

Schleswig-Holsteinischer Landtag

Stenographischer Dienst

N i e d e r s c h r i f t

Sozialausschuss

54. Sitzung

Europaausschuss

41. Sitzung

am Donnerstag, dem 11. Dezember 2002, 12:50 Uhr,
im Sitzungszimmer des Landtages

Anwesende Abgeordnete des federführenden Sozialausschusses

Andreas Beran (SPD) Vorsitzender
Wolfgang Baasch (SPD)
Arno Jahner (SPD)
Siegrid Tenor-Alschausky (SPD)
Torsten Geerds (CDU)
Werner Kalinka (CDU)
Helga Kleiner (CDU)
Dr. Heiner Garg (FDP)
Angelika Birk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Anwesende Abgeordnete des Europaausschusses

Rolf Fischer (SPD)
Gisela Böhrk (SPD)
Astrid Höfs (SPD)
Dr. Gabriele Kötschau (SPD)
Ulrike Rodust (SPD)
Uwe Greve (CDU)
Manfred Ritzek (CDU)
Joachim Behm (FDP)
Detlef Matthiessen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Weitere Abgeordnete

Silke Hinrichsen (SSW)

Fehlende Abgeordnete

Peter Eichstädt (SPD)
Claus Ehlers (CDU)
Thorsten Geißler (CDU)
Thomas Stritzl (CDU)

Die Liste der **weiteren Anwesenden** befindet sich in der Sitzungsakte.

Einzigster Punkt der Tagesordnung:

Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Bericht der Landesregierung
Drucksache 15/2232

Der Vorsitzende des federführenden Sozialausschusses, Abg. Beran, eröffnet die Sitzung um 12:50 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit des Ausschusses fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

Einzigster Punkt der Tagesordnung:

Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Bericht der Landesregierung
Drucksache 15/2232

(überwiesen am 15. November 2002 an den Sozialausschuss und den Europaausschuss zur abschließenden Beratung)

RL Müller antwortet auf die Frage des Abg. Dr. Garg, es gebe keine Erfassung von Daten über Patientenströme außer den Daten des Statistischen Landesamtes über die stationäre Versorgung. Die Letzte stamme aus dem Jahre 1999; der neue Bericht sei soeben fertig gestellt. Auch daraus sei lediglich ablesbar, von woher jemand behandelt werde. Wer das Land zur Behandlung verlasse, werde nicht erfasst.

Die Krankenkassen hätten zum Beispiel einen Überblick über Zahlungen nach der EU-Richtlinie 14/0871, die Inanspruchnahme notwendiger Leistungen. Nicht erfasst sei der Bereich der privaten Inanspruchnahme ambulanter Leistungen.

Der Bund habe die Bund-Länder-Arbeitsgruppe gebeten, die Erfahrungen im grenznahen Bereich systematisch aufzuarbeiten. Hier hätten sogar die Euregio-Gebiete passen müssen, weil es solche Erfassungen generell nicht gebe, nicht etwa nur in Schleswig-Holstein nicht.

RL Müller bietet an, weitere Daten eruieren. Das werde allerdings einige Zeit in Anspruch nehmen.

Abg. Dr. Garg verdeutlicht, sein Anliegen sei, den europäischen Rahmen und die Gegenseitigkeit einzubeziehen, wenn das Gesundheitswesen reformiert werde.

RL Müller verweist bei der Frage des Abg. Kalinka nach Unterlagen über Kontakte zum europäischen Raum an andere Ministerien; sein Haus habe keinerlei Unterlagen darüber.

Bis März/April 2003 solle die Ideenfindung zur konkreten Ausgestaltung des Aktionsprogramms „Öffentliche Gesundheit 2003/08“ abgeschlossen sein, wonach die Abg. Höfs gefragt habe. Hieran würden sich die Bundesländer beteiligen. Die Schwierigkeit bestehe darin, für eine Idee einen Geldgeber zu finden. Das Ministerium sei nicht in der Lage, eine Kofinanzierung anzubieten. Die meisten Strukturen der Zusammenarbeit basierten auf der INTERREG-Förderkulisse.

Das Aktionsprogramm sei aus Ländersicht eine Möglichkeit, einen größeren Informationsfluss herzustellen. Derzeit würden Partner gesucht, die etwas anbieten könnten. Die Spielräume, die es gebe, seien bislang lediglich abstrakt beschrieben. Bis März/April sollten sie konkretisiert werden.

Zahlungskräftige Patienten aus dem arabischen Raum bevorzugten die USA, da dort einige Kliniken speziell auf deren Bedürfnisse eingestellt seien und sie bei einer Größenordnung von Hunderten von Patienten pro Jahr Rabatte gewähren könnten. In Schleswig-Holstein gebe es lediglich einzelne spezielle Behandlungen von arabischen Patienten.

Die Erhebungen über Behandlungen nach EU-Richtlinie 14/0871 zur Notfallbehandlung müssten ausgeweitet und verbessert werden, um ausschließlich von Notfallbehandlungen wegzukommen, die lediglich nach den Kriterien anderer Länder bezahlt zu werden. Die Richtlinie basiere auf der Freizügigkeit im EU-Raum und stelle auf Arbeitnehmerbehandlung ab, mitziehende Angehörige dürften für einen bestimmten Zeitraum mitbehandelt werden. Eine Änderung der Richtlinie - sie liege ihm, RL Müller, noch nicht vor - solle nach Expertenansicht besser geworden sein, weise aber noch Schwachstellen auf. Zum Beispiel bekomme nicht das spanische Krankenhaus, das einen EU-Patienten behandle, das Geld, sondern der spanische Staat.

Der Ansatz Schleswig-Holsteins sei, Kontakte zu knüpfen. Schwierigkeiten würden dort überwunden, wo konkrete Projekte verabredet würden und die Zusammenarbeit gewollt sei. Das zeige sich gerade in den Euregios.

Die Landesregierung Schleswig-Holstein etabliere eine Partnerschaft mit Sønderjylland. Einzelne INTERREG-Projekte mit weiter entfernten Gebieten Dänemarks würden mehr bewirken als eine pauschale Anfrage an die dänische Regierung.

Abg. Matthiessen stellt die Frage nach der Relevanz von derartigem Zahlenmaterial. Das halte er für erörterungsbedürftig.

Abg. Kalinka verweist darauf, dass der Bericht auf Seite 5 auch sehr kleine Größenordnungen nenne, beispielsweise 23 beziehungsweise 24 Patienten pro Jahr.

RL Müller bejaht die Frage des Abg. Kalinka: Nach der Bundespflegedienstverordnung könnten Krankenhäuser ausländische Patienten außerhalb ihres Budgets abrechnen. Das motiviere sie, sich um eine solche Klientel zu bemühen. Denn Aufwand und Engagement für die Betreuung seien hoch.

Aus Norwegen seien im Jahr 1999 24 Patienten gekommen. Durch die Patientenbrücke habe sich diese Zahl allerdings vervielfacht. Eine Gruppe von zehn Krankenhäusern habe gemeinsam Informationen auf Norwegisch in Norwegen zur Verfügung gestellt, sie hätten eine Internetpräsenz aufgebaut. Begleitet werde das Ganze in einer Projektgruppe der Gesundheitsinitiative der Landesregierung. Die Einrichtungen würden die Akquirierung ausschließlich selber bezahlen, allein im Jahre 2001 200 000 DM. Vonseiten des Ministeriums habe es Beratung und einen Besuch der Ministerin in Norwegen gegeben. Der Umsatz liege in der Größenordnung von 7 bis 8 Millionen DM. Für die fünf unmittelbar beteiligten Krankenhäuser habe sich ihr Engagement gerechnet.

Abg. Birk plädiert dafür, auf Bund-Länder-Ebene und zusammen mit den Krankenkassen bezüglich der Patientenströme zum besten System zu kommen. Eventuell sein ein Abkommen auf europäischer Ebene darüber vonnöten, was ohne großen Mehraufwand dokumentiert werden dürfe.

Ebenso wichtig sei, die Ströme derjenigen zu beobachten, die im Gesundheitswesen arbeiten. So würde in Norwegen Krankenpflegepersonal damit geworben, dass sich ihre Aufenthaltserlaubnis bis zu einem Jahr verlängere, sodass sie nach der Ausbildung in einem anderen Krankenhaus arbeiten könnten. Eine solche Regelung sei für ein bilaterales Abkommen von Interesse. Auch habe Norwegens Krankenpflegeausbildung Fachhochschulniveau.

Der skandinavische Raum sei für Ärztinnen und Ärzte lukrativ. Schleswig-Holstein bilde also dafür aus, ohne etwas zurückzubekommen. Wenn das einige hundert Leute betreffe, sei es ein Thema. Es sei zu fragen, ob ein Landesministerium die Möglichkeit habe, ohne allzu großen Aufwand Frühwarnindikatoren zu bekommen.

RL Müller entgegnet, es gebe Zahlenmaterial über die Fluktuation von Krankenhauspersonal auf Bundesebene, das jedoch nicht aufbereitet sei. Die Frühwarnfrage sei, wann es eng werde. Die Diskussion um Engpässe etwa im Bereich der Krankenhausärzte beginne erst. Dass Ärzte

und Pflegekräfte im dreistelligen Bereich von Schleswig-Holstein nach Skandinavien abwanderten, sei bekannt. Das sei noch kein Problem, die Entwicklung werde aber beobachtet.

RL Müller antwortet auf die Frage der Abg. Dr. Kötschau, in seinem Hause gebe es keine Pläne, russische Patientinnen und Patienten zu behandeln. Das sei jedoch eine Anregung für die schon erwähnte Projektgruppe. Diese orientiere sich jedoch an der Länge von Wartelisten, weil sich daran der Bedarf ablesen lasse.

Abg. Fischer ergänzt, Kaliningrad biete sich durch seine Lage zur Zusammenarbeit an.

Abg. Hinrichsen betont, Grundlage für die Zusammenarbeit mit skandinavischen Ländern müssten ausschließlich konkrete Projekte sein, da die Gesundheitssysteme sehr unterschiedlich seien. Für norwegische Patienten biete sich auch Schweden an; dort sei die Sprachbarriere geringer.

Für die EURES-Region liege eine Statistik hinsichtlich der Personalströme vor. Danach würden in Dänemark Krankenschwestern gesucht. Bei gleicher Berufsbezeichnung in Deutschland oder in einzelnen skandinavischen Ländern seien Ausbildung und Tätigkeiten bisweilen sehr unterschiedlich. So würde etwa die Altenpflege in Dänemark von Krankenschwestern gemacht und Krankenschwestern in Norwegen hätten gegenüber den deutschen ein erweitertes Tätigkeitsfeld.

Norwegen bilde nunmehr selber mehr Ärzte aus. Auch könnten Krankenhausmitarbeiter bei Operationen anwesend sein.

RL Müller antwortet auf eine Frage des Abg. Kalinka, die 200 000 DM für Werbung und Öffentlichkeitsarbeit im Jahre 2001 hätten zehn interessierte Krankenhäuser aus ihrem Budget bezahlt, die eine Taskforce gegründet hätten. Die Krankenhausgesellschaft habe ihr Know-how zur Verfügung gestellt und den Kontakt zu einem Unternehmen hergestellt, das die Angebote unterbreite und in Zusammenarbeit mit den norwegischen Stellen die Informationen zusammengestellt und präsentiert habe.

Abg. Jahner merkt an, beim Norwegenbesuch des Sozialausschusses sei darüber informiert worden, dass Norwegen in zwei Jahren keine deutschen Ärzte mehr werben wolle.

Abg. Höfs legt dar, es könne wirtschaftliche Gründe haben, ausländische Patienten zu behandeln, zum Beispiel aus Russland oder aus dem arabischen Raum. Dafür müssten sich jedoch spezielle Kliniken etablieren. Auch hätten sich die Russen nach Tschechien hin orientiert.

Stoßrichtung des Antrags sei jedoch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im grenznahen Bereich. Hier werde auch von dänischer Seite ein stärkerer Austausch gewünscht.

Der federführende Sozialausschuss nimmt den Bericht im Benehmen mit dem beteiligten Europaausschuss zur Kenntnis.

Der Vorsitzende des federführenden Sozialausschusses, Abg. Beran, schließt die Sitzung um 13:20 Uhr.

gez. Beran

Vorsitzender

gez. Tschanter

Geschäftsführerin