ausbezahlten Gehälter:¹³ in Tschechien beträgt der Monatslohn einer diplomierten Krankenpflegekraft durchschnittlich umgerechnet 553 € brutto (rund 420 € netto), in der Slowakei liegen diese Gehälter noch niedriger, etwa bei durchschnittlich 350 € brutto (rund 280 € netto). Nicht diplomierte Pflegekräfte verdienen noch wesentlich weniger. Ein Arzt mit mehrjähriger Praxis verdient in Tschechien durchschnittlich pro Monat etwa 1.140 € brutto (rund 800 € netto), slowakische ÄrztInnen verdienen um ca. 30% weniger. Noch beträchtlich schlechter ist es um die Verdienstmöglichkeit von Krankenpflegepersonal und Ärzteschaft in der Ukraine, Bulgarien oder Rumänien bestellt. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, welche monetäre Bedeutung der Schritt ins Ausland für Fachkräfte aus den neuen EU-Mitgliedsländern haben kann. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf die enorme Bedeutung der von WanderarbeiterInnen getätigten Überweisungen für das Bruttoinlandsprodukt nationaler Wirtschaftssysteme.

Bis in den neuen EU-Mitgliedsländern eine Angleichung des Lohnniveaus an jenes der alten EU-Mitglieder erfolgt, ist zu erwarten, dass diese Wanderungsbewegung noch anhält und sich mit der aktuellen EU-Erweiterungsrunde möglicherweise noch verstärkt.

Risiken und Herausforderungen

Illegalität und Folgewirkungen

Durch die größere Attraktivität legaler und sozial abgesicherter Arbeitsverhältnisse wählen schon jetzt viele qualifizierte Fachkräfte andere EU-Länder, die keine Restriktionen verhängt haben, als Arbeitsort. In diesem Kontext ist zu befürchten, dass Österreich als Destination für gut ausgebildete Fachkräfte zusehends an Anziehungskraft verliert. Erste Trends in diese Richtung sind schon zu erkennen. Denn durch die Übergangsregelungen kommen in letzter Zeit vermehrt vor allem jene Arbeitskräfte nach Österreich, die schlecht ausgebildet sind. Zu erwarten ist auch, dass mit Ende der Übergangsfristen am Arbeitsmarkt ein Großteil der derzeit in der Hauskrankenpflege tätigen qualifizierten Pflegekräfte nicht mehr bereit sein wird, diese Tätigkeiten zu Niedriglöhnen zu verrichten. Da sowohl intra- wie extramural Pflegekräftemangel in Österreich besteht, werden dann offizielle Arbeitsplätze in der stationären oder mobilen Pflege vorhanden sein. Für die 24-Stunden-Pflege in privaten

¹³ Schneider, Viktor A. (Österreichische Botschaft Prag) (2004): Auswirkungen der „Pfle gemigration“ auf den Pflege- und Gesundheitsbereich in ausgewählten neuen EU-Mitgliedsstaaten. Vortrag im Rahmen der Fachtagung der Volkshilfe Österreich zum Thema „Grenzenlose Pflege?“, Dezember 2004.

Haushalten könnte dann bestenfalls nur mehr unqualifiziertes Personal aus den neuen EU-Mitgliedstaaten oder Personal aus Ländern wie der Ukraine oder aus Moldawien, die keine EU-BürgerInnen sind, und sich wiederum nicht legal in Österreich aufhalten dürfen, zur Verfügung stehen. Binnen kurzer Zeit könnten so rund 10.000 Familien nicht mehr im bisherigen Ausmaß unterstützt werden. Im Zusammenhang mit der steigenden Frauenerwerbstätigkeit könnte sich die Situation noch dahingehend verschärfen, dass das Pflegepotenzial unter Angehörigen ebenfalls nicht mehr im gewohnten Ausmaß zur Verfügung steht, wodurch Versorgungsengpässe wahrscheinlich werden.¹⁴

Situation in den Nachbarstaaten

Mittlerweile ist die Lage in den beiden Nachfolgestaaten der Tschechoslowakei ebenfalls deutlich verändert. Es gibt kein Überangebot an Pflegepersonal mehr. Besonders seit dem EU-Beitritt Tschechiens und der Slowakei ist ein Trend zu erkennen, dass ein Großteil des Pflegepersonals ins westliche Ausland abwandert. Als Ersatz wird Pflegepersonal aus anderen Ländern angeworben, vorwiegend aus Ländern, in denen noch niedrigere Gehälter bezahlt werden. Dies betrifft nicht nur Diplom-KrankenpflegerInnen und PflegerInnen für alte und behinderte Menschen, sondern auch ÄrztInnen und wirkt sich natürlich auch auf das Gesundheitssystem in diesen Ländern aus: so sind die Strukturen im Pflegebereich in den Nachbarländern derzeit schlecht entwickelt. Trotz regionaler Unterschiede ist die Zahl der Pflegeheime eher gering, die Bereitstellung von Pflegeleistungen häufig unzureichend und es bestehen Kommunikationsschwierigkeiten zwischen den unterschiedlichen Anbietern, die ein umfassendes Leistungsangebot behindern. Dies bedingt lange Wartezeiten und eine sehr unterschiedliche Qualität der Versorgungsangebote. Vor allem Mobile Pflegeangebote sind schlecht entwickelt, da hier noch immer zu viele administrative und finanzielle Hürden bestehen. Somit kann der Bedarf der Bevölkerung an mobilen Pflegediensten derzeit nicht gedeckt werden. Verschärft wird diese Entwicklung durch die Abwanderung junger Bevölkerungsschichten sowie eine höhere Frauenerwerbsquote, und den damit zusammenhängenden Wegfall der Pflege durch Angehörige.

Negative Effekte für Ursprungsländer

Aus den ersten Forschungsprojekten, die sich mit der Abwanderung von Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich in der Region Zentraleuropa beschäftigen, wird auch deutlich, dass verstärkte Mobilität ernst zu nehmende negative Effekte auf weniger finanzkräftige, nationale Gesundheitssysteme haben kann. Der Wegfall qualifizierten Gesundheitspersonals hat immer auch direkte Auswirkungen auf das Gesundheitswesen im Ursprungsland und folglich auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sowie auf das im Heimatland zurückbleibende Gesundheitspersonal.

Die Ursprungsländer und hier im Speziellen die neuen EU-Mitgliedstaaten verlieren durch Migration hochqualifiziertes Gesundheitspersonal, dessen Ausbildung aus öffentlichen Geldern finanziert wurde. Sie haben damit die professionellen und wirtschaftlichen Konsequenzen dieser Entwicklung zu tragen. Eine der problematischen Nebenwirkungen dieser Entwicklung sind geringere Humanressourcen und dadurch drohende Versorgungsengpässe in EU-Mitgliedsländern mit geringem Lohnniveau und hoher Abwanderungsrate. Die massive Abwanderung von Gesundheitspersonal ins Ausland kann letztlich auch das Versorgungsangebot in den Ursprungsländern gefährden – dies gilt zunehmend auch für die medizinische Versorgung. Mittlerweile werden die negativen Folgen einer verstärkten Migration in den neuen EU-Mitgliedstaaten langsam spürbar: Beim ärztlichen Personal zeigt sich dieser Mangel schon recht deutlich: in Ungarn bleibt eine von 10 Stellen in Krankenhäusern mittlerweile unbesetzt und die Situation in der medizinischen Grundversorgung ist ähnlich (Studie an der Semmelweis Universität in Budapest).¹⁵ Abwanderung bedeutet aber nicht nur Wegfall von Humanressourcen in Form von qualifizierten Fachkräften, sondern meist auch den Abzug vorwiegend jüngerer,

¹⁴ Prochazkova, Lucie; Schmid, Tom (2006): Presstext – Hintergrundinformation: Aus unseren Forschungsergebnissen zur 24-Stunden-Pflege. Sozialökonomische Forschungsstelle, Wien. August 2006.

¹⁵ Eke, Edit; Szócska, Miklos; Gaál Emilia: Characteristics, obvious and potential consequences of physicians' brain drain, including health policy considerations, in: Burger, Renate; Wieland, Martin (2006): Economic and Sociopolitical Perspectives for Health Services in Central Europe. S 55-59.

arbeitsfähiger Personen, mit der Konsequenz der Überalterung und Ausdünnung nationaler Gesellschaften.

Mangel an Daten

Unumstritten ist mittlerweile, dass Mobilität eine erhebliche wirtschaftliche, gesundheits- und sozialpolitische Dimension erreicht hat, mit zahlreichen, nicht nur positiven Implikationen für die Ziel- und die Ursprungsländer. Trotz des dadurch wachsenden Interesses und Verstehens der Wichtigkeit des Phänomens Mobilität, befindet sich die theoretische und empirische Forschung zu diesem Themenbereich noch am Anfang, nicht nur wegen des Mangels an EU-weitem vergleichbarem Datenmaterial. Noch wenig erforscht ist bislang die Dynamik der Mobilität von Fachkräften aus Ländern mit geringem Lohnniveau in solche mit deutlich besseren Verdienstmöglichkeiten.

Schwierigkeit der Datenerfassung

Eine fundierte wissenschaftliche Analyse der Migrationsströme von Zentraleuropa in andere Länder liegt bis dato nicht vor. Die Dimension, die dieses Phänomen in Zukunft noch annehmen könnte, ist derzeit schwer einzuschätzen. Ursachen für die Schwierigkeit der Datenerfassung liegen, neben der langjährigen Nichtbeachtung dieses Forschungsthemas, auch an der geringen Vernetzung im Wissenschaftsbereich sowie darin, dass diese Wanderungsbewegungen teilweise in einer rechtlichen Grauzone stattfinden, die sich außerhalb der datenmäßigen Erfassung der nationalen Gesundheitssysteme bewegen. Dadurch entzieht sich dieser Markt jeglicher Kontrolle und Erfassung, sowohl, was den tatsächlichen Bedarf der nachgefragten Leistungen angeht, als auch hinsichtlich der Qualität oder des in diesen Ländern tätigen Pflegepersonals.

Zukunftsperspektive

Migration von Fachkräften innerhalb der Europäischen Union und international, ist ein natürliches Phänomen, das vor allem gesellschafts- und sozialpolitische Realitäten widerspiegelt. Durch die EU-Erweiterung und den Beitritt der neuen EU-Mitgliedstaaten hat die Mobilität von Fachkräften jedoch eine neue Dimension erhalten, die etliche Probleme birgt: große Lohnniveau-Unterschiede begünstigen Mobilität, verstärkte Abwanderung von Fachkräften kann jedoch negative Auswirkungen auf die nationalen Gesundheitssysteme der Ursprungsländer haben.

Es ist zu erwarten, dass das Europa der Zukunft von stärkerer Mobilität von Fachpersonal gekennzeichnet sein wird und dass diese Bereitschaft zur Migration, vor allem mit der Integration von Niedriglohnländern im Zuge der aktuellen EU-Erweiterungsrunde, noch zunehmen könnte. Von besonderer Relevanz wird es daher sein, diese Mobilität zu lenken, um Versorgungslücken ebenso wie Überangebote zu vermeiden bzw. rechtzeitig auf den demographischen Wandel und seine Anforderungen reagieren zu können. Aus den Erkenntnissen der aktuellen Weltbank-Studie geht hervor, dass es hier sehr flexibler Instrumente bedarf, um mittels Zuzug von WanderarbeiterInnen auf die jeweiligen Erfordernisse adäquat reagieren zu können.

Wichtig für die Zukunft wird es sein, den Zustrom an Arbeitskräften so zu lenken, dass ArbeitnehmerInnen ihr Einkommen und ihre Ersparnisse vermehren können, dabei aber in Kontakt zu ihren Familien bleiben, die Aufnahmeländer ihren Arbeitskräftemangel ausgleichen und die Ursprungsländer durch die Überweisungen aus dem Ausland ihr Bruttoinlandsprodukt erhöhen und zugleich von den im Ausland erworbenen Qualifikationen der WanderarbeiterInnen profitieren können. Der kritische Punkt dabei wird sicherlich die Frage sein, ob es gelingt Anreize für eine zirkuläre Migration zu bieten und so illegale Wanderbewegungen einzudämmen. Denn damit verbunden sind nicht nur Fragen wie Qualitätssicherung, Ausbildungsstandards, die gegenseitige Anerkennung von Ausbildungen, sondern auch die adäquate Entlohnung von Fachpersonal, die Garantie arbeits- und sozialrechtlicher Standards sowie die Einhaltung der Werte und Prinzipien der Europäischen Union.

Kooperationen im Stationären Bereich

Die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs bezüglich der Rückvergütung von im Ausland in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen haben die Grundlage für den Abschluss grenzüberschreitender Verträge geschaffen. Gesundheitssysteme, welche notwendige Versorgungsleistungen nicht selbst in angemessener Zeit erbringen können, müssen PatientInnen die Möglichkeit zur Behandlung in fremden Gesundheitssystemen geben. Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs betreffend die Mobilität von PatientInnen haben auch dazu beigetragen Patientenmobilität über nationale Grenzen hinweg zu legitimieren, obwohl dies im Falle von Spitalsversorgung eingeschränkt bleibt.

Grenzüberschreitende Kooperation findet mittlerweile nicht ausschließlich in Grenzregionen statt. Die bekanntesten Beispiele der Zusammenarbeit zwischen Staaten sind natürlich die verschiedenen Euregios, daneben finden in verschiedenen Regionen Europas aber auch viele andere Kooperationsprojekte statt.

Erfahrungswerte aus zahlreichen Projektinitiativen im Vereinten Europa zeigen, dass es im Rahmen solcher grenzüberschreitender Projekte durchaus auch problematische Aspekte gibt und es daher wichtig ist, eine fundierte Planungsgrundlage zu erarbeiten bzw. bilaterale Verträge abzuschließen. Der Vertragsabschluß mit fremden Dienstleistern bringt dabei den Vorteil, dass er den Akteuren (Behörden, Krankenkassen, etc) ermöglicht, Patientenströme zu überwachen und nötigenfalls zu lenken und darüber hinaus auch die Quantität, Qualität und die Art der Behandlung, die in anderen Mitgliedstaaten der EU in Anspruch genommen werden kann.

Für die Region Zentraleuropa gilt, dass hier grenzüberschreitende Kooperation noch kaum stattfindet. Der Grund dafür sind die deutlich differierenden Lohn- und Preisniveaus, die bei der Planung und Abwicklung grenzüberschreitender Projekte eine besondere Herausforderung darstellen. Dies ist auch im Zusammenhang mit der Europäischen Union von höchster Relevanz, gilt es doch, die Grundfreiheiten des freien Dienstleistungs- und Personenverkehrs für alle EU-Mitgliedstaaten gleichermaßen zu garantieren.

Spezifika der Region Zentraleuropa Stationärer Bereich

Gesundheitsdienstleistungen im stationären Bereich durften bislang im Ausland nur nach vorheriger zugesagter Kostenübernahme durch die Krankenkasse erbracht werden. Die diesbezüglichen Urteile des EuGHs deuten aber darauf hin, dass auch diese Beschränkungen in einem vereinten Europa nicht weiter aufrecht zu erhalten sein werden.

Da die Krankenhausfinanzierung in der gesamten EU nach einer Neu- und Umstrukturierung des Systems verlangt, kommen in zunehmendem Maß auch grenzüberschreitende Krankenhauskooperationen als möglicher effizienter Lösungsansatz ins Blickfeld: in immer stärkerem Maß wird grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung als Instrument gesehen, das dazu beitragen kann nationale Unzulänglichkeiten zu beseitigen, eine bessere Versorgung der Bevölkerung und Kosteneinsparungen zu erzielen. Auch Doppelgleisigkeiten können so vermieden und die Nutzung karger Ressourcen optimiert werden, indem Einrichtungen und Personal gemeinsam genutzt werden. Hauptziele von Kooperationen können daher das bessere Reagieren auf die Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung sein und der Zugang zu hochqualitativer, wohnortnaher Versorgung, was speziell bei chronischen Krankheiten von besonderer Bedeutung ist.

In Österreich gibt es bislang erst wenige grenzüberschreitende Kooperationsprojekte – auch hier tritt Niederösterreich als Vorreiter in der überregionalen Gesundheitsplanung auf. Ein besonders innovatives Projekt ist die Krankenhauskooperation Braunau-Simbach (Österreich-Deutschland). Mit dem gemeinsamen Verbund „Europaklinikum“ der beiden Häuser, das sich derzeit in Planung befindet, soll eine optimale regionale Krankenhausversorgung und eine hohe Versorgungsqualität im Grenzgebiet zwischen Niederösterreich und Bayern sichergestellt werden. Vorgesehen ist, das „Europaklinikum“ in die regionalen Gesundheitsversorgungen, Planungen und Finanzierungslandschaften

einzubetten. Der Nutzen für die PatientInnen liegt auf der Hand: kürzere Versorgungswege und optimierte Behandlung. Auch bestimmte Schwerpunktsetzungen im medizinischen Bereich und die Entwicklung von Kernkompetenzen werden so möglich: höhere Qualität und höhere Wirtschaftlichkeit gehen dabei Hand in Hand, wobei die österreichischen Krankenkassen die gleichen Leistungen übernehmen wie im Inland.¹⁶

Grenzregion zu Ländern mit niedrigem Lohnniveau

Anders sieht die Situation an den Grenzen zu den neuen EU-Mitgliedsländern Tschechien, Slowakei, Ungarn aus. Hier findet Kooperation noch kaum statt bzw. werden, lediglich in geringem Umfang und meist nur kurzzeitig, Leistungen von österreichischen Akteuren in die Nachbarländer ausgelagert¹⁷. Zurückzuführen ist diese Einseitigkeit vor allem auf die großen Preisunterschiede von Gesundheitsdienstleistungen, die dafür verantwortlich sind, dass stationäre Versorgung von BürgerInnen der neuen EU-Mitgliedsländer kaum in Österreich oder Ländern mit vergleichbarem Preisniveau in Anspruch genommen werden kann. Dadurch ergeben sich aber auch ernstzunehmende Hürden bei der Planung grenzüberschreitender Kooperationsprojekte. Dennoch zeigt sich auch hier Niederösterreich als Pionier: die Grenzregion zwischen Niederösterreich und Südböhmen und insbesondere die „geteilte“ Stadt Gmünd / České Velenice nehmen im zentraleuropäischen Kontext eine besonders interessante Stellung ein. Eine Kooperation des Allgemeinen öffentlichen Krankenhauses Gmünd mit der Stadt České Velenice in Tschechien ist seit 2002 in Planung. Ausgangspunkt war die Überlegung, dass die Stadt nur 0,5 km von der österreichischen Grenze, aber etwa 60 km von den nächstgelegenen Krankenhäusern Jindřichův Hradec und České Budějovice bzw. 38 km von der Notfallversorgung in Třeboň entfernt ist. Eine Kooperation wird im Bereich der Notfallversorgung der tschechischen Bevölkerung in Gmünd bzw. einer eventuellen Versorgung österreichischer PatientInnen in Rehabilitationszentren oder in der Dialyse des Krankenhauses Jindřichův Hradec angestrebt. Die Krankenhäuser in Jindřichův Hradec und České Budějovice sind auch mit Großgeräten bestens ausgerüstet, während in Gmünd derzeit nur ein Ct und ein MR zur Verfügung stehen.

Es zeigt sich also deutlich, dass hier ein grenzüberschreitender Patientenverkehr und ein Austausch von Leistungen für beide Seiten von Vorteil wäre. Die Kooperation kam bislang, trotz bestehenden Interesses der tschechischen Bevölkerung sowie seitens des Krankenhauses Gmünd, aufgrund administrativer Hürden nicht zustande.¹⁸

Mit dem Beitritt Tschechiens zur Europäischen Union im Jahr 2004 hat sich an den Grenzen zwischen den alten und den neuen Mitgliedstaaten eine völlig neue Situation ergeben, in der nun konkrete Kooperationsprojekte nicht nur ermöglicht, sondern von Seiten der EU auch gefördert werden. Auch die kürzlich erfolgte Übernahme aller Krankenhäuser in Niederösterreich durch die NÖ Landeskliniken Holding erleichtert das geplante Kooperationsprojekt beträchtlich.

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung erfordert jedoch vorab die Beantwortung einer Vielzahl an Fragen, angefangen von juristischen und zollrechtlichen Fragestellungen etwa im Bereich der Notfallversorgung (Grenzübertritt eines Krankenwagens) über Fragen der Verrechnung von Leistungen (Kostengefälle) bis hin zu langfristig gemeinsamer, regionaler Strukturplanung im Gesundheitswesen (Effizienzsteigerung & Kosteneinsparung).

Wirtschaftsfaktor

Derzeit wird die Bedeutung der Patientenmobilität im stationären Bereich als eher vernachlässigbarer Faktor eingestuft, da es hier noch der Bewilligung durch die zuständige Versicherungsanstalt bedarf, um Leistungen in Anspruch zu nehmen. Doch auch da, wo durch grenzüberschreitende Verträge diese Barrieren abgebaut wurden ist das Phänomen

¹⁶ Marschall, Wolfgang (Krankenhaus St. Josef, Braunau): Grenzenlose Kooperation. In: ÖKZ, Leitmedium des Gesundheitswesens, 47. JG. (2006) 10, S 30f.

¹⁷ z.B. im Falle von Versorgungsengpässen im Bundesland Burgenland auf der Psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses Sopron

¹⁸ Information des Aö. Krankenhauses Gmünd bzw. Abschließender Bericht: Mögliche Nutzung des Krankenhauses Gmünd durch tschechische Patienten – Durchführbarkeitsstudie

eher als marginal einzustufen. Grund dafür dürfte sein, dass es sich bei diesen Vereinbarungen meist um die Inanspruchnahme sehr spezifischer Dienstleistungen handelt, dass PatientInnen aber generell gesundheitliche Versorgung, wenn vorhanden, lieber wohnortnah in Anspruch nehmen.

Die Behandlung ausländischer PatientInnen wird von den Gesundheitsdienstleistern als mögliche zusätzliche Einnahmequelle gesehen und stellt somit einen Wettbewerbsfaktor dar. Darüber hinaus bietet sich dadurch aber auch die Möglichkeit, sich zu spezialisieren und klinische Leistungen in Top-Qualität zu liefern, wichtige Investitionen zu tätigen und ein optimales Auslastungslevel zu erreichen, was sich wiederum positiv auf die Kompetenz und Erfahrungen des jeweiligen Unternehmens auswirkt.

Wettbewerbsfaktor Kooperation

Der Abschluss grenzüberschreitender Verträge durch Krankenkassen kann auch zum Aufbrechen nationaler Monopole führen und das Angebot an Dienstleistern vergrößern. Angeregt werden kann dadurch aber auch der Wettbewerb unter heimischen Anbietern, da diese sich mehr um den Zuzug von PatientInnen bemühen müssen. Schon alleine die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen jenseits der Grenze verursacht Druck auf die nationalen Dienstleister ihr Leistungsangebot zu verbessern und/oder die Preise herabzusetzen. Besonders stark spürbar wird dieser Druck in Grenzregionen zu Niedriglohnländern. Sicherergestellt werden sollte daher in jedem Fall, dass solche Preisreduktionen nicht auf dem Rücken der Beschäftigten im Gesundheitsbereich ausgetragen und durch massives Lohndumping erzielt werden.

Risiken und Herausforderungen

Eine Befürchtung, die von verschiedenen Gesundheitsakteuren vorgebracht wird, ist jedoch die Tatsache, dass in öffentlich finanzierten Gesundheitssystemen, die von ausländischen PatientInnen bezahlten heimischen Tarife nicht eine volle Kostendeckung erzielen und dadurch negative Auswirkungen auf die Anbieterländer befürchtet werden, da dies zu einer zusätzlichen Belastung nationalstaatlicher Budgets führt. Besonders schwer wiegt diese Befürchtung in Grenzregionen zu Ländern mit niedrigem Lohn- und Preisniveau, da gerade hier Preisunterschiede gravierend sein können. So betragen die Kosten für spezifische Gesundheitsdienstleistungen in Österreich ein Vielfaches der Kosten in den Nachbarländern, was enorme Schwierigkeiten bei der Rückvergütung mit sich bringt.

Mögliche Auswirkungen von Kooperation

Die bisherigen Erfahrungen in Europa deuten darauf hin, dass Projekte, die darauf abzielen, den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen während eines Kurzaufenthalts zu verbessern, keinerlei Auswirkungen auf heimische Anbieter haben. Völlig anders präsentiert sich die Situation aber z.B. im Bereich Rehab- und Spaeinrichtungen. Diese sind meist in bestimmten Regionen mit spezifischen klimatischen Bedingungen angesiedelt. Deshalb müssen, auch innerhalb des Ursprungslandes, längere Anreisewege in Kauf genommen werden, so dass die Frage der geographischen Nähe obsolet wird. Das ist auch der Grund, dass ausländische Anbieter zu ernstzunehmenden Konkurrenten der heimischen Anbieter werden können. Vor allem Anbieter aus Niedriglohnländern, wie in Zentraleuropa, können Dienstleistungen zu einem signifikant niedrigeren Preis anbieten. Das Deutsche Medizinische Zentrum schätzt, dass sich dadurch Einsparungen im Bereich von 30-40% im Vergleich zu heimischen Anbietern erzielen lassen.¹⁹

Auswirkungen auf die Anbieterländer

Der Zuzug ausländischer PatientInnen verstärkt auch das wirtschaftliche Auftreten im Anbieterland, so dass hier die Gefahr besteht, dass ausländische PatientInnen gegenüber Einheimischen bevorzugt werden. Dieses Risiko ist vor allem in dem Fall gegeben, in dem die Behandlung ausländischer PatientInnen mit einer höheren Vergütung verbunden ist (z.B. weil die Preise im Ursprungsland generell höher sind). Daher halten viele dieser Verträge fest, dass die offiziellen Tarife des Anbieterlandes zur Verrechnung kommen müssen.

¹⁹ Nebling Thomas, Schemken Hans-Willi: Cross-border contracting: the German Experience.

In: Rosenmöller Magdalene, Mc Kee Martin, Baeten Rita: Patient Mobility in the European Union. Learning from experience. 2006. S 137-156

Zukunftsperspektive

Durch das Zusammenwachsen Europas werden vor allem Grenzgebiete immer mehr als integrierte Gebiete wahrgenommen, in denen gemeinsame Aktivitäten starten können, unabhängig von nationalen Unterschieden, mit einer Bevölkerung, die oft enge historische und kulturelle Verbindungen hat – diese Chance zur Zusammenarbeit wird immer deutlicher auch von der Politik erkannt.

Obwohl der Gesundheitssektor laut Europäischem Vertrag eine Angelegenheit strikter nationaler Kompetenz bleibt, lassen verschiedenste Faktoren eine Zusammenarbeit gerade in diesem Bereich interessant erscheinen: Gesundheit ist ein Feld, in dem Kooperation dazu beitragen kann, auf aktuelle Bedürfnisse der Bevölkerung zu reagieren. Im Zusammenhang mit der Eindämmung der Gesundheitskosten in den meisten Europäischen Ländern kann Kooperation helfen, die Gesundheitsversorgung zu optimieren und zugleich Kosten zu reduzieren. Eine ausgewogene geographische Verteilung von Gesundheitsdienstleistungsressourcen, genauso wie zumutbare Zugangszeiten sind entscheidende Faktoren wenn es darum geht, ein hohes Maß an Qualität zu sichern. In diesem Kontext können Kooperationen auch dazu beitragen, ein Fehlen von Ressourcen auszugleichen.

Grenzüberschreitende Kooperation kann, sofern sie gut organisiert ist, positive Effekte auf PatientInnen, Gesundheitsdienstleistungsanbieter und Gesundheitssysteme haben. Es braucht jedoch Strategien, Schemata und wirksame Backup-Systeme um zu garantieren, dass alle EU-BürgerInnen Zugang zu sicherer, umfassender und qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung erhalten.

Wichtig für Entscheidungsträger ist es daher, sich vorab über die Auswirkungen verstärkter Patientenmobilität durch grenzüberschreitende Kooperation im Klaren zu sein. Drei Eckpfeiler, die momentan im Rahmen der Europäischen Gesundheitspolitik im Zusammenhang mit der freien Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen forciert werden, sind Qualität, Zugang und Finanzierbarkeit – Themen, die v.a. auch im Hinblick auf Grenzregionen zu Ländern mit niedrigerem Lohn- und Preisniveau relevant sind

Zukünftige Projekte zum Thema grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Die Erfahrungen aus dem Projekt „healthregio“ haben gezeigt, wie wichtig es gerade in dieser Grenzregion aufgrund der erheblichen Lohnniveauunterschiede ist, die Zusammenarbeit im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung voran zu treiben – nicht nur aus regionalspezifischer Sicht und nationaler Verantwortung, sondern auch aus dem Blickwinkel eines vereinten Europa, in dem es gilt, gemeinsame Werte und Prinzipien, auf denen die Gesundheitssysteme in der EU beruhen, umzusetzen bzw. zu schützen.

Daher sind derzeit auch etliche Folgeprojekte in Planung, die auf die speziellen Herausforderungen für Grenzregionen zu Niedriglohnländern Bezug nehmen und konkrete Lösungskonzepte zu regionalspezifischen Problemstellungen erarbeiten – diese befassen sich mit den Schwerpunktthemen Patientenmigration, Mobilität von Gesundheitspersonal, Kooperation im stationären Bereich und Zusammenarbeit im Pflegesektor. Niederösterreich tritt dabei wieder als wichtiger Initiator, Impulsgeber und Kooperationspartner auf.

Institutionalisierung grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung

Focal-Point als Koordinationsstelle für grenzüberschreitende Kooperation

In Österreich ist derzeit, ausgehend von den Erfahrungen des Projektes „healthregio“, geplant, einen Focal-Point zum Thema grenzüberschreitende Kooperation zu installieren, als professionelle Anlauf- und Koordinationsstelle für nationale und internationale Projektinitiativen mit Blickpunkt auf Zentraleuropa, um das bislang erworbene Know-how und die Kontakte im Bereich der grenzüberschreitenden Kooperation auch für zukünftige Projekte nutzbar zu machen sowie regionale Initiativen zu forcieren und mit internationalen Projekten zu vernetzen. Angedacht ist es, diesen Focal-Point in Form einer Cluster-Organisation

umzusetzen, um möglichst vielen verschiedenen Organisationen in der Region (Wirtschaftsbetrieben, Behörden, Interessensvertretungen, Wissenschaftlichen Einrichtungen, etc.) eine Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zu ermöglichen. Die Einbindung der Organisationen erfolgt über ein Lenkungsgremium.

Wissenschaftskooperationen

Forschungsschwerpunkt Mobilität

Der detaillierten Erforschung der Mobilität von PatientInnen und Gesundheitspersonal zwischen alten und neuen EU-Mitgliedstaaten widmet sich derzeit ein Forschungsprojekt an der Wirtschaftsuniversität Wien, das durch Mittel des Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank ermöglicht wird: Österle, August; Lenhart, Maureen; Delgado, José (2006): Cross-Border Mobility in Health Care – An Economic Analysis of the Nature and Consequences of Health Migration in Europe.

Eine weitere wissenschaftliche Arbeit konzentriert sich auf die konkreten Auswirkungen europarechtlicher Rechtsvorschriften auf das nationale österreichische System, das die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit regelt. Interessant ist dies vor allem im Zusammenhang mit der Praxis der Pflege durch ausländische Pflegekräfte in der Mobilen Pflege. Im Mittelpunkt dieser Auseinandersetzung wird vor allem die neue VO 883/04 stehen und die Überprüfung, ob der europäische Gesetzgeber dadurch in der Sozialrechtskoordinierung Fortschritte gemacht hat sowie eine Analyse der Konsequenzen, die sich daraus für einzelne Mitgliedstaaten ergeben: Hickmann, Nina: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im Lichte des koordinierenden europäischen Sozialrechts (Dissertation an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Salzburg; Betreuer: Prof. Dr. Walter Pfeil)

Wissenschaftliches Netzwerk „healthmobility“

Erste Schritte zum Aufbau eines wissenschaftlichen Netzwerks zur Mobilität von PatientInnen und Gesundheitspersonal in Zentraleuropa und zum Erfahrungsaustausch mit in der Europäischen Union bereits laufenden themenverwandten Forschungsprojekten wurden in Kooperation mit der Wirtschaftsuniversität Wien und der Semmelweis Universität Budapest gesetzt. Eine Einreichung soll in der nächsten Antragsperiode des EU-Programmes COST erfolgen.

Praxisbezogene Projekte

Konkrete Lösungskonzepte zur Implementierung grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung und zur Zusammenarbeit im Gesundheitssektor im Sinne der Qualitätssicherung und eines verstärkten Know-how-Austausches zwischen Österreich und den Nachbarländern werden im Rahmen von zwei Projekten folgen – ebenfalls im Auftrag bzw. unter Einbindung des NÖGUS und weiterer niederösterreichischer Akteure – eingereicht werden diese Projekte wieder im Rahmen der INTERREG – Nachfolgeprogramme.

Healthacross: Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zwischen Niederösterreich und Südböhmen im stationären Bereich.

Healthsupport: Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Pflegebereich, zum Know-how-Austausch, zur Qualitätssicherung und zum Strukturaufbau Mobiler Pflege in den Nachbarländern Tschechien und Slowakei.

Verwendete Literatur:

Burger, Renate; Wieland, Martin: healthregio-Survey. Voraussichtlicher Erscheinungstermin Frühjahr 2007.

Delgado, José (2006): Motive und Auslöser der zahnmedizinischen Patientenströme zwischen Österreich und Ungarn. Abstract zum healthregio-Survey. Voraussichtlicher Erscheinungstermin Frühjahr 2007.

Eke, Edit; Szócska, Miklos; Gaál Emilia: Characteristics, obvious and potential consequences of physicians' brain drain, including health policy considerations, in: Burger, Renate; Wieland, Martin (2006): Economic and Sociopolitical Perspectives for Health Services in Central Europe. S 55-59.

Glinos, Irene A.; Baeten, Rita; Boffin, Nicole: Cross-border contracted care in Belgian hospitals, In: Rosenmüller, Magdalene; Mc Kee, Martin; Baeten, Rita: Patient Mobility in the European Union. Learning from experience. 2006. S 97-118

Harant, Philippe: Hospital cooperation across French borders. In: Rosenmüller, Magdalene; Mc Kee, Martin; Baeten, Rita: Patient Mobility in the European Union. Learning from experience. 2006. S 157-176

Jesse, Maris; Kruuda, Ruta: Cross-border care in the north: Estonia, Finland, Latvia, In: Rosenmüller, Magdalene; Mc Kee, Martin; Baeten, Rita: Patient Mobility in the European Union. Learning from experience. 2006. S 23-38

Joss, Andreas; Christensen, Morten M.; Jakob, Simone; Oberholzer, Gabriela; Lang, Nikolaus P.: Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern: Qualität von zahnärztlich-prothetischen Versorgungungen im Vergleich (Schweiz/Ausland, speziell Ungarn, in: Acta Med Dent 4. (1999) S 77-85
Vergleiche dazu: Arnetzl, Gerwin; Universität Graz: Gefährliche Zahnsanierung im östlichen Ausland. Gesundheit. Ärztekammer für Steiermark. Jänner 1996. S 2-3

Marschall, Wolfgang (Krankenhaus St. Josef, Braunau): Grenzenlose Kooperation. In: ÖKZ, Leitmedium des Gesundheitswesens, 47. JG. (2006) 10, S 30f.

Mansoor, Ali; Quillin, Bryce (2007): Migration and Remittances. Eastern Europe and the Former Soviet Union. Weltbank

Muscat, Natasha A.; Grech, Kenneth; Cachia, John M.; Xuereb, Deborah: Sharing capacities – Malta and the United Kingdom, In: Rosenmüller, Magdalene; Mc Kee, Martin; Baeten, Rita: Patient Mobility in the European Union. Learning from experience. 2006. S 119-136

Nebling, Thomas; Schemken, Hans-Willi: Cross-border contracting: the German Experience. In: Rosenmüller, Magdalene; Mc Kee, Martin; Baeten, Rita: Patient Mobility in the European Union. Learning from experience. 2006. S 137-156

Österle, August (2006): Workshop 1: Patientenmobilität in Zentraleuropa, in: Burger, Renate und Wieland, Martin (ed.): healthregio-Report. Economic and Sociopolitical Perspectives for Health Services in Central Europe. S 150-155.

Österle, August; Delgado, José (2006): Dental Care Migration in Central Europe, in: Burger, Renate und Wieland, Martin (ed.): healthregio-Report. Economic and Sociopolitical Perspectives for Health Services in Central Europe. S 130-135.

Österle, August; Lenhart, Maureen; Delgado, José (2006): Cross-Border Mobility in Health Care – An Economic Analysis of the Nature and Consequences of Health Migration in Europe. Project 2007-2008 funded by Jubilaeumsfonds der OeNB.

Prochazkova, Lucie; Schmid, Tom (2006): Presstext – Hintergrundinformation: Aus unseren Forschungsergebnissen zur 24-Stunden-Pflege. Sozialökonomische Forschungsstelle, Wien. August 2006.

Rosenmüller, Magdalene: Dimensions of "Health Tourism" in Europe – first insights from the e4p Case Studies, in: Burger, Renate; Wieland, Martin (2006): Economic and Sociopolitical Perspectives for Health Services in Central Europe. S 49-54.,

Rosenmüller, Magdalene; McKee, Martin; Baeten, Rita (2006): Patient Mobility in the European Union. Learning from experience. Trowbridge/Wilts: The Cromwell Press. S 1-37.

Schneider, Viktor A. (Österreichische Botschaft Prag) (2004): Auswirkungen der „Pfle gemigration“ auf den Pflege- und Gesundheitsbereich in ausgewählten neuen EU-Mitgliedsstaaten. Vortrag im Rahmen der Fachtagung der Volkshilfe Österreich zum Thema „Grenzenlose Pflege?“, Dezember 2004.

Schmid, Tom: Zur Mobilität von Gesundheitspersonal, in: Burger, Renate; Wieland, Martin (2006): Economic and Sociopolitical Perspectives for Health Services in Central Europe. S 156-164.

BEREICHE MÖGLICHER GEMEINSCHAFTSMASSNAHMEN

Rechtssicherheit

Frage 2:

Welche speziellen rechtlichen Klarstellungen und welche praktischen Informationen werden von wem benötigt (z.B. Behörden, Dienstleistungserbringer und –erwerber, Patienten), um eine sichere, qualitativ hochwertige und effiziente grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen?

Aus Sicht des Projektes „healthregio“ und aus den bislang in Europa gemachten Erfahrungen erscheint der Abschluss bilateraler Verträge sinnvoll, um die nötige Basis an rechtlicher Absicherung und umfassender Information für alle involvierten Akteure zur Verfügung zu stellen, die nötig ist, um nachgefragte Leistungen effizient zu erbringen, aber auch um Fragen der Qualitätssicherheit oder Haftung zu klären. Solche Verträge bieten die Möglichkeit nationalstaatliche Vorgaben (Vorschriften, Regelungen) für ein bestimmtes geographisches Gebiet anzupassen bzw. abzuändern und somit flexibel auf die Erfordernisse grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung zu reagieren.

Verträge mit genau ausdefinierten Vorgaben und Leistungspaketen (z.B. zwischen einzelnen Leistungserbringern und Versicherern, etc) schaffen Verbindlichkeiten und bieten zudem auch die Möglichkeit, bestimmte Trends zu erfassen und wenn nötig, regulierend einzugreifen. Mögliche Inhalte: Definition von Leistungspaketen, Nachbehandlung, Leistungsvergütung (Festlegung von Tarifen, Löhnen), Abrechnungsmodalitäten, Finanzierung, Dokumentation, Übermittlung gesundheitsbezogener Daten, Qualität, Haftungsfragen, Vorgehen im Fall von Regressforderungen, Sicherheit und Kontinuität der Versorgung, Organisation der Versorgungsleistung, Mobilität von Gesundheitspersonal, Zugang zu Gesundheitsversorgung, Informationspolitik, etc. – je nach Art der Kooperation.

Zudem scheint es wichtig, die durch grenzüberschreitende Kooperation angestrebten Ziele für alle Akteure transparent zu machen. Speziell PatientInnen müssten hier in einem umfassenden Ausmaß über ihre Rechte und Ansprüche informiert werden, wenn sie Behandlung in einem anderen Land in Anspruch nehmen – die Verantwortung für die Zurverfügung-Stellung von Informationen sollte bei den Akteuren, die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung anbieten bzw. mit der Tatsache grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung konfrontiert sind, liegen (Behörden, Krankenkassen, Interessensvertretungen).

Frage 3:

Welche Bereiche (z.B. klinische Aufsicht, finanzielle Verantwortung) sollten in die Zuständigkeit der Behörden welches Landes fallen? Unterscheiden sich diese Zuständigkeiten bei den verschiedenen in Abschnitt 2.2 genannten Arten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung?

Vorliegende Stellungnahme bezieht sich ausschließlich auf die in Abschnitt 2.2. angeführten Arten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung:

- Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Ausland
- Vorübergehender Aufenthalt von Personen (Mobilität von Gesundheitspersonal)

Fall 1 – „Patientenmobilität“:

Die klinische Verantwortung sollte in dem Land liegen, in dem die Leistung in Anspruch genommen wird.

Hinsichtlich der finanziellen Verantwortung gilt es zwei Arten zu unterscheiden: Die finanzielle Verantwortung für die erbrachten Gesundheitsleistungen sowie die finanzielle Verantwortung für die Bereitstellung der erforderlichen Infrastruktur, womit primär der stationäre Bereich der Gesundheitsversorgung angesprochen ist. Die finanzielle Verantwortung für die erbrachten Leistungen soll - sofern der Patient einen entsprechenden Leistungsanspruch hat - von den zuständigen Behörden jenes Landes getragen werden, dessen Gesundheitssystem der Patient angehört. Mit diesen „Behörden“ sind z.B. in Krankenversicherungssystemen die zuständigen Krankenversicherungsträger gemeint. Wenn kein bzw. nur ein begrenzter Leistungsanspruch gegen eine nationale Behörde besteht, weil der Patient etwa nicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt oder die Leistungspflicht für in- und ausländische Gesundheitsleistungen der Höhe nach begrenzt ist, so hat der Patient insoweit selbst die finanzielle Verantwortung zu tragen. Im Unterschied zur aushelfenden Sachleistungserbringung nach Art 22 der VO 1408/71 soll die Leistung weiterhin in jenem Ausmaß gebühren, wie sie dem Patienten bei einer Inanspruchnahme im Inland zustehen würde. Anders als nach der VO 1408/71 soll sich der Anspruch auf Sachleistungen somit nicht nach dem Leistungsrecht des Staates der Leistungserbringung, sondern nach den Rechtsvorschriften des Staates der Zugehörigkeit zum Gesundheitssystem (z.B. des Versicherungsstaates) bestimmen. Der Versicherte nimmt quasi seinen Leistungsanspruch über die Grenze mit.

Als problematisch wird sich künftig aber vor allem die finanzielle Verantwortung für die Bereitstellung der stationären Einrichtungen erweisen. Im Hinblick auf Kosten und Qualität der stationären Krankenbehandlung wäre es sinnvoll, eine europaweite vertragliche Gestaltung und Planung internationaler hoch spezialisierter Krankenhauszentren aufzubauen. Dadurch könnte nicht nur der raschen technischen und wissenschaftlichen Entwicklung in der Medizin Rechnung getragen werden, sondern man könnte der gesamten Bevölkerung in der EU eine hoch spezialisierte Behandlung anbieten und es dadurch ermöglichen, die Ungleichheiten im Gesundheitsstatus der europäischen Bürger zu beseitigen. Darüber hinaus gilt es zu berücksichtigen, dass Krankenhäuser in manchen Mitgliedstaaten stark vom Staat subventioniert werden; meistens erfolgt diese Subvention auch durch einen Sonderbeitrag der Versicherten. Die grenzüberschreitende Krankenhausversorgung kann dazu führen, dass Ausländer, die überhaupt nicht zu dieser Solidarität beigetragen haben, von diesen subventionierten Krankenhaussätzen profitieren. Auch diesem Problem können die Mitgliedstaaten am Besten dadurch begegnen, dass sie gemeinsam Krankenhauszentren errichten, die die Nachfrage ihrer Patienten befriedigen können.

Die Gewährleistung der Qualität und Sicherheit der Gesundheitsdienstleistungen richtet sich momentan nach dem Recht jenes Mitgliedstaates, in dem die Leistung erbracht wird. Die Mitgliedstaaten sowie die nationalen zuständigen Behörden, wie etwa die Krankenversicherungsträger, haben aber die Möglichkeit, grenzüberschreitende Verträge abzuschließen. So könnten etwa in Verträgen mit einzelnen Leistungserbringern oder mit deren Verbänden Kontrollen über Kosten und Qualität der Versorgung sowie die Verantwortlichkeit und die Haftung der Leistungserbringer geregelt werden. Von dieser Möglichkeit sollte verstärkt Gebrauch gemacht werden. Durch grenzüberschreitende Verträge kann vor allem auch dem Schutz der Patienten, die von der Möglichkeit der Krankenbehandlung im EU-Ausland Gebrauch machen, besser entsprochen werden. Den Vertragspartnern kann die Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards auferlegt werden und es können Kontrollen der Qualität der Versorgung vereinbart werden.

Dem Schutz der Patienten könnte aber noch besser entsprochen werden, wenn es auf europarechtlicher Ebene einheitliche Rahmenbedingungen für die grenzüberschreitende Krankenbehandlung geben würde. Derartige Rahmenbedingungen wären zudem geeignet, Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen entgegenzuwirken.

Europaweit geltende Rahmenbedingungen für die grenzüberschreitende Krankenbehandlung haben primär bestimmte Standards betreffend die Qualität der Versorgung festzulegen. So könnte z.B. in Anlehnung an das EuGH-Urteil *Smits und Peerbooms* (Slg 2001, I-5473) festgelegt werden, dass bei grenzüberschreitenden Krankenbehandlungen der Standard der

internationalen Medizin einzuhalten ist. D.h., nur wenn ein Anbieter von Gesundheitsleistungen diesen Standard gewährleisten kann, darf er seine Leistungen grenzüberschreitend anbieten. Dies würde zudem einen Impuls bedeuten, die nationalen Gesundheitssysteme auf den Standard der internationalen Medizin zu bringen. Sollte sich die verbindliche Festlegung eines bestimmten Qualitätsstandards der medizinischen Behandlung politisch nicht durchsetzen lassen, könnte zumindest eine Art Zertifizierungssystem eingeführt werden, das auf freiwilliger Basis beruht. Das würde bedeuten, dass Anbieter von Gesundheitsleistungen, die einen bestimmten Qualitätsstandard erfüllen, zertifiziert werden. Dadurch würde die Identifizierung und Kennzeichnung dieser Leistungsanbieter ermöglicht. Auf diese Weise könnte den Patienten, wenn sie die zertifizierten Leistungsanbieter aufsuchen, ein gewisses Qualitätsniveau garantiert werden.

Fall 2 – Vorübergehende Dienstleistungserbringung im EU-Ausland – Mobilität der Leistungserbringer

Bei der vorübergehenden Dienstleistungserbringung im EU-Ausland können drei Fälle unterschieden werden: die Anstellung im EU-Ausland, die Entsendung ins EU-Ausland und die grenzüberschreitende Erbringung einer selbständigen Erwerbstätigkeit durch den Unternehmer selbst.

In allen drei Fällen sollte die grenzüberschreitende Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen dadurch erleichtert werden, dass die gegenseitige Anerkennung von Diplomen, Berufsabschlüssen, etc. weiter vorangetrieben wird. Es sollten aber vor allem auch einheitliche Qualitätsstandards auf EU-Ebene festgelegt werden. Ergänzend dazu bieten sich Vertragsabschlüsse z.B. zwischen Krankenversicherungsträgern oder nationalen Gesundheitsdiensten auf der einen Seite und einzelnen Leistungsanbietern oder deren Verbänden auf der anderen Seite an. Solange es keine auf EU-Ebene festgelegten Qualitätskriterien gibt, sind derartige Verträge umso wichtiger.

Es ist vor allem auch zu gewährleisten, dass Anbieter von Gesundheitsleistungen, die grenzüberschreitend tätig werden, gegenüber den im Mitgliedstaat der Leistungserbringung ansässigen Anbietern nicht diskriminiert werden.

Verwendete Literatur:

Jorens Y.: Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union: Auf dem Weg zur Patientenfreizügigkeit?, in: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V., Soziale Sicherheit der Grenzgänger in Europa. 2003. S 95 ff

Karl B.: Auswirkungen des europäischen Wettbewerbsrechts und des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs auf die Leistungserbringung in der Krankenversicherung. Band I: Allgemeines. 2005

Karl B.: The future of cross border care, in: The Institute of Medical Law – IMR (ed.), Yearbook of European Medical Law 2005. 2005. 73 ff

Karl B.: Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union: in: Burger R., Wieland M. (ed.), Economic and Sociopolitical Perspectives for Health Services in Central Europe "healthregio – Central European Region for High Quality Healthcare Services. 2006. 22 ff

Palm W.: Schaffung eines europäischen Gesundheitsmarkts für die Patienten, in: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V., Soziale Sicherheit der Grenzgänger in Europa. 2003. S 140 ff

Frage 4:

Wer sollte dafür zuständig sein, die Sicherheit bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten? Wie sollten Rechtsmittel für Patienten sichergestellt werden, die Schaden erleiden?

In Österreich sind in den Bundesländern Patientenanzwaltschaften eingerichtet. Sie sind Anlaufstelle für Patienten, Vertrauenspersonen von Patienten sowie für Verantwortliche oder Mitarbeiter in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Zu ihren Aufgaben zählen u.a. die Information und Rechtsberatung über alle Fragen zu den Patientenrechten, die kostenlose außergerichtliche Vertretung von Patienten, wenn der Verdacht auf medizinische oder pflegerische Behandlungsfehler gegeben ist, die Entgegennahme und Bearbeitung von Beschwerden aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie das Anbieten von Lösungen. Die Zuständigkeit der Patientenanzwaltschaft beschränkt sich jedoch nur auf das Inland. Es wäre erforderlich, diese territoriale Begrenzung zu beseitigen bzw. eigene, europaweit tätige Patientenanzwälte vorzusehen, die Patienten nicht nur im Schadensfall unterstützen, sondern ihnen auch europaweite Beratungsservices anbieten. Europaweite Beratungsservices über die Möglichkeiten der Behandlung und des Leistungseinkaufs im benachbarten Ausland, Informationen über Qualitätsstandards sowie Referenzen sollten aber vor allem auch von den zuständigen nationalen Behörden, wie z.B. von den Krankenversicherungsträgern, angeboten werden. Geht es nach den Wünschen der Patienten, sollen diese europaweiten Beratungsservices auch Termine mit ausländischen Leistungsanbietern vermitteln, bei stationären Aufenthalten und Kuren die Reise organisieren und vieles mehr.

Wie in Frage 3 bereits aufgezeigt worden ist, bietet darüber hinaus bei einzelnen Projektinitiativen vor allem der Abschluss von bilateralen Verträgen die Möglichkeit, ein gewisses Maß an Sicherheit bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, sowohl was Qualitätskriterien anlangt, als auch in Bezug auf Haftungsfragen, das Vorgehen im Falle von Regressforderungen, die Festlegung von Entschädigungen. Eine führende Rolle können in diesem Zusammenhang Krankenkassen einnehmen, die durch den Abschluss solcher Verträge nicht nur das nationalstaatliche Gesundheitsschutzniveau wahren, sondern den Versicherten Unterstützung bei der Auswahl von Dienstleistungserbringern im Ausland geben können.

Wichtig in diesem Zusammenhang wird es aber ebenfalls sein, solche Informationen für PatientInnen transparent zu machen.

Wünschenswert wäre die Schaffung einheitlicher Mindeststandards durch europarechtliche Regelungen. Es sollte im Interesse aller Mitgliedstaaten liegen, gemeinsame Kriterien und Leitlinien im Falle von Qualitäts- und Haftungsfragen zu entwickeln. Um einen klaren Mechanismus für angemessenen Schadenersatz und Weiterverfolgung zu geben und um die Wiederholung von Fehlern zu vermeiden, könnte es sinnvoll sein, innerhalb der Gesundheitssysteme ein EU-weit abgestimmtes Melde- und Lernsysteme zu installieren.

Verwendete Literatur:

Schulte B.: Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit im gemeinsamen Markt: Auswirkungen auf das Deutsche Gesundheitswesen, Arbeit und Sozialpolitik 2001, 36 ff

Frage 5:

Welche Maßnahme ist notwendig, um sicherzustellen, dass die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten mit der Bereitstellung ausgewogener ambulanter und stationärer Versorgung für alle vereinbar ist (beispielsweise, durch Kostenerstattung für deren Behandlung in den „Aufnahmeländern“)?

Da gerade in der Region Zentraleuropa die Finanzierbarkeit im Falle grenzüberschreitender Kooperation aufgrund des deutlich unterschiedlichen Lohn- und Preisniveaus eine zentrale Frage darstellt, wäre aus Sicht des Projektes „healthregio“ hier ein klarer rechtlicher Rahmen wünschenswert. Die Gültigkeit der vier Grundfreiheiten wird nur unter der Prämisse in der gesamten EU zu gewährleisten sein, dass hier ein angemessener Kostenersatz erfolgt.

Je weniger die nationalen Gesundheitssysteme in der Lage sind, ihren Patienten die geschuldete Versorgung in Krankenanstalten in angemessener Zeit zu gewähren, desto mehr wird das Angebot der EU-ausländischen Krankenanstalten in Anspruch genommen. Die verstärkte Inanspruchnahme von EU-ausländischen Krankenanstalten kann aber dazu

führen, dass es in diesen, in der Regel für den nationalen Bedarf konzipierten Krankenanstalten zu Überlastungen kommen kann, die zu Lasten der Versorgung der inländischen Patienten gehen. Um diesem unerwünschten Effekt entgegen zu wirken, ist es neben der bereits angeregten Errichtung gemeinsamer Krankenhauszentren (siehe Frage 3) erforderlich, auf europäischer Ebene Normen betreffend die Preisfestsetzung zu erlassen. Diese Notwendigkeit ergibt sich insbesondere für den Krankenanstaltenbereich. In einigen Mitgliedstaaten werden die Investitionskosten für Krankenhäuser aus Steuermitteln finanziert und schlagen sich nicht in den Tagessätzen für stationär behandelte Patienten nieder. Legt man das EuGH-Urteil Ferlini (Rs C-411/98) zugrunde, so dürfte für die Behandlung eines Patienten, der von seiner „Patientenmobilität“ Gebrauch macht, nur jener Preis verlangt werden, der auch für die Behandlung inländischer Patienten verrechnet wird. Wenn somit Patienten, die in einem anderen Mitgliedstaat versichert sind, Leistungen an einer solchen dual finanzierten Krankenanstalt in Anspruch nehmen, müssen sie sich nicht an den Investitionskosten für diese Krankenanstalt beteiligen, da sie nur die Tagessätze für stationär behandelte Patienten bezahlen. Begeben sich hingegen Krankenversicherte aus einem Land der dualen Krankenanstaltenfinanzierung in ein Land, wo die Investitionskosten sich in den Tagessätzen für stationär behandelte Patienten niederschlagen, tragen die in diesem Fall leistungspflichtigen Krankenkassen indirekt zu den Investitionskosten in diesem Land bei. Diesem Problem könnte durch eine auf europäischer Ebene geltende Norm über die Preisfestsetzung abgeholfen werden.

Um die finanziellen Auswirkungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung für die nationalen Gesundheitssysteme möglichst gering zu halten, sollten die grenzüberschreitenden Krankenbehandlungen in die Planung des Gesundheitsbudgets sowie in die Berechnung, wie viele Leistungserbringer für die Erfüllung der Nachfrage durch die Patienten nötig sind, einbezogen werden. Als Maßnahme zur Eindämmung unerwünschter Mengenausweitungen bei den ärztlichen Leistungen wäre es z.B. denkbar, Honorare zu vereinbaren, deren Höhe mit steigender Anzahl einer bestimmten Leistung abnimmt. Dadurch könnte erreicht werden, dass die grenzüberschreitende Leistungserbringung nicht zu Lasten des finanziellen Gleichgewichts des Systems als solchem geht, sondern zu einer Verschiebung beim Vergütungsvolumen der beteiligten Leistungserbringer führt.

Ein nicht unerheblicher Umstand, der gerade in Grenzregionen mit einem enormen Lohn- und Kostengefälle vermehrte Beachtung erfordert, sind die Auswirkungen auf die Anbieterländer solcher kostengünstigen Dienstleistungen: die Kumulation von Anbietern in Grenzregionen und damit einhergehende mögliche Versorgungslücken oder -engpässe in anderen Gebieten, die mögliche Verteuerung von Dienstleistungen, die mögliche Bevorzugung von PrivatpatientInnen bzw. ausländischen, finanzkräftige PatientInnen, etc. etc. In Zukunft wird es daher noch wichtiger werden, innerhalb der EU ein funktionierendes Monitoring in diesen Bereichen aufzubauen, um diese Fragestellungen durch die Sammlung von Datenmaterial bzw. wissenschaftliche Studien und verstärkten Know-how-Austausch beantwortbar zu machen und die nationalstaatlichen Systeme dabei zu unterstützen, hier rechtzeitig regulierende Maßnahmen zu ergreifen.

Verwendete Literatur:

Jorens Y.: Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union: Auf dem Weg zur Patientenfreizügigkeit?, in: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V., Soziale Sicherheit der Grenzgänger in Europa. 2003. S 95 ff

Steinmeyer H.D.: Hat das Territorialitätsprinzip in der GKV noch Zukunft?, KrV 1999, S 288 ff

Steinmeyer H.D.: Der Zugang zu Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung der EU-Bürger. Veränderte rechtliche Dimensionen (Vertragsfreiheiten), in: Igl G. (Hrsg.), Europäische Union und gesetzliche Krankenversicherung. 1999. S 79 ff

Frage 6:

Sind noch weitere Themen im spezifischen Zusammenhang mit den Gesundheitsdienstleistungen zu berücksichtigen, was die Freizügigkeit von Beschäftigten des Gesundheitswesens oder die Niederlassung von Dienstleistungserbringern anbelangt, die noch nicht vom Gemeinschaftsrecht erfasst sind?

Für die Anbieter von Gesundheitsleistungen hat die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zur Folge, dass sie nicht mehr nur dem Wettbewerb mit inländischen Anbietern ausgesetzt sind. Sie müssen sich vielmehr auch dem Wettbewerb mit den im EU-Ausland ansässigen Anbietern stellen. Dieser Wettbewerb bietet wie jeder Wettbewerb Chancen und Risiken. Sofern der Wettbewerb nicht mit unlauteren Mitteln geführt wird, wird sich in der Regel derjenige durchsetzen, der durch Preis und Leistung überzeugt. Solange ein Leistungswettbewerb mit lauterer Mitteln geführt wird, bestehen aus wettbewerbsrechtlicher Sicht somit grundsätzlich keine Bedenken. Im Gesundheitsbereich stehen wir aber häufig vor dem Problem, dass die Leistungserbringung durch inländische Anbieter bevorzugt wird. Es existieren zahlreiche Maßnahmen, die die im EU-Ausland ansässigen Leistungsanbieter daran hindern, ihre Leistungen grenzüberschreitend zu erbringen. So kommt es etwa häufig vor, dass die zuständigen Behörden, wie z.B. die Krankenversicherungsträger, nur mit im Inland ansässigen Anbietern von Gesundheitsleistungen Verträge abschließen. Diese und sonstige Hürden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung müssen abgestellt werden. So muss etwa sichergestellt werden, dass den im EU-Ausland ansässigen Leistungsanbietern zu den gleichen Bedingungen Zugang zu den Verträgen mit den zuständigen nationalen Behörden gewährt wird wie den inländischen Leistungsanbietern. In diesen Verträgen können die Einzelheiten der medizinischen Versorgung sowie Kontrollmaßnahmen geregelt werden.

Es sollte auch nicht übersehen werden, dass für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung nicht nur die Dienstleistungserbringung, sondern auch der Einkauf von Waren (z.B. Arzneimittel oder Brillen) eine Rolle spielt. Damit ist die Warenverkehrsfreiheit angesprochen. In speziellen Fällen, wie etwa beim Bezug von Arzneimitteln über Versandapotheken, besteht ein zusätzlicher Bedarf an Maßnahmen zum Schutz der Patienten. Es muss jedenfalls sichergestellt werden, dass Auswahl und Versand der Arzneimittel durch eine Apotheke vorgenommen werden. Zudem muss durch gewisse gesetzliche Mindestanforderungen dafür gesorgt werden, dass die Beratung der Patienten beim Bezug auf dem Versandwege ebenso gut ist wie bei der Abholung des Arzneimittels in der Apotheke. Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass die Qualität der Medikamente durch den Versand nicht leidet.

Solange es an europarechtlichen Vorgaben fehlt, liegt es am nationalen Gesetzgeber, durch entsprechende Regelungen dafür zu sorgen, dass beim Versandhandel mit Arzneimitteln dem Gesundheitsschutz ausreichend Rechnung getragen wird. Er kann zur Sicherstellung des Gesundheitsschutzes spezielle Anforderungen an den Versandhandel mit Arzneimitteln stellen. Dabei kann es allerdings nur um solche Anforderungen gehen, die für einen wirksamen Schutz der Gesundheit und des Lebens von Menschen notwendig sind. Wünschenswert wären etwa Regelungen betreffend die medikamentgerechte Verpackung, insbesondere von hitze- und kälteempfindlichen Arzneimitteln, die Beschränkung der Bezugsmenge auf die für den persönlichen Bedarf übliche Menge, die Sicherstellung der inländischen Rezeptpflicht sowie die Verpflichtung zur Zusendung des Arzneimittels nur an die auf dem Rezept angegebene Adresse. Ein solcher aus Gründen des Gesundheitsschutzes eingeschränkter Versandhandel mit Arzneimitteln ist eine zum Schutz der Gesundheit geeignete und den freien Warenverkehr weniger beschränkende Maßnahme als ein generelles Verbot des grenzüberschreitenden Arzneimittel-Versandhandels. Noch sinnvoller als nationale Regelungen wäre die Schaffung eines Regelungsrahmens auf europäischer Ebene, der für den Versandhandel mit Arzneimitteln EU-weit einheitliche Qualitäts- und Sicherheitsstandards gewährleistet.

Verwendete Literatur:

Hovermann E.: Versandhandel versus Einzelapotheke. Chancen für den Wettbewerb durch Neue Medien: Mehr Transparenz und Kostenbewusstsein?, Die BKK 2001, 174 ff

Kiewel A.: E-Commerce mit Arzneimitteln: Chance für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit, KrV 2001, 83 ff

Schäfers C., Kaesbach W.: Internethandel mit Arzneimitteln. Qualität und Sicherheit müssen gewährleistet sein, Die BKK 2000, 203 ff

Frage 7:

Gibt es weitere Fragen, bei denen die Rechtssicherheit im Zusammenhang mit einzelnen spezifischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystemen verbessert werden sollte? Insbesondere welche Verbesserungen zur Erleichterung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung schlagen die Akteure vor, die unmittelbar an der Versorgung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten beteiligt sind – beispielsweise Dienstleistungserbringer und Einrichtungen der sozialen Sicherheit?

In Krankenversicherungssystemen, die auf dem Sachleistungsprinzip beruhen, wurden zahlreiche Versuche unternommen, unter Hinweis auf die Besonderheiten dieses Systems eine Ausnahme von der Anwendung der Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit zu begründen. So wurde insbesondere damit argumentiert, dass die im Rahmen eines Sachleistungssystems vorgesehenen Steuerungsinstrumente eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf Kosten der Krankenversicherung nicht zulassen. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass in Verträgen mit im EU-Ausland ansässigen Leistungserbringern etwa Kontrollen über Kosten und Qualität der Versorgung sowie die Verantwortlichkeit und die Haftung der Leistungserbringer geregelt werden können. Diese Überlegungen spielen auch eine Rolle, wenn es um die im Rahmen eines Sachleistungssystems vorgesehenen Steuerungsinstrumente, wie z.B. das Wirtschaftlichkeitsgebot, Kontrollen oder eben auch ein bedarfsorientiertes Zulassungsverfahren geht. Diese Steuerungsmechanismen können zwar als unerlässliche Voraussetzung für die Erreichung des von der Krankenversicherung im Allgemeininteresse verfolgten Zwecks angesehen werden. Das bedeutet aber nicht, dass sie geeignet sind, das für den Zugang zu Kassenverträgen in der Regel verlangte Ansässigkeitsfordernis zu rechtfertigen. Die Ausdehnung dieser Steuerungsinstrumente über die nationalen Grenzen hinaus ist selbst dann machbar, wenn es sich dabei um öffentlich-rechtliche Instrumente handelt. Ein konkretes Ziel kann etwa durch eine (öffentlich-rechtliche) Disziplinarbefugnis gegenüber einem Vertragsarzt genauso gut erreicht werden, wie durch die Kündigung eines (privatrechtlichen) Versorgungsvertrages gegebenenfalls verbunden mit einem Schadenersatzanspruch. In privatrechtliche Verträge können somit z.B. Wirtschaftlichkeitsgebote aufgenommen werden, deren Verletzung mit der Vertragsauflösung sanktioniert wird. Darüber hinaus können auch sonstige Einzelheiten der ärztlichen Versorgung sowie Kontrollmaßnahmen – sei es etwa durch Datenübermittlung oder durch Amtshilfe der zuständigen Behörden im Niederlassungsstaat – Gegenstand der grenzüberschreitenden Verträge sein. Auch das Steuerungsinstrument der Bedarfsplanung lässt sich grenzüberschreitend regeln. Gegenstand derartiger Verträge können natürlich auch Qualitätsanforderungen und entsprechende Qualitätskontrollen sein. Ganz generell wird man sagen können, dass es sinnvoll ist, mit den im EU-Ausland ansässigen Leistungserbringern Verträge abzuschließen, in denen sich diese verpflichten, Gesundheitsleistungen unter den für die inländischen Leistungserbringer geltenden Konditionen zu erbringen.

Daraus wird deutlich, dass projektbezogenen Vertragsabschlüsse auch ein geeignetes Instrument sind, um den Patienten, die von der grenzüberschreitenden Leistungserbringung Gebrauch machen, einen gewissen Schutz zu bieten. Grenzüberschreitende Verträge, die eine bestimmte Qualität der Versorgung einfordern, sind in diesem Zusammenhang auch

geeignet, ein bestimmtes Gesundheitsschutzniveau, das ein nationales Gesundheitssystem gewährleisten will, auch im EU-Ausland sicherzustellen.

Darüber hinaus könnten durch europaweit geltende Rahmenbedingungen für grenzüberschreitende Krankenbehandlungen auch Verwaltungsvereinfachungen für die zuständigen nationalen Behörden erzielt werden. Dies könnte durch ein einheitliches Kontrollsystem und entsprechende Sanktionsmechanismen oder etwa durch standardisierte Abrechnungsformulare, die die Leistungsanbieter im Falle einer grenzüberschreitenden Leistungserbringung zu verwenden haben, erreicht werden.

Verwendete Literatur:

Kingreen T.: Die sozialen Sicherungssysteme als Elemente der Daseinsvorsorge in Europa, in: Hrbek R., Nettessheim M. (Hrsg.), Europäische Union und mitgliedstaatliche Daseinsvorsorge. 2002. 97 ff

Mrozynski P.: Der Einfluss des Wettbewerbs- und Vergaberechts in Europa auf die Erbringung von Sozialleistungen, Sozialer Fortschritt 1999, 221 ff

Steinmeyer H.D.: Hat das Territorialitätsprinzip in der GKV noch Zukunft?, KrV 1999, S 288 ff

Steinmeyer H.D.: Der Zugang zu Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung der EU-Bürger. Veränderte rechtliche Dimensionen (Vertragsfreiheiten), in: Igl G. (Hrsg.), Europäische Union und gesetzliche Krankenversicherung. 1999. S 79 ff

Wasem J.: Europäische Union und gesetzliche Krankenversicherung – Entwicklungsperspektiven aus ökonomischer Sicht, in: Igl G. (Hrsg.), Europäische Union und gesetzliche Krankenversicherung. 1999. 139 ff

Zechel S.: Die territorial begrenzte Leistungserbringung der Krankenkassen im Lichte des EG-Vertrages. 1995

Unterstützung der Mitgliedstaaten

Frage 8:

In welcher Weise sollten europäische Maßnahmen dazu beitragen, die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten und die verschiedenen Akteure innerhalb dieser Systeme zu fördern? Gibt es Bereiche, die oben nicht genannt sind?

Unterstützung für die Mitgliedstaaten im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung könnte es v.a. für die administrativen Abläufe in Projekten geben, z.B. indem bestehende Kooperationsvereinbarungen/Verträge bzw. Projektdokumentationen als Modelle zur Verfügung gestellt werden, durch den Zugang zu Best-Practice-Modellen, durch Netzwerke zum Erfahrungsaustausch – aber auch durch effektive Unterstützung bei der Partnersuche (Auf- und Ausbau von Datenbanken, Netzwerken).

Mehr Information über Fördermöglichkeiten für grenzüberschreitende Projekte und Unterstützung durch ExpertInnen (Datenbank) könnte ebenfalls eine hilfreiche Unterstützung in diesem Zusammenhang sein. Wünschenswert wäre auf jeden Fall mehr Transparenz und aktualisierte Information über schon laufende Projekte (Euregios, etc.), wobei es wichtig wäre auch Informationen über Probleme bzw. Hindernisse zu erhalten.

Um die Qualität von Projekten zu sichern, könnte es sinnvoll sein, Leitfäden für Evaluationen zur Verfügung zu stellen.

Sinnvoll könnte auch der Aufbau von Referenzzentren innerhalb Europas sein, um eine kostengünstige und qualitativ hochwertige Versorgung für die BürgerInnen aller Mitgliedstaaten sicher zu stellen. Auch die Zusammenarbeit bei der Entwicklung vorbildlicher Verfahren zur Implementierung neuer Therapien und Technologien würde Kosten sparen und Qualität und bestimmte Standards garantieren. Ebenso wünschenswert wäre eine

europaweite Zusammenarbeit bei der Verbesserung der Verfügbarkeit und der Vergleichbarkeit von Indikatoren und Daten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung.

Notwendig wäre in jedem Fall eine bessere Vernetzung von Wissenschaftseinrichtungen in der Europäischen Union, um einen Know-how-Austausch von Forschungsergebnissen zu relevanten Themenbereichen bzw. die Durchführung gemeinsamer Forschungsprojekte, mit dem Blickwinkel auf Fragestellungen, die in Zentraleuropa Priorität haben und ihre möglichen Auswirkungen auf die EU, zu initiieren.

In Österreich ist derzeit, ausgehend von den Erfahrungen des Projektes „healthregio“, geplant, einen Focal-Point zum Thema grenzüberschreitende Kooperation zu installieren, als professionelle Anlauf- und Koordinationsstelle für nationale und internationale Projektinitiativen mit Blickpunkt auf Zentraleuropa. Dieser Focal-Point soll der Institutionalisierung grenzüberschreitender Kooperation dienen, um das bislang erworbene Know-how und die Kontakte im Bereich der grenzüberschreitenden Kooperation auch für zukünftige Projekte nutzbar zu machen. Die Umsetzung ist in Form einer Cluster-Organisation angedacht, in der in Form eines Lenkungsgremiums alle relevanten Stakeholder (Behörden, Interessensvertretungen, etc.) vertreten sind. Sinnvoll wäre es auch, so einen Focal-Point mit einer Vorschlagsfunktion auszustatten.

MITTEL UND INSTRUMENTE FÜR GEMEINSCHAFTSMASSNAHMEN

Optionen für Instrumente

Frage 9:

Welche Instrumente wären geeignet, um die verschiedenen Fragen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen auf EU-Ebene anzugehen? Welche Fragen sollten durch gemeinschaftliche Rechtsvorschriften und welche durch nichtlegislative Mittel geregelt werden?

Kooperationsabkommen bzw. bilaterale Verträge haben sich bislang als probate Mittel im Rahmen der grenzüberschreitenden Kooperation erwiesen. Hier könnten Empfehlungen von Seiten der EU hilfreich sein. Im Zusammenhang mit Haftungsfragen, Qualitätssicherung, Ausbildungsstandards und speziell im Zusammenhang mit der Kostenerstattung wären jedoch strengere Vorgaben durch die Europäische Union nötig. Um in diesen wichtigen Bereichen die erforderliche Rechtsicherheit zu gewährleisten, sollte es sich dabei um gemeinschaftliche Rechtsvorschriften handeln. Dies gilt auch für die Einführung eines einheitlichen Kontrollsystems und entsprechender Sanktionsmechanismen.

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.