

**Grenzüberschreitende Patientenmobilität
im saarländisch-lothringischen Grenzraum**

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors
der Philosophischen Fakultät III der Universität des Saarlandes

vorgelegt von

Ines Funk

aus Lörrach

Saarbrücken, 2015

Der Dekan: Prof. Dr. Roland Brünken

Erstberichterstatter: Prof. Dr. H. Peter Dörrenbächer, Universität des Saarlandes

Zweitberichterstatterin: Prof. Dr. Birte Nienaber, Université du Luxembourg

Tag der Disputation: 20.11.2015

Vorwort

Während der Bearbeitung meines Promotionsprojektes wurde ich sehr oft gefragt, warum sich Geographen mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung beschäftigen. Die vorliegende Dissertation zeigt viele humangeographische Bezüge des Themas auf, die diese Frage beantworten. Daneben ist sie jedoch auch durch meinen ursprünglich kulturwissenschaftlichen Hintergrund geprägt. Schwerpunktsetzungen und Herangehensweise entsprechen nicht immer denen einer „klassischen“ geographischen Promotion.

Ich danke meinem Betreuer Herrn Professor Dr. H. P. Dörrenbächer, dass er mir als Kulturwissenschaftlerin eine Promotion in der Fachrichtung Geographie an der Universität des Saarlandes ermöglicht hat. Er hat meine Arbeitsweise stets unterstützt und in vielen Diskussionen durch seine Ideen zum Gelingen der Arbeit beigetragen. Seine Überzeugung, dass die grenzüberschreitende Patientenmobilität ein interessantes und zukunftsträchtiges Forschungsthema ist, war sehr motivierend für mich.

Frau Professorin Dr. Birte Nienaber möchte ich dafür danken, dass sie auch nach dem Verlassen der Universität des Saarlandes als Ansprechpartnerin und Gutachterin zur Verfügung steht. Ich konnte mich jederzeit mit Fragen an sie wenden und bekam immer hilfreiche Rückmeldung.

Viele Kollegen haben meine Promotion durch ihr Interesse und in Diskussionen begleitet. Ihre Anmerkungen waren sehr wertvoll für mich.

Ohne die Akteure und Patienten, die sich zur Teilnahme an Befragung und Interviews bereit erklärten, hätte ich die vorliegende Arbeit nicht verfassen können. Mein besonderer Dank gilt allen, die Kontakte zu Patienten vermitteln und mir damit den Zugang zu meiner Zielgruppe ermöglichten.

Bernd und Frank danke ich für das Korrekturlesen. In meiner Familie habe ich immer Ablenkung und damit neue Kraft für die Promotion gefunden. Mein Mann Henning hat mich in jeder nur erdenklichen Form unterstützt und war immer für mich da.

Riegelsberg, im September 2015

Inhalt

Abbildungen	vi
Tabellen	vi
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung.....	1
1.2 Forschungsstand	7
1.3 Ziele und Fragestellung	12
1.4 Aufbau der Arbeit.....	14
2 Konzeptionelle Grundlagen	16
2.1 Ein disziplinübergreifender Ansatz: <i>Rational choice</i>	16
2.2 Ein geographischer Ansatz: <i>Handlungszentrierte Sozialgeographie</i>	21
2.3 Der Einfluss von Transaktionskosten.....	28
2.4 Der Einfluss von Kultur und kulturellen Unterschieden	33
3 Grenzüberschreitende Patientenmobilität in der Europäischen Union	45
3.1 Die Bedeutung von Grenzen in der Europäischen Union	46
3.2 Rechtsgrundlagen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität	48
3.2.1 Europäische Rechtsgrundlagen.....	48
3.2.2 Nationale Rechtsgrundlagen und bilaterale Abkommen	54
3.3 Umfang der grenzüberschreitenden Patientenmobilität in der Europäischen Union.....	56
3.4 Motive und Probleme der grenzüberschreitenden Patientenmobilität	59
4 Regionale Rahmenbedingungen für die grenzüberschreitende Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle	65
4.1 Grenzüberschreitende Verflechtungen im Untersuchungsraum.....	65
4.2 Bevölkerungsgröße, -verteilung und -struktur im Untersuchungsraum.....	71
4.3 Gesundheitssysteme und -infrastrukturen im Untersuchungsraum.....	74
4.3.1 Das deutsche Gesundheits- und Krankenversicherungssystem.....	74
4.3.2 Das französische Gesundheits- und Krankenversicherungssystem	78
4.3.3 Gesundheitsinfrastrukturen im Untersuchungsraum.....	83

4.4	Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im Untersuchungsraum.....	92
4.4.1	Grenzüberschreitende Kooperationen im Gesundheitsbereich	92
4.4.2	Grenzüberschreitende Patientenströme.....	96
5	Hypothesen zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle	98
6	Methodisches Vorgehen	103
6.1	Literatur- und Dokumentenanalyse	105
6.2	Expertenbefragung	106
6.3	Quantitative Patientenbefragung	110
6.4	Qualitative Patientenbefragung	114
6.4.1	Problemzentrierte Interviews	114
6.4.2	Typenbildung	118
7	Ergebnisse der Experteninterviews: Überblick über die grenzüberschreitende Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle	120
7.1	Umfang der grenzüberschreitenden Patientenströme.....	120
7.1.1	Probleme bei der Bestimmung des Umfangs.....	120
7.1.2	Grenzüberschreitende Patientenmobilität im Saarland allgemein.....	121
7.1.3	Grenzüberschreitende Patientenmobilität in den Praxen	123
7.1.4	Grenzüberschreitende Patientenmobilität in den Krankenhäusern	125
7.2	Die Bedeutung der rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen	126
7.3	Die Bedeutung der Gesundheitssysteme und der medizinischen Infrastrukturen.....	130
7.4	Die Bedeutung der Sprachkenntnisse und -grenze.....	135
7.5	Zwischenfazit I.....	136
8	Ergebnisse der quantitativen Patientenbefragung: Charakterisierung der Patientenströme und Identifikation von Einflussfaktoren für den Entscheidungsprozess.....	140
8.1	Häufigkeit, relevante Fachgebiete und Anlass der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen	140
8.2	Persönliche Rahmenbedingungen der befragten Patienten	142

8.3	Der Entscheidungsprozess der Patienten.....	148
8.3.1	Motive für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen.....	149
8.3.2	Probleme bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen	154
8.3.3	Informationsbeschaffung und Arztsuche	159
8.4	Zwischenfazit II.....	160
9	Ergebnisse der qualitativen Patientenbefragung: Der Entscheidungsprozess für die grenzüberschreitende Behandlung	166
9.1	Der Einfluss persönlicher Rahmenbedingungen	166
9.1.1	Versicherungsschutz und finanzielle Ressourcen	168
9.1.2	Wohnort	170
9.1.3	Sprachkenntnisse und Familienstruktur	172
9.1.4	Gesundheitszustand.....	175
9.2	Praktische Aspekte der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen.....	176
9.2.1	<i>Physisch-materielle Welt</i> : Räumliche Strukturen und Entfernung	177
9.2.2	Wartezeit.....	178
9.2.3	Kosten und Kostenerstattung	180
9.2.4	Gesetzliche Rahmenbedingungen und administrative Regelungen.....	181
9.3	Medizinische Aspekte der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen.....	183
9.3.1	Behandlungsunterschiede	183
9.3.2	Negative Erfahrungen in Lothringen und im Saarland	184
9.3.3	Ärztliche Qualifikation und das Vertrauen zu Ärzten	186
9.3.4	Einstellung zum saarländischen Gesundheitssystem.....	188
9.4	Der Einfluss von Kultur und <i>psychischer Distanz</i>	189
9.4.1	Kulturelle Heterogenität im Untersuchungsraum	190
9.4.2	<i>Psychische Distanz</i> zum Saarland.....	191
9.4.3	Der Einfluss von Kultur auf die Gesundheitsversorgung	194
9.4.4	Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung als von den kulturellen Gewohnheiten abweichendes Handeln	196

9.5	Die Rolle von Informationen und Empfehlungen	197
9.5.1	Die Rolle von Informationen und Empfehlungen für die erste Behandlung im Saarland	198
9.5.2	Die Rolle von Informationen und Empfehlungen für die Arztwahl	201
9.6	Zwischenfazit III	202
9.7	Der Entscheidungsprozess für die grenzüberschreitende Behandlung.....	207
9.7.1	Die Abwägung von Vorteilen und Aufwand	208
9.7.2	Typen grenzüberschreitender Patienten	214
9.7.3	Zwischenfazit IV	233
10	Zusammenfassende Diskussion	236
10.1	Charakterisierung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle und des individuellen Entscheidungsprozesses	236
10.2	Ausblick.....	244
11	Anhang.....	247
11.1	Abkürzungen	247
11.2	Französische Begriffe.....	248
11.3	Interview- und Gesprächspartner	249
11.4	Fragebogen	251
11.5	Interview-Leitfäden.....	256
11.6	Literatur- und Quellenverzeichnis.....	259

Abbildungen

Abbildung 1 Der Untersuchungsraum.....	4
Abbildung 2 Handlungsorientiertes Modell der Mensch-Umwelt-Interaktion.....	23
Abbildung 3 Entscheidungsprozess für eine grenzüberschreitende Behandlung.....	26
Abbildung 4 Die Sprachgrenze im Departement Moselle.....	68
Abbildung 5 Einwohnerdichte im Untersuchungsraum	72
Abbildung 6 Krankenhäuser im Saarland.....	87
Abbildung 7 Krankenhäuser im Departement Moselle.....	89
Abbildung 8 Entwicklung der Wartezeit für ein MRT in Lothringen.....	91
Abbildung 9 Entscheidungsmodell der grenzüberschreitenden Patientenmobilität.....	101
Abbildung 10 Räumliche Verteilung der Befragungsorte.....	112
Abbildung 11 Anlass für die Konsultation des saarländischen Arztes.....	141
Abbildung 12 Altersstruktur der Befragten.....	143
Abbildung 13 Sprachkenntnisse der Befragten.....	144
Abbildung 14 Grenzüberschreitende Erfahrungen neben der Tätigkeit als Grenzgänger.....	145
Abbildung 15 Motive für die Behandlung im Saarland	149
Abbildung 16 Bewertung der Gesundheitssysteme.....	153
Abbildung 17 Wohnorte der Interviewpartner	171

Tabellen

Tabelle 1 Ziele der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der Großregion.....	5
Tabelle 2 Zuständigkeiten im französischen Gesundheitssystem nach Ebenen.....	79
Tabelle 3 Entfernung zum nächsten Krankenhaus im Grenzraum Saarland-Moselle.....	90
Tabelle 4 Einwohner pro medizinisch-technischem Großgerät	91
Tabelle 5 Teilfragen und Methodenwahl.....	104
Tabelle 6 Prägende Aspekte für die Einstellung zu Deutschland.....	146
Tabelle 7 Sprache als Hindernis für französische Patienten.....	155
Tabelle 8 Zusammenhang von Erfahrung und Problemen	157
Tabelle 9 Zusammensetzung der Stichprobe der qualitativen Patientenbefragung.....	167
Tabelle 10 Bewertung der persönlichen Rahmenbedingungen der Interviewpartner	216
Tabelle 11 Vorläufiger Merkmalsraum	219
Tabelle 12 <i>Psychische Distanz</i> bei den Interviewten	221
Tabelle 13 Typen grenzüberschreitender Patienten im Untersuchungsraum	222
Tabelle 14 Zuordnung der Interviewpartner zu den Typen.....	231

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Der Titel eines Aufsatzes zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung *Should I stay or should I go?* (BROUWER et al. 2002) beschreibt das Thema der vorliegenden Arbeit sehr treffend. Die Untersuchung beschäftigt sich mit der Frage, wann und warum Bewohner von Grenzregionen für eine medizinische Behandlung ins Nachbarland gehen und wann sie im Heimatland bleiben. Im Normalfall ist davon auszugehen, dass Menschen für die Gesundheitsversorgung keine Grenzen überqueren, sondern im Heimatland möglichst wohnortnah und im vertrauten Umfeld behandelt werden möchten (GLINOS & BAETEN 2006: 6, LEGIDO-QUIGLEY et al. 2012: 27). Da aber weltweit grenzüberschreitende Patientenströme existieren, muss es Situationen geben, in denen sich Patienten in Grenzregionen trotzdem für eine Behandlung im Nachbarland entscheiden (z. B. MOREHOUSE & SALIDO 2004, NASCIMENTO SPIES 2013).

In der Europäischen Union (EU) überqueren immer mehr Patienten¹ Staatsgrenzen, um sich im Ausland medizinisch behandeln zu lassen (FILHON et al. 2012: 286, TK 2010: 10). Zahlreiche und vielfältige Beispiele illustrieren die Motive der Patienten für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen. In der *Euroregion Rhein-Waal* an der deutsch-niederländischen Grenze lassen sich deutsche Patienten in der Universitätsklinik Nijmegen behandeln, um den Weg in die weiter entfernten deutschen Krankenhäuser zu vermeiden. In abgelegenen Gebieten der Pyrenäen ist es für französische Patienten einfacher, ein spanisches Krankenhaus zu erreichen. Die Einwohner Maltas werden im Vereinigten Königreich behandelt, wenn die erforderlichen Einrichtungen auf der Insel nicht existieren. Englische Patienten konnten im Rahmen einer Projektvereinbarung bei langen Wartezeiten für Augenoperationen und für das Einsetzen von Gelenkprothesen nach Frankreich oder Deutschland ausweichen. Preisvorteile in Polen machen Schönheitsoperationen und Zahnbehandlungen, die selbst getragen werden müssen, attraktiv. Nicht nur Deutsche aus der Grenzregion, sondern auch dänische und englische Patienten kommen deshalb in das Land (GLINOS & BAETEN 2006: 31-70).

Dass sich aus den vielfältigen Argumenten für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen tatsächlich Behandlungen in einem anderen Staat ergeben, ist

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit nur das generische Maskulinum verwendet. Selbstverständlich beziehen sich die Formulierungen auf beide Geschlechter.

nicht selbstverständlich, denn die öffentliche Gesundheitsversorgung ist nach dem Prinzip der Territorialität organisiert. Die Aufweichung dieses Grundsatzes in der EU ist auf die fortschreitende europäische Integration zurückzuführen. Schon seit den 1970er-Jahren haben Arbeitsmigranten und Grenzgänger bei der Gesundheitsversorgung die gleichen Ansprüche wie die Bürger des Arbeitsstaates (FRÖHLICH et al. 2011: 17). Seit der Binnenmarkt existiert, können auch die übrigen EU-Bürger nicht nur in einem anderen Mitgliedsstaat arbeiten oder wohnen, sondern dort auch Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen. Das *Schengener Abkommen* und die Einführung des Euro vereinfachten solche grenzüberschreitenden Aktivitäten (ANDERSON & O'DOWD 1999: 595, BLATTER 2006, BRUNN 2004: 284-294, GLINOS et al. 2010: 1146, SCHERHAG 2008: 1, WEIDENFELD & WESSELS 2009: 370-373, 418, 445).

EU-Initiativen und gesundheitspolitische Maßnahmen der Mitgliedsstaaten treffen bei der Regelung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung aufeinander (VAN DE GRONDEN 2009: 707). Daneben existieren auf regionaler Ebene Vereinbarungen und Projekte zur Förderung der grenzüberschreitenden Behandlung von Patienten. Auch einzelne Patienten bzw. Versicherte sind wichtige Akteure, weil sie durch ihr Handeln politische Entscheidungen erzwingen (KOTZIAN 2008). Dieses Ineinandergreifen verschiedener Handlungsebenen und Akteure ist typisch für die *Multi-Level-Governance* der EU (GROBE HÜTTMANN 2013).

Die genannten Akteure verfolgen mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung mehrere Ziele. Die Versorgung der Patienten kann verbessert bzw. aufrechterhalten werden, gleichzeitig können Doppelstrukturen vermieden und Angebote besser ausgelastet werden. Dadurch werden Investitionskosten reduziert und *economies of scale* erzielt (GLINOS 2011: 234f., VON MALCHUS 2007: 40f., KOSŁOWSKI 2010: 51, ROSENMÖLLER et al. 2006a: 2). In Grenzregionen können die durch die Staatsgrenze beschnittenen Einzugsgebiete von medizinischen Infrastrukturen erweitert werden. Die erforderliche Nachfrage für die Tragfähigkeit bestimmter spezialisierter Einrichtungen wird dadurch eher erreicht (z. B. RUFFRAY & HAMEZ 2010).

„Eine größere Durchlässigkeit der Grenzen im Gesundheitswesen schafft nicht nur einen verschärften Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern, sondern eröffnet auch vielerlei Chancen. Die zentrale Idee dahinter: Wenn Gesundheitsinfrastruktur und die entsprechenden Ressourcen grenzüberschreitend genutzt werden, können sie besser ausgelastet werden. Gerade mit immer komplexeren medizinischen Ausrüstungen und zunehmender medizinischer Spezialisierung braucht es größere Einzugsgebiete.“ (AGEG 2006: 3)

In kleinen Ländern wie Luxemburg oder Zypern können z. B. bestimmte medizinische Infrastrukturen für die einheimische Bevölkerung allein nicht rentabel betrieben werden.

Wenn deshalb auf das Angebot verzichtet wird, müssen die einheimischen Patienten auf das Ausland ausweichen. Alternativ kann die Einrichtung betrieben und zur besseren Auslastung um ausländische Patienten geworben werden (AGASI 2002: 39, BUSSE et al. 2011: 64-67, GLINOS & BAETEN 2006: 12). Durch entstehende Synergieeffekte erhofft man sich, die steigenden öffentlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung – auch im Interesse der Patienten – senken zu können (HEM et al. 2011: 21, KOSLOWSKI 2010: 59).

In der EU hat die grenzüberschreitende Patientenmobilität die größte quantitative Bedeutung in Grenzregionen (EU 2011: 1, FRÖHLICH et al. 2010: 4, HEM 2011: 6, LEIDL & RHODES 1997: 1). Patienten entscheiden sich dort für Behandlungen im Nachbarland, weil der Weg oder die Wartezeit kürzer oder im Heimatland fehlende Einrichtungen jenseits der Grenze vorhanden sind (LEGIDO-QUIGLEY et al. 2012: 30). In der vorliegenden Arbeit wird diese Art von grenzüberschreitenden Konsultationen, d. h. die geplante Überschreitung einer Staatsgrenze zum Zweck der Gesundheitsversorgung im Nachbarland, als grenzüberschreitende Patientenmobilität verstanden (GLINOS 2011: 221f.).

Die Bewohner von Grenzregionen sind Vorreiter der grenzüberschreitenden Patientenmobilität, denn grenzüberschreitende Kontakte im Gesundheitsbereich sind in Grenzregionen kein neues Phänomen.

„In countless parts of Europe, border regions are vibrant areas of exchanges, interchanges and cross-border movements, where crossing the border is an intrinsic part of people’s lives and where cross-border cooperation in the field of health care has been going on for many years, sometimes decades“. (LEGIDO-QUIGLEY et al. 2008: 47)

Insbesondere Grenzpendler und in das Nachbarland übergesiedelte Personen haben Erfahrung mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (BROUWER et al. 2003: 297). Grenzregionen sind innovative Experimentierzonen für den Ausbau der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der EU und deshalb besonders interessante Untersuchungsobjekte (COHEUR 2003: 183-189).

Während in allen Grenzregionen die gleichen europäischen Richtlinien zur Gesundheitsversorgung gelten, entsteht durch regionale und lokale Gegebenheiten in jeder Grenzregion ein einzigartiger Kontext (GLINOS 2011: 221). Ein Vergleich von Grenzregionen und den dort beobachteten grenzüberschreitenden Patientenströmen ist aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen und damit verbundener methodischer Probleme schwierig (z. B. HEINTEL & WAACK 2010).

Aus diesem Grund ist die vorliegende Arbeit als Einzelfallstudie angelegt. Sie untersucht die grenzüberschreitende Patientenmobilität im saarländisch-lothringischen Grenzraum. Der Untersuchungsraum besteht aus dem deutschen Bundesland Saarland und dem französischen Departement Moselle, das Teil der Region Lothringen ist (vgl. Abbildung 1).

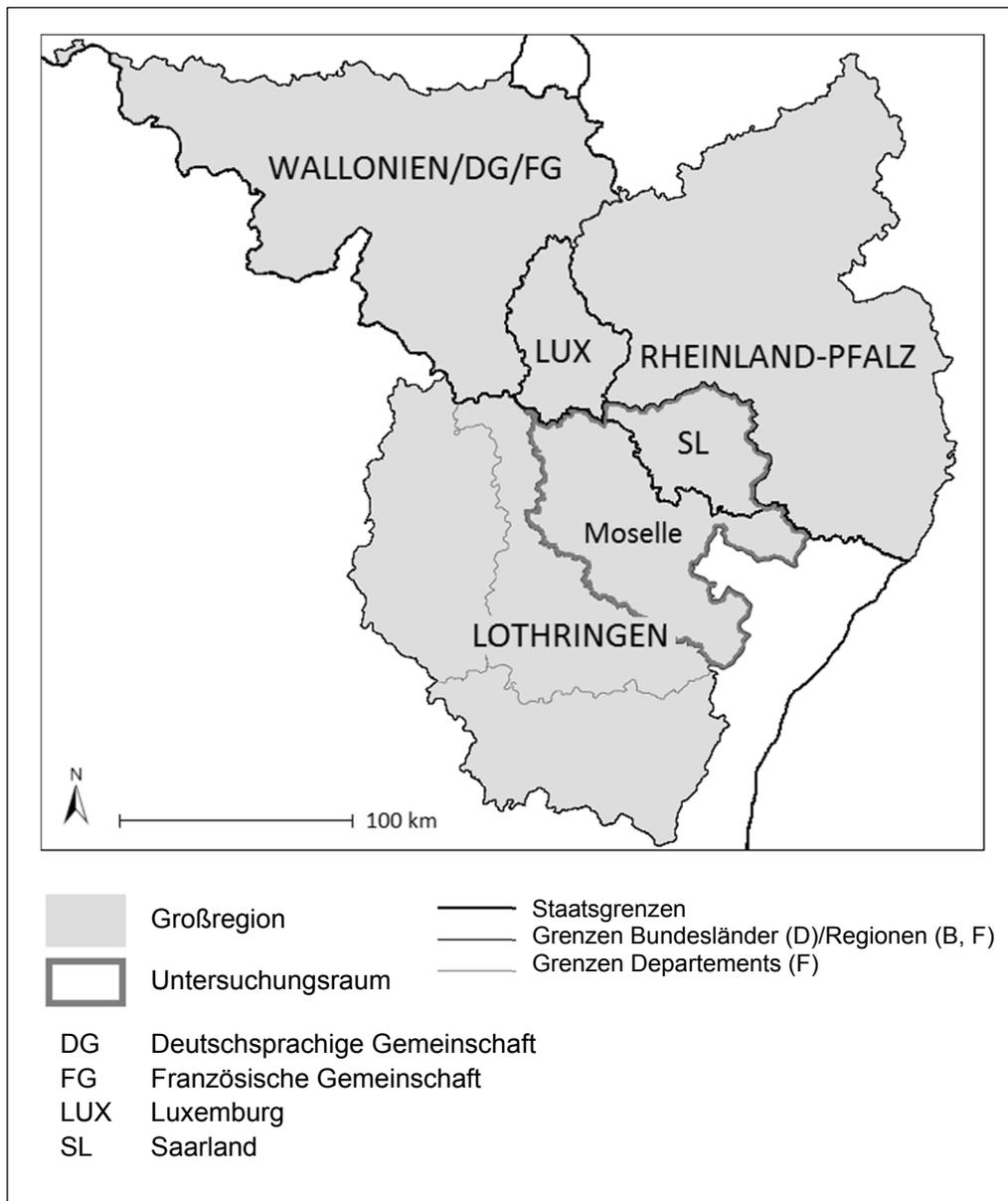


Abbildung 1 Der Untersuchungsraum

eigene Abbildung

Das Saarland und Lothringen sind Teil der Großregion „Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz-Wallonie-Französische und Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens“². Eine Gesamtbetrachtung der Großregion wäre nicht zielführend, da die grenzüberschreitenden Patientenströme in den Teilräumen sehr heterogen sind und aufgrund ihrer Abhängigkeit von den räumlichen Strukturen, den Gesundheitsinfrastrukturen und bilateralen Kooperationen kaum vergleichbar sind.

Der Untersuchungsraum wurde aus mehreren Gründen gewählt. Erstens wird das Problemfeld der Gesundheitsversorgung von den Bewohnern Lothringens als relevantes Thema der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit eingestuft. 2003 wurde unter der Bevölkerung der Großregion eine Studie zu den Prioritäten der grenzüberschreitenden Kooperation durchgeführt (CAVET et al. 2006). Sie ergab, dass für Wallonen und Lothringer die Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu den drei wichtigsten Zielen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit gehört (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1 Ziele der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der Großregion

Mitgliedregion	Anteil der Einwohner in %, der die Verbesserung der Gesundheitsversorgung als wichtigstes Ziel der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit sieht	Rang des Ziels „Verbesserung der Gesundheitsversorgung“ unter den wichtigsten Zielen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit (von 11 Zielen)
Wallonien	17,1	2
Lothringen	14,6	3
Luxemburg	11,4	4
Rheinland-Pfalz	3,2	7
Saarland	3,9	8

Anmerkung: nur eine Nennung möglich
 Daten: CAVET et al. 2006: 130, eigene Tabelle

Zweitens wird im saarländisch-lothringischen Grenzraum der Ausbau grenzüberschreitender Kontakte im Gesundheitswesen von vielen Akteuren auf nationaler und regionaler Ebene angestrebt (WAGNER 2013). In einem Artikel mit der Überschrift „*Patienten brauchen Hilfe ohne Schlagbaum*“ entwickelte der damalige Bundesgesundheitsminister

² Die Beteiligung von drei Gebietskörperschaften auf belgischer Seite kommt durch die Gliederung des belgischen Föderalstaates in drei Gemeinschaften (französische (bezeichnet sich selbst als *Fédération Wallonie-Bruxelles*), deutschsprachige, flämische) und drei Regionen (Wallonien, Brüssel, Flandern) zustande. Vielfach wird statt der vollständigen Bezeichnung die Kurzform „Großregion Saar-Lor-Lux“ oder „Großregion“ verwendet, auf die im Folgenden aus Gründen der besseren Lesbarkeit zurückgegriffen wird.

Philipp RÖSLER 2010 für den lothringisch-saarländischen Grenzraum die Vision „einer deutsch-französischen Gesundheitsregion“ (RÖSLER 2010). Auch saarländische Politiker signalisierten immer wieder ihre Unterstützung für Projekte zur Erleichterung der grenzüberschreitenden Patientenversorgung (z. B. GR 2005, RIEMER-HOMMEL 2010). Diese hat an der saarländisch-lothringischen Grenze nach Meinung des Europaabgeordneten Jo LEINEN eine besondere Bedeutung:

„Wer beim Ausflug nach Lothringen vom Rad fällt und sich den Arm ausrenkt oder sich beim Wandern in Luxemburg ein Bein bricht, kann schon heute dort behandelt werden und die Kosten erstattet bekommen. Handelt es sich aber nicht um einen Notfall, sondern befindet sich nur der Arzt des Vertrauens oder das gewünschte Krankenhaus jenseits der Grenze, so war das bisher mit vielen rechtlichen und bürokratischen Hürden verbunden“. (LEINEN 2011)

Deshalb ist die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung auch Bestandteil der 2014 verkündeten *Frankreich-Strategie* der saarländischen Landesregierung (MSGFF 2015). Die Strategie sieht vor, bis 2043 im Saarland einen „multilinguale[n] Raum deutsch-französischer Prägung“ zu schaffen, der als „Brücke zwischen Frankreich und Deutschland“ fungiert (Staatskanzlei 2014). Auf lothringischer Seite setzen sich insbesondere die Vertreter der Gemeinden und Gemeindeverbände im Departement Moselle für eine Zusammenarbeit ein, die zu einer besseren Versorgung beitragen soll (Assemblée Nationale 2015, MAZZUCOTELLI 2015). Welche Wirkungen diese Willensbekundungen haben, wird zu untersuchen sein, denn politische Bemühungen und institutionelle Kooperationen rufen nicht automatisch grenzüberschreitende Aktivitäten von Individuen hervor (TERLOUW 2012: 351).

Drittens sind trotz des Interesses der Bevölkerung und trotz der politischen Absichtserklärungen die grenzüberschreitenden Austauschbeziehungen im Gesundheitswesen weniger stark ausgeprägt als in anderen Lebens- und Gesellschaftsbereichen.

„Die Staatsgrenze zwischen Deutschland und Frankreich spielt im Alltag der Menschen im Saarland und Lothringen praktisch keine Rolle mehr. Eine Ausnahme ist allerdings der Gesundheits- und Sozialbereich, denn hier stellt die Grenze noch immer eine fast unüberwindliche Sperre dar“. (GR 2005)

Über die Gründe dafür gibt es kaum fundierte Erkenntnisse, die auf der Befragung von Bewohnern basieren. Die vielfältigsten grenzüberschreitenden Kontakte im Gesundheitsbereich sind zwischen dem Saarland und dem Departement Moselle zu beobachten. Deshalb wird nicht die gesamte Region Lothringen in die Untersuchung einbezogen.

Viertens ist die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung eine denkbare Lösung für mehrere Herausforderungen, die aktuell im Bereich der Gesundheitsversorgung bestehen. Steigende Kosten stellen die Gesundheitssysteme angesichts begrenzter finanzieller

Ressourcen vor Probleme. Dazu kommen durch den demographischen Wandel verursachte Herausforderungen: Erstens sinkt und altert das Fachkräftepotenzial und zweitens verändert sich die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Unter diesen Umständen müssen neue Formen der räumlichen Organisation und Zusammenarbeit in Betracht gezogen werden (FLEURET 2011: 178-180, GRABSKI-KIERON & STINN 2011, KLEE 2010). In Grenzregionen könnte ein möglicher Lösungsansatz die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung sein. Dies wird auch im Grenzraum Saarland-Lothringen immer wieder angedacht und spielt insbesondere für das direkt an das Saarland grenzende Departement Moselle eine Rolle (FRÖHLICH et al. 2011: 31, ROSENMÖLLER et al. 2006a: 2).

Fünftens ist über die grenzüberschreitende Patientenmobilität im Untersuchungsraum insgesamt relativ wenig bekannt. Es gibt kaum differenzierte Untersuchungen – weder in quantitativer Hinsicht noch über Motive, Probleme und individuelle Einflussfaktoren –, sondern nur sehr oberflächliche Erkenntnisse. Detailliertere Untersuchungen zu einzelnen Teilräumen sind jedoch für Aktivitäten, die auf eine Förderung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität abzielen, notwendig. Der Mangel an Informationen ist jedoch kein spezifisches Problem dieses Grenzraums, wie die Analyse von Forschungsaktivitäten und -ergebnissen zum Thema zeigt.

1.2 Forschungsstand

Die ersten Publikationen, die sich mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und Patientenmobilität beschäftigen, erschienen im letzten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts. Zu diesem Zeitpunkt wurde das Thema durch die ersten Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung aktuell (z. B. LEIDL & RHODES 1997).

Eine Studie der EU deckte 2006 die schlechte Datenlage zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität in Europa auf (VAN GINNEKEN & BUSSE 2011: 290). Viele Defizite bestehen bis heute fort. Es ist häufig nicht klar, welche Art von Behandlungen in die jeweilige Untersuchung einbezogen wird. Dass es sich um ausländische Patienten handelt, wird oft nur anhand eines einzelnen Kriteriums wie der Nationalität oder der Krankenversicherung festgestellt. Dadurch ist aber z. B. kein Rückschluss darüber möglich, ob es sich um zufällige Behandlungen von Touristen oder geplante

grenzüberschreitende Konsultationen handelt. Zudem werden die Daten oft nur für die nationale Ebene erhoben bzw. veröffentlicht (KOSTERA 2007: 41, VAN GINNEKEN & BUSSE 2011). Auf Grundlage der vorhandenen Daten ist keine Analyse einzelner Grenzregionen möglich. Vorhandenes statistisches Material gibt keine Auskunft über Motive und das Handeln bestimmter Gruppen oder Einzelner (CALNAN et al. 1997: 26).

Als Reaktion auf die Ergebnisse der Studie von 2006 versuchten – z. T. von der EU und der Weltgesundheitsorganisation geförderte – Überblicksveröffentlichungen die grenzüberschreitende Patientenmobilität in der EU allgemeiner und umfassender zu charakterisieren (z. B. BUSSE et al. 2006, ROSENMÖLLER 2006a). GLINOS & BAETEN (2006) erarbeiteten einen Überblick über bisher zum Thema erschienene Berichte, Vereinbarungen, Medienberichte und wissenschaftliche Publikationen. 2007 wurden im Auftrag der Europäischen Kommission und der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz in allen Mitgliedsstaaten Bürger zum Thema *Cross-border health services in the EU* befragt (The Gallup Organization 2007). Auch VALLEJO et al. (2009) versuchten mit ihrer Arbeit, die sich allerdings auf die stationäre Behandlung beschränkt, das Problem der bruchstückhaften Daten zu beheben.

Viele Publikationen, v. a. Projektberichte, befassen sich mit grenzüberschreitenden Kooperationsprojekten und weniger mit den grenzüberschreitenden Behandlungen einzelner Patienten. Kooperationen können zu einer Verbesserung der Bedingungen der grenzüberschreitenden Behandlung beitragen, sie sind jedoch von der Patientenmobilität an sich zu unterscheiden. Größtenteils steht das Sammeln und die Evaluierung von – v. a. von der EU geförderten – Projekten zur Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern oder Krankenkassenversicherungen im Mittelpunkt der Berichte (z. B. BRAND et al. 2008). Diese werden oft von in Grenzregionen tätigen Einrichtungen oder von Interessenvertretungen der Grenzregionen herausgegeben (z. B. ESG 2008, GABBE 2006, MOT 2004).

Die existierenden Untersuchungen zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität konzentrieren sich zum Großteil auf die Wirkung gesetzlicher, administrativer, finanzieller und sprachlicher Barrieren. Sie erwähnen die persönliche Situation, subjektive Wahrnehmungen und kulturelle Faktoren nur am Rande. „There is remarkably little systematic information about the perspectives of those involved, and in particular of patients, as there are few surveys of their views” (BAETEN et al. 2006: 183). Dies liegt auch daran, dass nur wenige Analysen auf der Grundlage von Befragungen von Patienten entstehen und die vorhandenen Ergebnisse alle auf standardisierten schriftlichen

Befragungen basieren (BUSSE et al. 2006, CALNAN et al. 1997, HEM et al. 2011, LEGIDO-QUIGLEY et al. 2008: 50-63).

Bis jetzt fehlen theoretisch fundierte empirische Untersuchungen zum individuellen Entscheidungsprozess von Patienten (KLAR 2013: 21, 43f.). Bestehende Studien identifizieren Faktoren, die für und wider eine grenzüberschreitende Behandlung sprechen, ohne ihr Vorgehen konzeptionell einzubetten (z. B. GLINOS & BAETEN 2006, HEM et al. 2011, KOSTERA 2007). Auch in Untersuchungen zu Patientenentscheidungen im nationalen Kontext sind keine ausgereiften theoretischen Modelle zu finden (für Deutschland z. B.: BÖHMER 1990, BRINK 1999, KRIWY & AUMÜLLER 2007, für Frankreich z. B.: OZLER 2012, im angloamerikanischen Raum z. B.: BERNARD et al. 2006, BORNSTEIN et al. 2000). Besonders unbefriedigend sind die Erkenntnisse zum Zusammenhang von Kultur und grenzüberschreitender Patientenmobilität. Beispielhaft werden die Ausführungen in einigen Publikationen kurz vorgestellt. BUSSE et al. (2011: 49f.) präsentieren in ihrem Modell sieben Hürden, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinflussen. Kultur wird dabei zunächst nicht genannt, ist aber ein Unterpunkt der „persönlichen Präferenzen“. An dieser Stelle setzen auch LEGIDO-QUIGLEY et al. (2012: 30) an, die davon ausgehen, dass persönliche Präferenzen auch kulturell bedingt sind. Allerdings werden in beiden Fällen keine weiteren Aussagen dazu getroffen. KLAR (2013: 151) erwähnt, dass kulturelle Unterschiede die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung behindern. Er erläutert aber nicht, was eine fremde Kultur ist und wie kulturelle Unterschiede wirken. GLINOS (2011: 221) nennt Kultur als Einflussfaktor für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, es folgen allerdings keine weiteren Ausführungen. Ähnlich wird in einer Publikation zur Großregion verfahren. *Kulturelle Nähe* wird als Einflussfaktor auf die Patientenentscheidung genannt, ohne weiter auf den Begriff einzugehen (WEC 2007: 31). In anderen Publikationen werden kulturelle Unterschiede ohne weitere Erläuterungen mit Sprachbarrieren gleichgesetzt (z. B. MOT 2001: 42-43). Es existiert in den genannten Untersuchungen ein Bewusstsein für kulturelle Einflüsse, es bestehen aber konzeptionelle Desiderate.

Für die Großregion allgemein gibt es mehrere Berichte zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die aus bi- oder trilateralen Projekten hervorgegangen sind. Zu nennen sind die Publikationen

- *Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine-Grand-Duché de Luxembourg-Province de Luxembourg* (LuxLorSan 2004),
- *Gesundheitswesen und grenzüberschreitende Beschäftigung in der Großregion* (WEC 2006) und
- *Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitssektor in Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz* (WEC 2007).

Die Berichte beschäftigen sich mit dem Gesundheitssektor in der Großregion und grenzüberschreitenden Kooperationen von Einrichtungen. Die Untersuchungen beschränken sich auf Verwaltungsdaten der Krankenhäuser und Versicherungen (z. B. LuxLorsan 2004). Sie beinhalten nur wenige Informationen zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität oder decken nur einen Teil der Großregion ab, auf Patientenströme gehen sie nur am Rande ein (z. B. WEC 2007, WEC 2006).

Für den Untersuchungsraum liegt ein *Vergleich der Gesundheitssysteme Saarland-Moselle* (MERTENS 2007) vor. Er ist das Ergebnis des Projektes *Santé: Gesundheit Saar: Moselle*. Im Rahmen dieses Projektes wurde auch eine Grenzgängerbefragung durchgeführt, welche die die Probleme von im Saarland tätigen Franzosen bei der Behandlung im Saarland thematisiert (MERTENS 2006). Motive und persönlicher Kontext werden jedoch nicht berücksichtigt, auch der Umfang der untersuchten Aspekte ist begrenzt.

Weder in Frankreich noch in Deutschland existieren verlässliche Zahlen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene, auch nicht für den Untersuchungsraum.

„Es gibt kaum Angaben, inwieweit die Grenzbewohner medizinische Leistungen oder Produkte im Nachbarland tatsächlich nachfragen und ob diese Nachfrage beispielsweise im Saarland zu Umsatzeinbußen bei Apotheken oder umgekehrt zu einer höheren Bettenauslastung in Kliniken führ[t]“. (MATTHÄI & MARSCHALL 2008: 6f.)

Versuche zur Quantifizierung stellen meist stationäre Krankenhausaufenthalte in den Fokus, ambulante Arztbesuche werden vernachlässigt (vgl. Kapitel 4.4.2).

Wissenschaftler aus zahlreichen Disziplinen, z. B. den Rechts- und Wirtschaftswissenschaften und der *Public-Health-Forschung*, beschäftigen sich mit unterschiedlichen Aspekten der grenzüberschreitenden Patientenmobilität (z. B. FRÖHLICH et al. 2011, LEIDL & RHODES 1997, MARSCHALL & BRÜMMER 2014, MÜLLER 2006). In der Geographie wird das Thema jedoch vernachlässigt. Dabei sind sowohl die räumliche Verteilung von Gesundheitsinfrastrukturen und deren Zugänglichkeit als auch die Grenzraumforschung genuin geographische Themen (DORY 1995, GATRELL & ELLIOTT 2009). Die *Geographie der Gesundheit* beschäftigt sich explizit mit der Frage, wo sich Patienten behandeln lassen.

Die Auswirkungen von politischen, administrativen und mentalen Grenzen in Grenzräumen werden u. a. in der Sozial- und Wirtschaftsgeographie untersucht. Aber nur in wenigen Fällen werden die beiden Aspekte zusammengeführt. Grenzüberschreitende Fragestellungen sind in Übersichtswerken zur Geographie der Gesundheit und in Analysen der Gesundheitsversorgung einzelner Staaten nicht vertreten (z. B. BROWN et al. 2009, GATRELL & ELLIOTT 2009, TONNELIER & VIGNERON 1999) oder werden nur in einem Satz erwähnt (z. B. ANTHAMATTEN & HAZEN 2011: 149). Eine Ausnahme ist die Publikation *Frontières et Santé* (MOULLE & DUHAMEL 2010), die sich mit globalen Beispielen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung auseinandersetzt und einen Schwerpunkt auf die Großregion und die französisch-belgische Grenze setzt.

Ein Potenzial für die Erforschung der bestehenden Desiderate im Bereich der grenzüberschreitenden Patientenmobilität stellt das zunehmende geographische Interesse am Handeln von Individuen dar. So wird in der Grenzraumforschung eine stärkere Berücksichtigung der Grenzraumbewohner gefordert.

„Borders should be studied not only from a top-down perspective, but also from the bottom up, with a focus on the individual border narratives and experiences, reflecting the ways in which borders impact upon the daily life practices of people living in and around the borderland and transboundary transition zones’ (NEWMAN, 2006, p. 143). Not all inhabitants of the border region profit to the same degree from new possibilities on the other side of the national border. The classical division between the populations at both sides of the national border does not just fade away, but is replaced by new divisions based on the different role of borders in people’s daily lives (NEWMAN & PAASI, 1998; PAASI, 2005; NEWMAN, 2006). The focus in border studies is shifting from border territories to border behaviour”. (TERLOUW 2012: 353)

Auch die Erweiterungen der Fragestellungen und der Methoden der Geographie der Gesundheit seit den 1990er-Jahren deuten in diese Richtung. Anstatt der medizinischen Infrastrukturen stehen zunehmend die handelnden Akteure im Fokus. Der individuellen Wahrnehmung von Raum und Krankheit wird mehr Bedeutung zugemessen, wodurch soziale und kulturelle Handlungseinflüsse eine neue Bedeutung erhalten haben (GATRELL & ELLIOTT 2009, KEARNS & MOON 2002, KISTEMANN & SCHWEIKART 2010, KOLLER 2012: 7). Diese Entwicklungen decken sich mit dem Ziel der vorliegenden Arbeit, die grenzüberschreitende Patientenmobilität stärker aus Patientensicht zu betrachten.

1.3 Ziele und Fragestellung

Auf die Frage, warum trotz vielfältiger Bemühungen nur wenige Bewohner des Untersuchungsraums die Grenzen zum Zweck der Gesundheitsversorgung überqueren, gibt es nur wenig zufriedenstellende Antworten. Sie basieren eher auf Vermutungen und weniger auf empirischen Untersuchungen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die bisher geringe Wahrnehmung bestehender Möglichkeiten durch politische Initiativen und neue Rechtsgrundlagen gesteigert werden kann. Möglicherweise sind andere Faktoren, die nicht durch gesetzliche und administrative Regelungen beeinflusst werden können, für die geringen Zahlen ausschlaggebend. Um Antworten auf diese Frage zu finden, ist der individuelle Entscheidungsprozess, der zu einer grenzüberschreitenden Behandlung führt, zu untersuchen. „It would be very interesting to better understand which elements patients take exactly into account and how they value them when deciding (not) to travel for health care“ (BROUWER et al. 2003: 297). Es gilt zu klären, warum Menschen in manchen Situationen trotz der Neigung, sich möglichst wohnortnah behandeln zu lassen, den Weg ins Ausland wählen (CARRERA & LUNT 2010: 478, KLAR 2013: 21). Weiterhin sind Erkenntnisse zum Einfluss von Kultur auf den grenzüberschreitenden Zugang und auf die grenzüberschreitende Nutzung von Gesundheitsangeboten wünschenswert (LEGIDO-QUIGLEY et al. 2011: 150). Wenn Aussagen darüber getroffen werden können, welche Faktoren beim individuellen Entscheidungsprozess eine Rolle spielen, können Maßnahmen zur Förderung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität zielgerichtet ergriffen werden. Ihre Potenziale können dadurch besser ausgeschöpft werden.

Die Untersuchung des Entscheidungsprozesses der Patienten soll in konzeptionelle Überlegungen eingebettet sein, die eine theoriegeleitete Analyse des komplexen Zusammenspiels vieler Faktoren ermöglichen. Sowohl in der Geographie als auch in anderen Disziplinen gibt es Handlungsmodelle, die sich mit dem Ablauf von Entscheidungsprozessen und handlungsleitenden Verhaltensannahmen auseinandersetzen. Der Bezug auf solche Überlegungen ermöglicht eine über die Deskription hinausgehende Identifikation von Einflussfaktoren und Zusammenhängen. Die Arbeit möchte inhaltliche und konzeptionelle Desiderate der wissenschaftlichen Beschäftigung mit der grenzüberschreitenden Patientenmobilität beheben.

In der vorliegenden Arbeit wird eine patientenzentrierte Untersuchung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle durchgeführt. Ziel ist es, den Entscheidungsprozess für eine grenzüberschreitende Behandlung besser nachvollzieh-

bar zu machen. Die Einbettung in die europäischen, nationalen und regionalen Kontexte sowie die persönliche Voraussetzungen sollen dabei berücksichtigt werden. Daraus ergeben sich folgende Fragen:

1. Unter welchen – auf verschiedenen räumlichen Ebenen geschaffenen – Rahmenbedingungen findet grenzüberschreitende Patientenmobilität im Untersuchungsraum statt? Welche Rolle spielen externe Einflüsse wie europäische Regelungen oder nationale Vorgaben? Welchen Einfluss hat die spezifische Situation im Untersuchungsraum – z. B. die Art und der Umfang grenzüberschreitender Verflechtungen sowie die vorhandenen Gesundheitssysteme³ und -infrastrukturen⁴?
2. Gibt es grenzüberschreitende Patientenmobilität im Untersuchungsraum und wie kann diese charakterisiert werden? Es geht dabei nicht um eine abschließende Feststellung konkreter Zahlen zur Quantifizierung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität. Vielmehr soll der Beleg erbracht werden, dass medizinische Leistungen grenzüberschreitend in Anspruch genommen werden. Betroffene Personengruppen und Fachgebiete sowie räumliche Muster sollen identifiziert werden.
3. Wie kommt die individuelle Entscheidung für eine grenzüberschreitende Behandlung zustande? Wie bewerten Patienten Vor- und Nachteile grenzüberschreitender Behandlungen? Welche Rolle spielen dabei persönliche Merkmale und Ressourcen? Zu untersuchen ist, wie die Rahmenbedingungen von den Patienten wahrgenommen werden, welche Motive hinter ihrer Entscheidung stehen und wie die Abwägung von Vor- und Nachteilen erfolgt. Besonderes Augenmerk soll hier auf die Wirkung kultureller Einflüsse gelegt werden. Da es ohne Motive nicht zu einer grenzüberschreitenden Behandlung kommt, stehen diese stärker im Fokus als Probleme.

Zur Bearbeitung von Teilfrage 1 wurde eine Literatur- und Dokumentenanalyse vorgenommen. Die Teilfragen 2 und 3 wurden durch drei verschiedene empirische Untersuchungen beantwortet. Es wurde zunächst eine Expertenbefragung unter Ärzten und anderen Akteuren des saarländischen Gesundheitswesens durchgeführt. Anschließend wurden die Patienten durch eine quantitative Befragung und durch Interviews einbezogen. Die empirische Untersuchung wurde in dreifacher Hinsicht eingegrenzt. Diese Eingrenzungen beruhen auf explorativen Recherchen zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Untersuchungsraum. Erstens konzentriert sich die Arbeit nur auf den

³ Mit dem Begriff „Gesundheitssystem“ werden „alle Personen, Organisationen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgabe die Förderung und Erhaltung der Gesundheit bzw. die Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen ist“ (Euro-Institut 2007: 7), zusammengefasst.

⁴ Darunter werden Krankenhäuser, Praxen von Medizinern und Gesundheitsfachkräften und dort zur Verfügung stehende medizinisch-technische Geräte, wie z. B. Computertomographen, verstanden.

von Lothringen ins Saarland gerichteten Patientenstrom, denn es kommt nur äußerst selten vor, dass sich Saarländer in Lothringen behandeln lassen.

Zweitens wurde auf Grundlage der Ergebnisse der ersten zwei Untersuchungsschritte in der dritten Phase der Untersuchung eine Einschränkung auf Grenzpendler vorgenommen. Grenzpendler (Synonym: Grenzgänger) sind Personen, deren Arbeitsplatz in einem anderen Staat liegt, die aber täglich oder mindestens einmal wöchentlich in ihren Wohnstaat zurückkehren (AK 2010: 9). Atypische Grenzpendler verlegen im Gegensatz zum ‚klassischen Grenzpendler‘ ihren Wohnsitz ins Ausland und nicht ihren Arbeitsplatz (CARPENTIER 2010: 38, NIEDERMEYER 2008: 88-90).

Drittens liegt der Schwerpunkt der Untersuchung auf ambulanten grenzüberschreitenden Behandlungen. Im Normalfall handelt es sich dabei um Besuche bei niedergelassenen Ärzten, aber auch in Krankenhäusern sind ambulante medizinische Dienstleistungen möglich. Diese Einschränkung wird mit der Tatsache begründet, dass eine aktive Entscheidung des Patienten für einen Arzt fast ausschließlich bei ambulanten Konsultationen stattfindet. Beispiele aus der EU zeigen, dass Menschen das behandelnde Krankenhaus nur selten selbst auswählen (HEM et al. 2011: 31). In den meisten Fällen schlägt der überweisende Arzt das Krankenhaus vor. Weiterhin gelten für stationäre Behandlungen im grenzüberschreitenden Kontext andere rechtliche Voraussetzungen als für ambulante Konsultationen. Zudem existieren zur ambulanten grenzüberschreitenden Patientenmobilität weniger Untersuchungen als zu Krankenhausaufenthalten.

Die formulierten Teilfragestellungen vereinen konzeptionelle und empirische Ziele und streben eine ganzheitliche Analyse der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Untersuchungsraum an.

1.4 Aufbau der Arbeit

Aus diesen Zielen und der bereits angedeuteten Vielzahl von Einflussfaktoren auf die grenzüberschreitende Patientenmobilität ergibt sich folgender Aufbau der Arbeit:

Kapitel 2 führt in die konzeptionellen Grundlagen der Untersuchung ein und diskutiert Theorien und Ansätze, die den Entscheidungsprozess von Individuen thematisieren. Zur Analyse werden disziplinübergreifende (Kapitel 2.1) und geographische (Kapitel 2.2) Handlungstheorien herangezogen. Sie werden um Überlegungen zum Aufwand von

Entscheidungsprozessen (Kapitel 2.3) und durch Annahmen zur Bedeutung von kulturellen Einflüssen (Kapitel 2.4) ergänzt.

Die Frage nach den Rahmenbedingungen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität, d. h. der erste Teil der Fragestellung, wird in Kapitel 3 und Kapitel 4 bearbeitet. Da die Rahmenbedingungen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität auf verschiedenen räumlichen Ebenen geschaffen werden, orientiert sich die Gliederung am Top-Down-Prinzip. Kapitel 3 gibt einen Überblick über die grenzüberschreitende Patientenmobilität in Europa. Als Grundlage dafür werden die Bedeutung von Grenzen in der EU (Kapitel 3.1) und die Rechtsgrundlagen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität in der EU analysiert (Kapitel 3.2). Auch nationale Rechtsgrundlagen in Frankreich und Deutschland sowie bilaterale Abkommen zwischen diesen beiden Staaten sind zu betrachten. Es folgt eine kurze Charakterisierung der unter diesen Bedingungen in der EU stattfindenden grenzüberschreitenden Patientenmobilität (Kapitel 3.3) und der relevanten Motive und Probleme (Kapitel 3.4).

In Kapitel 4 werden die spezifischen Rahmenbedingungen im Untersuchungsraum charakterisiert. Dazu gehören die grenzüberschreitenden Verflechtungen im Untersuchungsraum (Kapitel 4.1) und die Bevölkerungsgröße, -verteilung und -struktur (Kapitel 4.2). Darüber hinaus spielen die Gesundheitssysteme und Gesundheitsinfrastrukturen im Untersuchungsraum (Kapitel 4.3) sowie die Strukturen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Kapitel 4.4) eine Rolle.

Aus diesen explorativen Untersuchungen gingen Arbeitshypothesen hervor, die in Kapitel 5 vorgestellt werden. Es folgt die Beschreibung des methodischen Vorgehens (Kapitel 6).

Anschließend werden der zweite und dritte Teil der Fragestellung bearbeitet. Zunächst wird der Patientenstrom aus Lothringen in das Saarland im Hinblick auf die Persönlichkeitsmerkmale, auf betroffene Fachgebiete und Behandlungen sowie auf räumliche Muster charakterisiert (Kapitel 7 und 8). In Kapitel 9 werden einzelne Einflussfaktoren für den individuellen Entscheidungsprozess und eine Patiententypologie herausgearbeitet.

In Kapitel 10 folgt eine Diskussion der Teilergebnisse und ein zusammenfassendes Resümee. Es werden Einflüsse auf die individuelle Entscheidung, Motive und Erfolgsfaktoren der grenzüberschreitenden Patientenmobilität identifiziert sowie Konsequenzen für den Untersuchungsraum skizziert.

2 Konzeptionelle Grundlagen

Die vorliegende Arbeit strebt eine stärkere konzeptionelle Einbettung der Analyse des Entscheidungsprozesses der Patienten als bislang vorliegende Studien an. In diesem Kapitel wird erläutert, auf welche Handlungstheorien und Ansätze dabei zurückgegriffen wird. In empirischen Studien wurde eine Reihe von Faktoren identifiziert, die relevant für die Entscheidung der Patienten sind. Dabei handelt es sich um die zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen, (sozio-)demographische Merkmale (wie z. B. Geschlecht, sozioökonomische Situation, Bildungsstand), individuelle Ressourcen (z. B. Wissen und Informationen), Einstellungen, soziale Beziehungen (z. B. die Meinung der Familie) sowie den institutionellen und kulturellen Kontext (LEGIDO-QUIGLEY et al. 2012: 30, THOMSON & DIXON 2004: 2). Das zu entwickelnde Entscheidungs- und Handlungsmodell muss diese sehr unterschiedlichen Faktoren einbeziehen.

Der Bezug auf disziplinübergreifend eingesetzte *Rational-Choice*-Theorien (vgl. Kapitel 2.1) bildet das konzeptionelle Gerüst der vorgenommenen Untersuchung des individuellen Entscheidungsprozesses. Mit der *Handlungszentrierten Sozialgeographie* (vgl. Kapitel 2.2) wird zur Konkretisierung der Annahmen zum Handeln von Individuen auf ein explizit geographisches Konzept zurückgegriffen.

Da diese Konzepte die Besonderheiten grenzüberschreitender Handlungen nicht berücksichtigen, werden sie um die *Transaktionskostentheorie* (vgl. Kapitel 2.3) und um Überlegungen zum Einfluss von Kultur und kulturellen Unterschieden (vgl. Kapitel 2.4) ergänzt. Die vier Ansätze werden in den folgenden Unterkapiteln zunächst jeweils vorgestellt. Anschließend werden sie auf ihre Anwendbarkeit für die Untersuchung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität überprüft. Dazu werden bereits existierende Erkenntnisse zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität herangezogen.

2.1 Ein disziplinübergreifender Ansatz: *Rational choice*

Eine Vielzahl von Ansätzen wird unter der Bezeichnung „*Rational-Choice*-Theorien“ bzw. „*Theorien des rationalen Handelns*“ zusammengefasst. Sie alle gehen davon aus, dass dem Handeln von Individuen rationale Entscheidungen zugrunde liegen (DIEFENBACH 2009: 239, DIEKMANN & VOSS 2004: 13). Als rational werden Handlungen verstanden, bei denen ein Individuum aus mindestens zwei Handlungsalternativen, die Option auswählt,

mit der sein Ziel am besten erreicht werden kann. Dazu wägt es die Vor- und Nachteile der bestehenden Möglichkeit ab und bestimmt ihren Gesamtnutzen. Das Bewusstsein über das Handlungsziel ist Voraussetzung für die Wahl der bestmöglichen Handlungsoption. Allgemein ist das Ziel von Handlungen die Erfüllung kurz- oder langfristiger individueller Bedürfnisse und Wünsche. Restriktionen und Ressourcen, wie z. B. die finanzielle Situation, die zur Verfügung stehende Zeit, Präferenzen und die gesellschaftliche Einbettung bilden den Entscheidungskontext (DIEKMANN & VOSS 2004: 14f., KIRCHGÄSSNER 2008: 13f., MAURER 2011: 683).

Was als bestmögliche Handlungsoption angesehen wird, ist nicht bei allen *Rational-Choice*-Ansätzen identisch. Die formulierte „Entscheidungsregel“ (DIEKMANN & VOSS (2004: 15) hängt vom Menschenbild und den getroffenen Annahmen ab. Die Vielfalt der Definitionen einer „rationalen Entscheidung“ beruht auf der Weiterentwicklung der ursprünglichen – von Ökonomen formulierten – *Rational-Choice*-Theorie. Die frühen Ansätze orientierten sich an der neoklassischen Vorstellung des *homo oeconomicus*. Sie gingen davon aus, dass Entscheidungen auf der Basis vollständiger Information zur Nutzenmaximierung und eigennützig getroffen werden. Deshalb werden sie als „harte“ *Rational-Choice*-Theorien bezeichnet (DIEKMANN & VOSS 2004: 19, KIRCHGÄSSNER 2008: 2, 14-16, 27, WERLEN 2008: 291f.).

In empirischen Untersuchungen konnten die Annahmen der „harten“ *Rational-Choice*-Theorien nicht bestätigt werden (DIEKMANN & VOSS 2004: 19, KIRCHGÄSSNER 2008: 27). Neuere *Rational-Choice*-Theorien lösen sich aufgrund der erwiesenen Realitätsferne von den klassischen Annahmen. Sie gehen von einer eingeschränkten Rationalität der Individuen aus und nehmen an, dass Individuen nicht alle Handlungsoptionen kennen und ihnen nicht alle Informationen zur Verfügung stehen. Das Sammeln von Informationen ist für das Individuum zudem mit Kosten verbunden (KIRCHGÄSSNER 2008: 13, 17, 31). Die neueren Ansätze gehen davon aus, dass die Handlungsziele stark von den persönlichen Präferenzen abhängen und Individuen die aus ihrer Sicht beste Option zur Zielerreichung wählen. Die Entscheidung beruht also auf einer *subjektiven Rationalität* (DIEFENBACH 2009: 248).

Als Folge dieser Modifikationen der Annahmen stieg im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts das Interesse der Sozialwissenschaften an *Theorien des rationalen Handelns* (DIEFENBACH 2009: 239, DIEKMANN & VOSS 2004: 13, MAURER 2011: 684). Der Soziologe James COLEMAN entwickelte sich zu einem der wichtigsten Vertreter der *Rational-Choice*-Theorie. Sein Ansatz basiert ebenfalls auf dem Prinzip der Nutzenmaximierung, allerdings distanziert er sich von der Aussage, dass rationale

Entscheidungen auf objektiven Entscheidungskriterien beruhen müssen (COLEMAN 1991: 17, DIEFENBACH 2009: 242f., 248). Nach COLEMAN ist die subjektive Einschätzung ausschlaggebend dafür, welche der zur Verfügung stehenden Alternativen als die beste angesehen wird. Wissenschaftler müssen also die Perspektive des Akteurs einnehmen, um dessen Rationalität zu verstehen.

„Es liegt auf der Hand, daß sich Menschen zuweilen selbstzerstörerisch und manchmal recht irrational verhalten. [...] Da das Verstehen einer individuellen Handlung normalerweise heißt, die Gründe der Handlung zu erkennen, muss das theoretische Ziel der Sozialwissenschaft darin liegen, die Handlung auf eine Weise zu betrachten, daß sie von der Sichtweise des Akteurs aus gesehen rational erscheint. Daß vieles üblicherweise als nicht rational oder irrational bezeichnet wird, liegt, anders ausgedrückt, einfach daran, weil die Betrachter nicht die Sichtweise des Akteurs entdeckt haben, von der aus die Handlung rational ist“. (COLEMAN 1991: 22)

Diese Sichtweise steht für eine deutliche Abkehr vom ursprünglichen Verständnis von Rationalität. Über subjektive Komponenten hinausgehend werden inzwischen weitere Entscheidungsfaktoren als relevant für rationale Entscheidungen eingestuft. Kultur spielt z. B. in Situationen, in denen die komplexe Umwelt nicht vollständig erfasst werden kann, für Individuen eine große Rolle. Kulturelle Handlungsmuster bieten in solchen Situationen Orientierung (ESSER 2001: 262). Allerdings sind sich Individuen der handlungsleitenden Funktion von Kultur in den meisten Fällen nicht bewusst. Anstatt bei jeder Entscheidung Informationen zu suchen und Argumente abzuwägen, wird mit dem kulturellen Muster einfach der übliche Weg beschritten (MAURER 2011: 685f., 688-690).

Aus diesem Vorgehen ergeben sich Routinen, die in bestimmten Situationen immer wieder angewendet werden. ESSER verwendet den Begriff „Routine“ – ebenso wie die Vertreter der *Handlungszentrierten Sozialgeographie* – zur Beschreibung des gewohnheitsmäßigen Handelns von Individuen (WERLEN 2008: 283-285)⁵. ESSER (2001: 155) beschreibt eine Routine bildhaft als „Rezept“, das vorgibt, mit welchen Mitteln ein Ziel erreicht werden kann. Routinen werden befolgt, da sie den Aufwand für die Entscheidungsfindung reduzieren. „Eine Routine statt eines aufwändigen Nutzen-Kosten-Kalküls zu verwenden, wenn die Situation strukturell als eine bereits bekannte Situation definiert wird, ist vernünftig, weil weniger aufwändig“ (DIEFENBACH 2009: 280). Vom gewohnheitsmäßigen Handeln wird nur abgewichen,

⁵ Sie stehen damit Wissenschaftlern gegenüber, die unter Routinen nur das gewohnheitsmäßige Vorgehen von Organisationen und Gruppen verstehen. Das Handeln von Individuen bezeichnen sie als „habits“ oder „Gewohnheiten“ (BECKER 2005: 250).

„wenn eine bessere Möglichkeit im Bereich der Möglichkeiten zu vermuten ist, wenn das neue Rezept wesentlich besser wäre als das herkömmliche und wenn das nötige Wissen verhältnismäßig leicht zu beschaffen ist. Ansonsten [...] wird die Routine auch für die Rezepte beibehalten – wohlwissend, daß es auch anders ginge“. (ESSER 2001: 156)

Das Aufgeben einer Routine ist nur dann sinnvoll, wenn der Aufwand für eine neue Handlungsoption die Nachteile des bisherigen Vorgehens wettmacht. Es gibt jedoch Situationen, für die kein Handlungsmodell existiert oder in denen die bisher gewählte Handlungsoption nicht mehr zufriedenstellend ist. In diesem Fall wird ein Suchprozess nach neuen Optionen ausgelöst und die Routine unterbrochen. Auf diese Weise verursachtes bewusstes und rationales Handeln ist allerdings nur ein vereinzelt vorkommender Sonderfall (ESSER 2001: 117f., 274-280, 294).

Es gilt nun zu untersuchen, ob *Rational-Choice*-Theorien für die vorliegende Untersuchung geeignet sind und inwiefern sie für die Analyse von Patientenentscheidungen fruchtbar gemacht werden können. Grundsätzlich sind die Theorien einsetzbar, denn sie beziehen sich nicht nur auf wirtschaftliche oder politische, sondern auch auf soziale Entscheidungen. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Entscheidungsfindung in diesen Bereichen nicht prinzipiell unterscheidet und die Annahmen deshalb übertragbar sind (KIRCHGÄSSNER 2008: 2). COLEMAN betont, dass sein Erklärungsmodell in allen Sozialwissenschaften einsetzbar sei (DIEFENBACH 2009: 262).

Das von COLEMAN formulierte Ziel, das Handeln Einzelner verstehen zu wollen, deckt sich mit der Fragestellung der vorliegenden Arbeit. Die Entscheidung des Patienten zwischen der Behandlung im Heimat- oder im Nachbarland entspricht der von den *Rational-Choice*-Ansätzen thematisierten Entscheidung zwischen mehreren Handlungsoptionen. Die grenzüberschreitende Patientenmobilität ist eine individuelle Strategie, um durch den Vergleich der Behandlung im Heimat- und im Nachbarland die bestmögliche Gesundheitsversorgung zu erreichen. „It is the difference and comparison between the option to stay at home and the alternative to go abroad which influence the patient’s choice“ (GLINOS & BAETEN 2006: 7). Am Ende entscheidet sich der Patient für die aus *seiner* Sicht bessere Alternative. Die ursprünglichen ökonomischen Ansätze, die von rationalen Entscheidungen ausgehen, sind für die vorliegende Arbeit nicht geeignet (DIXON et al. 2010: 9, THOMSON & DIXON 2004: 1). Sie können nur zu oberflächlichen Untersuchungen führen (z. B. MARSCHALL & BRÜMMER 2014). Weder handelt es sich bei Patienten um Kunden im klassischen Sinne, noch ist der Gesundheitssektor ein neoklassischer Markt (ARROW 1963: 944-947, FÜLÖP et al. 2011: 692, WAGENER et al. 2006: 247f.). Stattdessen prägt *bounded rationality* das Handeln, das beispielsweise auf Kurzschlussentscheidungen oder Emotionen basiert

(DIXON et al. 2010: 11-13). „Der Patient ist kein vollständig rationeller und informierter Konsument, besonders wenn er an einer seltenen und/oder schweren Krankheit erkrankt ist“ (FILHON et al. 2012: 292, Übersetzung Ines Funk (IF)). Die Art der Entscheidung ist nicht mit anderen Kaufentscheidungen vergleichbar, denn das Produkt, d. h. die Behandlung, kann nicht getestet bzw. zurückgegeben werden. Die Folgen der Entscheidung können gravierend sein (ARROW 1963: 949-951).

Da subjektive Einschätzungen und die individuelle Situation eine große Rolle spielen, können jedoch die soziologisch geprägten *Rational-Choice*-Ansätze herangezogen werden (BROUWER 2003: 296). Sie bieten Raum für sehr unterschiedliche Ansichten, welche die beste gesundheitliche Versorgung ist. Denkbar ist z. B. eine starke Kostenorientierung oder die Suche nach besonderen Behandlungsmethoden. Die Annahme, dass Menschen Entscheidungen nicht auf der Basis vollständiger Information treffen, ist Voraussetzung für die Anwendbarkeit der *Rational-Choice*-Ansätze. Wenn Patienten gar nicht bekannt ist, dass eine Behandlung im Nachbarland möglich ist, können sie sich nicht für diese Handlungsoption entscheiden. Wenn nur unzureichende Informationen vorliegen, entscheidet sich der Patient möglicherweise für eine Behandlung im Heimatland, obwohl sie im Nachbarland schneller, günstiger oder erfolgreicher durchgeführt werden könnte.

Die Differenzierung von Routinen und bewussten Entscheidungen hat Potenzial für die Analyse von Patientenentscheidungen, denn die Gesundheitsversorgung ist von Routinen geprägt. Ein Beispiel ist das immer gleiche Vorgehen im Falle einer Erkältung: Es wird der gleiche Arzt konsultiert bzw. die gleiche Behandlung gewählt, solange das Vorgehen erfolgreich ist. Auch die grenzüberschreitende Behandlung kann eine solche Routine sein. Aber auch der umgekehrte Fall ist denkbar: Die Behandlung im Heimatland ist Routine, der Patient ist aber nicht mehr zufrieden und sucht nach neuen Möglichkeiten, auch im Nachbarland. Die Berücksichtigung kultureller Handlungsmuster bietet eine erste Möglichkeit für eine Einbeziehung kultureller Aspekte bei der Analyse der grenzüberschreitenden Patientenmobilität. Die Berücksichtigung der Subjektivität von Entscheidungen und der Bedeutung von kulturellen „Rezepten“ sind im Kontext der vorliegenden Arbeit die Stärke neuerer *Rational-Choice*-Ansätze. Sie weisen jedoch Defizite bei der Einbettung von Entscheidungsprozessen und der Konkretisierung des Einflusses persönlicher Merkmale auf und vernachlässigen Wahrnehmungsaspekte.

2.2 Ein geographischer Ansatz: *Handlungszentrierte Sozialgeographie*

Humangeographische Untersuchungen setzen sich dagegen immer wieder mit der Bedeutung der individuellen Wahrnehmung für grenzüberschreitende Beziehungen auseinander. Zahlreiche geographische Projekte stellen die Perspektive der Bewohner von Grenzregionen in den Fokus und nutzen dazu wahrnehmungsgeographische Ansätze (z. B. AHRBERG 2004, HOORN 2006; für die Großregion z. B. RIEDEL 1994, SCHOLZ 2011, ZUR NIEDEN 2006-2009). Allerdings ist die Wahrnehmungsgeographie zur Untersuchung von bewussten, zielgerichteten und individuellen Entscheidungen weniger geeignet, da sie auf der Annahme beruht, dass das Verhalten von Akteuren eine Reaktion auf Informationen und Reize aus der Umwelt und kein aktives Handeln ist.

Deshalb bezieht sich die Verfasserin der vorliegenden Arbeit auf die *Handlungszentrierte* oder *Handlungstheoretische Geographie*, wie sie v. a. von Benno WERLEN (z. B. 2008, 2007, 1987), aber z. B. auch von Peter WEICHHART (z. B. 2008, 1986) vertreten wird. Die folgenden Ausführungen sollen und können keine vollständige Diskussion des von WERLEN begründeten Ansatzes leisten. Sie heben stattdessen einige der Grundideen hervor, die sich im Sinne eines heuristischen Modells für die Analyse von Patientenentscheidungen eignen. Obwohl WERLENS Konzept in einigen Punkten kritisch zu hinterfragen ist (z. B. ARNOLD 1998, BÜRKNER 1999, MEUSBURGER 1999), sind die von ihm getroffenen Annahmen für die Untersuchung und Erklärung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität hilfreich.

Grundsätzlich geht die *Handlungszentrierte Sozialgeographie* davon aus, dass Räume durch das Handeln von Menschen konstruiert werden. Diesen Prozess bezeichnet Werlen als „Geographie-Machen“. Einzelne schaffen durch dieses „Geographie-Machen“ „gesellschaftliche Strukturen und Prozesse“ (WERLEN 1987: 3f., 18), die wiederum Bedingungen der folgenden Handlungen darstellen. Das Handeln Einzelner muss deshalb in den Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen rücken. Es handelt sich bei der *Handlungszentrierten Sozialgeographie* also um einen explizit mikroanalytischen Ansatz. Er untersucht Individuen und deren subjektive Perspektive, um gesellschaftliche Probleme zu verstehen (WEICHHART 1986, WERLEN 2008: 275-320).

Zum Handeln von Individuen präsentiert WEICHHART ein Modell, das die Annahmen der *Handlungstheoretischen Geographie* veranschaulicht (vgl. Abbildung 2). Ausgangspunkt des Handelns sind Ziele, die subjekt-, gruppen- und kulturspezifisch sind; das Handlungsziel muss dem Individuum nicht immer bewusst sein (WEICHHART 1986: 84). WERLEN

(2007: 137-141) geht von drei verschiedenen Ebenen des Bewusstseins aus, die nicht immer eindeutig voneinander getrennt werden können. Motive, Bedürfnisse und Wünsche, die Menschen nicht bewusst sind, werden in der ersten Kategorie zusammengefasst. Dieses gewohnheitsmäßige Handeln wird von den Vertretern der *Handlungszentrierten Sozialgeographie* auch als „*Quasi-Verhalten*“ bezeichnet. Handlungen der zweiten Kategorie basieren auf *praktischem Bewusstsein*. Sie werden ohne größeres Nachdenken aufgrund von vorhandenem Wissen und Erfahrungen durchgeführt, ohne dass das Vorgehen anderen Personen erklärt werden kann. Die Durchführung von Handlungen der dritten Kategorie, die auf *diskursivem Bewusstsein* beruhen, kann im Gegensatz dazu einer anderen Person erläutert werden und wird reflektiert (WEICHHART 1986: 86, WERLEN 2008: 283-286, WERLEN 1987: 12).

Das Handeln von Individuen unterliegt nach der *Handlungszentrierten Sozialgeographie* einer „subjektiven Rationalität“ (WEICHHART 1986: 88), was bedeutet, dass Außenstehende es nicht immer nachvollziehen können. Dies liegt zum einen daran, dass es Menschen sehr gut gelingt, ihr Handeln zu rechtfertigen, auch wenn es für Außenstehende fragwürdig ist.

„Der Mensch verfügt über ein sehr großes Repertoire rasonierender Bewußtseinsakte, durch die nahezu beliebige Zusammenhänge zwischen Sinnstruktur und Handlungsfolgen hergestellt werden können, die subjektiv (aber auch gruppen- oder gar kulturspezifisch) als ‚wahr‘, ‚richtig‘, ‚gültig‘ oder ‚angemessen‘ erscheinen. [...] Derartige psychische Umdeutungsprozesse, die durch unzählige Untersuchungen im Rahmen verschiedener Konsistenztheorien der Psychologie (etwa der Theorie der kognitiven Dissonanz) sehr gut bestätigt sind, werden dem Akteur aber gar nicht bewußt, sie werden von ihm keineswegs als ‚Ausrede‘ oder ‚Ausflucht‘ empfunden, sondern erscheinen subjektiv als völlig schlüssig, rational und logisch. Aus der ‚objektiven Sicht‘ eines externen Beobachters muß die gleiche Interpretation oft als völlig unsinnig erscheinen, sie wird als irrational oder a-rational klassifiziert, weil sie der Prüfinstanz der klassischen Logik nicht standhält.“ (WEICHHART 1986: 87f.)

Zum anderen sind Handlungen immer in dem sie umgebenden Kontext zu sehen. Dieser ist jedoch nicht als gegeben, starr und objektiv zu verstehen. Auf das individuelle Handeln wirkt er sich in der Form aus, wie er wahrgenommen und interpretiert wird. Dieser Kontext setzt sich aus mehreren Bestandteilen zusammen, die jeweils ermöglichend (Ressourcen) (+) oder beschränkend (*constraints*)⁶ (-) sein können (vgl. Abbildung 2).

⁶ Während WERLEN und WEICHHART *constraints* durchgängig als negativ bewerten oder als „Zwänge“ (z. B. WERLEN 2008: 282) bezeichnen, können sie auch als „Bedingungen“ in einem neutralen Sinn verstanden werden. In anderen Disziplinen werden dementsprechend positive und negative *constraints* unterschieden (z. B. MADHAVAN 2015: Kapitel 1, Abschnitt 7).

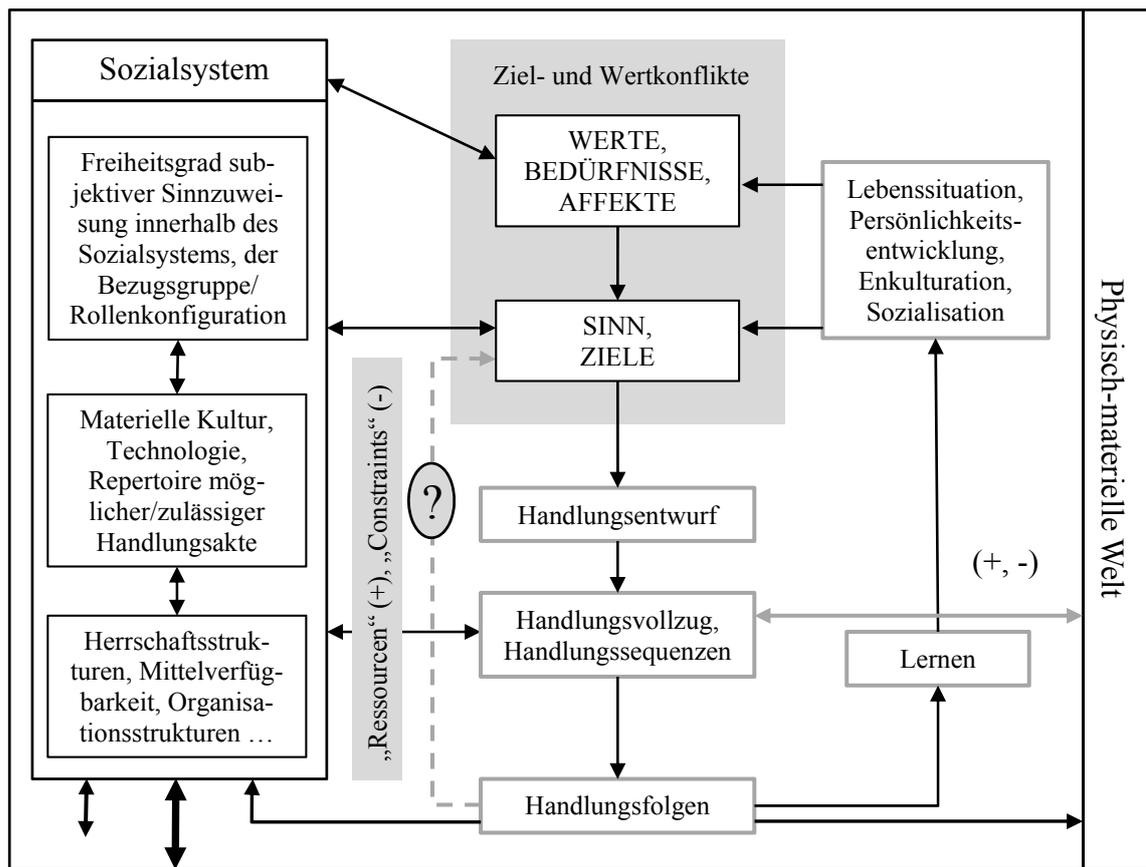


Abbildung 2 Handlungszentriertes Modell der Mensch-Umwelt-Interaktion

+ = ermöglichend - = beschränkend

Quelle: WEICHHART 2008: 263

Zunächst sind die subjektiven Voraussetzungen zu berücksichtigen: Beispielsweise wirken sich Sozialisation und Lebenssituation auf Werte und Bedürfnisse und damit auf die persönlichen Ziele aus. Kulturelle, politische, soziale und ökonomische Bedingungen bilden den Kontext des individuellen Handelns. Insbesondere Kultur und Gesellschaft fungieren als Orientierungsrahmen. Gruppen haben z. B. an ihre Mitglieder Erwartungen, wie sie sich in bestimmten Situationen zu verhalten haben. Bestimmte Verhaltensweisen werden belohnt, andere sind verpönt. Daneben bestimmt auch die Macht des Individuums und die ihm zur Verfügung stehenden Mittel, welche Handlungen möglich sind und gewählt werden. Diese Zusammenhänge werden in Abbildung 2 unter dem Begriff „Sozialsystem“ zusammengefasst. Die *physisch-materielle Welt* kann durch das Vorhandensein von Ressourcen ermöglichend, durch Zwänge aber auch beschränkend wirken. Das Modell berücksichtigt auch, dass die aktuellen Bedingungen durch vorangegangene Handlungen geschaffen wurden. Dieser Zusammenhang wird in Abbildung 2 durch die von den *Handlungsfolgen* in Richtung des *Sozialsystems* und der *physisch-materiellen Welt*

ausgehenden Pfeile dargestellt (WEICHHART 1986: 84-88, WERLEN 2008: 287-289, WERLEN 2007: 63f., WERLEN 1987: 18).

Das Modell unterscheidet drei Phasen der Handlung. Der Handlungsprozess läuft bei der handelnden Person kontinuierlich ab, die wissenschaftliche Beschreibung, Analyse und Erklärung wird durch diese Untergliederung jedoch erleichtert (BÖHMER 1990: 1, DIXON et al. 2010: 13).

1. In der Phase des *Handlungsentwurfs* werden Vorüberlegungen angestellt. Es werden Instrumente zur Zielerreichung gesucht und verglichen. Anschließend erfolgt die Wahl einer Option. Es wird versucht, Hindernisse für die Umsetzung zu identifizieren und die Handlungsfolgen vorherzusehen.
2. In der Phase der *Handlungsverwirklichung* schließt sich die konkrete Durchführung der Handlung – möglicherweise in mehreren Schritten – an.
3. Als dritte Phase sind beabsichtigte und unbeabsichtigte *Handlungsfolgen* zu berücksichtigen. Die *Handlungsfolgen* werden mit dem Handlungsziel verglichen, in Abbildung 2 durch das Fragezeichen dargestellt. Fällt der Vergleich positiv aus, können sich neue Ziele entwickeln. Bei einem negativen Ergebnis kann die Handlung wiederholt oder für das Nichtgelingen verantwortliche Personen oder Rahmenbedingungen identifiziert werden. Alternativ wird der Sinn der Handlung nachträglich umgedeutet. Es können zudem Lernprozesse stattfinden, die sich auf zukünftige Handlungen auswirken (WEICHHART 1986: 86-88, WERLEN 2008: 288f.).

In Abhängigkeit vom Forschungsthema stehen in der *Handlungszentrierten Sozialgeographie* unterschiedliche Handlungstheorien zur Verfügung, die sich jedoch nicht gegenseitig ausschließen (WERLEN 2008: 290-294). Dass die *Zweckrationale Handlungstheorie* mit Bezug auf den *homo oeconomicus* oder *homo rationalis* für die vorliegende Arbeit nicht geeignet ist, wurde bereits erläutert. Die *Normorientierte Handlungstheorie* untersucht die Bedeutung von sozialen Normen und kulturellen Werten für die Definition von Zielen und für die Wahl der Mittel zur Erreichung dieser. Sie ist dazu geeignet, Territorialisierungen, die auf der Regelung des Zugangs zu Räumen basieren, zu untersuchen (WERLEN 2008: 298f., 307-312). Die *Verständigungsorientierte Handlungstheorie* geht der Frage nach, welche Auswirkungen individuelles Wissen auf die Konstruktion von subjektiven Bedeutungen hat, wie z. B. die Ausbildung von bestimmten Gefühlen gegenüber Räumen (WERLEN 2008: 300-302, 312-316).

Nun ist zu klären, in welchem Verhältnis *Rational-Choice-Ansätze* und die *Handlungszentrierte Sozialgeographie* zueinander stehen. Dabei sollen nur die neueren *Rational-*

Choice-Konzepte berücksichtigt werden. Die Bezüge zwischen den beiden Ansätzen und die Potenziale einer Verknüpfung können an mehreren Punkten aufgezeigt werden. Beide gehen davon aus, dass das individuelle Handeln zielorientiert geschieht und von subjektiver Rationalität geprägt ist. Die Annahmen zur begrenzten Rationalität und zur unvollständigen Information entsprechen sich. Beide Ansätze unterscheiden unbewusstes, routinemäßige Handeln und bewusste Handlungen. Die Begründung für die Abgrenzung von Routinen und bewussten Entscheidungen unterscheidet sich bei ESSER und WERLEN, inhaltlich ähneln sich die Differenzierungen jedoch. Stärker als die *Rational-Choice*-Theorien betont die *Handlungszentrierte Sozialgeographie* die Bedingungen des Handelns. Sie reichen von den persönlichen Rahmenbedingungen über das *Sozialsystem* bis zur *physisch-materiellen Welt* und schließen vorangegangene Handlungen ein. Die Kombination beider Theorien bietet sich für eine umfassende Betrachtung von Entscheidungsprozessen an.

Die *Handlungszentrierte Sozialgeographie* erweist sich aus mehreren Gründen als für die Analyse der grenzüberschreitenden Patientenmobilität geeignet. Bei der Untersuchung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität sind sowohl Bezüge zur *Norm-* als auch zur *Verständnisorientierten Handlungstheorie* möglich. Der normorientierte Ansatz ist wegen der nationalstaatlichen Organisation der Gesundheitsversorgung interessant. Das Abweichen der Patienten vom Prinzip der Territorialität – der Norm – wird negativ sanktioniert, indem z. B. anfallende Kosten nicht von der Krankenversicherung übernommen werden. Die *Verständigungsorientierte Handlungstheorie* kann genutzt werden, um die Einstellung der Patienten zur Nachbarregion und deren Einfluss auf die Entscheidung zu untersuchen.

Die starke Betonung der subjektiven Wahrnehmung in handlungszentrierten Modellen ist für die vorliegende Fragestellung von großer Bedeutung. Sie erklärt, warum Menschen bei ähnlichen Rahmenbedingungen nicht auf die gleiche Art und Weise handeln. Es ist kaum möglich vorherzusagen, ob sich ein Patient für oder gegen eine grenzüberschreitende Behandlung entscheidet (BROUWER 2003: 296, LEGIDO-QUIGLEY et al. 2012: 35). Die Einbeziehung der persönlichen Rahmenbedingungen ist angesichts bisheriger empirischer Ergebnisse unerlässlich. Das Handeln ist von persönlichen Merkmalen, wie z. B. Alter, Bildungsniveau, Lebenskontext und Erfahrungen, abhängig (ANTHAMATTEN & HAZEN 2011: 105, BOLTEN 2007b: 17, HELMAN 2007: 4f.).

Bei einer Übertragung des beschriebenen handlungszentrierten Entscheidungsprozesses auf die grenzüberschreitende Patientenmobilität ergibt sich folgender Handlungsablauf (vgl. Abbildung 3).

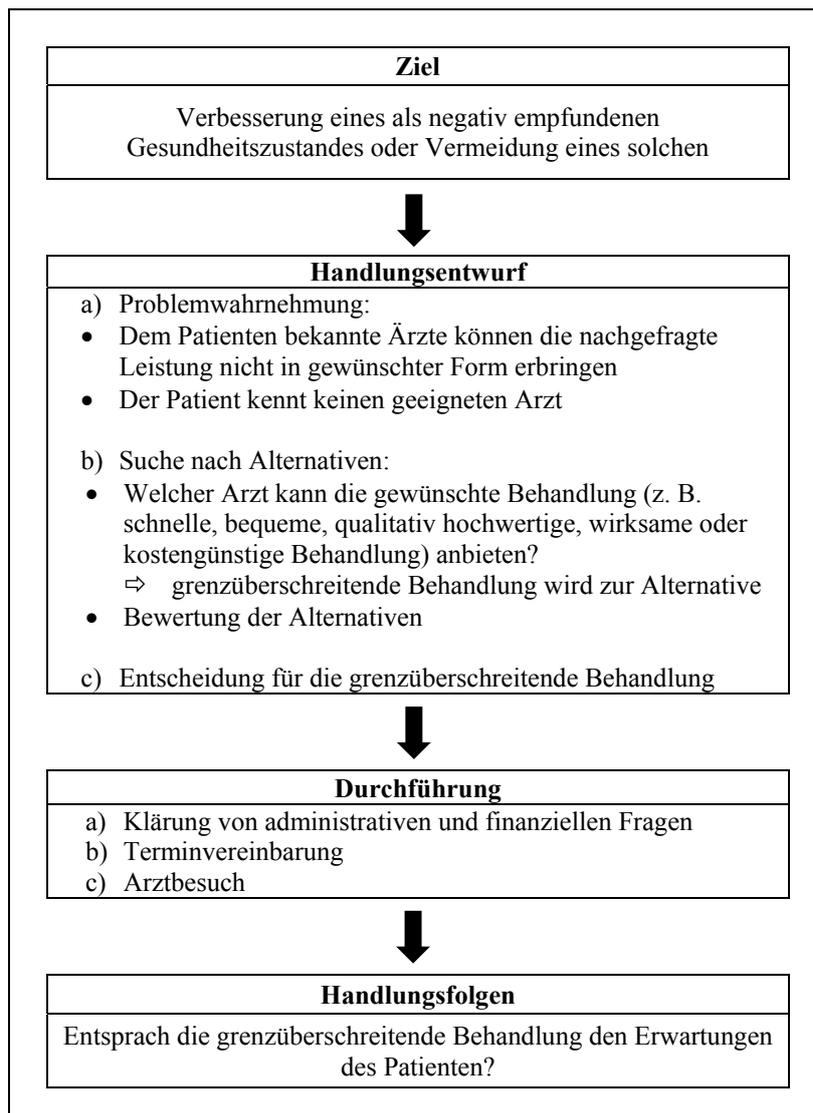


Abbildung 3 Entscheidungsprozess für eine grenzüberschreitende Behandlung

eigene Abbildung

Das Ziel des Patienten ist im vorliegenden Fall die Inanspruchnahme einer ambulanten Behandlung mit der Absicht, einen als negativ empfundenen Gesundheitszustand zu verbessern oder die Entstehung von Beschwerden von vornherein zu verhindern. Gewünscht wird die Wahl eines Anbieters, der die beste – z. B. schnellste, bequemste, qualitativ hochwertigste, wirksamste oder kostengünstigste – Behandlung ermöglicht.

Wenn es sich für den Patienten um eine Routine handelt, wird er wie üblich vorgehen und seinen gewohnten Arzt kontaktieren. Möglicherweise bemerkt er jedoch, dass entweder sein bisheriger Arzt die nachgefragte Leistung nicht in der gewünschten Form erbringen kann oder dass er keinen Arzt kennt, der ihm in seiner Situation weiterhelfen könnte. Seine

bisher befolgte Routine hilft nicht weiter. Der Patient muss nun eine bewusste Entscheidung im Sinne ESSERS treffen.

Auf Grundlage der erworbenen Informationen wägt der Patient die Handlungsoption der Konsultation im Nachbarland gegen die Möglichkeit der Behandlung im Inland ab und trifft eine Entscheidung. Falls er sich für eine Behandlung im Ausland entscheidet, folgt die eigentliche Durchführung der grenzüberschreitenden Behandlung (vgl. Abbildung 3). Sie gliedert sich möglicherweise in die Vorbereitung, z. B. die Terminvereinbarung, und den Arztbesuch. Die einmal erfolgte Behandlung im Ausland und die dadurch gesammelten Erfahrungen gehen dann als *Handlungsfolgen* in die nächste vergleichbare Entscheidung mit ein. Wenn die grenzüberschreitende Behandlung zufriedenstellend war und wiederholt wird, kann sie zur Routine werden.

Aus diesen Ausführungen zu den handlungszentrierten Konzepten werden für die vorliegende Arbeit folgende Annahmen übernommen: Die aus der *Rational-Choice*-Theorie entwickelten Annahmen konnten mithilfe der *Handlungszentrierten Sozialgeographie* präzisiert werden und Defizite ausgeglichen werden. Die subjektive Wahrnehmung von kulturellen, politischen, sozialen, ökonomischen und individuellen Bedingungen ermöglicht und beschränkt Handlungsoptionen. Die *Handlungszentrierte Sozialgeographie* räumt der persönlichen Wahrnehmung eine hohe Relevanz ein und stellt gleichzeitig das zielorientierte individuelle Handeln in den Fokus. Ob eine Entscheidung auf unbewusster Routine oder auf bewusstem Handeln basiert, hängt davon ab, ob es sich um eine bekannte oder neue Entscheidungssituation handelt. Da die *Handlungsfolgen* weitere Handlungen beeinflussen, können aus bewussten Entscheidungen bei der Wiederholung der Handlung Routinen werden. Mit den bisher betrachteten zwei Ansätzen kann jede Art von Patientenentscheidung analysiert werden. Daraus abgeleitete Hypothesen gelten deshalb zum Teil auch für Behandlungen im Heimatland. Durch den Bezug auf die *Rational-Choice*-Theorie und die *Handlungszentrierte Sozialgeographie* kann der grenzüberschreitende Charakter des in der vorliegenden Arbeit betrachteten Entscheidungsprozesses nicht berücksichtigt werden. Die speziellen *constraints*, die sich bei der Behandlung im Nachbarland ergeben, werden in den folgenden zwei Unterkapiteln konkretisiert.

2.3 Der Einfluss von Transaktionskosten

Als erste Besonderheit grenzüberschreitender Behandlungen ist die große Bedeutung von Informationen für den Entscheidungsprozess der Patienten zu berücksichtigen. Damit die grenzüberschreitende Behandlung in der Phase des Handlungsentwurfes zur Alternative werden kann, muss der Patient zunächst wissen, dass er sich im Ausland behandeln lassen kann. Danach wird er für die Kosten-Nutzen-Abwägung weitere Informationen über die Rahmenbedingungen, das Behandlungsangebot und über das Funktionieren des Gesundheitssystems im Nachbarland benötigen.

Die Beschaffung, Erstellung, Verbreitung und Aneignung von Informationen ist in grenzüberschreitenden Kontexten aufwendiger als innerhalb eines Landes (ARROW 1963: 946-951, THOMSON & DIXON 2004: 1). Die dafür entstehenden Kosten können als Transaktionskosten verstanden werden. Die Idee der Transaktionskosten geht ursprünglich auf den Wirtschaftswissenschaftler Ronald H. COASE zurück. In den 1930er-Jahren beschäftigte er sich mit der Frage, ob es für Firmen günstiger ist, ein Produkt intern herzustellen oder den Auftrag an einen externen Partner zu vergeben. Unternehmen müssen also den Aufwand und Ertrag von zwei Handlungsalternativen abwägen (WILLIAMSON 2010: 10). Oliver E. WILLIAMSON griff diesen Gedanken im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts wieder auf. Er bezeichnete Kosten, die dadurch entstehen, dass potenzielle Partner und Informationen über diese gesucht, Kontakt zu ihnen hergestellt, Bedingungen und Verträge verhandelt, Anpassungen vorgenommen und deren Einhaltung kontrolliert werden müssen, als Transaktionskosten. Sie umfassen sowohl *ex-ante*-Kosten, die für Planung, Verhandlung und Entscheidung entstehen, als auch *ex-post*-Kosten für Überwachung und Anpassung. Transaktionskosten wirken wie die Reibung in mechanischen Systemen, die das Funktionieren beeinträchtigt bzw. Energie kostet. Transaktionskosten müssen nicht finanzieller Natur sein, sondern können in Form von Aufwand und Zeit vorliegen und sind nicht immer messbar (BATHELT & GLÜCKLER 2003: 156f., DÖRING 1998: 32, KREIKEBAUM 1998: 25, WILLIAMSON 1990: 1, ZACHARAKIS 1997: 26).

Die Höhe der Transaktionskosten hängt nach WILLIAMSON (1990: 60-69) von drei Aspekten ab: der Faktorspezifität, dem Problem der Unsicherheit und der Häufigkeit der Transaktion. Die Faktorspezifität bezeichnet die Tatsache, dass mit zunehmender Spezifität eines Produktes der Aufwand für den Abschluss von Vereinbarungen und die Schaffung von Voraussetzungen, wie z. B. Infrastrukturen oder benötigtem Wissen, zunimmt.

Unsicherheit besteht, wenn man nicht einschätzen kann, wie der Partner handeln wird. Sie wirkt sich negativ auf die Höhe der Transaktionskosten aus, da zusätzliche Maßnahmen ergriffen werden, um mögliche Probleme zu verhindern und Risiken zu senken. Die Häufigkeit ist relevant, weil die Kosten sinken, wenn Kontakte und Prozesse schon eingespielt sind.

Wie die zwei bereits diskutierten Theorien geht die *Transaktionskostentheorie* von Akteuren mit begrenzter Rationalität aus (WILLIAMSON 1990: 51-57). Menschen sind zudem nie vollständig informiert und verstehen die vorhandenen Informationen nicht uneingeschränkt (BATHELT & GLÜCKLER 2003: 156, ZACHARAKIS 1997: 25). Hier werden die Anknüpfungspunkte zur *Rational-Choice*-Theorie und zur *Handlungszentrierten Sozialgeographie* deutlich.

Der Transaktionskostenansatz erfuhr immer wieder Kritik unterschiedlichster Art. Ihm wird z. B. vorgeworfen, den Hintergrund der Akteure zu vernachlässigen und die Umwelt außer Acht zu lassen (z. B. BATHELT & GLÜCKLER 2003: 156, DÖRING 1998: 45-63, FOSS & KLEIN 2010). Als Folge der Auseinandersetzung mit diesen Kritikpunkten fand eine Weiterentwicklung des Transaktionskostenansatzes statt. Der Geograph Allen J. SCOTT erweiterte den Transaktionskostenansatz in den 1980er Jahren um eine räumliche Perspektive. Er wies nach, dass sich eine geringe räumliche Distanz der Partner vorteilhaft auf die Höhe der Kosten auswirkt (z. B. SCOTT 1983). Die Überschreitung von Grenzen bedeutet wie die Überwindung großer Entfernungen einen Aufwand (VAN HOUTUM 1998: 23-25). So steigern z. B. administrative Hindernisse und Unterschiede die Kosten der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Solche Barrieren können durch offizielle Regelungen, aber auch durch übliche Verfahrensweisen entstehen und betreffen insbesondere Staatsgrenzen (KULKE 2008: 209f.). Unterschiedliche „Sitten, Gebräuche, Gewohnheiten“ sind kostenrelevante Faktoren (WILLIAMSON 1990: 25f.). Je größer die kulturellen Unterschiede zwischen den Partnern sind, desto höher sind die Transaktionskosten (SOUSA & BRADLEY 2008: 469). Die Entscheidung, ein Produkt im Ausland erstellen zu lassen, ist mit Risiken, die durch Sprachprobleme, andere Religionen oder Normen entstehen, verbunden (ZACHARAKIS 1997: 24f.).

Transaktionskosten können nicht nur zur Erklärung unternehmerischer Entscheidungen eingesetzt werden, sondern auch auf das Handeln Einzelner in unterschiedlichsten Kontexten bezogen werden. In Anlehnung an die Entscheidung zwischen der internen Herstellung eines Produktes und einer externen Auftragsvergabe werden sie auch zur Analyse der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung eingesetzt. Die interne Erstellung kann

mit der gewohnten Behandlung im Heimatland gleichgesetzt werden; ihr steht die Behandlung im Gesundheitssystem des Nachbarlandes gegenüber. Die Anwendung zur Analyse der grenzüberschreitenden Patientenmobilität ist möglich, weil es zwischen den Verhaltensannahmen der *Transaktionskostentheorie* und empirischen Ergebnissen zu Patientenentscheidungen Übereinstimmungen gibt (DÖRING 1998: 30, KLAR 2013: 84-90). Andreas KLAR (2013: 22) wendet den Transaktionskostenansatz in seiner Untersuchung zum Gesundheitstourismus in Europa an, um die These, dass sowohl monetäre als auch nicht-monetäre Kosten die Patientenentscheidung beeinflussen, zu überprüfen. Als Transaktionskosten versteht KLAR (2013: 91-93) den Aufwand, der für Patienten bei der Suche nach Informationen über Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Behandlung und geeigneten Anbietern entsteht (*ex-ante*-Kosten). Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu einem Arzt im Ausland und die Überwindung der sich aus dem unbekanntem Behandlungsweg ergebenden Unsicherheit gehören ebenfalls dazu (*ex-post*-Kosten). Auch wenn ein Anbieter gefunden wurde, können weitere Transaktionskosten entstehen.

„Am Beispiel einer grenzüberschreitenden Krankenhausbehandlung sind die Transaktionskosten neben bürokratischen und logistischen Aufwand insbesondere jener Aufwand, den der Patient und die behandelnden Ärzte betreiben müssen, um sich ein Bild über die Erfolgchancen und die Art und Qualität der Behandlung machen zu können“. (DEUTZ 2010: 46)

Die Nutzung des Transaktionskostenansatzes im Zusammenhang mit der grenzüberschreitenden Patientenmobilität ist zielführend, weil empirische Untersuchungen die mangelnde Information der Bevölkerung in Grenzregionen bestätigen. Patienten haben lückenhafte und falsche Informationen über die komplexen Rahmenbedingungen und potenziell geeignete Anbieter. Befragungen belegen, dass das Wissen über die Möglichkeit grenzüberschreitender Behandlungen und über das Funktionieren einer Behandlung in der Nachbarregion, z. B. über die Erstattungsmechanismen, sehr begrenzt ist (CALNAN et al. 1997). Grund für die Informationsdefizite ist der große Aufwand für die Suche, der durch Sprachbarrieren in die Höhe getrieben wird (FILHON et al. 2012: 289).

Die von WILLIAMSON genannten drei Faktoren, welche die Höhe der Transaktionskosten beeinflussen, spielen auch bei medizinischen Behandlungen eine Rolle. Im Fall einer leichten, häufig vorkommenden Erkrankung, die eine geringere Spezifität aufweist, ist der Entscheidungsprozess weniger komplex als bei schweren oder seltenen Krankheiten, bei denen die Behandlung kompliziert oder umstritten ist. Die Bedeutung der Unsicherheit ist bei medizinischen Behandlungen größer als bei der Nutzung anderer Produkte oder Dienstleistungen. Sie nimmt zu, wenn es sich um ein fremdes Gesundheitssystem handelt

(KLAR 2013: 96f.). Im Normalfall liegt zwischen Patient und Arzt eine Informationsasymmetrie zugunsten des Arztes vor, der über einen größeren Sachverstand verfügt (ARROW 1963: 951, DIXON et al. 2010: 12, FRÖHLICH et al. 2011: 51, KRIWY & AUMÜLLER 2007: 465, STRAUB & ZIELKE 2007: 719, WAGENER et al. 2006: 247). Durch Sprachprobleme und mangelnde Kenntnisse der fremden Gesetzgebung kann sich diese Informationsasymmetrie verstärken. Die dadurch entstehenden Kommunikationsprobleme erhöhen die Unsicherheit des Patienten, was zum Abbruch der Behandlung führen kann (KLAR 2013: 66f., NYS & GOFFIN: 207, STRAUB & ZIELKE 2007: 717). Andererseits ist sich auch der Arzt möglicherweise unsicher, wie ausländische Patienten handeln und reagieren. Er weiß nicht, welche Erwartungen sie an ihn haben und wie er reagieren soll. Mit zunehmender Häufigkeit der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit oder der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen kann der Partner besser eingeschätzt und Routinen entwickelt werden; die Unsicherheit nimmt ab (DEUTZ 2010: 50). Wenn ein Patient bereits Erfahrungen mit grenzüberschreitenden Behandlungen hat, wird das seinen Informationsbedarf und damit den Aufwand reduzieren. Dies macht eine erneute Inanspruchnahme – falls die Erfahrung positiv war – wahrscheinlicher.

„What makes the findings all the more noteworthy is that over 50 % of respondents had already had a previous experience with crossborder care, indicating that people know what to expect when they cross the border *and* that they do so precisely because they feel that the type and quality of care on the other side of the border suits their needs and expectations best”. (LEGIDO-QUIGLEY 2008: 58, Hervorhebung im Original)

Darüber hinaus steigt der Entscheidungsaufwand mit der Zahl der zur Auswahl stehenden Handlungsoptionen. Zu viele Alternativen können demotivierend sein und sich negativ auf die Wahrnehmung der Wahlmöglichkeit auswirken (DIXON et al. 2010: 11-15).

Den *Rational-Choice*-Ansätzen folgend muss die Kosten-Nutzen-Abwägung der grenzüberschreitenden Behandlung positiv ausfallen, damit sie gewählt wird. Das bedeutet, dass die Nachteile und die entstehenden Transaktionskosten kleiner als die Vorteile sein müssen. Um die Transaktionskosten möglichst gering zu halten, kann der Patient seine Entscheidung auf Empfehlungen anderer Personen stützen. Dieses Vorgehen spielt bei grenzüberschreitenden Behandlungen eine sehr große Rolle, ist aber auch bei einer Behandlung im Heimatland sinnvoll. Durch die Empfehlung sinkt der Aufwand für die Suche nach Handlungsalternativen und die Unsicherheit ist geringer (KLAR 2013: 217, WAGNER et al. 2010: 13).

Empfehlungen beruhen auf dem Vertrauen in die Person, die diese ausspricht. Das Vertrauen kann auf der engen persönlichen Beziehung zu dieser Person, z. B. Familienangehö-

rigen, Freunden oder Kollegen, beruhen (KRIWY & AUMÜLLER 2007: 465). „Economics suggests that consumer searches among sellers will consist principally of a series of queries to relatives, friends and associates for recommendations” (DIXON et al. 2010: 12). Befragungen in den Niederlanden bestätigen, dass Empfehlungen dieser Personengruppen oft die Entscheidungsgrundlage für Patienten sind (BROUWER 2003: 296f.). Diese Personen wirken aufgrund ihrer Erfahrungen als „Intermediäre“ (KLAR 2013: 60). Die Verbreitung von Erfahrungen und Tipps führt zu einem Schneeballeffekt – eine Art der Behandlung oder ein Anbieter erhält dadurch steigenden Zulauf. „Patient mobility can generate patient mobility” (GLINOS & BAETEN 2006: 10).

Das Vertrauen in die Empfehlung kann auch an die berufliche Qualifikation und Erfahrung, z. B. eines Arztes, gebunden sein. Der Patient kann z. B. seinem Arzt im Heimatland vertrauen, der ihm eine grenzüberschreitende Konsultation vorschlägt, und seinen eigenen Entscheidungsaufwand dadurch minimieren. Allerdings setzt dies voraus, dass der Arzt selbst über diese Möglichkeit im Bilde ist und die Information weitergeben möchte. Empirische Studien belegen die Relevanz dieses Mechanismus (ARROW 1963: 965, BROUWER et al. 2003: 294, CALNAN et al. 1997: 31).

Denkbar wäre auch die Nutzung von Internetforen, in denen Patienten z. B. ihre Erfahrungen mit Ärzten öffentlich bewerten, oder die Orientierung an Informationen von Krankenkassen (KLAR 2013: 60f.). Allerdings fehlt beim Austausch mit unbekanntenen Personen der persönliche Kontakt, weshalb Empfehlungen schwerer eingeschätzt werden können. Das Vertrauen ist geringer und die Empfehlung hat dadurch einen geringeren Wert.

Empfehlungen werden auch genutzt, wenn es um die Wahl eines Arztes im Heimatland geht. Die besondere Bedeutung von Empfehlungen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung besteht darin, dass weniger Informationen und Erfahrungen vorliegen und ein Wechsel in ein anderes Gesundheitssystem zusätzliche Herausforderungen bedeutet. Empfehlungen stellen eine besondere Form von Information dar, weil sie *stilles Wissen* (*tacit knowledge*) beinhalten und bereits von einer anderen Person auf ihre Praxistauglichkeit überprüft wurden. Einem empfohlenen Anbieter kann deshalb ein Vertrauensvorschuss entgegengebracht werden.

Eine weitere Möglichkeit den Entscheidungsaufwand zu reduzieren, ist die Orientierung an Kriterien, über die leicht Informationen zu bekommen sind, wie z. B. dokumentierte Zusatzqualifikationen eines Arztes. Anbieter können auch aufgrund von individuellen Ausschlusskriterien, wie z. B. das gewünschte Geschlecht des Arztes, abgelehnt werden (DIXON et al. 2010: 12-14, KRIWY & AUMÜLLER 2007: 465).

Die *Transaktionskostentheorie* zeigt auf, dass die Suche nach Handlungsalternativen und nach Informationen über die bestehenden Optionen Kosten – nicht nur finanzieller Art – verursacht. Es gibt mehrere Faktoren, welche die Kosten in die Höhe treiben, darunter die Überwindung von Grenzen und kulturellen Unterschieden. Was unter kulturellen Unterschieden zu verstehen ist, deuten einige Autoren im Zusammenhang mit den Transaktionskosten an, es sind jedoch weitere Ausführungen dazu notwendig.

2.4 Der Einfluss von Kultur und kulturellen Unterschieden

Das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Kulturen, was in zahlreichen Publikationen als Barriere für die grenzüberschreitende Patientenmobilität aufgeführt wird, ist eine zweite Besonderheit grenzüberschreitender Behandlungen. In der vorliegenden Arbeit wurden kulturelle Routinen bereits als Möglichkeit zur Aufwandsreduzierung und kulturelle Unterschiede als Einflussgröße auf die Transaktionskosten thematisiert. In diesem Unterkapitel wird zunächst dargestellt, welchen Einfluss Kultur auf die Gesundheitsversorgung hat und wie sich kulturelle Unterschiede zwischen Gesundheitssystem und Patient auswirken. Davon ausgehend wird diskutiert, welche Ansätze zur Bestimmung kultureller Unterschiede existieren und inwiefern sie für die Untersuchung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität geeignet sind.

Im Folgenden wird zunächst ein knapper Überblick über den aktuellen Kulturbegriff in der Humangeographie gegeben. Wie in anderen Sozial- und Gesellschaftswissenschaften kam es im Zuge des *cultural turns* seit den 1970er-Jahren zu einem Wandel des geographischen Kulturbegriffs. Zunächst ist eine Ausweitung dessen, was als Kultur verstanden wird, zu beobachten: Kultur wird sehr allgemein als „whole way of life“ (BLOTEVOGEL 2003: 10) definiert. Konkreter kann darunter der „Prozess der sinnhaften Kartierung der Welt und der Verortung des Selbst als zentraler Aspekt menschlicher Kommunikation und menschlichen Handelns“ (BLOTEVOGEL 2003: 10) verstanden werden. Damit handelt es sich um ein konstruktivistisches Kulturverständnis, das davon ausgeht, dass „Kultur nicht einfach ‚da ist‘, sondern in Prozessen der Bedeutungszuweisung von sozialen Akteuren immer wieder aufs Neue hergestellt wird“ (LOSSAU 2008: 321). Diese Prozesse stützen sich auf subjektive Sinnzuschreibungen und subjektive Deutungen von Symbolen. Die so entstehenden „Deutungsmuster“ sind dem praktischen Bewusstsein zuzuordnen und den Menschen nicht bewusst (WERLEN 2003b: 262). Bisher hingenomene gesellschaftliche Strukturen und

Prozesse müssen aufgrund dieser Annahmen hinterfragt werden, um ihre Konstruktion verstehen zu können. Mit dieser neuen Sichtweise geht eine Reihe von Konsequenzen einher: Kultur ist dynamisch und Räume sind nicht kulturell homogen. Da in Frage gestellt wird, ob es eine objektive Wahrheit gibt, kann Wissenschaft keine solche darstellen (BLOTEVOGEL 2003, KUHLE 2006, LOSSAU 2014, LOSSAU 2008, SCHEFFER 2010, WERLEN 2003a).

Die Humangeographie nimmt seit dem *cultural turn* von der Vorstellung kulturell homogener Räume und damit eindeutig voneinander abgrenzbarer Kulturräume bzw. National- oder Regionalkulturen Abstand (BLOTEVOGEL 2003, LOSSAU 2008, WERLEN 2003a). Der Bezug auf Nationalstaaten oder andere Containerräume impliziert eine kulturelle Homogenität und Abgrenzbarkeit von Kulturen, die angesichts heutiger Kommunikationsmöglichkeiten und Globalisierungsprozesse nicht mehr gegeben ist. Kulturräume können deshalb nur aufgrund einzelner, z. B. fragestellungsrelevanter, Merkmale festgelegt werden. Solche Kulturräume existieren nebeneinander und überlappend (SCHEFFER 2009a, 2009b, 2007).

Mit der Erweiterung des Kulturbegriffes ist auch die Gesundheitsversorgung als Teil der Kultur zu verstehen. Das allgemein zunehmende wissenschaftliche Interesse am Einfluss von Kultur und an interkulturellen Fragestellungen wird auch im Bereich der Gesundheitsversorgung deutlich. Den Zusammenhängen zwischen Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Kultur wird zunehmend Aufmerksamkeit gewidmet. Dass solche Zusammenhänge bestehen, ist inzwischen wissenschaftlich akzeptiert (BOLTEN 2007b, QUAH 2010, STRAUB & ZIELKE 2007: 717). Kultur wird in Zusammenhang mit Gesundheit übereinstimmend als das einer Gruppe eigene Muster aus Werten, Glauben und Einstellungen begriffen. Es bietet Orientierung und beeinflusst das Handeln (ANTHAMATTEN & HAZEN 2011: 105, HELMAN 2007: 2, QUAH 2010, STRAUB & ZIELKE 2007: 717). Konkret wirkt sich dieses Muster darauf aus, wie Gesundheit und Gesundheitsversorgung in einem Kollektiv wahrgenommen, organisiert und bewertet werden.

„Jede Kultur hat ein Ideensystem entwickelt, welches das Wissen dieser Kultur in ein logisches Miteinander bringt. Hier werden die materiellen Möglichkeiten, die Institutionen und die Vorstellungen über Heilinstanzen, Körper, Gesundheit und Krankheit miteinander verwoben. So entstehen auch die Kulturspezifität von Krankheit und das kulturspezifische Erleben von Kranksein“. (LUX 2003: 167)

Individuen erben durch ihre Sozialisation in einer Gruppe explizite und implizite kulturelle Richtlinien, die ihre Wahrnehmung und ihr Handeln – auch bei der Gesundheitsversorgung – beeinflussen (BOLTEN 2007b: 18, FÜLLER 2012, HELMAN 2007: 2). Individuen sind sich

dieses Einflusses im Normalfall aber nicht bewusst und können diesen Prozess deshalb auch nicht reflektieren (BOLTEN 2007a: 29, BURCH 2008: 190). In diesem Zusammenhang sei noch einmal an die kulturellen Routinen, die unbewusst oder in Überforderungssituationen befolgt werden, erinnert.

Die kulturelle Prägung von Gesundheitsangeboten und gesundheitsbezogenem Handeln hat viele Dimensionen. Sie beeinflusst, wer als krank und gesund angesehen wird und wie Symptome wahrgenommen werden. Auch die Einstellung zu bestimmten Erkrankungen, z. B. ob sie als stigmatisierend empfunden werden, ist kulturspezifisch. Der kulturelle Kontext ist auf der Nachfrageseite mitverantwortlich dafür, ob sich Patienten bei Schulmedizinern, Homöopathen oder traditionellen Heilern behandeln lassen. Kulturelle Einflüsse wirken sich auf der Angebotsseite darauf aus, welche Gesundheitsdienstleistungen angeboten werden (HERRMANN 2000, QUAH 2010).

Über die Gestaltung von Gesundheitssystemen wird meist von staatlicher Seite entschieden. Es wird festgelegt, wie die Gesundheitsversorgung organisiert und materiell ausgestattet ist, wer in der Gesundheitsversorgung tätig ist und welche medizinischen Paradigmen verfolgt werden. Wie ein Gesundheitssystem organisiert ist, hängt damit von den bei den Entscheidungsträgern „bestehende[n] Traditionen, Glaubensvorstellungen und kulturellen Praktiken, Techniken und Methoden der Heilung oder Vorbeugung von Krankheit“ (HERRMANN 2000: 27) ab. Das Gesundheitssystem ist damit nicht nur eine Ressource, sondern auch *constraint*, durch den der Handlungsspielraum Einzelner eingeschränkt wird. Dies geschieht durch die Definition der anerkannten Behandlungsoptionen.

Daneben kann aber auch gesellschaftlich definiert werden, welcher Behandlungsweg akzeptiert wird (BURCH 2008: 187, HELMAN 2007, STRAUB & ZIELKE 2007: 717, WINKELMAN 2009: 5). In einem Gesundheitssystem nicht akzeptierte Handlungsoptionen, z. B. nicht im Leistungskatalog der Krankenversicherung vorgesehene Behandlungen, können von Gruppen oder Individuen dennoch toleriert oder geschätzt werden. Ein konkretes Beispiel ist die Tatsache, dass in Deutschland neben der vom staatlichen Gesundheitssystem favorisierten Schulmedizin alternative Heilmethoden an Bedeutung gewinnen. Vom Gesundheitssystem vorgegebene Normen werden z. B. von Patienten, die den staatlichen Impfempfehlungen nicht folgen, abgelehnt. Die Existenz eines einheitlichen Gesundheitssystems, das auch von mächtigen Lobby-Gruppen wie der Pharmaindustrie beeinflusst wird, bedeutet nämlich nicht, dass innerhalb eines Raumes nur eine homogene Gesundheitskultur existiert. Sowohl Organisationen, soziale Gruppen als auch

Individuen können eigene Gesundheitskulturen entwickeln, die aufgrund ihrer geringeren Macht aber keinen Eingang in das Gesundheitssystem finden (ANTHAMATTEN & HAZEN 2011: 105, HELMAN 2007: 3, QUAH 2010, STRAUB & ZIELKE 2007: 717-19). Die Übereinstimmung dieser Erkenntnisse mit der Ablehnung der Vorstellung kulturell homogener Räume in der Humangeographie ist nicht zu übersehen.

Die Verschiedenartigkeit von Gesundheitskulturen kann zu Problemen führen, wenn Patienten und Anbieter mit unterschiedlichen Gesundheitskulturen aufeinandertreffen – z. B. bei grenzüberschreitenden Behandlungen. Bei der Konfrontation mit einer anderen Gesundheitskultur behalten Patienten zunächst ihre gewohnten Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster bei. Die Folge sind möglicherweise „Verständigungsschwierigkeiten, Kommunikations- und Interaktionsprobleme, die zu Verunsicherungen auf beiden Seiten und sogar zum Abbruch der Begegnung führen können“ (STRAUB & ZIELKE 2007: 717). Konkret beobachtet werden solche Probleme z. B. bei Migranten, die es vorziehen, einen Arzt oder ein Krankenhaus im Heimatland aufzusuchen, um unter vertrauten Rahmenbedingungen behandelt zu werden (BUSSE et al. 2006: 36, LEGIDO-QUIGLEY et al. 2012: 35, MOREHOUSE & SALIDO 2010: 278, 283). Es ist jedoch möglich, dass sich die Gesundheitskultur eines Individuums durch Erfahrungen im zunächst fremden System wandelt (HELMAN 2007: 3, QUAH 2010).

Im Folgenden werden einige Merkmale genannt, aufgrund derer sich Unterschiede zwischen Gesundheitskulturen feststellen lassen. Da diese Merkmale aus den Gesundheitssystemen hervorgehen, ist es nicht verwunderlich, dass eine Kongruenz mit den Staatsgrenzen erkennbar ist. Gesundheitskulturen sind schwer durch Zahlen und Statistiken zu erfassen. Quantitative Daten weisen allerdings darauf hin, dass in einigen Ländern bestimmte Behandlungen häufiger vorkommen als in anderen, ohne dass das entsprechende Krankheitsbild häufiger vorkommt. Es werden stattdessen in gleichartigen Fällen andere Behandlungsoptionen gewählt (PAYER 1993: 2-4). Bei gleicher Faktenlage ist die Entscheidung für und gegen eine Therapie von der zur Verfügung stehenden Ausstattung, aber auch davon, was in diesem Gesundheitssystem üblich ist, abhängig. Behandlungsprioritäten, wie z. B. der Umgang mit Nebenwirkungen, Medikamenten, Risiken und Schmerzen, beruhen auf Werten und Einstellungen – und damit auf der kulturellen Prägung. „Die Unterschiede sind so groß, daß eine Behandlungsmethode, die in einem Land bevorzugt und häufig verwendet wird, im Nachbarland womöglich als Behandlungsfehler gilt“ (PAYER 1993: 13).

In Deutschland ist das Vorgehen bei bestimmten Herz-Kreislauf-Beschwerden auffällig. Obwohl nicht überdurchschnittlich viele Herzerkrankungen vorliegen, werden viele Herzmedikamente verschrieben. Viele Beschwerden werden auf Herzprobleme zurückgeführt und als behandlungsbedürftig eingeschätzt. Niedriger Blutdruck wird in anderen Ländern im Gegensatz zu Deutschland gar nicht behandelt und deshalb dort auch als „*german disease*“ bezeichnet (PAYER 1993: 75-89). Als Besonderheiten eines französischen Arztbesuches gelten sehr lange Konsultationen des Patienten beim Arzt, die nicht unbedingt zu einer Behandlung führen müssen. Im internationalen Vergleich werden in Frankreich viele Medikamente verschrieben, insbesondere zahlreiche Arzneimittel zur Stärkung der Abwehrkräfte. In Frankreich werden Strahlenbehandlung und weniger radikale chirurgische Eingriffe bei der Krebsbehandlung aus ästhetischen Gründen vorgezogen, in Deutschland steht die Wirksamkeit im Vordergrund (PAYER 1993: 27-65, CHEVREUL et al. 2010: 193).

Behandlungspräferenzen unterscheiden sich nicht nur zwischen Staaten, sondern auch innerhalb von Ländern. Für große regionale Behandlungsunterschiede werden die „Kultur der Abteilung“ und „regionale ‚Praxisstile‘“ verantwortlich gemacht (STORZ-PFENNIG 2012: 39, z. T. Übersetzung IF).

Ein weiteres Beispiel für kulturell bedingte Unterschiede ist die Tatsache, dass bestimmte Bezeichnungen – und damit auch die Krankheiten – nicht überall existieren. Sogenannte kulturspezifische Syndrome existieren nur in bestimmten Kulturen – wie z. B. Magersucht in westlichen Ländern (HERRMANN 2000: 28, STRAUB & ZIELKE 2007: 721f.). Im Deutschen gibt es kein Wort, das dem englischen Ausdruck „*chest pain*“ entspricht (PAYER 1993: 14-19). Bei Beschwerden im Brustbereich handelt es sich in Deutschland mangels anderer Begriffe deshalb immer um Herzprobleme. Weiterhin können mit dem gleichen Namen sehr unterschiedliche Leiden bezeichnet werden (STRAUB & ZIELKE 2007: 721f.). Die französische „*migraine*“ und die deutsche „Migräne“ bezeichnen nicht die gleichen Krankheitsbilder und Symptome (PAYER 1993: 14-19).

Die Rolle und das Selbstverständnis einzelner Berufsgruppen, die an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind, unterscheiden sich in Frankreich und Deutschland (BODE 2002: 553f.). Die Krankenpflegeausbildung in Frankreich hat einen akademischen Anspruch und bereitet auf andere Aufgaben als in Deutschland vor. Die Hierarchie zwischen Pflegekräften und Ärzten ist in Frankreich deshalb weniger ausgeprägt als in Deutschland (CHEVREUL et al. 2010: 157, EURES Transfrontalier 2001: 24-26). Das Berufsbild von Pflegekräften beruht auf „unterschiedlichen kulturellen Zuschreibungen“

(Strasbourg Conseil 2013: 49, Übersetzung IF), die durch die Ausbildungssysteme verfestigt werden und dadurch sehr wirkmächtig sind. Daneben haben unterschiedliche Akteursgruppen, wie z. B. die Ärzteverbände, die Pharmaindustrie oder die Krankenkassen, in den beiden Ländern unterschiedlich viel Macht und Einfluss bei der Gestaltung des Gesundheitssystems (vgl. Kapitel 4.3). Insgesamt gibt es in wissenschaftlichen Publikationen wenig konkrete Beispiele für Unterschiede im Gesundheitsbereich zwischen Frankreich und Deutschland, die eindeutig auf verschiedenartige (Gesundheits-)Kulturen zurückgehen. Das liegt u. a. daran, dass die Unterschiede im Vergleich zur globalen Bandbreite relativ klein sind und oft auf organisatorische Unterschiede zurückgeführt werden.

Die Annahme, dass Kulturen dynamisch und wandelbar sind, ist auf die Gesundheitsversorgung übertragbar. Es wird davon ausgegangen, dass ein Wandel von Gesundheitskulturen und -systemen prinzipiell möglich ist, sich aber „auf kulturell geprägten Pfaden“ (BODE 2002: 555) vollzieht und deshalb langwierig ist (BURCH 2008: 190f., STRAUB & ZIELKE 2007: 719). In Gesundheitssystemen können Veränderungen stattfinden, wenn z. B. Ärzte erfolgsversprechende Methoden aus anderen Kulturen übernehmen oder ihr Vorgehen an Patienten mit anderem kulturellen Hintergrund anpassen (QUAH 2010). Für die grenzüberschreitende Patientenmobilität bedeutet dies, dass sich die an Staatsgrenzen aufeinandertreffenden Gesundheitssysteme auch bei stattfindenden Austauschbeziehungen nur bedingt schnell aneinander anpassen können (HOFFARTH 2011: 166, VAN HOUTUM 1998: 23).

Für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist nun relevant, wie festgestellt werden kann, ob es in einer Grenzregion kulturelle Unterschiede bei der Gesundheitsversorgung gibt. In Publikationen zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität werden kulturelle Gemeinsamkeiten in Grenzregionen oft als „Gefühl der Nähe“ (HEM et al. 2011: 18) oder als „kulturelle Nähe“ (z. B. in WEC 2007: 31) beschrieben.

„Some of these border-regions are poles of intense cross-border flows and activities in a variety of areas, including health care. One can speak about multi-dimensional proximity in these regions as culture, language, traditions, history and habits often contribute to a feeling of closeness between the local communities despite the existence of an international border. [...] In other cases, there is no such proximity and the borders constitute a more physical separation between the countries“. (GLINOS & BAETEN 2006: 20)

Dabei bleiben die Erläuterungen des Begriffes oft eher unbefriedigend. Daneben gibt es ausgereifte wissenschaftliche Konzepte, die die *kulturelle Nähe* zur Untersuchung kultureller Unterschiede heranziehen. Ihre Annahmen bedürfen einer Diskussion, um ihr Potenzial für die Forschung zur grenzüberschreitenden Patientenversorgung auszuloten.

Der Ansatz der *kulturellen Nähe* wird disziplinübergreifend verwendet. Gemeinsam ist allen Ansätzen, dass Nähe zwischen zwei Akteuren nicht alleine über die metrische Distanz erfasst wird. Darüber hinaus gibt es keine Einigkeit über die Bedeutung. Ausführliche Definitionen sind z. B. in der Wirtschaftsgeographie zu finden. Dort wird die Idee der *kulturellen Nähe* bei der Untersuchung ökonomischer Strukturen und Prozesse eingesetzt (BOSCHMA 2005: 63). *Kulturelle Nähe* zwischen zwei Nationalstaaten besteht in diesem Zusammenhang bei ähnlichen „Koordinationsstrukturen und -prinzipien, die die Art und Stabilität der Beschäftigungs- und Produktionsverhältnisse und der Arbeit-Kapital-Beziehung betreffen, so z. B. die Zusammenhänge zwischen Bildungssystem, Industriearbeit und technologischem Wandel“ (BATHELT & GLÜCKLER 2003: 50). Von dieser explizit auf die Ökonomie und dort wirkenden Institutionen abzielenden Definition weichen andere Autoren ab und vertreten ein allgemeineres Kulturverständnis. BOSCHMA (2005: 66) definiert *kulturelle Nähe* z. B. als „situations in which people share sets of values, such as ethnic and religious values“. Während in dieser Definition Menschen im Mittelpunkt stehen, betonen andere den Vergleich von Strukturen (z. B. CYRUS 2012: 1, BATHELT & GLÜCKLER 2003: 50, BOSCHMA 2005: 68, BRAUN & SCHULZ 2012: 159, TEIXEIRA et al. 2008: 792).

Die Auswirkungen *kultureller Nähe* sind nach diesen Definitionen nicht eindeutig und nicht widerspruchsfrei. *Kulturelle Nähe* vereinfacht einerseits die Zusammenarbeit und die Übernahme von in anderen Ländern entstandenen Techniken und Arbeitsweisen (BATHELT & GLÜCKLER 2003: 50). Sie kann die trennende Funktion von Staatsgrenzen z. B. in Grenzregionen, in denen es viele Verflechtungen und Gemeinsamkeiten gibt, abmildern (GLINOS & BAETEN 2006: 20). Räumliche Nähe kann sich positiv auf das Vorhandensein *kultureller Nähe* auswirken, insofern sie Kontakte erleichtert.

“Countries that are closer geographically, or that share a border, may have more similar cultures, since they will have had a greater opportunity to share ideas. Speaking a common language is likely to reduce cultural distance, since individuals in such countries will find it easier to communicate”. (CYRUS 2012: 6)

Andererseits ist *kulturelle Nähe* im Zusammenhang mit Lernprozessen durchaus kritisch zu sehen, weil Unterschiede mehr Potenzial zum Kennenlernen von Neuem und für Synergieeffekte bieten (BOSCHMA 2005, IBERT et al. 2014).

Immer wieder wird der Versuch unternommen, *kulturelle Nähe* auf unterschiedliche Art und Weise zu messen (FELBERMAYR & TOUBAL 2006, SCHMITT & VAN BIESEBROECK 2011: 14, TEIXEIRA et al. 2008: 796). Disziplinübergreifend wird dabei auf das Konzept des Sozialpsychologen Geert HOFSTEDE (2001) verwiesen. Er hat zur Messung von Kultur-

unterschieden zwischen Nationen fünf Dimensionen von Kultur entwickelt. Solche Dimensionen sind z. B. die Verteilung von Macht oder der Umgang mit Ungewissheit. Er bestimmt für die betrachteten Länder die Ausprägung der fünf Dimensionen mithilfe eines Indexwertes und darauf aufbauend den Grad der *kulturellen Nähe* zwischen ihnen. Seine Kulturdimensionen finden in vielen empirischen Untersuchungen und auch bei der Untersuchung der Gesundheitsversorgung Beachtung. Sie werden z. B. herangezogen, um die kulturelle Prägung der Arzt-Patienten-Kommunikation, die Gesundheitsversorgung von Migranten oder die große Beliebtheit traditioneller Heiler in Asien und Afrika zu analysieren (z. B. FLEBA 2012: 83, HERRMANN 2000, MEEUWESSEN et al. 2009). *Kulturelle Nähe* bezeichnet dabei

„die praktische, interaktive bzw. kommunikative Relevanz verschiedener kultureller Zugehörigkeiten von Agent und Klient – meistens im Sinn einer besonderen Nationalität, Ethnie, Sprachgemeinschaft und/oder Tradition“. (STRAUB & ZIELKE 2007: 720)

Der Bezug auf die *kulturelle Nähe* zwischen Patient und Anbieter wird von einigen Autoren auch als geeignet für die Erklärung grenzüberschreitender Patientenströme eingeschätzt. Die große *kulturelle Nähe* wird z. B. als Ursache des hohen Anteils von niederländischen Patienten in Belgien und von Deutschen in Österreich genannt (BUSSE et al. 2006: 44f.).

Am Beispiel von Belgien wird jedoch die Problematik des Konzeptes der *kulturellen Nähe* und der Kulturdimensionen HOFSTEDES deutlich. Die Argumentation auf nationalstaatlicher Ebene ist schwierig, da es mit dem französischsprachigen Wallonien und dem niederländischsprachigen Flandern zwei sehr unterschiedliche Landesteile gibt. Die *kulturelle Nähe* klammert außerdem Individuen und deren persönliche Präferenzen aus. Die verallgemeinernde Betrachtungsweise muss aufgrund der in dieser Arbeit vertretenen Annahmen zum Verhältnis von Raum, Individuen und Kultur abgelehnt werden. Der Anspruch, Staaten anhand der fünf gewählten Merkmale zu charakterisieren und darauf aufbauend Unterschiede messen zu können, ist zu kritisieren. HOFSTEDES Konzept kann zu Recht als „deterministisch, einengend und gar stereotypisierend“ (BARMMEYER 2010: 87) bezeichnet werden. Die Anwendung des Konzepts auf das individuelle (Gesundheits-) Verhalten wird deshalb abgelehnt. Individuen verfügen „über eine so große Vielfalt von transnationalen Sozialisationserfahrungen, dass ihr Verhalten weder mittels nationalspezifischer ‚Kulturdimensionen‘ noch mit anderen Formen nationaler Generalisierung angemessen verstanden werden kann“ (BOLTEN 2007b). Für die Frage, inwiefern Patienten bei ihrer Entscheidung von kulturellen Unterschieden beeinflusst werden, ist relevant, ob

und welche Unterschiede von ihnen wahrgenommen werden. Eine Messung der Unterschiede ist nicht notwendig.

Als Ergebnis der kritischen Auseinandersetzung mit verallgemeinernden Konzepten zur Messung *kultureller Nähe* wurden konzeptionelle Alternativen entwickelt. SOUSA & BRADLEY (2008) verstehen unter *kultureller Distanz* die Verschiedenartigkeit nationaler Kulturen wie HOFSTEDE sie misst. Davon grenzen sie die *psychische Distanz* ab, welche die individuelle Wahrnehmung der Unterschiede zwischen dem Heimatland und einem anderen Land beschreibt.

“The psychic distance concept refers to the individual’s perception of the differences between the home country and the foreign country. The individual perception is an interpretation of reality and is, therefore, highly subjective in terms of the individual’s experiences. This means that psychic distance should not be seen as a construct that influences each person [...] in the same way. For instance, even though two people may come from the same cultural background, the perceptions they have of the differences between the home and the foreign market will be different because of different personal experiences“. (SOUSA & BRADLEY 2008: 471)

Kulturelle und *psychische Distanz* stehen in Wechselwirkung zueinander. Wenn die *kulturelle Distanz* zu einem anderen Land geringer ist, sind mehr Informationen verfügbar und Kontakte wahrscheinlicher, was zur Verringerung der *psychischen Distanz* beitragen kann (SOUSA & BRADLEY 2008: 470-473). Mit dem Bezug auf „Distanz“ statt „Nähe“ grenzen SOUSA & BRADLEY sich auch begrifflich von HOFSTEDE ab. Dabei setzen sie fehlende *kulturelle Nähe* mit *kultureller Distanz* gleich. Dieses Vorgehen wird lediglich von Wirtschaftsgeographen als konzeptionell nicht immer problemlos kritisiert (BATHELT & GLÜCKLER 2003: 49).

Die von SOUSA & BRADLEY vorgenommene Differenzierung ermöglicht eine detailliertere Analyse des Einflusses von Kultur auf die grenzüberschreitende Patientenmobilität. Im Fall der vorliegenden Untersuchung werden Gesundheitssysteme und -angebote einerseits durch die Kultur Frankreichs und Deutschlands beeinflusst und unterscheiden sich deshalb. Es besteht eine *kulturelle Distanz*. Andererseits muss nicht jeder Patient diese Unterschiede auf die gleiche Art und Weise wahrnehmen. Die Wahrnehmung der Heterogenität, d. h. die *psychische Distanz*, beeinflusst das Handeln der Patienten in der Grenzregion. Eine große *psychische Distanz* erhöht die Transaktionskosten, weil sie Unsicherheit auslöst und der Aufwand für die Informationsbeschaffung wächst.

Durch die *interkulturelle Kompetenz* von Individuen, Gruppen oder Organisationen können die Kosten für die Überwindung *kultureller* und *psychischer Distanz* gesenkt werden (STRAUB 2007: 35-39). *Interkulturelle Kompetenz* ist „das Vermögen [...], mit fremden

Kulturen und ihren Angehörigen in adäquater, ihren Wertesystemen und Kommunikationsstilen angemessener Weise zu handeln, mit ihnen zu kommunizieren und sie zu verstehen“ (LÜSEBRINK 2008: 9). Das Kommunizieren und Verstehen geht über die verbale Kompetenz hinaus und beinhaltet z. B. auch die Körpersprache und die Interpretation von Symbolen (LÜSEBRINK 2008: 9f.). Einer solchen Aufteilung der *interkulturellen Kompetenzen* in mehrere Komponenten stehen jedoch einige Autoren kritisch gegenüber, was deutlich macht, dass es keine allgemein anerkannte Definition des Begriffes gibt (STRAUB 2007: 41-44). Wenn jemand *interkulturelle Kompetenz* besitzt, ist dies nicht gleichbedeutend mit einer geringen *psychischen Distanz*. Die Person hat vielmehr die Fähigkeit, mit den von ihr wahrgenommenen Unterschieden umzugehen.

Die Entwicklung *interkultureller Kompetenz* steht in engem Zusammenhang mit persönlichen Erfahrungen kultureller Unterschiede und mit Kontakten zu Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund. Begegnungen machen es möglich, sich von den eigenen kulturellen Vorstellungen als Vergleichsmaßstab zu lösen. Dadurch werden z. B. Vorurteile reduziert.

„Machen wir hingegen nur wenige (und immer gleiche) Erfahrungen, verhärten sich die Schemata, mit denen wir Wirklichkeiten interpretieren und konstruieren. Unsere Interpretationsmöglichkeiten sind dann geringer, sodass wir dazu neigen, Unbekanntes entweder gar nicht zu tolerieren oder es ‚stereotyp‘ bzw. in ein relativ feststehendes Schemanetzwerk einzuordnen“. (BOLTEN 2007a: 47)

Die Erfahrung in Alltagssituationen kann dabei Kompetenzen vermitteln, die im Rahmen von zielgerichteten Trainings nicht erreicht werden können (LÜSEBRINK 2008: 67f.).

Auch im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wird angenommen, dass vor allem direkte Kontakte zwischen Akteuren hilfreich für das Kennenlernen der anderen Kultur und den Umgang mit Heterogenität sind (MOT 2011: 24). Die sich auf diese Art und Weise entwickelnde Vertrautheit mit Traditionen, Gewohnheiten, hier speziell mit dem Funktionieren und den Besonderheiten des Gesundheitssystems, fördert die Entscheidung für eine grenzüberschreitende Behandlung (LEGIDO-QUIGLEY et al. 2012: 34f.). Empirische Untersuchungen bestätigen, dass Personen mit grenzüberschreitenden Erfahrungen eher bereit sind, die Grenze zum Zweck der Gesundheitsversorgung zu überqueren (z. B. CALNAN et al. 1997: 29f.). In Grenzregionen sind unterschiedliche grenzüberschreitende Erfahrungen denkbar, z. B. die grenzüberschreitende Berufstätigkeit, Freizeitaktivitäten, Einkaufen oder die Nutzung von Medien. Sie tragen in unterschiedlichem Maß zur Vertrautheit mit der Nachbarregion bei. Aus der Arbeitstätigkeit im Nachbarland gehen z. B. persönlichere und intensivere Kontakte hervor als aus dem Tanktourismus

(TERLOUW 2012: 358f.). Grenzgänger, die z. B. persönliche Kontakte im Arbeitsstaat haben und dort auch ihre Freizeit verbringen, entwickeln „tendenziell eine stärkere emotionale Bindung zur Arbeitsregion“ als diejenigen, die ausschließlich dort arbeiten (WILLE 2012: 300). Eine regelmäßige Überquerung der Grenze muss jedoch nicht zwangsläufig zu einer Identifizierung mit dem Grenzraum führen (KILP 1998). Auch Erfahrungen mit Fremdem, die nicht in der Grenzregion selbst stattgefunden haben, wie z. B. der Aufenthalt im Ausland im Rahmen von Studium oder Berufstätigkeit, können von Bedeutung sein.

Inwiefern die persönliche *interkulturelle Kompetenz* von Patienten zum Tragen kommt, ist von der jeweiligen Situation und auch von weiteren beteiligten Personen, wie z. B. dem Arzt abhängig (STRAUB 2007: 39). Die Herausbildung *interkultureller Kompetenz* in Krankenhäusern und bei den dort tätigen Ärzten und Fachkräften ist damit ein wichtiger Faktor für eine längerfristig erfolgreiche Entwicklung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität. Dies kann z. B. durch interkulturelle Weiterbildungen, aber auch durch eine gezielte Personalauswahl gelingen. Ziel ist es nicht, dem ausländischen Patienten eine Behandlung nach den Gepflogenheiten seines Heimatlandes anzubieten, sondern Unterschiede wahrzunehmen und zu kommunizieren und auf diese Art und Weise Konflikte zu vermeiden (BOLTEN 2007b: 20-22).

Die in den Unterkapiteln 2.1 bis 2.4 vorgestellten Ansätze und Modelle werden gemeinsam zu einer handlungsorientierten Analyse der grenzüberschreitenden Patientenmobilität herangezogen, welche die Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung stark betont. Eine Kombination der Ansätze ist aufgrund der bestehenden Wechselbeziehungen möglich und zielführend. *Rational-Choice-Theorien* und *Handlungszentrierte Sozialgeographie* ähneln sich in Bezug auf die Annahmen, die menschlichen Entscheidungen zugrunde liegen. Mit der *Handlungszentrierten Sozialgeographie* kann an neuere *Rational-Choice-Ansätze* angeknüpft werden und deren Annahmen zu Entscheidung von Individuen präzisiert werden. Es können so der persönliche Kontext, der Alltag im Grenzraum und die Wahrnehmung der Grenze sowie der Aspekt der Kultur eingebracht werden. Kultur beeinflusst sowohl Gesundheitssysteme als auch das Handeln und die Wahrnehmung von Individuen. Dieser Einfluss wird durch den Bezug auf den Begriff *psychische Nähe* präzisiert. Ob ein Individuum der Nachbarregion psychisch nahe ist, hat Auswirkungen auf die Höhe der entstehenden Transaktionskosten. Transaktionskosten kommen wiederum bei der Entscheidung zwischen verschiedenen Handlungsoptionen, wie sie in der *Rational-Choice-Theorie* angenommen wird, zum Tragen.

In der vorliegenden Arbeit wird aufgrund dieser Zusammenhänge davon ausgegangen, dass die Entscheidung für eine grenzüberschreitende Behandlung ein zielgerichteter, vielschichtiger und sehr individueller Prozess ist, der nicht in seiner ganzen Komplexität erfasst werden kann, sondern vereinfacht werden muss. Der Patient entscheidet sich für die Handlungsalternative, die er subjektiv am besten bewertet. Diese subjektive Wahl hängt z. B. von den Persönlichkeitsmerkmalen, den zur Verfügung stehenden Ressourcen und Informationen, kulturell-gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der *psychischen Distanz* zum Nachbarland ab. Der Ablauf des *Handlungsvollzugs* und die *Handlungsfolgen* wirken sich auf die nächste Entscheidung für oder gegen eine grenzüberschreitende Behandlung aus. Um den Entscheidungsaufwand zu reduzieren, kann der Patient eine Routine befolgen oder auf Informationen anderer Personen zurückgreifen.

3 Grenzüberschreitende Patientenmobilität in der Europäischen Union

Im vorangegangenen Kapitel wurde beschrieben, wie sich Möglichkeiten und Zwänge auf das Handeln von Individuen auswirken. In diesem Kapitel wird die Bedeutung der sich verändernden Binnengrenzen in der EU (Kapitel 3.1) sowie der europäischen (Kapitel 3.2) und nationalen Rechtsprechung (Kapitel 3.2.2) für die Patientenentscheidung dargestellt. Anschließend werden Umfang (Kapitel 3.3), Motive und Hindernisse (Kapitel 3.4) der grenzüberschreitenden Patientenmobilität in der EU beschrieben.

In der vorliegenden Arbeit wird nur die geplante Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen im Nachbarland untersucht. Sie ist eine von mehreren Formen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung, die in der EU beobachtet werden können. Auch in weiter entfernten Ländern stattfindende Behandlungen werden in einigen Definitionen zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität gezählt. Andere umfassen auch Behandlungen von Patienten, die sich beim Eintreten des Behandlungsbedarfes bereits im Ausland befinden, z. B. bei Notfällen im Urlaub oder längeren beruflichen Auslandsaufenthalten (z. B. FILHON et al. 2012). Diese Fälle unterscheiden sich deutlich von geplanten Behandlungen im Nachbarland, weil sich der Betroffene nicht freiwillig für die Behandlung in einem anderen Land entscheidet.

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchte Form der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen kann in mehrere Unterkategorien gegliedert werden. Sie kann individuell geschehen, wenn ein Patient eigenständig die Möglichkeiten der europäischen und nationalen Rechtsgrundlagen ausschöpft. Im Rahmen von regionalen grenzüberschreitenden Kooperationen gibt es organisierte Formen, die der Patient nutzen kann. Wie auch im Inland kann es sich um längerfristig geplante Konsultationen oder eine kurzfristige Entscheidung aufgrund eines akuten Bedarfs handeln. Behandlungen können stationär oder ambulant durchgeführt werden (GLINOS et al. 2010, MAINIL et al. 2012, ROSENMÖLLER et al. 2006b).

Der Begriff „Gesundheitstourismus“ beschreibt ebenfalls eine Behandlung im Ausland, beinhaltet aber im Gegensatz zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität eine Verbindung mit einer Form von Freizeitgestaltung. Oft handelt es sich um Reisen in weiter entfernte Staaten, die z. T. als Gesamtpaket von Agenturen angeboten werden. Hauptmotiv ist meist ein Preisgefälle zwischen Herkunfts- und Zielland bei Behandlungen, die der Patient größtenteils oder ganz selbst bezahlen muss. Darunter fallen in der EU z. B. Zahnbehandlungen oder Kuraufenthalte, die in Osteuropa wesentlich günstiger sind und

mit einem Urlaub kombiniert werden (CARRERA & LUNT 2010, GLINOS 2011, KLAR 2013: 29-31, MAINIL et al. 2012). Auf die Patientenmobilität in Grenzregionen treffen diese Merkmale nur selten zu. Aufgrund der im Vergleich kurzen Anfahrt in Grenzregionen kann kaum von einer Reise gesprochen werden, touristische Aktivitäten spielen keine Rolle. Durch die direkte Grenzlage unterscheidet sich die Bedeutung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität in Grenzregionen von der in Binnenregionen. Dabei eröffnet der Wandel der EU-Binnengrenzen neue Möglichkeiten.

3.1 Die Bedeutung von Grenzen in der Europäischen Union

Der Wandel der innereuropäischen Grenzen ist eine Voraussetzung für die zunehmende Bedeutung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität. Ob eine Staatsgrenze leicht zu überwinden ist, hängt nicht nur von ihrer politischen Ausgestaltung, sondern von vielen anderen Faktoren ab. Staatsgrenzen werden heute in der geographischen Forschung nicht mehr als rein politische Trennlinien gesehen, die Staaten oder andere Regionen voneinander abgrenzen. Sie haben neben einer politischen auch wirtschaftliche, soziale, psychologische und kulturelle Dimensionen und sind dadurch sehr komplex, sogar widersprüchlich (ANDERSON & O'DOWD 1999: 595, VAN HOUTUM 1998: 15, YNDIGEGN 2011: 48-50). Disziplinübergreifend werden Grenzen als soziale Konstrukte verstanden. Sie sind das Ergebnis von Handlungen und lösen gleichzeitig solche aus (ANDERSON & O'DOWD 1999: 594, WAACK 2000: 169f., YNDIGEGN 2011: 48). Da es sich um soziale Konstrukte handelt, können sich Grenzen verändern. Aus geschlossenen, undurchlässigen Grenzen können halboffene oder gar offene werden. Sie werden zu Kontaktzonen, anstatt zu trennen (BÖTTGER 2006: 15, 26f., JURCZEK 2006: 51, NEWMAN 2006: 146, VAN HOUTUM 1998: 22).

Konkrete und abstrakte Grenzen beeinflussen das „geographical and spatial setting“ (GLINOS & BAETEN 2006: 7), in dem grenzüberschreitende Patientenmobilität stattfindet. Funktionale, die Reichweite der Rechtsprechung beschränkende, Grenzen und affektive Grenzen, die auf emotionalen Zugehörigkeitsgefühlen basieren, sind nicht immer deckungsgleich. Dies schafft besondere Rahmenbedingungen für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen in Grenzregionen (VAN HOUTUM 1998: 27-45).

Im Folgenden wird dargestellt, wie sich in der EU die Bedeutung der politischen Grenzen verändert hat. Die Binnengrenzen wurden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts immer durchlässiger, ohne dass es zu einem vollständigen Verschwinden von Grenzbarrieren zwischen den Mitgliedsstaaten gekommen ist. Durch die Öffnung erlangte die Außengrenze der EU als geschlossene Grenze neue Bedeutung und wurde dementsprechend gesichert (BLATTER 2006, BÖTTGER 2006: 31, NEWMAN 2006: 146, YNDIGEGN 2011: 47). Die durch die Gründungs- und Beitrittsverträge – auch als Primärrecht bezeichnet – vorangetriebene Integration der EU führte zu einer schrittweisen Öffnung der Binnengrenzen. Mit der Unterzeichnung der *Römischen Verträge* 1957 wurde die *Europäische Wirtschaftsgemeinschaft* geschaffen und Handelshindernisse abgebaut. Das wirtschaftspolitische Integrationsziel eines Binnenmarktes, in dem Waren, Dienstleistungen, Kapital und Menschen die Grenzen ungehindert passieren können, wurde durch den *Vertrag von Maastricht* 1993 umgesetzt. Die dadurch im Primärrecht festgeschriebenen vier Grundfreiheiten beeinflussen viele Politikbereiche, auch die Gesundheitspolitik (BRUNN 2004: 118-124, 251-253, WEIDENFELD & WESSELS 2009: 23f., 35-40, 99-102).

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) entschied 1998, dass auch für Gesundheitsdienstleistungen die Regeln des Binnenmarktes gelten, was eine Europäisierung der Gesundheitsversorgung bedeutet (SIEVEKING 2006: 2, VAN DE GRONDEN 2009: 706f., WAGENER et al. 2006: 247-250, WEIDENFELD & WESSELS 2009: 261-263). Die Ausdehnung der Befugnisse der EU für den Gesundheitsbereich durch den 2009 ratifizierten *Vertrag von Lissabon* trieb diese Entwicklung voran (FRÖHLICH et al. 2009: 7).

Diese Entwicklungen bedeuten jedoch nicht, dass es innerhalb der EU keine Grenzhindernisse mehr gibt. Da viele Politikbereiche weiterhin im Kompetenzbereich der Mitgliedsstaaten liegen, kam es nicht zu einer Homogenisierung von Wirtschafts-, Raum- und Gesellschaftsstrukturen. Diese Heterogenität trat weniger in Erscheinung, solange die Grenzen geschlossen waren und der grenzüberschreitende Austausch begrenzt war. Nun kann sie ein Hindernis für grenzüberschreitende Kontakte darstellen. Außerdem verschwinden mentale Grenzen nicht automatisch mit einer politischen Öffnung, sondern sind oft schwer zu überwinden (ANDERSON & O'DOWD 1999: 596, BLATTER 2006, HARTZ et al. 2010: 510, KOSTERA 2007: 35, VOGEL 2007: 252, YNDIGEGN 2011: 47f.).

Neben den juristischen Grundlagen spielt beim Abbau von Grenzbarrieren auch die Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit durch die EU eine wichtige Rolle (YNDIGEGN 2011: 58). Zwischen 1991 und 2006 wurde über die Gemeinschaftsinitiative

Interreg in insgesamt drei Förderperioden eine Vielzahl von Projekten durch eine Kofinanzierung der EU ermöglicht. Seit der Umstrukturierung der Struktur- und Kohäsionspolitik 2007 erfolgt die Förderung im Rahmen des eigens dafür geschaffenen Ziels *Territoriale Zusammenarbeit*, das in Anlehnung an *Interreg I* bis *Interreg III* auch vielfach als *Interreg IV* bezeichnet wird (NIEDERMEYER & MOLL 2007: 304-306). Die dadurch ermöglichten grenzüberschreitenden Kooperationen in Grenzregionen leisteten einen wichtigen Beitrag zum Anstieg der grenzüberschreitenden Patientenmobilität (ANDERSON & O'DOWD 1999: 595, BLATTER 2006, BRAND et al. 2008: 247, COHEUR 2003: 185-187, YNDIGEEN 2011: 50f.).

3.2 Rechtsgrundlagen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität

3.2.1 Europäische Rechtsgrundlagen

Neben den beschriebenen primärrechtlichen Verträgen und der Förderung der grenzüberschreitenden Kooperation übt die EU auch durch explizit für das Gesundheitswesen geschaffene Rechtsgrundlagen Einfluss auf die grenzüberschreitende Patientenmobilität aus. Zum einen gibt es sekundärrechtliche Regelungen, d. h. auf dem Primärrecht basierende Verordnungen. Dabei ist zwischen der Beseitigung von Hindernissen – negativer Integration – und gemeinschaftlichen Gesetzesvorhaben zur Verbesserung der grenzüberschreitenden Versorgung – positiver Integration – zu unterscheiden (FRÖHLICH et al. 2011: 12, VAN DE GRONDEN 2009: 731). Zum anderen wurden durch Urteile des EuGH strittige Gesichtspunkte entschieden und dadurch Rechtssicherheit geschaffen.

Ausführliche juristische Analysen der gesetzlichen und administrativen Grundlagen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung stehen in großer Zahl zur Verfügung (z. B. BAUCKHAGE-HOFFER 2009, HOFFMANN 2009, IUNGAREVA 2009, KRAJEWSKI 2010, MÖLLER 2009, ODENDAHL 2010, SOYTÜRK 2012). Im Folgenden werden die für die verfolgte Fragestellung notwendigen Grundlagen vorgestellt.

Aktuell genießt die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung große politische Aufmerksamkeit in der EU (GLINOS et al. 2010: 1146). Dieses Interesse kann jedoch erst etwa ab dem Jahr 2000 beobachtet werden, dabei waren bereits Jahrzehnte zuvor erste Weichen für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gestellt worden (FILHON et al. 2012: 290, ROSENMÖLLER et al. 2006a: 2).

Seit den frühen 1970er-Jahren wurde durch die sogenannte *Wanderarbeitnehmerverordnung* (Verordnung (EWG) Nr. 1408/71)⁷ die Gesundheitsversorgung von EU-Bürgern, die sich nicht in ihrem Heimatland aufhalten, sichergestellt. Laut der *Wanderarbeitnehmerverordnung* können Grenzgänger und ihre Familie im Krankheitsfall Leistungen im Wohnstaat und im Versicherungsstaat in Anspruch nehmen.

„Artikel 20

Grenzgänger und deren Familienangehörige – Sonderregelungen

Ein Grenzgänger kann die Leistungen auch im Gebiet des zuständigen Staates erhalten. Diese Leistungen werden vom zuständigen Träger nach den Rechtsvorschriften dieses Staates erbracht, als ob der Grenzgänger dort wohnte. Die Familienangehörigen eines Grenzgängers können unter den gleichen Voraussetzungen Leistungen erhalten; die Gewährung dieser Leistungen ist jedoch – außer in dringlichen Fällen – davon abhängig, daß zwischen den Mitgliedsstaaten oder zwischen den zuständigen Behörden dieser Staaten eine entsprechende Vereinbarung getroffen worden ist oder daß, in Ermangelung einer solchen Vereinbarung, der zuständige Träger vorher seine Genehmigung hierzu erteilt hat“. (Verordnung (EWG) Nr. 1408/71)

Die Formulierung der Verordnung macht deutlich, dass Ausnahmen und Vorbehalte, wie z. B. mögliche Genehmigungspflichten, bestehen blieben. 2004 wurde die *Wanderarbeitnehmerverordnung* durch die Verordnung (EG) NR. 883/2004 überarbeitet, da die alte Version zu unübersichtlich geworden war (BUSSE et al. 2011: 78-82, SIEVEKING 2006: 3, 6-7). In der neuen Verordnung wurde festgelegt, dass für ausländische und inländische Arbeitnehmer – ausgenommen Beamte und entsandte Arbeitnehmer – der Grundsatz der Gleichheit bei der medizinischen Behandlung gilt. Im Normalfall sind die Regelungen des Staates, in dem der Patient arbeitet, gültig. Der Versicherte und seine Familienangehörigen haben Anspruch auf die dort üblichen Sach-, Geld- und Dienstleistungen (FRÖHLICH et al. 2011: 18f.).

Für französische Grenzgänger, die im Saarland arbeiten, bedeutet das, dass sie Beträge in die deutschen Sozialversicherungssysteme einzahlen. Sie sind Mitglied einer deutschen Krankenversicherung und erhalten wie jeder Versicherte von dieser eine Krankenversicherungskarte. Sie können gleichzeitig auch Leistungen in Frankreich nach den dort geltenden Regelungen in Anspruch nehmen und haben wie in Frankreich arbeitende Franzosen die französische Krankenversicherungskarte. Die Krankenkasse in Frankreich rechnet die für Sachleistungen, wie z. B. Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte, ent-

⁷ Es gab bereits 1959 mit der Verordnung Nr. 3 der EWG eine erste Wanderarbeitnehmerverordnung. Diese galt jedoch nur für Grenzgänger, wenn keine bilateralen Abkommen bestanden. Zwischen Frankreich und Deutschland gab es solche Abkommen, sodass die Verordnung keine Bedeutung für den Grenzraum Saarland-Lothringen hatte (WORTMANN 1959: 46).

standenen Kosten mit der deutschen Krankenkasse ab (AK 2010: 10-13, EK GD EMPL 2011: 28f., FRÖHLICH et al. 2010: 45f., MERTENS 2006: 3f.).

Die Situation der Grenzgänger ändert sich bei Renteneintritt. Dann ist der Wohnstaat für Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung zuständig (EK DG EMPL 2011: 17). Es gibt jedoch Ausnahmen, z. B. darf eine Behandlung, die sich über einen längeren Zeitraum erstreckt und im Nachbarland begonnen wurde, dort fortgeführt werden.

„Ein Grenzgänger, der wegen Alters oder Invalidität Rentner wird, hat bei Krankheit weiterhin Anspruch auf Sachleistungen in dem Mitgliedsstaat, in dem er zuletzt eine Beschäftigung oder eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, soweit es um die Fortsetzung einer Behandlung geht, die in diesem Mitgliedsstaat begonnen wurde. Als ‚Fortsetzung einer Behandlung‘ gilt die fortlaufende Untersuchung, Diagnose und Behandlung einer Krankheit während ihrer gesamten Dauer“. (Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Art. 28, Abs.1)

Durch eine Regelung, die sich auf die letzten fünf Arbeitsjahre bezieht, eröffnet sich für viele Grenzgänger und die mitversicherten Familienangehörigen die Möglichkeit, weiterhin im Nachbarland zum Arzt zu gehen:

„Ein Rentner, der in den letzten fünf Jahren vor dem Zeitpunkt des Anfalls einer Alters- oder Invaliditätsrente mindestens zwei Jahre als Grenzgänger eine Beschäftigung oder eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, hat Anspruch auf Sachleistungen in dem Mitgliedsstaat, in dem er als Grenzgänger eine solche Beschäftigung oder Tätigkeit ausgeübt hat, wenn dieser Mitgliedsstaat und der Mitgliedsstaat, in dem der zuständige Träger seinen Sitz hat, der die Kosten für die dem Rentner in dessen Wohnmitgliedstaat gewährten Sachleistungen zu tragen hat, sich dafür entschieden haben und beide in Anhang V aufgeführt sind“. (Verordnung (EG) Nr.883/2004, Art.28, Abs.2)

Frankreich und Deutschland werden im angeführten Anhang V genannt und fallen damit unter diese Regelung.

Für Grenzpendler bestehen durch ihren Zugang zu den Gesundheitssystemen im Heimat- und im Arbeitsstaat somit keine rechtlichen und administrativen Hindernisse bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Die Behandlung französischer Grenzgänger im Saarland wird von Akteuren, die die Nationalität von Patienten an der Zugehörigkeit zur Krankenversicherung festmachen, nicht als grenzüberschreitende Patientenmobilität wahrgenommen, da die Franzosen Mitglieder der deutschen Krankenversicherung sind. Aus Patientenperspektive ist jedoch nicht die Mitgliedschaft in einer deutschen Krankenversicherung entscheidend, sondern das Zugehörigkeitsgefühl. Wenn sie das französische Gesundheitssystem als ihr Heimatsystem betrachten, handelt es sich beim Arztbesuch im Saarland um eine Behandlung in einem fremden Gesundheitssystem. Daraus ergeben sich für die Patienten andere Herausforderungen als bei einer Behandlung im Heimatland. Dieser Argumentation folgend, wird die grenzüberschreitende Inanspruch-

nahme von Gesundheitsdienstleistungen durch Grenzpendler in der vorliegenden Arbeit als Teil der grenzüberschreitenden Patientenmobilität angesehen.

Die meisten EU-Bürger sind keine Grenzpendler und dementsprechend nur im Heimatland krankenversichert. Ab dem Jahr 1998 zogen Bürger verschiedener Nationalitäten vor den EuGH, weil sie ambulante und stationäre Behandlungen im Ausland nicht von ihrer Krankenversicherung genehmigt oder die Kosten nicht bzw. nur teilweise erstattet bekamen. Die ersten und wichtigsten Klagen wurden von den Versicherten DECKER und KOHLL, die in der Großregion leben, im Jahr 1998 eingebracht. Der EuGH wurde danach immer wieder, z. B. durch die Fälle GERAETS-SMITS und PEERBOMS (2001), VANBRAEKEL (2001), MÜLLER-FAURÉ und VAN RIET (2003) sowie WATTS (2006), gezwungen, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen. Die Folge der Entscheidungen des EuGH war, „dass faktisch ein europäischer Binnenmarkt entstanden ist – und zwar gegen die ausdrücklichen Wünsche der Mitgliedsstaaten und ohne dass eine entsprechende politische Entscheidung getroffen wurde“ (KOTZIAN 2008: 239).

Durch die Entscheidungen des EuGH wurden für EU-Bürger folgende Bedingungen geschaffen: Patienten dürfen sich in anderen Mitgliedsstaaten behandeln lassen, müssen dafür aber in Vorlage treten. Für eine Behandlung in einem anderen Mitgliedsstaat müssen dem Patienten die Kosten in der gleichen Höhe wie bei einer Inanspruchnahme im Versicherungsstaat erstattet werden. Die Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen im Ausland bedarf keiner Genehmigung. Bei Krankenhausaufenthalten rechtfertigen Planungs- und Finanzierungszwänge eine Pflicht zur Vorabgenehmigung. Eine Genehmigung darf nur abgelehnt werden, wenn der Staat in der Lage ist, eine angemessene Versorgung zu bieten. Darunter ist z. B. zu verstehen, dass keine Wartelisten existieren und ein internationales Versorgungsniveau gehalten wird (FRÖHLICH et al. 2011: 20-26, KOSTERA 2007: 13-19, SIEVEKING 2006: 8-18, VAN DE GRONDEN 2009: 705-726, WAGENER et al. 2006: 247-250). Die Dienstleistungsfreiheit im Gesundheitsbereich darf nur in zwei Ausnahmen eingeschränkt werden: falls die öffentliche Gesundheit geschützt werden muss oder wenn die finanzielle Stabilität eines Sozial- und Gesundheitssystems in Gefahr ist (VAN DE GRONDEN 2009: 715).

Die Entscheidungen des EuGH brachen das zuvor geltende Prinzip der Territorialität der Krankenversicherung auf und schufen Regelungen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung (SIEVEKING 2006: 7). Dennoch bestanden weiterhin Unklarheiten und Widersprüche bezüglich geplanter grenzüberschreitender Behandlungen (FILHON et al. 2012: 29, LEGIDO-QUIGLEY et al. 2012: 28, 321). Aus den Mitgliedsstaaten kam

Widerstand gegen die Entscheidungen des EuGH. Die damalige deutsche Bundesgesundheitsministerin Ulla SCHMIDT befürchtete beispielsweise, dass die Behandlungsqualität in Gefahr sei (MERTEN 2004). Einige Staaten setzten die Rechtsprechung nicht um, was zu Vertragsverletzungsverfahren der EU gegen sie führte. Nach kontroversen Debatten schloss die EU den Gesundheitsbereich aus der 2004 verabschiedeten allgemeinen Dienstleistungsrichtlinie aus (FRÖHLICH et al. 2011: 26-28, SOYTÜRK 2012: 95).

2008 präsentierte die EU-Kommission einen Vorschlag für eine eigene Richtlinie zu den Patientenrechten bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Es kam zu langen Debatten und weitreichenden Änderungen, bevor die *Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung*, die sog. *Patientenrichtlinie*, (Richtlinie 2011/24/EU) im März 2011 angenommen wurde. Sie musste von den Mitgliedsstaaten bis Oktober 2013 umgesetzt werden (FRÖHLICH et al. 2010: 18, VAN DE GRONDEN 2009: 732-737). Drei Ziele werden mit der *Patientenrichtlinie* verfolgt: die Festlegung und Einhaltung von in allen Staaten gültigen Behandlungsprinzipien, die Schaffung einer rechtlichen Basis für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung und die Umsetzung der o.g. Urteile des EuGH in allen Staaten (FRÖHLICH et al. 2010: 18, HERNEKAMP & JÄGER-LINDEMANN 2011: 404-410). Die Rechte der Patienten wurden insgesamt gestärkt. Die Informationsmöglichkeiten sollen verbessert werden, z. B. durch obligatorische *Nationale Kontaktstellen* (Richtlinie 2011/24/EU, Art.6). Für den konkreten Fall einer grenzüberschreitenden Behandlung wurde festgelegt, dass für ausländische Patienten die gleichen Behandlungskosten wie für inländische Versicherte anzusetzen sind. Die Erstattungsprinzipien bleiben unverändert; die Übernahme von zusätzlich entstandenen Reise- oder Übernachtungskosten ist fakultativ. Im Falle einer Schädigung durch die Behandlung können die Patienten Ansprüche geltend machen. Die Verschreibung von Arzneimitteln aus einem anderen Mitgliedsstaat sind im Versicherungsstaat anzuerkennen (Richtlinie 2011/24/EU, Art.4, Art.7, Art.11). Stationäre oder teure Behandlungen sowie komplexe Spezialbehandlungen können weiterhin genehmigungspflichtig sein (Richtlinie 2011/24/EU, Art.6). Die Versorgung soll auch durch die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in sog. *Europäischen Referenznetzwerken* vorangetrieben werden. Sie dienen der Vernetzung von Spezialisten und sollen durch eine Bündelung der Aktivitäten Kostenvorteile bewirken (Richtlinie 2011/24/EU, Art.12).

Die Bewertung der *Patientenrichtlinie* fällt widersprüchlich aus. Während einige Unklarheiten beseitigt wurden, bestehen andere weiter. Die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen muss angezweifelt werden.

„Diese Richtlinie ist geeignet, einen funktionierenden Gesundheitsbinnenmarkt zu schaffen, der den Unionsbürgern auf einem hohen Gesundheitsschutzniveau mehr Rechtssicherheit und Transparenz hinsichtlich ihrer Patientenrechte bringen kann. Dennoch enthält die Richtlinie einige ‚Kann-Bestimmungen‘, die im Rahmen der Umsetzung durch die Mitgliedsstaaten dem Auslegungsmonopol des EuGH unterliegen und damit dem ursprünglichen Ziel der Schaffung der Rechtssicherheit entgegenstehen“. (SOYTÜRK 2012: 184)

Dass die Umsetzung der Richtlinie zu einem starken Anstieg grenzüberschreitender Patientenmobilität führen wird, ist im Moment eher unwahrscheinlich. „Schließlich muss befürchtet werden, dass die Patienten aufgrund des Kostenerstattungsprinzips von der Wahrnehmung von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland abgeschreckt werden“ (FRÖHLICH et al. 2010: 20). Die EU strebt zudem keine Forcierung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität an:

„Die Patienten können zwar auf Grundlage dieser Richtlinie grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, doch sind die Mitgliedsstaaten nach wie vor für die Bereitstellung sicherer, hochwertiger und effizienter Gesundheitsdienstleistungen in ausreichendem Umfang für die Bürger in ihrem Hoheitsgebiet zuständig. Zudem sollen Patienten bei der Umsetzung dieser Richtlinie nicht dazu ermuntert werden, Behandlungen in einem anderen als in ihrem Versicherungsmitgliedstaat in Anspruch zu nehmen“. (Richtlinie 2011/24/EU, (4))

Es ist zudem zu bezweifeln, dass die Richtlinie eine starke Wirkung entfalten wird, weil sie unter den Patienten kaum bekannt ist (WAGNER et al. 2010: 23).⁸ Der Prognose stagnierender Zahlen ist entgegenzuhalten, dass die Bedeutung ambulanter Eingriffe, die genehmigungsfrei im EU-Ausland in Anspruch genommen werden können, stetig zunimmt (CNAM 2009, KUBIAK 2013, Statistisches Amt 2009). Ambulante Eingriffe sind aber nicht in allen Staaten gleich stark verbreitet. Daraus könnten sich in Grenzüberebenen interessante Möglichkeiten ergeben. Patienten entscheiden sich möglicherweise für eine grenzüberschreitende Behandlung, wenn in der Nachbarregion ein Eingriff ambulant durchgeführt wird, im Heimatland aber ein stationärer Aufenthalt notwendig ist.

Die 2004 erlassene Verordnung wird trotz der Einführung der *Patientenrichtlinie* beibehalten. Somit bestehen auf europäischer Ebene Regelungen, die nach unterschiedlichen Erstattungsprinzipien funktionieren. Während die *Patientenrichtlinie* auf dem Prinzip der Kostenerstattung beruht, gilt nach der Verordnung (EG) Nr.883/2004 das Sachleistungsprinzip. Von der Verordnung (EG) Nr.883/2004 Betroffene, also z. B. Grenzgänger,

⁸ Die Befragung erfolgte allerdings vor der endgültigen Verabschiedung der Richtlinie. Neuere Daten stehen noch nicht zur Verfügung (MARSCHALL & BRÜMMER 2014: 326).

können zwischen beiden Möglichkeiten wählen (FRÖHLICH et al. 2011: 18f., 42, HERNEKAMP & JÄGER-LINDEMANN 2011: 407f.). Festzuhalten bleibt, dass Grenzpendler im Arbeitsstaat den gleichen Zugang zur Krankenversicherung wie Einheimische haben. Wenn sie sich in einem andern EU-Mitgliedsstaat behandeln lassen wollen, müssen sie wie alle anderen EU-Bürger die Behandlung ggf. beantragen und die Kosten zunächst selbst tragen und sich dann erstatten lassen.

3.2.2 Nationale Rechtsgrundlagen und bilaterale Abkommen

Das Interesse der EU-Mitgliedsstaaten an der Thematik der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung variiert zwischen den Ländern stark (GABBE 2006: 33, LEIDL & RHODES 1997: 2). Die politische Wichtigkeit des Themas hängt z. B. von bestehenden Traditionen grenzüberschreitender Behandlungen sowie Engpässen im Gesundheitssystem ab (LEGIDO-QUIGLEY et al. 2012: 32). Frankreich und Deutschland haben eine Reihe von bilateralen Vereinbarungen getroffen, weil sie sich von einer Zusammenarbeit vielfältige Vorteile versprechen. In der 2013 beschlossenen *Erklärung von Saarbrücken zur deutsch-französischen Zusammenarbeit in Grenzregionen* heißt es:

„Eine reibungslose grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung schafft vielfältige Erleichterungen für die Bürgerinnen und Bürger und kann zudem helfen, die bestehenden Ressourcen noch besser zu nutzen. Eine immer enger werdende Kooperation kann Menschenleben retten. Der weitere Ausbau der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist daher von essentieller Bedeutung“. (AA & RF 2013: 6)

Im Folgenden sollen bilaterale Kooperationen zwischen den zwei Staaten und nationale Regelungen in Deutschland und Frankreich dargestellt werden. Bereits 1950 vereinbarten die Bundesrepublik Deutschland und die Republik Frankreich, dass Grenzgänger gegenüber anderen Arbeitnehmern, auch im Bereich des Gesundheitsschutzes, nicht benachteiligt werden dürfen (Grenzgängergesetz 1951). Gleichzeitig wurden die Ansprüche durch eine Zusatzvereinbarung zum *Deutsch-Französischen Sozialversicherungsabkommen* konkretisiert. Danach konnte ein Grenzgänger Sachleistungen „entweder im Land seines Beschäftigungsortes oder im Land seines tatsächlichen und ständigen Wohnortes“ in Anspruch nehmen (Zweite Zusatzvereinbarung 1950). Diese Vereinbarung hatte Vorbildcharakter für später europaweit geltende Regelungen (EICHENHOFER 1994: 41). 2005 wurde ein *Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Frankreich* (kurz: *Deutsch-Französisches Rahmenabkommen*) unterzeichnet. Der Vertrag kann seit 2007 in den an das Nachbarland angrenzenden Bundesländern und Regionen ange-

wendet werden (Rahmenabkommen 2005, Art.2). Auf der Grundlage dieses Abkommens können auf regionaler und lokaler Ebene Gesundheitseinrichtungen, Sozialversicherungsträger sowie Ministerien und Behörden kooperieren (Verwaltungsvereinbarung 2006, Art.1). So soll der Zugang zur Versorgung für die Patienten erleichtert und der Einsatz der Rettungsdienste in Notfällen vereinfacht werden. Die Gesundheitsinfrastrukturen sollen zur Vermeidung von unnötigen Ausgaben abgestimmt und der Austausch von Know-how ermöglicht werden (Rahmenabkommen 2005, Art.1). Versicherungen können z. B. Kooperationen eingehen, um Genehmigungsverfahren zu automatisieren oder abzuschaffen und damit die Behandlung und Kostenerstattung zu beschleunigen (Rahmenabkommen 2005, Art.6, Verwaltungsvereinbarung 2006, Art.4). Auf Grundlage des *Deutsch-Französischen Rahmenabkommens* trafen einzelne Bundesländer Kooperationsvereinbarungen mit Krankversicherungen und den entsprechenden Stellen in den Nachbarregionen. Die im Untersuchungsraum entstandenen Vereinbarungen werden in Kapitel 4.4 beschrieben.

Allerdings sind die Möglichkeiten des *Deutsch-Französischen Rahmenabkommens* eingeschränkt. Von französischer Seite sind Kooperationen nur zulässig, wenn auf französischem Gebiet ein Defizit besteht, das durch die grenzüberschreitende Zusammenarbeit behoben werden kann.

„Jede lokale Vereinbarung zur grenzüberschreitenden Kooperation im Gesundheitswesen muss einem Bedarf, der von französischen oder den deutschen Beteiligten geäußert wurde, entsprechen. Daher sind die *Agences régionales de l'hospitalisation* beauftragt, zu überwachen, dass die Vereinbarungen mit den *Schéma régional d'organisation des soins* und *Schéma interrégional d'organisation sanitaire* vereinbar sind und einem zuvor auf französischem Gebiet festgestellten Versorgungsdefizit entsprechen“. (Circulaire DSS/DACI no 2007-291, Abschnitt II, Übersetzung IF)

Ob dieser Passus die grenzüberschreitende Zusammenarbeit behindert, ist zwischen Deutschland und Frankreich umstritten (ARS o. J.: 2f.). Insbesondere die deutsche Seite sieht ihre Erwartungen an das *Deutsch-Französische Rahmenabkommen* als nicht erfüllt an. Die Gründe für die begrenzten Fortschritte sind vielfältig: Ängste vor dem Verlust von Patienten, fehlende Sprachkenntnisse, komplexe Verwaltungsfragen, an den Staatsgrenzen endende Planungen und Systemunterschiede. Der Vertrag ist zudem so gestaltet, dass er für viele Arten von Kooperationen nicht geeignet ist, sodass in den betroffenen Regionen andere Arten von Vereinbarungen bevorzugt werden (BECK et al. 2012).

Deutschland und Frankreich haben fast gleichzeitig Konsequenzen aus der Rechtsprechung des EuGH gezogen. Deutschland hat die Entscheidungen des EuGH durch das *Gesundheitsmodernisierungsgesetz* von 2004 in das nationale Recht übernommen. Im Sozialgesetzbuch V ist das Recht auf die Erstattung von Kosten, die bei einer grenzüber-

schreitenden Behandlung entstehen, verankert (FRÖHLICH et al. 2010: 41f., HERNEKAMP & JÄGER-LINDEMANN 2011: 407, KOSTERA 2007: 42). Frankreich hat mit der Umsetzung in nationales Recht und der Gründung des *Centre national de remboursement des soins à l'étranger* (CNSE) in Vannes (Bretagne) 2005 reagiert (KOSTERA 2007: 42, Représentation Permanente 2007: 5). Die grenzüberschreitende Behandlung regelt der *Code de la sécurité sociale*. Er schreibt vor, dass nicht nur geplante stationäre Behandlungen genehmigungspflichtig sind, sondern auch ambulante Leistungen, die mit medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden. Die Genehmigung und damit die Erstattung kann jedoch nur verweigert werden, wenn die Behandlung auch in Frankreich nicht erstattungsfähig ist oder in Frankreich nach den vom EuGH festgelegten Regeln erbracht werden kann (FRÖHLICH et al. 2011: 36f.). Frankreich nutzt den zur Verfügung stehenden Handlungsspielraum aus und schafft damit höhere Hürden für grenzüberschreitende Behandlungen von Nichtgrenzgängern. Wie Deutschland strebt Frankreich nach rechtlicher Sicherheit für die Gesundheitsversorgung. Beide Staaten wollen jedoch ihre Souveränität im Gesundheitsbereich nicht aufgeben (KOSTERA 2005: 43-46). Die gesundheitspolitischen Kompetenzen der EU-Staaten führen dazu, dass zwar einerseits EU-weit einheitliche Regelungen gelten, sich andererseits die Bedingungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in den einzelnen Mitgliedsstaaten aber im Detail unterscheiden.

3.3 Umfang der grenzüberschreitenden Patientenmobilität in der Europäischen Union

Die große Mehrheit der Patienten in der Europäischen Union macht keinen Gebrauch von den bestehen rechtlichen Möglichkeiten zur grenzüberschreitenden Behandlung und nimmt Gesundheitsdienstleistungen ausschließlich im Heimatland in Anspruch. Bei der grenzüberschreitenden Patientenmobilität handelt es sich gemessen an der Gesamtzahl der Patienten um ein „marginales Phänomen“ (GLINOS & BAETEN 2006: 12). Die quantitative Erfassung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität ist mit zahlreichen Problemen verbunden. Es ist möglich, Grenzüberquerungen, die im Rahmen von Kooperationsprojekten zwischen einzelnen Krankenhäusern und/oder Krankenversicherungen erfolgten, zu erfassen (z. B. BUSSE et al. 2006: 23). Ebenso ist es möglich, genehmigungspflichtige Behandlungen über die eingereichten und genehmigten Anträge, wie z. B. die Formulare

E112 und E125 zu erfassen (LuxLorSan 2004). Da die Genehmigungspflichten zunehmend entfallen, wird dieses Vorgehensweise jedoch immer weniger aussagekräftig.

Individuelle grenzüberschreitende Patientenbewegungen sind dagegen nur schwer zu erfassen und lediglich bedingt vergleichbar (BUSSE et al. 2006: 29, GLINOS & BAETEN 2006: 10). Selbst Arztpraxen können oft kaum feststellen, wie viele Patienten aus dem Nachbarland sie betreuen. Insbesondere Grenzpendler, die im Arbeitsstaat versichert sind, können nur schwer über Patientendaten oder Abrechnungen identifiziert werden. Dies wird beispielsweise im Untersuchungsraum deutlich. Die Staatsangehörigkeit allein ist zur Zuordnung nicht ausreichend, da es z. B. auch im Saarland lebende Franzosen gibt. Die Kategorisierung nach Wohnort umfasst auch in Frankreich wohnhafte atypische Grenzpendler. Auch die Recherche über die Zugehörigkeit zur Krankenversicherung versagt bei Grenzpendlern, da sie in Deutschland versichert sind.

Die vorliegenden Daten sind dementsprechend oft lückenhaft oder wenig differenziert und aussagekräftig (KOSTERA 2007: 41). „Such missing data, ill-defined data and conflicting data remain a major problem when evaluating cross border patient flows“ (BUSSE et al. 2006: 33). Viele der Untersuchungen beziehen sich deshalb auf regionale Beispiele, die besser zu erfassen sind (HEM et al. 2011: 20).

Die Europäische Kommission schätzt, dass 3 % bis 4 % der EU-Bürger in einem anderen EU-Mitgliedstaat Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen (FILHON et al. 2012: 286). 2007 gaben 4 % der europäischen Einwohner in einer Befragung an, in den letzten zwölf Monaten im EU-Ausland behandelt worden zu sein. Darin sind allerdings alle Behandlungsformen – nicht nur die grenzüberschreitende Patientenmobilität im hier behandelten Sinn – enthalten (The Gallup Organization 2007: 5). Trotz der schlechten Datenlage kann seit Mitte der 1990er-Jahre ein Zuwachs der Behandlungen im EU-Ausland festgestellt werden (FILHON et al. 2012: 286, ROSENMÖLLER et al. 2006a: 1, VALLEJO et al. 2009: 8). Die deutsche Techniker Krankenkasse stellte fest, dass 2003 noch kaum Behandlungen im EU-Ausland zu verzeichnen waren. Bis 2010 kam es zu einem kontinuierlichen Anstieg. Während es sich zu Beginn vor allem um die Versorgung von Notfällen handelte, steigt der Anteil geplanter Konsultationen stetig (TK 2010: 10, WAGNER et al. 2010: 25).

In der EU wird 1 % der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung aufgewendet. Darin sind geplante und ungeplante Behandlungen enthalten (EU 2011: 1, VALLEJO et al. 2009: 8). Die durch Behandlungen im Ausland entstehenden Kosten und die betroffenen Patienten verteilen sich nicht gleichmäßig über die

Fläche der EU, sondern konzentrieren sich in Grenz- und Urlaubsregionen (BAETEN et al. 2006: 179, FILHON et al. 2012: 286, KOSTERA 2007: 41). Zwischen den Grenzregionen sind ebenfalls Unterschiede zu verzeichnen. Unterschiedliche wirtschaftliche, soziale und demographische Bedingungen, wie z. B. die Auslastung von Gesundheitsinfrastrukturen oder der Anteil von Menschen aus dem Nachbarland, führen zu sehr heterogenen Ausprägungen und Ausmaßen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität (COHEUR 2003: 184, 189).

Unter den europäischen Staaten kommen grenzüberschreitende Behandlungen in Luxemburg am häufigsten vor (The Gallup Organization 2007: 7). Für Deutschland liegen nur wenig aussagekräftige Daten vor (BUSSE et al. 2013: 100). Laut der europaweiten Befragung hatten 2007 immerhin 5 % der Deutschen in den letzten zwölf Monaten Gesundheitsdienstleistungen im EU-Ausland in Anspruch genommen (The Gallup Organization 2007: 7f.). Die deutsche Bundesregierung ging 2007 davon aus, dass lediglich 0,5 % der von den Krankenkassen erstatteten Kosten auf Behandlungen im Ausland entfielen. Auch der umgekehrte Fall, die stationäre Behandlung von Ausländern in deutschen Krankenhäusern, ist selten. Die deutsche Bundesregierung geht für die Zukunft aber von steigenden Zahlen aus (Bundesregierung 2007: 2).

Die TK stellte für ihre Mitglieder 2009 fest, dass der Großteil der Behandlungen im Ausland nicht auf benachbarte Grenzregionen, sondern auf Kurorte in Osteuropa oder auf klassische Urlaubsländer entfällt und 45 % der Behandlungen Notfälle sind (TK 2010: 10, 17). Dabei handelt es sich um Formen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt werden. Insgesamt geht die TK davon aus, dass Patienten aus Bundesländern mit einer Außengrenze häufiger im EU-Ausland behandelt werden (TK 2010: 8).

Auch die französischen Behörden verfügen über kein detailliertes Datenmaterial. Es wurde jedoch festgestellt, dass die Zahl der französischen Patienten, die sich im Ausland behandeln lässt, zunimmt und die grenzüberschreitende Patientenmobilität vor allem in Grenzregionen stattfindet (Représentation Permanente 2007: 3-5). 2007 gaben 4 % der Franzosen an, im letzten Jahr im Ausland in Behandlung gewesen zu sein. Das entspricht dem EU27-Durchschnitt (The Gallup Organization 2007: 7f.). Gleichzeitig sahen 98 % keinen Grund, sich im Ausland behandeln zu lassen, weil sie mit der Versorgung im Heimatland sehr zufrieden waren (CHEVREUL et al. 2010: 261).

Neben Untersuchungen zu tatsächlich durchgeführten grenzüberschreitenden Behandlungen gibt es auch Befragungen zur hypothetischen Bereitschaft von Patienten, sich im

Ausland behandeln zu lassen. 53 % der Bevölkerung der EU wären theoretisch bereit, einen Arzt oder ein Krankenhaus im Ausland aufzusuchen, insbesondere wenn im Heimatland eine notwendige Behandlung nicht verfügbar ist. Bei Inselbewohnern – z. B. in Malta, Zypern oder Irland – ist die Bereitschaft dazu am größten. Es folgen die Einwohner westeuropäischer Staaten mit großer Erfahrung in der grenzüberschreitenden Kooperation (Dänemark, Niederlande, Luxemburg). Ob sich Menschen eine Behandlung im Ausland vorstellen können, wird von Alter und Bildungsabschluss beeinflusst. 40 % der Deutschen und 37 % der Franzosen könnten sich vorstellen, sich im Ausland in Behandlung zu begeben (COHEUR 2003: 186, The Gallup Organization 2007: 7f.). Eine Befragung der TK kommt für Deutschland auf einen Wert von 30 % (WAGNER et al. 2010: 18).

Allerdings sind Befragungsergebnisse zu hypothetischen Fragen nur bedingt aussagekräftig. Am Beispiel Norwegen konnte gezeigt werden, dass die Zahl der Menschen, die sich tatsächlich grenzüberschreitend behandeln lässt, wesentlich geringer ist als die derer, die in Befragungen die hypothetische Bereitschaft dazu signalisieren (HEM 2011: 4). Auch andere Studien bestätigen diese Tatsache (KLAR 2013: 56). Die Diskrepanz weist darauf hin, dass eine Reihe von Faktoren bei der Realisierung im Wege steht. Dennoch sind sich viele Wissenschaftler, Politiker und Akteure des Gesundheitswesens einig: „Das Gesundheitswesen der Zukunft wird, zumindest in der EU, grenzüberschreitend sein“ (KOSLOWSKI 2010: 44). Mit zunehmender Mobilität der Menschen in der EU und durch steigende Disparitäten in der Gesundheitsversorgung, z. B. durch Erweiterungen um neue EU-Mitglieder, entstehen weitere Potenziale (LEIDL & RHODES 1997: 2). Da Krankenkassen ihre Beteiligung an bestimmten Kosten zunehmend reduzieren, steigt die Eigenbeteiligung der Patienten. Durch diese Entwicklung kann das Interesse an günstigeren Alternativen im Ausland zunehmen (WEC 2007: 31f.). Allerdings wird sich der Anstieg in Grenzen halten, wenn der Informationsstand auf dem bisherigen Niveau verbleibt und keine aktive Promotion der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung stattfindet (AGASI 2002: 40).

3.4 Motive und Probleme der grenzüberschreitenden Patientenmobilität

Der schlechte Informationsstand ist ein Grund dafür, dass sich der Großteil der Menschen in der EU im Heimatland behandeln lässt. Andererseits ist es möglich, dass sie über Informationen verfügen, aber keinen Anlass für eine Behandlung im Ausland sehen. Untersuchungen zeigen, dass die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung im Heimatland

einer der Hauptgründe für die geringe Patientenmobilität ist (CALNAN et al. 1997: 31, The Gallup Organization 2007: 20). „For patients, there is always something better, faster, cheaper across the border, otherwise they would stay in their own country” (GLINOS & BAETEN 2006: 11). Wenn Vorteile eines grenzüberschreitenden Arztbesuches oder eines grenzüberschreitenden Krankenhausaufenthaltes die Nachteile und den Aufwand aufheben, können Patienten bereit sein, die Grenze zu überqueren (AGASI 2003: 39). „Going abroad for treatment is almost never the first option, but is rather the result of specific circumstances“ (BAETEN et al. 2006: 179).

Es sind nicht immer die gleichen Motive für die Behandlung im Ausland ausschlaggebend. Je nach Fachgebiet und Art der Behandlung sind einzelne Aspekte wichtiger, in einigen Ländern werden bestimmte Faktoren ganz anders bewertet als in anderen (BROUWER et al. 2003: 296, The Gallup Organization 2007). Push- und Pull-Faktoren beeinflussen die Bereitschaft von Patienten zur grenzüberschreitenden Behandlung (KOSTERA 2007: 11). GLINOS & BAETEN (2006: 7f.) identifizieren fünf Motive für grenzüberschreitende Behandlungen, von denen vier für deutsch-französische Grenzräume relevant sind: 1. die Entfernung des Behandlungsangebotes und die Vertrautheit mit der Nachbarregion, 2. die Verfügbarkeit des Angebots, 3. die Kostenersparnis und 4. die unbefriedigende Behandlungsqualität im Heimatland. Ausgehend von dieser Auflistung werden die Motive grenzüberschreitender Behandlungen detaillierter diskutiert.

In den Grenzregionen ist die geringere Entfernung bzw. die bessere Erreichbarkeit von Angeboten im Nachbarland eines der meist genannten Motive. Insbesondere gilt das für ländliche Regionen. Fachärzte und spezielle Angebote konzentrieren sich in Städten und z. B. an Universitätskliniken, die zum Teil weit von der Grenze entfernt sind. Eine geringe Angebotsdichte und eine ungünstige Angebotsverteilung können zu langen Anfahrtswegen im Heimatland führen (BROUWER et al. 2003: 294, BUSSE et al. 2011: 62-65, DIXON et al. 2010: 13, GLINOS & BAETEN 2006: 9, HEM et al. 2011: 16, LuxLorSan 2004: 250). Der Faktor Entfernung ist nicht immer gleich wichtig, er kann z. B. je nach Fachgebiet variieren. Spezialisten für seltene Krankheiten sind z. B. möglicherweise weiter entfernt. Auch bei Krankenhausaufenthalten spielt die Entfernung eine wichtige Rolle. Je weiter das Krankenhaus entfernt ist, desto aufwendiger ist es für Familie und Bekannte, den Patienten zu besuchen (BROUWER et al. 2003: 295, FÜLÖP et al. 2011, LEGIDO-QUIGLEY et al. 2008: 55). Für Grenzgänger ist die Nähe des Angebots zum Arbeitsplatz ein Vorteil (CALNAN et al. 1997: 30). Der Arztbesuch kann mit der Fahrt zur Arbeit kombiniert werden oder z. B. in der Mittagspause erledigt werden.

In Abgrenzung zu GLINOS & BAETEN (2006) wird die „Vertrautheit mit der Nachbarregion“ als eigenständiges, von der Entfernung unabhängiges Motiv betrachtet. Grund dafür ist, dass die Entfernung für jeden zum Motiv werden kann und auch von unerfahrenen Patienten relativ einfach überprüft werden kann. Vertrautheit kann nur bei Personen bestehen, die bereits in irgendeiner Form Kontakte ins Nachbarland haben. Patienten sind einer Behandlung im Ausland eher zugeneigt, wenn sie die Nachbarregion und das dortige Gesundheitssystem kennen (BROUWER et al. 2003: 293f., GLINOS & BAETEN 2006: 6, GLINOS 2011: 221, LEGIDO-QUIGLEY et al. 2012: 30). „It is important to note that patients who use health care services in border regions often do not perceive ‘the other side’ as foreign but rather as part of their homeland” (LEGIDO-QUIGLEY et al. 2008: 48). Vertrautheit kann durch grenzüberschreitende Kontakte in anderen Lebensbereichen indirekt entstehen oder durch eine bereits erfolgte Behandlung im Nachbarland direkt erworben werden. Auslandsaufenthalte, z. B. während der Ausbildung oder im Rahmen der beruflichen Tätigkeit und die damit verbundenen, verbesserten interkulturellen Erfahrungen und Sprachkenntnisse, tragen auch dazu bei (HEM et al. 2011: 6). Die relativ ausgeprägte Patientenmobilität zwischen den Niederlanden, Belgien, Frankreich wird z. B. auf kulturelle und sprachliche Gemeinsamkeiten zurückgeführt (BUSSE et al. 2006: 43f.). Diese Zusammenhänge wurden bereits in theoretischer und allgemeiner Form mit Bezug auf die *psychische Distanz* thematisiert.

Ein weiteres wichtiges Motiv ist die Verfügbarkeit bestimmter Leistungen (The Gallup Organization 2007: 12). Erstens werden einige Leistungen nicht in allen Staaten angeboten (GLINOS 2011: 234f.). Luxemburg oder Malta können wegen ihrer kleinen Bevölkerung nicht alle Spezialtherapien anbieten, weil Großgeräte z. B. nicht ausgelastet und dadurch nicht rentabel sind. Außerdem können Behandlungen in einem Land nicht akzeptiert bzw. noch nicht anerkannt sein, wie z. B. alternative Krebstherapien. Zweitens kann die Behandlung prinzipiell verfügbar sein, aber nur nach einer Wartezeit. Wartezeiten von bis zu mehreren Jahren kommen für bestimmte Behandlungen oder Eingriffe z. B. in Dänemark, Norwegen oder im Vereinigten Königreich vor (BUSSE et al. 2011: 71f., DEUTZ 2010: 105, GLINOS & BAETEN 2006: 6, 59-69, LEGIDO-QUIGLEY et al. 2012: 30, The Gallup Organization 2007: 15).

Patienten sind zudem bereit, sich im Ausland behandeln zu lassen, wenn die Kosten dort geringer sind (The Gallup Organization 2007: 16). Dies betrifft vor allem Leistungen, die nicht von Versicherungen abgedeckt werden oder bei denen Zuzahlungen geleistet werden müssen (AGASI 2002: 39, GLINOS & BAETEN 2006: 6, LEGIDO-QUIGLEY et al. 2012: 30).

Zwischen den einzelnen Motiven bestehen Wechselwirkungen: Patienten sind z. B. bereit für Behandlungen, die nicht im Heimatland verfügbar sind, zu bezahlen.

Viertens kann der Mangel auch qualitativer Art sein, wenn das Niveau der Versorgung im Heimatland nicht zufriedenstellend und im Ausland, z. B. bei ausgewiesenen Experten, besser ist (AGASI 2002: 39, BUSSE et al 2011: 72-76, GLINOS & BAETEN 2006: 6, The Gallup Organization 2007: 13f.). Dabei muss es sich nicht um eine objektiv bessere Behandlung handeln. Entscheidend ist die subjektive Wahrnehmung der Qualität (LEGIDO-QUIGLEY et al. 2012: 30).

Den genannten Motiven stehen Probleme gegenüber, welche die Inanspruchnahme einer Behandlung im Nachbarland hemmen können. Bei Personen, die nach einer Abwägung von der Behandlung im Nachbarland absehen, sind diese Probleme so stark ausgeprägt, dass sie die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen verhindern. Bei Personen, die sich im Nachbarland behandeln lassen, ist die Wirkung geringer, der Gang über die Grenze wird lediglich erschwert.

Dass Kostenunterschiede ein Motiv für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen sein können, wurde bereits beschrieben. Es gibt jedoch auch den umgekehrten Fall, dass die Behandlung im Ausland zwar aus einem Grund attraktiv, aber teurer als im Heimatland ist oder nur ein Teil erstattet wird (FRÖHLICH et al. 2011: 20, LEGIDO-QUIGLEY et al. 2012: 33). Bei akuten Zahnschmerzen wird sich der Patient möglicherweise für die schnellere Behandlung im Nachbarland entscheiden, wenn im Heimatland die Kosten geringer, die Wartezeit aber länger wäre. Zudem sind nicht-monetäre Kosten, wie z. B. eine größere emotionale Belastung der Behandlung in einem unbekanntem Gesundheitssystem, zu berücksichtigen (LEGIDO-QUIGLEY et al. 2008: 56f.).

Rechtsvorschriften haben für Grenzpendler und Nichtgrenzgänger eine unterschiedliche Bedeutung. Da Grenzpendler im Wohn- und im Arbeitsstaat versichert sind, ergeben sich für sie kaum Probleme. Für andere Patienten kann eine Behandlung im Nachbarland immer noch mit dem Einholen von Genehmigungen und komplizierten Abrechnungen verbunden sein (BUSSE et al 2011: 52, 65-71, DEUTZ 2010: 105, GLINOS & BAETEN 2006: 10). Für Bewohner von Grenzregionen spielt der Verwaltungsaufwand tendenziell eine vergleichsweise große Rolle, weil sie seltener im Rahmen von Arrangements von Krankenkassen oder von Gesundheitssystemen die Grenzen überqueren und sich somit selbst um Formalitäten kümmern müssen (LEGIDO-QUIGLEY et al. 2008: 55).

Die Bedeutung rechtlicher Regelungen hängt auch davon ab, wie gut Patienten über Rechte und Pflichten, aber auch über Vorteile, Qualität, Angebote, Anbieter und Funktionsweise

des Gesundheitssystems informiert sind (BROUWER et al. 2003: 293f., GLINOS & BAETEN 2006: 11, LuxLorSan 2004: 250). Grenzüberschreitende Patientenströme sind dort größer, wo Informationen gut zugänglich sind und die Kenntnisse über das Thema ausreichend sind (HEM et al. 2011: 5). Gut 60 % der Europäer sind der Ansicht, dass sie nicht über genügend Informationen zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung verfügen (The Gallup Organization 2007: 21). Wer nicht weiß, welche Angebote jenseits der Grenze bestehen, kann nicht erkennen, ob es dort seinen Bedürfnissen entsprechende Möglichkeiten gibt. Selbst Grenzgänger haben teilweise nur mangelnde Kenntnisse der Infrastrukturen im Nachbarland, was sich hemmend auswirkt (CALNAN et al. 1997: 31). Auch im Untersuchungsraum bestehen diesbezüglich Informationsdefizite. „[Die Grenzgänger] wünschen sich mehr Informationen für Grenzgänger, insbesondere über die Gesundheitssysteme und ihre Unterschiede sowie die Aufgabenbereiche der wichtigen Institutionen in beiden Ländern“ (MERTENS 2006: 10f.). Patienten sind mit der Behandlung im Ausland zufriedener, wenn sie sich gut informiert fühlen. Dementsprechend kommt es dann eher zu erneuten Konsultationen im Nachbarland (KLAR 2013: 151).

Weiterhin behindern in der Realität organisatorische Mängel theoretisch funktionierende Abläufe. Französische Krankenversicherungskarten können in deutschen Praxen nicht gelesen werden. Die vorgesehene Europäische Krankenversicherungskarte besitzen z. B. Niederländer oder Franzosen oft nicht. Genehmigungen der Krankenkassen werden nicht rechtzeitig erteilt (BUSSE et al. 2011: 78, FRÖHLICH et al. 2010: 49, VON MALCHUS 2007: 42). Von diesen Problemen sind Grenzpendler jedoch kaum betroffen.

Sprache wird als eines der größten Hindernisse für die grenzüberschreitende Patientenmobilität bewertet (VON MALCHUS 2007: 42, MOT 2001: 24). Diese Annahme beruht darauf, dass Sprache bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen eine wesentlich größere Rolle als z. B. beim Einkaufen oder bei Freizeitaktivitäten im Nachbarland spielt (FRÖHLICH et al. 2011: 48, WEC 2006: 33). Sprachprobleme können die Qualität der Behandlung gefährden und wegen Missverständnissen zwischen Arzt und Patient gravierende Folgen haben (KOSLOWSKI 2010: 52, ROSENMÖLLER et al. 2006a: 2). Sprachbarrieren halten etwa die Hälfte der Europäer von der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einem anderen Land ab. In Abhängigkeit von Herkunft und Bildungsniveau variiert die Bedeutung von Sprachkenntnissen beträchtlich. In Luxemburg nennt z. B. nur jeder Fünfte Sprachbarrieren als Hinderungsgrund (The Gallup Organization 2007: 22). In einigen Grenzregionen ist die Staatsgrenze keine Sprachgrenze; in anderen trägt ein gemeinsamer grenzüberschreitender Dialekt zur Überwindung der Sprachbarriere bei

(CALNAN et al. 1997: 31, LEGIDO-QUIGLEY et al. 2008: 47, MERTENS 2006: 6-8). Als vorteilhaft für die zukünftige Entwicklung wird die zunehmende Verbreitung von Englischkenntnissen eingeschätzt (KOSLOWSKI 2010: 52f.).

Im Zusammenhang – und teilweise auch vermischt – mit Sprache wird das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Kulturen an Staatsgrenzen als Hemmnis für die grenzüberschreitende Patientenmobilität eingeschätzt (z. B. BUSSE et al. 2011: 49f.). KLAR (2013: 151) sieht es durch empirische Untersuchungen als erwiesen an, dass eine fremde Kultur im Behandlungsland ein Hemmnis sein kann. Die Ausführungen im Unterkapitel 2.4 zeigen, dass eine Argumentation auf der Grundlage von Sprachkenntnissen oder von nationalen bzw. regionalen Kulturen nicht ausreichend ist. Kultur ist dann ein Hindernis, wenn Patienten sie als solches wahrnehmen. Das wäre z. B. der Fall, wenn negative Stereotype mit dem Nachbarland verbunden werden oder das Land und die dortige Gesundheitsversorgung als sehr fremd wahrgenommen würden. Falls Patienten keine Unterschiede sehen oder diese nicht als negativ bewerten, ergibt sich keine hemmende Wirkung.

Die auf europäischer und nationaler Ebene geschaffenen Rahmenbedingungen bilden im Sinne der *Handlungszentrierten Sozialgeographie* Ressourcen und Zwänge für die grenzüberschreitende Patientenmobilität, dabei gelten für Grenzpendler besondere Regelungen. Ob Akteure auf verschiedenen räumlichen Ebenen gewillt sind, die grenzüberschreitende Patientenmobilität zu akzeptieren bzw. auszubauen, beeinflusst das Ausmaß der Patientenmobilität maßgeblich (GLINOS & BAETEN 2006: 10f., KOSLOWSKI 2010: 49). Die Rahmenbedingungen entfalten ihre Wirksamkeit nur in Abhängigkeit von Wahrnehmung und Relevanz für den einzelnen Patienten. Da die Rahmenbedingungen jedoch veränderlich sind – sei es durch Änderungen der Rechtslage oder z. B. durch die Schaffung oder den Wegfall eines Angebotes im Grenzraum – ist die grenzüberschreitende Patientenmobilität ebenfalls Veränderungen unterworfen. Deshalb kann eine wissenschaftliche Untersuchung nur eine Momentaufnahme darstellen. Der erfolgten Analyse des europäischen und nationalen Kontextes schließt sich nun die Betrachtung der regionalen Rahmenbedingungen an.

4 Regionale Rahmenbedingungen für die grenzüberschreitende Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle

Zu den für die grenzüberschreitende Patientenmobilität relevanten regionalen Rahmenbedingungen gehören die grenzüberschreitenden Verflechtungen im Untersuchungsraum (Kapitel 4.1) sowie die Bevölkerungsverteilung und -struktur (Kapitel 4.2). Daneben sind die in den beiden Regionen bestehenden Gesundheitssysteme und die vorhandenen medizinischen Infrastrukturen (Kapitel 4.3) sowie die Strukturen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Kapitel 4.4) zu berücksichtigen. Diese Grundlagen sind notwendig, um die Motive der Patienten und Hindernisse für die grenzüberschreitende Patientenmobilität nachvollziehen zu können.

4.1 Grenzüberschreitende Verflechtungen im Untersuchungsraum

Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung der grenzüberschreitenden Verflechtungen zwischen dem Departement Moselle bzw. Lothringen und dem Saarland sind die kriegerischen Auseinandersetzungen und die damit verbundenen Grenzverschiebungen. Seit dem 19. Jahrhundert entwickelten sich im Untersuchungsraum intensive grenzüberschreitende Liefer- und Investitionsbeziehungen aus der Komplementarität von saarländischer Kohle und lothringischem Minette-Erz, aber auch in anderen Industriezweigen bestanden Kontakte. Der Austausch wurde durch den Ausbau der grenzüberschreitenden Verkehrsverbindungen gefördert. In diesem Zeitraum entstanden auch erste Pendlerverflechtungen, erfahrene Bergleute von der Saar arbeiteten in französischen Bergwerken (ROTH 1987, HELFER 2015, WILLE 2012: 132f.).

Ab dem Ende des Deutsch-Französischen Krieges 1871 gehörte das Gebiet des heutigen Departements Moselle als Teil des Reichslands Elsass-Lothringen zum Deutschen Reich. Deutsche Unternehmer bauten ihre dortigen Aktivitäten aus, diese Zugehörigkeit zum Deutschen Reich hat bis heute Folgen für das Krankenversicherungssystem (vgl. Kapitel 4.3.2). Nach dem Ersten Weltkrieg wurde das Departement Moselle wieder französisch, die grenzüberschreitende Beschäftigung von Bergleuten von der Saar erlebte einen Aufschwung. Das heutige Saarland stand von 1920 bis 1935 unter dem Namen „Saargebiet“ unter der Verwaltung des Völkerbundes. Als Entschädigung für Kriegsschäden wurden in diesem Zeitraum die saarländischen Bergwerke an Frankreich

übertragen. 1935 kam es nach einer Volksabstimmung zur Rückgliederung des Saargebietes, was einen Rückgang der Grenzgängerbeschäftigung zur Folge hatte. Während des Zweiten Weltkrieges wurde Lothringen 1940 von Deutschland annektiert. Nach dem Zweiten Weltkrieg gehörte Lothringen wieder zu Frankreich. Das Saarland wurde wirtschaftlich an Frankreich angeschlossen, was einen Anstieg der Grenzgängertätigkeit mit sich brachte. 1957 wurde das Saarland Teil der Bundesrepublik Deutschland (ROTH 2014, SANDER 2008, WILLE 2012: 133-139).

Die Veränderungen der Wirtschaftsstruktur durch den Bedeutungsverlust des Bergbaus ab den 1950er-Jahren und der Eisen- und Stahlkrise führten dazu, dass sich die grenzüberschreitenden Arbeitsmarktbeziehungen im Untersuchungsraum umkehrten. Es pendelten mehr Lothringer ins Saarland als umgekehrt. Die in den Jahren der Zugehörigkeit zu Deutschland erworbenen Deutschkenntnisse der Lothringer waren dabei förderlich. Die Zahl der lothringischen Grenzgänger schwankte in Abhängigkeit von Arbeitsplatzangebot und Rahmenbedingungen (WILLE 2012: 138-143, 153-157). Mit 25 847 Einpendlern aus Frankreich wurde 2001 der Höchststand erreicht. In den letzten zehn Jahren kam es zu einem Rückgang der Zahl lothringischer Grenzpendler im Saarland (IBA 2005: 45-47, Statistisches Amt 2003).

Zum Stichtag 30.06.2013 waren 17 682 in Lothringen lebende Personen im Saarland beschäftigt. Davon waren 5 885 deutsche Staatsbürger, d. h. atypische Grenzpendler. Lediglich 1 000 Saarländer pendelten nach Lothringen (IBA 2005: 45-47, Statistisches Amt 2014). Etwas mehr als 50 % der Grenzgänger aus Lothringen sind im verarbeitenden Gewerbe tätig, an zweiter Stelle folgt der Handel (19 %). An dritter Stelle stehen freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen (17 %). Auch französische Krankenpflege- und Krankenpflegehilfskräfte sind im Saarland tätig, allerdings stellen sie nur 2 % der Arbeitnehmer in diesem Bereich. 24 % der Grenzpendler sind ungelernt, 40 % verfügen über ein *certificat d'aptitude professionnelle*, das der deutschen Gesellenprüfung entspricht. Jeweils 18 % haben Abitur oder einen Hochschulabschluss. Diese Verteilung spiegelt sich auch bei der Tätigkeit im Saarland wider: Die Hälfte sind Arbeiter, nur 10 % sind in Führungspositionen tätig. Fast doppelt so viele Männer wie Frauen pendeln ins Saarland (IBA 2015: 73-76, INSEE 2015, Statistisches Amt 2014, Statistisches Amt 2003). Die nähere Betrachtung des Untersuchungsraums verdeutlicht die Konzentration der Grenzpendlertätigkeit auf grenznahe Gebiete. Die lothringischen Grenzgänger stammen zumeist aus Wohnorten, die bis maximal 20 Kilometer von der Grenze entfernt sind (FLOCH 2015, IBA 2005: 21f.). Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den Arbeitsorten. Mehr

als die Hälfte der Einpendler aus Lothringen hat ihren Arbeitsplatz im Regionalverband Saarbrücken, die überwältigende Mehrheit davon in der Landeshauptstadt Saarbrücken. Die übrigen Grenzpendler verteilen sich zum Großteil auf den grenznahen Landkreis Saarlouis und den Saarpfalz-Kreis. Sie konzentrieren sich dort auf Städte mit großen Industrieunternehmen wie Saarlouis, Dillingen und Homburg (IBA 2015: 74, Statistisches Amt 2014: 4). Die Grenzgänger sind als Patienten mit dem einfachsten Zugang zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen eine wichtige Ausgangsgröße für die grenzüberschreitende Patientenmobilität.

Die intensiven wirtschaftlichen Verflechtungen zwischen dem Saarland und Lothringen bestehen auch nach dem Ende des Steinkohlenbergbaus und dem Bedeutungsverlust der Eisen- und Stahlindustrie fort. Grenzüberschreitende Zweigniederlassungen gibt es heute z. B. im Automobilsektor (SCHULZ & DÖRRENBÄCHER 2007). Die große Mehrheit der saarländischen kleinen und mittelgroßen Unternehmen hat französische Kunden (WILLE 2005: 25). Der Einzelhandel in Saarbrücken erzielt ein Drittel seiner Umsätze mit französischen Kunden (HEMPEL 2014). Einkaufen ist einer der wichtigsten Gründe für die Bewohner der Grenzregion für das Aufsuchen der Nachbarregionen, weil es Preisvorteile verspricht. Insgesamt sind die Aktionsräume vieler Bewohner der Grenzregion jedoch nicht grenzüberschreitend (CAVET et al. 2006, GOULET 2014, SCHOLZ 2011).

Neben den grenzüberschreitenden privatwirtschaftlichen Aktivitäten werden die ökonomischen Kontakte zwischen dem Département Moselle und dem Saarland auch öffentlich gefördert (z. B. BORNHOLDT-FRIED & KOENIG 2007, Conseil Départemental 2015, SCHNEIDER 2014). Die politischen Aktivitäten beschränken sich jedoch nicht nur auf die Ökonomie, sondern betreffen alle Politik- und Lebensbereiche. Das verdeutlichen die bereits erwähnte *Frankreich-Strategie* des Saarlandes (Landesregierung 2015) und die *Deutschland-Strategien* Lothringens und des Départements Moselle von 2015 (CESEL 2015, HUTH 2015). Für die vorliegende Untersuchung sind die gesundheitspolitischen Aktivitäten relevant, die im Abschnitt 4.4.1 detaillierter beschrieben werden.

Aufgrund der historischen Grenzverschiebungen verlief die Grenze zwischen dem französischen und deutschen Sprachraum lange Zeit durch das Département Moselle (vgl. Abbildung 4). Da die Überwindung von Sprachbarrieren in der Literatur als eines der größten Probleme der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung betrachtet wird, ist diese Tatsache in der Untersuchung zu berücksichtigen.

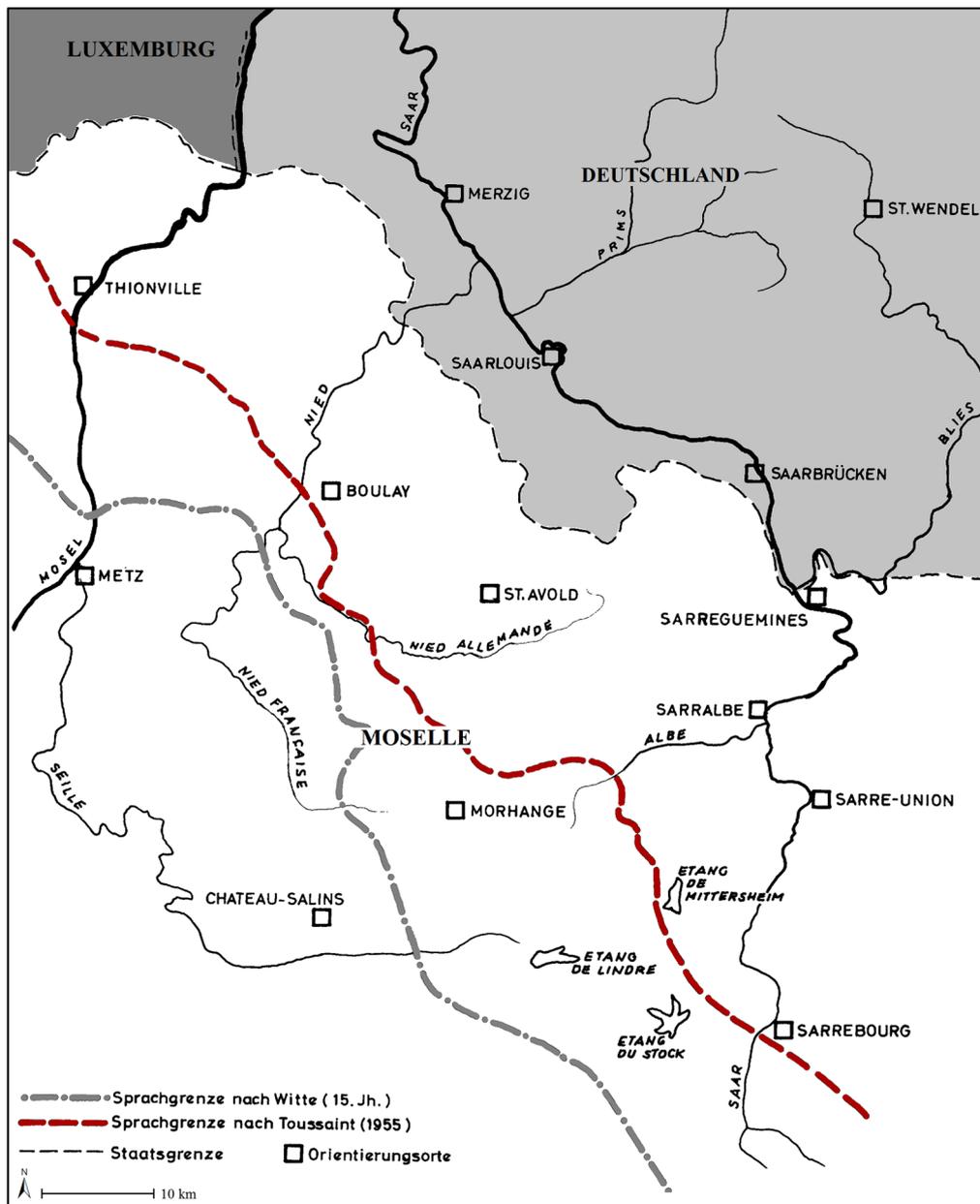


Abbildung 4 Die Sprachgrenze im Departement Moselle

Quelle: HAUBRICHS 1987: 113, bearbeitet

In Lothringen gibt es seit etwa dem 7. Jahrhundert germanophone Bevölkerungsgruppen. Insbesondere aber die beschriebenen Annektierungen und die damit verbundene Germanisierung des Departements Moselle führten dort zur Zweisprachigkeit (HAUBRICHS 1987, LEHNERS 1996: 263, ROTH 2014: 74). Die Zweisprachigkeit nimmt gegenwärtig ab, jüngere Generationen verfügen über geringere Kenntnisse der Nachbarsprache und lokaler Dialekte als ihre Vorfahren. Die Sprach- und die Staatsgrenze fallen deshalb heute weitestgehend zusammen (AUBURTIN 2002: 104-106, GEIGER-JAILLET 2011: 138-143). An der Sprachgrenze wird vielfach auch die Abgrenzung zwischen dem germanischen und

dem romanischen Kulturraum festgemacht. Als Begründung für die Unterscheidung der Kulturräume werden z. B. architektonische Unterschiede, andere Essgewohnheiten oder Mentalitätsunterschiede angeführt (LEHNERS 1996: 269-271, MÉCHIN 1999: 15-23, RIEDEL 1994: 16). Als Beispiele für Mentalitätsunterschiede zwischen Deutschland und Frankreich werden z. B. die Pünktlichkeit und das Pflichtbewusstsein in Deutschland und die große Bedeutung des *Savoir-vivre* und der Ästhetik in Frankreich genannt. Termintreue, die Abgrenzung der Privatsphäre oder die Bedeutung von Geschäftsessen werden im Saarland und in Lothringen unterschiedlich bewertet (BARMeyer 2000: 95, 136-162).

Der Begriff der „Mentalität“ wird häufig im Zusammenhang mit Kultur verwendet und „bezeichnet die auf der Grundlage bestimmter gesellschaftlicher Verhältnisse entstehenden Einstellungen, die sich zu habituell geprägten Denk-, Urteils- und Handlungsstrukturen verdichten“ (SCHÖNHUTH 2005: 156). Mit der Verwendung des Begriffs „Mentalität“ geht die Vorstellung einher, dass Gruppen standardisiert denken und handeln. Mentalität kann daher als ein Teil einer Kultur angesehen werden. Der Begriff „Mentalität“ wird umgangssprachlich teilweise auch als Synonym für „Kultur“ verwendet. So wie ein Raum nicht mit einer Kultur gleichgesetzt werden kann, existiert auch nicht eine einzige deutsche oder französische Mentalität. Deshalb, und weil der Begriff wiederholt für politische Zwecke missbraucht wurde, wird seine wissenschaftliche Verwendung kritisiert (BARMeyer 2000: 87, ESSER 2001: 262, KAMM 2010: 158-160, NÜNNING 2008: 481, SCHÖNHUTH 2005: 91, 156).

Die Problematik der Annahme, dass Staaten oder Regionen kulturell oder bezüglich der „Mentalität“ homogen sind, wird am Departement Moselle deutlich. Einerseits bestehen historisch gewachsene Eigenarten im germanophonen Teil Lothringens, die dazu führen, dass im östlichen Teil des Departements Moselle die „Affinität zum angrenzenden saarländisch-deutschen Kulturraum“ (RIEDEL 1994: 186) größer ist. Gleichzeitig grenzen sich die Bewohner aber bewusst gegenüber der saarländischen Kultur ab (RIEDEL 1994: 176f., 186). Trotz kultureller Gemeinsamkeiten des Departements Moselle und des Saarlandes treten Probleme bei der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auf, da auch relevante Unterschiede bestehen (BRÜCHER & DÖRRENBÄCHER 2000, WILLE 2005: 24-27). Nicht alle Akteure und alle Formen von Kooperation sind gleich stark von den beschriebenen Differenzen betroffen. Die Auffassungen darüber, wie stark die hemmende Wirkung tatsächlich ist, gehen auseinander (SCHULZ 1998, WILLE 2005: 24). Die Auswirkungen auf die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung sind nicht bekannt.

Neben den bilateralen Beziehungen bestehen Kontakte zwischen Lothringen und dem Saarland auch durch die Mitgliedschaft in der Großregion Saar-Lor-Lux (vgl. Abbildung 1). Die Großregion ist eine der größten grenzüberschreitenden Regionen in Europa und hat eine lange Tradition grenzüberschreitender Verflechtungen und Zusammenarbeit, sowohl auf politischer Ebene als auch in vielen zivilgesellschaftlichen Bereichen. Für die grenzüberschreitende Patientenmobilität ist die politisch-administrative Zusammenarbeit in der Großregion deshalb von Belang, weil mehrere Gremien existieren, die sich mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung beschäftigen (zur Entwicklung und Struktur der politischen Zusammenarbeit der Großregion z. B. GROß et al. 2006, NIEDERMEYER & MOLL 2007, SCHMITT-EGNER 2007, WITTENBROCK 2010).

Relevant für den Gesundheitsbereich sind die Regionalkommission Saar-Lor-Lux-Trier/Westpfalz und der Gipfel der Großregion. 1970 bildeten Frankreich und Deutschland eine Deutsch-Französische Regierungskommission. Die Gründung war gleichbedeutend mit einer Formalisierung der bereits zuvor bestehenden grenzüberschreitenden politischen Kontakte auf nationaler Ebene. Ab 1971 nahm auch Luxemburg teil, es erfolgte die Umbenennung in Gemischte deutsch-französisch-luxemburgische Regierungskommission für die Zusammenarbeit im Montandreieck. Die Regionalkommission Saar-Lor-Lux-Trier/Westpfalz wurde 1971 als Arbeitsebene dieser Regierungskommission geschaffen. Sie band neben dem Saarland, Lothringen und Luxemburg auch Rheinland-Pfalz durch die Regionen Trier und Westpfalz und durch den Kreis Birkenfeld ein. 1980 wurden Regierungs- und Regionalkommission durch einen Notenwechsel zwischen den drei beteiligten Staaten rechtlich verankert (Regionalkommission 2000). Die belgischen Mitglieder der Großregion nahmen ab 1998 zunächst als Beobachter an der Regionalkommission teil, seit einer Erneuerung des Notenwechsels 2005 sind sie Mitglieder (WILLE 2012: 119-128). Im erneuerten Notenwechsel wurde auch festgelegt, dass „die Regionalkommission Saar-Lor-Lux-Trier/Westpfalz mit ihren Arbeitsgruppen für die operative Ebene zuständig ist“ (WILLE 2012: 125).

Der Gipfel der Großregion ist das zentrale Entscheidungsorgan der Großregion und besteht aus den höchsten politischen Vertretern der Mitglieder der Großregion. Auf den regelmäßig stattfindenden Gipfeltreffen werden die politischen Ziele der Zusammenarbeit definiert. Die Einrichtung des Gipfels 1995 bedeutete „die Institutionalisierung der großregionalen grenzüberschreitenden Zusammenarbeit“ (GR 2015). Die Präsidentschaft des Gipfels wechselt in einem zweijährigen Turnus unter den Mitgliedsregionen, die für die Zeit der Präsidentschaft ein Schwerpunktthema bestimmen können (GR 2015, GROß et al. 2006,

NIEDERMEYER & MOLL 2007). Die konkreten Aktivitäten der Regionalkommission und des Gipfels der Großregion werden im Abschnitt 4.4.1 detaillierter thematisiert.

4.2 Bevölkerungsgröße, -verteilung und -struktur im Untersuchungsraum

Die Bevölkerungsgröße, -verteilung und -struktur sind wichtige Determinanten der Gesundheitsversorgung. Sie haben direkten Einfluss auf den Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen und -infrastrukturen und auf das zur Verfügung stehende Fachkräftepotenzial (ROßBACH et al. 2010: 79). Die lothringische Bevölkerung (2 350 657 Einwohner am 01.01.2014) ist mehr als doppelt so groß wie die saarländische (990 718 Einwohner) (Statistische Ämter GR 2014: 8f.). Von den Lothringern leben ungefähr die Hälfte (1 047 585 Einwohner) im hier näher betrachteten Departement Moselle (INSEE 2013a). Im Saarland schrumpft die Bevölkerung seit dem Ende der 1960er-Jahre, der Höchststand lag im Jahr 1966 bei 1 132 127 Einwohnern. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen, für den Zeitraum 2011 bis 2050 wird eine Abnahme um 25 % vorhergesagt. Die Bevölkerungszahl Lothringens ist seit 1970 (2 308 000 Einwohner) relativ konstant. Nach einem Rückgang Ende der 1980er-Jahre kam es ab den 1990er-Jahren zu einem leichten Wachstum. Bis 2040 wird eine geringe Zunahme von 1,1 % prognostiziert (Statistik GR 2013a, Statistische Ämter GR 2013: 10f., Statistisches Amt 2013).

Bei einer kleinräumigeren Betrachtung der Vorhersagen ergibt sich ein differenzierteres Bild. Schrumpfungs- und Wachstumsgebiete liegen zum Teil dicht nebeneinander. In den *zones d'emploi* im Osten Lothringens wird ein leichtes, in Metz ein stärkeres Wachstum erwartet. An der Grenze zum Saarland wird es hingegen zu einer Schrumpfung kommen (IBA 2010: 18, 96-99). Im Saarland werden die an das Departement Moselle grenzenden saarländischen Kreise neben dem Kreis Neunkirchen die stärksten Verluste erleiden. Die geringste Bevölkerungsabnahme erfährt der Kreis Merzig-Wadern (IBA 2010: 18, 96-99). Im Untersuchungsraum liegen bezüglich der Bevölkerungsdichte deutliche Unterschiede vor. Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte betrug 2010 im Departement Moselle 168 Einw./km² und im Saarland 397 Einw./km² (INSEE 2013b, Statistisches Amt 2010). Die saarländische Bevölkerung konzentriert sich auf und um die Landeshauptstadt Saarbrücken und damit in der Nähe der französischen Grenze (vgl. Abbildung 5). Auch im Departement Moselle ist die Bevölkerungsdichte in der Hauptstadt Metz am höchsten. Weiterhin werden hohe Werte in der Gegend von Thionville und in der Umgebung der Stadt Forbach, die

sehr grenznah liegt, erreicht. Im Osten und Westen des Departements grenzen dünn besiedelte Kantone an das Saarland. Auf lothringischer Seite gibt es in Grenznähe keine bezüglich der Einwohnerzahl mit der Landeshauptstadt Saarbrücken vergleichbare Stadt. Metz liegt ca. 45 Kilometer von der deutschen Grenze entfernt (vgl. Abbildung 5).

Die Bevölkerungsdichte und die Siedlungsstruktur haben Einfluss auf das Angebot an medizinischen Infrastrukturen. In dünn besiedelten Gebieten ist eine wohnortnahe Versorgung schwerer zu organisieren, spezialisierte Angebote konzentrieren sich häufig in Städten (vgl. Kapitel 3.4).

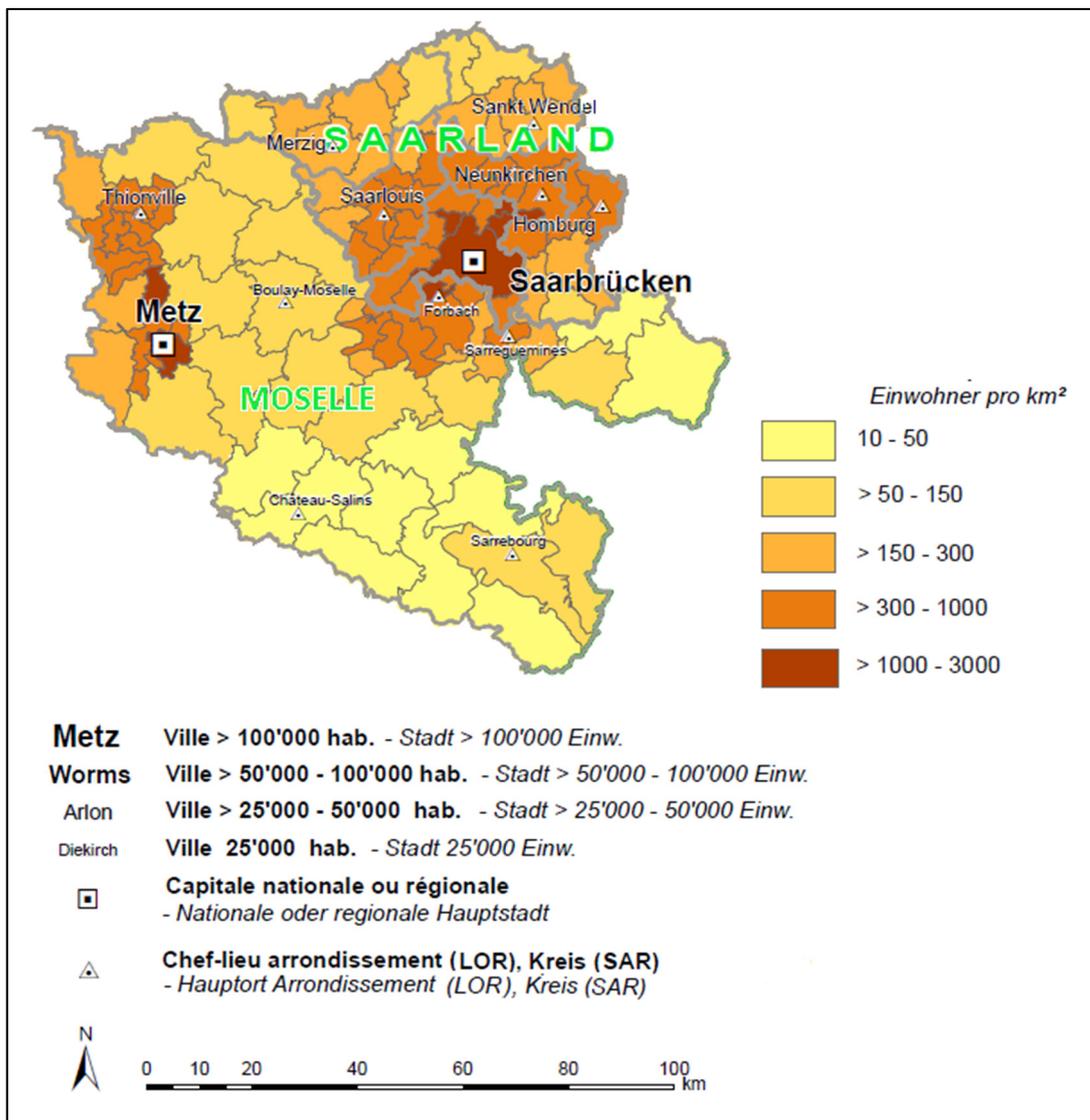


Abbildung 5 Einwohnerdichte im Untersuchungsraum 2010

Quelle: GIS-GR 2014, bearbeitet

Für den Gesundheitsbereich ist neben der absoluten Zahl der Einwohner und der Verteilung insbesondere auch die Altersstruktur interessant, da sie großen Einfluss auf den Bedarf an medizinischer Versorgung hat. Im Saarland ist das zahlenmäßige Verhältnis von Jungen und Alten ungünstiger als im Departement Moselle. Im Departement Moselle kamen 2008 auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 43,6 unter 20-Jährige, im Saarland waren es nur 33,5 junge Menschen. Zudem ist der Anteil alter Menschen im Saarland höher als in Lothringen (IBA 2010: 67-70). Zukünftig wird die Bevölkerung in beiden Regionen altern. Der Anteil junger Menschen und Menschen im erwerbstätigen Alter wird abnehmen, der Prozentsatz alter Menschen gleichzeitig wachsen. Im Saarland sinkt der Anteil der 20-bis-50-Jährigen von 2020 bis 2040 von 51,7 % auf 45,6 %, der Anteil der über 80-Jährigen steigt im gleichen Zeitraum von 7,8 % auf 11,6 %. Im Departement Moselle verändert sich der Anteil der 20-bis-50-Jährigen von 50,7 % auf 46,8 %, der Prozentsatz der über 80-Jährigen nimmt von 6,1 % auf 9,9 % zu. Von den Alterungsprozessen besonders stark betroffen sind ländliche und wirtschaftlich schwächere Regionen beiderseits der Grenze (Statistik GR 2011).

Aus der Schrumpfung der saarländischen Bevölkerung ergibt sich zunächst ein Rückgang der Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen. Allerdings erhöht sich der Bedarf durch die gleichzeitige Alterung. Inwiefern sich diese Prozesse gegenseitig aufheben, ist schwer vorherzusagen und damit ist auch die Einschätzung der benötigten Versorgungskapazitäten schwierig. Für die Sozial- und Krankenversicherungssysteme ergeben sich aus den Veränderungen Probleme, weil sich das Verhältnis von Personen im erwerbsfähigen Alter und Personen im Ruhestand verschiebt und damit Finanzierungsprobleme auftreten können (KRUMM 2009: 21f., 79-86). Weiterhin ist zu beachten, dass die demographischen Veränderungen nicht nur die Patienten, sondern auf die Fachkräfte betreffen. Welche Probleme sich aus der Bevölkerungsverteilung und -struktur für die Gesundheitsversorgung in Lothringen und im Saarland ergeben, wird im folgenden Unterkapitel ausführlicher erläutert.

4.3 Gesundheitssysteme und -infrastrukturen im Untersuchungsraum

Die an den Staatsgrenzen aufeinandertreffenden Gesundheitssysteme und -infrastrukturen sind wichtige Rahmbedingungen, weil aus ihrer Verschiedenartigkeit Motive und Probleme der grenzüberschreitenden Patientenmobilität hervorgehen. In diesem Unterkapitel wird zunächst die Funktionsweise der Gesundheitssysteme in Deutschland und Frankreich erläutert (Kapitel 4.3.1 und 4.3.2). Die im Anschluss dargestellten vorhandenen Gesundheitsinfrastrukturen im Untersuchungsraum (Kapitel 4.3.3) sind durch diese stark beeinflusst.

4.3.1 Das deutsche Gesundheits- und Krankenversicherungssystem

Die Wurzeln des deutschen Sozialsystems reichen bis zur Einführung der Sozialversicherung durch Reichskanzler BISMARCK Ende des 19. Jahrhunderts zurück. Der föderale Staatsaufbau Deutschlands spiegelt sich in der Verteilung der Zuständigkeiten und Kompetenzen im Bereich der Gesundheitspolitik wider. Auf nationaler Ebene werden durch das Sozialgesetzbuch V und das Bundesgesundheitsministerium Vorgaben zur Gestaltung des Gesundheitssystems gemacht. Die Gesundheitsministerkonferenz, d. h. die Zusammenkunft der Vertreter der Bundesländer, kann dafür Empfehlungen aussprechen (BUSSE et al. 2013: 41f., 53-58, MATZ 2010: 24f.). Nach dem Sozialgesetzbuch sind, wie durch die Entscheidungen des EuGH und die *Patientenrichtlinie* festgeschrieben, ambulante Behandlungen im Ausland genehmigungsfrei. Für stationäre Aufenthalte ist aber eine Vorab-Genehmigung notwendig. Die Kosten werden gemäß den EU-Vorgaben erstattet.

Die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung wird nach dem Prinzip der Selbstverwaltung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgenommen (SIMON 2013: 128f.). In ihm sind der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen, die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und Patientenvertreter zusammengeschlossen. Der G-BA legt z. B. den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung fest und bestimmt Richtlinien zur Behandlung und Prävention (BUSSE et al. 2013: 63-67). „Dieses Modell der korporatistischen Steuerung durch Körperschaften sichert dem Staat einerseits Einfluss auf die Entwicklung des Gesamtsystems. Andererseits befreit es ihn von der Aufgabe der direkten Administration und erlaubt es, das Expertenwissen der unmittelbar Beteiligten zu nutzen“ (Euro-Institut

2007: 15). Der Staat gibt die Rahmenbedingungen vor, die von diesem Gremium in konkrete Regelungen umgesetzt werden.

Die Gesundheitsministerien der Länder haben innerhalb der Rahmenvorgaben Handlungsspielraum bei der Organisation und Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Deshalb unterscheiden sich die Systeme in den einzelnen Bundesländern (BUSSE et al. 2013: 41f., 53-58, Euro-Institut 2007: 12). Die für Gesundheit zuständigen Ministerien in den Bundesländern sind für die Aufsicht über die Kammern der verschiedenen medizinischen Fachkräfte und Ärzte sowie die Ausbildung von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern zuständig. Außerdem fällt der Öffentliche Gesundheitsdienst, zu dem z. B. die Beobachtung ansteckender Krankheiten und die Gesundheitserziehung gehören, in ihren Zuständigkeitsbereich (BUSSE et al. 2013: 58f., 75f., 166-168, Euro-Institut 2007: 15-17, MATZ 2010: 27).

Die Bundesländer erstellen bindende Krankenhauspläne und finanzieren den Bau von Krankenhäusern, deren laufender Unterhalt von den Krankenkassen finanziert wird. Der letzte Krankenhausplan für das Saarland wurde 2011 für den Zeitraum 2011 bis 2015 erstellt. Er legt die Zahl der Krankenhäuser und die Verteilung der Fachabteilungen auf die einzelnen Standorte sowie die Zahl der Betten und deren Zuordnung zu Fachabteilungen fest (MGV 2011). Es wurden dabei in geringem Umfang auch grenzüberschreitende Aspekte berücksichtigt und der Wille zu Kooperationen artikuliert sowie bereits umgesetzte Projekte wie z. B. das *Traumanezwerk Saar-(Lor)-Lux-Westpfalz* aufgeführt (MGV 2011: 44f., 52-55).

Auch auf der Länderebene gibt es eine Aufgabenteilung zwischen Verwaltung und korporatistischen Akteuren. Für jedes Bundesland wird die ambulante Versorgung durch Verträge zwischen den regionalen Vertretungen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung geregelt. Gemeinsam erarbeiten sie Bedarfspläne, die in Abhängigkeit von der Einwohnerzahl festlegen, wie viele Ärzte in den einzelnen Fachgebieten in einer Versorgungsregion tätig sein sollen (Euro-Institut 2007: 16f., KLOSE & REHBEIN 2011: 4f., MATZ 2010: 25f.). Wenn die festgelegte Zahl für eine Arztgruppe in einer Region um 10 % überschritten wird, ist die Region für weitere Mediziner gesperrt. Weitere Ärzte dürfen sich nur als Nachfolger dort tätiger Mediziner niederlassen (BUSSE et al. 2013: 73). So soll eine bedarfsorientierte räumliche Verteilung der Praxen erreicht werden.

Die Beschreibung der zwei Planungsverfahren verdeutlicht die historisch strikte Trennung des ambulanten und des stationären Sektors als eine Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems. Diese strikte Trennung wird jedoch zunehmend aufgelöst, da in Kranken-

häusern immer mehr ambulante Leistungen angeboten werden (BUSSE et al. 2013: 38, 61, 186-190).

Die deutsche Krankenversicherung funktioniert nach dem seit 1883 existierenden sogenannten *Bismarck'schen System*. Die Arbeitnehmer zahlen Beiträge ein und erwerben damit eine Versicherung für den Krankheitsfall, ihre Familienmitglieder sind mitversichert. Im Gegensatz dazu wird in einem *Beveridge-System* das Gesundheitssystem durch Steuermittel finanziert und steht allen Einwohnern kostenlos zur Verfügung. Inzwischen werden in Deutschland die Beiträge der Versicherten mit Steuermitteln aufgestockt, deshalb handelt es sich nicht mehr um ein reines *Bismarck'sches System* (FRÖHLICH et al. 2011: 32f., MATZ 2010: 147f., MOT 2001: 20, SIEVEKING 2006: 5).

Seit 2009 existiert in Deutschland eine allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung (SIMON 2013: 116f.). Eine deutsche Besonderheit ist die parallele Existenz von zwei Versicherungssystemen. 85 % der Bevölkerung sind Mitglied einer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), 10 % gehören einer Privaten Krankenversicherung (PKV) an (BUSSE et al. 2013: 110). Die fehlenden ca. 4 % sind Soldaten, Asylbewerber oder Sozialhilfeempfänger. Ihre Versorgung wird staatlich sichergestellt (BUSSE et al. 2013: 110, 113).

Die GKV ist eine Pflichtversicherung für alle Arbeitnehmer bis zu einer Einkommensgrenze von 53 550 Euro im Jahr sowie Arbeitslose, Rentner und Studenten (BMG 2015, SIMON 2013: 113f.). Sie wird von den Krankenkassen, die Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, gewährleistet. Für verschiedene Berufsgruppen gab es ursprünglich verschiedene Versicherer, die aber inzwischen meist auch für andere Berufe geöffnet sind (BUSSE et al. 2013: 17-22, SIMON 2013: 30-36). Die Versicherten können zwischen ca. 150 Krankenkassen wählen und zwischen ihnen wechseln.

Ab dem 01.01.2015 zahlen gesetzlich versicherte Arbeitnehmer und Arbeitgeber jeweils 7,3 % des Lohns in den Gesundheitsfonds ein, in den auch Steuermittel einfließen. Aus dem Gesundheitsfonds werden den Krankenkassen in Abhängigkeit von der Anzahl ihrer Mitglieder und deren Gesundheitszustand Mittel zugewiesen. Wenn die Ausgaben einer Krankenkasse das ihr zur Verfügung stehende Budget übersteigen, muss sie von ihren Mitgliedern einkommensabhängige Zusatzbeiträge erheben. Wenn ein Zusatzbeitrag gefordert wird, haben die Kunden ein Sonderkündigungsrecht. So wird der Druck auf die Krankenkassen, ihre Ausgaben auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen zu beschränken, erhöht und der Wettbewerb zwischen den Kassen gefördert (BMG 2014,

BUSSE et al. 2013: 45f., 71f., 113-119, Euro-Institut 2007: 13f., FRÖHLICH et al. 2011: 33, MATZ 2010: 24f.).

Die GKV gewährleistet einen gesetzlichen Leistungskatalog und arbeitet nach dem Sachleistungsprinzip. Das bedeutet, dass die Leistungserbringer Behandlungen direkt mit den Krankenkassen abrechnen, ohne dass der Patient eine Rechnung begleichen muss (SIMON 2013: 111, 190f.). Allerdings müssen die Versicherten für bestimmte Behandlungen, Untersuchungen, Arzneimittel und Krankenhausaufenthalte Zuzahlungen leisten. So muss für Zahnersatz die Hälfte der Kosten selbst getragen werden. Auch für erstattungsfähige Medikamente müssen die Patienten zwischen fünf und zehn Euro zuzahlen. Kosten für Sehhilfen werden seit 2004 für Erwachsene nur noch in Sonderfällen übernommen (Euro-Institut 2007: 13, BUSSE et al. 2013: 84-86, MATZ 2010: 25, 27f.). Zwischen 2004 und 2012 mussten gesetzlich Versicherte beim ersten Arztbesuch im Quartal eine Praxisgebühr von 10 Euro entrichten. Weitere Arztbesuche im gleichen Quartal waren kostenfrei, wenn eine Überweisung durch den zuerst besuchten Arzt vorlag. Die Praxisgebühr erfüllte die erhoffte Steuerungsfunktion jedoch nicht und wurde deshalb wieder abgeschafft (MATZ 2010: 26, SIMON 2013: 194).

Um Zuzahlungen zu vermeiden oder zusätzliche Leistungen erstattet zu bekommen, kann eine private Zusatzversicherung abgeschlossen werden. Sie übernimmt z. B. die Zuzahlungen für Zahnersatz oder die Unterbringung in einem Zweibettzimmer im Krankenhaus (BUSSE et al. 2013: 133f.).

In der PKV sind Beamte und viele Selbstständige versichert. Außerdem haben Personen, deren Verdienst über der Versicherungspflichtgrenze liegt, die Möglichkeit, sich privat zu versichern. Ungefähr 75 private Krankenversicherungen stehen zur Auswahl. Die Beiträge werden individuell für jedes Mitglied festgelegt und sind nicht vom Einkommen abhängig. Private Krankenversicherungen funktionieren nach dem Kostenerstattungsprinzip, d. h. der Versicherte muss zunächst in Vorlage treten und rechnet dann mit seiner Krankenversicherung ab. Der Umfang der erstattungsfähigen Leistungen kann in Abhängigkeit von der gewählten Versicherungsoption umfangreicher oder geringer als in der GKV sein (BUSSE et al. 2013: 40f., Euro-Institut 2007: 9, FRÖHLICH et al. 2011: 33f., 130-133, MATZ 2010: 24). Ärzte können für die Behandlung von Privatpatienten höhere Beträge als bei gesetzlich Versicherten abrechnen (SIMON 2013: 239). Die Behandlung von Privatpatienten ist dadurch lukrativ für sie. Immer wieder wird deshalb diskutiert, ob privat Versicherte, z. B. bei der Vergabe von Terminen, bevorzugt oder anders behandelt werden und eine „Zweiklassenmedizin“ existiert (BUSSE et al. 2013: 133, ROLL et al. 2012).

Grundsätzlich besteht in Deutschland freie Arztwahl, allerdings mit einigen Einschränkungen. In der GKV Versicherte bekommen nur von Kassenärzten, d. h. bei der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassene Ärzte, erbrachte Leistungen erstattet. Bei anderen Ärzten müssen sie selbst für die Kosten aufkommen. Einige Spezialtarife gesetzlicher Krankenversicherungen verpflichten ihre Mitglieder, als erstes den Hausarzt aufzusuchen, der dann die weitere Versorgung koordiniert.

Krankenhäuser können ebenfalls frei ausgesucht werden, Bedingung für die Aufnahme ist jedoch die Einweisung durch einen Arzt. In der Mehrzahl der Fälle nehmen die Patienten den Vorschlag des einweisenden Arztes für ein Krankenhaus an (BUSSE et al. 2013: 94, 177, Euro-Institut 2007: 16f., MATZ 2010: 26f.).

Das deutsche Gesundheitssystem zeichnet sich im internationalen Vergleich durch eine hohe Versorgungsqualität, einen guten Zugang der Patienten und niedrige Zuzahlungen für die Patienten aus. Allerdings herrscht unter den Patienten eine gewisse Unzufriedenheit (BUSSE et al. 2013: 271). Sie sind an viele Behandlungen und Leistungen gewöhnt, die nach und nach nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden (PAYER 1993: 80f.).

4.3.2 Das französische Gesundheits- und Krankenversicherungssystem

In Frankreich ist der Einfluss des Staates auf das Gesundheitssystem als sehr groß zu bewerten (CHEVREUL et al. 2010: 165, 227, FLEURET 2011: 178f., FRÖHLICH et al. 2011: 34, MATZ 2010: 42). Die Kompetenzen im Gesundheitsbereich teilen sich auf zahlreiche Akteure verschiedener politischer Ebenen auf (vgl. Tabelle 2). Mit der Schaffung der Regionalen Agenturen für stationäre Versorgung (*Agence régionale de l'hospitalisation* – ARH) wurde 1996 auf dem Papier eine Regionalisierung der Gesundheitspolitik durchgeführt. Im Zuge einer Reform zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung wurden 2009 aus den ARH sogenannte Regionale Gesundheitsagenturen (*Agence régionale de santé* – ARS). Da deren Leiter jedoch Vertreter der nationalen Autoritäten sind, handelt es sich nicht um eine umfassende Regionalisierung, sondern um eine Dekonzentration der nationalen Kompetenz (CHEVREUL et al. 2010: 24, 33-36, 232, MOT 2001: 21).

Tabelle 2 Zuständigkeiten im französischen Gesundheitssystem nach Ebenen

Ebene	Akteure	Aufgabengebiete/Kompetenzen
National	Ministerium für Gesundheit und Solidarität (<i>Ministère de la Santé et de la Solidarité</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrolle des Gesundheitssystems - Definition gesundheitspolitischer Ziele - Verteilung des Budgets auf Sektoren und Festlegung von Preisen - Überwachung des Zugangs zu/der Ausbildung in Gesundheitsberufen und von Qualitätsnormen
	Parlament	stimmt jährlich über den von der Regierung vorgeschlagenen Finanzierungsrahmen und Maßnahmen im Gesundheitsbereich ab
	Union der nationalen Krankenkassen (<i>Union nationale des caisses d'assurance maladie</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Zentralverwaltung der regionalen Gesellschaften - Festlegung der erstattungsfähigen Leistungen - Festlegung der Selbstbeteiligung der Patienten
Regional	Regionalrat (<i>Conseil Régional</i>)	Umsetzung der nichtärztlichen Ausbildung in Gesundheitsberufen
	Regionaldirektion für Gesundheits- und Sozialangelegenheiten (<i>Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales</i>)	Regionale Umsetzung der gesundheitspolitischen Ziele
	Regionale Gesundheitsagentur (<i>Agence régionale de santé – ARS</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Krankenhausaufsicht - Finanzierung der stationären Versorgung - Erstellung des regionalen Organisationsplans im Gesundheitsbereich (<i>Schéma régional d'organisation sanitaire – SROS</i>)
	Regionale Gesundheitsmission (<i>Mission Régionale de Santé</i>)	Förderung der räumlichen Verteilung von medizinischen Angeboten gemäß des SROS
	Regionale Krankenkassen (<i>Caisses Régionales d'Assurance Maladie</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Risikomanagement - Koordinierung der verschiedenen Versicherungseinrichtungen
Lokal (Departement)	Generalrat (<i>Conseil Général</i>)	Prävention
	Departementdirektion für Gesundheits- und Sozialangelegenheiten (<i>Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales</i>)	Organisation der Krankenhausversorgung Prävention
	Ortskrankenkassen (<i>Caisse primaire d'assurance maladie</i>)	Kostenerstattung

Quellen: FRÖHLICH et al. 2011: 34-36; Euro-Institut 2007: 20-33, CHEVREUL et al. 2010: 22-25, 28-36, eigene Tabelle

Die nationale Ebene beeinflusst nicht nur mittels der ARS die Gesundheitsversorgung, sondern weitere nationale Organe bestimmen die Gesundheitsgesetzgebung und die Ausrichtung der Gesundheitspolitik. Das Gesundheitsministerium legt nach Konsultation des Parlaments, der Nationalen Gesundheitskonferenz (*Conférence Nationale de Santé*), des Hohen Rats für Öffentliches Gesundheitswesen (*Haut Conseil de la Santé Publique*) und weiterer Gremien langfristige Ziele im Gesundheitsbereich fest. Es entscheidet z. B. über die Mittelverteilung, die Zahl der Ausbildungsplätze in Gesundheitsberufen und die Preise von Leistungen (CHEVREUL et al. 2010: 23-27, 32f., 106f., Euro-Institut 2007: 20, 23).

Die Vertretungen der Ärzte und der medizinischen Fachkräfte haben eine schwächere Position als vergleichbare Organe in Deutschland. Ihre Aufgaben sind vor allem die Klärung ethischer Fragen und die Begleitung der Berufsausübung durch Richtlinien (CHEVREUL et al. 2010: 30). Die Gewerkschaften verhandeln mit der Krankenkasse über die Vergütung ihrer Mitglieder (CHEVREUL et al. 2010: 29-32).

Zur Umsetzung der nationalen gesundheitspolitischen Ziele wird von der ARS für die jeweilige Region ein Regionaler Organisationsplan im Gesundheitsbereich (*Schéma régional d'organisation sanitaire – SROS*) für jeweils fünf Jahre erstellt (vgl. Tabelle 2). Dieses Planungsinstrument soll das Angebot an ambulanten und stationären Gesundheitsdienstleistungen an den Bedarf anpassen. Es legt Zielgrößen für Krankenhausbetten, Fachabteilungen und technische Ausstattung fest. Die Berücksichtigung von Infrastrukturen in den Nachbarstaaten ist dabei vorgesehen (ARS 2012a: 2, CHEVREUL et al. 2010: 123f., 145, Euro-Institut 2007: 29, MOT 2004: 9f.).

Zur Finanzierung des Sozialsystems werden mehrere finanzielle Ressourcen genutzt. Zum einen zählen dazu gesundheitspezifische Abgaben wie die Beiträge von Arbeitnehmern (0,75 % des Arbeitseinkommens) und Arbeitgebern, die allgemeine Sozialsteuer auf alle Arten von Einkommen und eine Zusatzabgabe auf Einkommen für das Gesundheitswesen. Zum anderen werden Mittel aus Steuern auf Tabakprodukte und Alkohol sowie Einnahmen aus Kfz-Versicherungen und Abgaben von Unternehmen eingesetzt (CHEVREUL et al. 2010: 66-68, MATZ 2010: 43). Durch diese Mischfinanzierung und den starken staatlichen Einfluss kann das System nicht eindeutig einem Finanzierungssystem zugeordnet werden (CHEVREUL et al. 2010: 105, MOT 2001: 20).

Im französischen Sozialversicherungssystem, der *Sécurité sociale*, sind alle Bürger versichert. Es ist unterteilt in das allgemeine System (*régime général*) für die Mehrheit der Versicherten und in verschiedene spezielle Systeme (*régimes particuliers*) für besondere Gruppen, wie z. B. Landwirte oder Selbstständige. Die staatliche Krankenversicherung ist

trotz der Existenz lokaler Krankenkassen (*Caisse primaire d'assurance maladie*), bei denen die Bürger versichert sind, stark zentralistisch organisiert. Sie hat weniger Kompetenzen bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung als die deutschen Krankenkassen (vgl. Tabelle 2). Es gibt zudem keinen Wettbewerb, da nur eine Kasse existiert und eindeutig geregelt ist, wer welchem *régime* angehört (CHEVREUL et al. 2010: 21, 29, MATZ 2010: 42).

Das französische Krankenversicherungssystem funktioniert nach dem Kostenerstattungsprinzip, d. h. der Patient zahlt beim Arzt die erbrachte Leistung zunächst selbst. Anschließend reicht er die Unterlagen bei der Krankenkasse ein und erhält den erstattungsfähigen Betrag zurück. Da in den meisten Fällen nicht 100 % der Kosten erstattet werden und einige Leistungen nicht erstattungsfähig sind, schließen viele Versicherte eine Zusatzversicherung (*mutuelle complémentaire*) ab (FRÖHLICH et al. 2011: 35f., CHEVREUL et al. 2010: 69f., MATZ 2010: 44).

Auch das französische System steht angesichts steigender Kosten unter Reformdruck und unter Sparzwang (CHEVREUL et al. 2010: 43-50, FRÖHLICH et al. 2011: 34). Deshalb wurden die Erstattungsregeln immer wieder verändert. Pro Arztbesuch fällt seit 2005 eine Gebühr von einem Euro an, die nicht erstattet wird. Dazu kommt ein fester Betrag pro Arztbesuch, 23 Euro bei einem Allgemeinarzt, der nur zu 70 % erstattet wird. Für besonders teure Untersuchungen, wie z. B. Kernspintomographien, sind 18 Euro zu entrichten. Bei Krankenhausbehandlungen muss, wie in Deutschland, ein Eigenanteil (20 %) und eine Pauschale pro Aufenthaltstag bezahlt werden. Die Zuzahlung zu Medikamenten beträgt, außer bei chronischen Erkrankungen, mindestens 35 %. Seit 2003 wurde eine Reihe von Medikamenten von der zuvor sehr umfangreichen Liste der erstattungsfähigen Arzneimittel gestrichen. Nach Griechenland hat Frankreich in Europa den größten Medikamentenverbrauch pro Einwohner, was auch auf die relativ günstigen Preise zurückgeführt wird (EC DG ECFIN 2010: 89). Der Eigenanteil an Brillen ist nach dem Grad der Fehlsichtigkeit gestaffelt. Für Hörgeräte werden maximal 199 Euro übernommen (CHEVREUL et al. 2010: 59f., MATZ 2010: 46).

Im Departement Moselle, das im Mittelpunkt dieser Arbeit steht, gibt es bezüglich der Krankenversicherung eine Besonderheit. Als Folge der Angliederung an das Deutsche Reich zwischen 1871 und 1918 existiert eine lokale Krankenversicherung (*régime local d'assurance maladie*). Sie ist die Fortführung des unter BISMARCK eingeführten Sozialsystems und funktioniert wie eine „Pflichtzusatzversicherung“ (LORTHIOIS 2006: 58). Die zu zahlenden Beiträge sind etwas höher als im Rest Frankreichs, dafür wird in vielen

Fällen ein größerer Anteil erstattet. So werden z. B. 90 % statt 70 % der Kosten für Arztbesuche und die Pauschale bei Krankenhausbesuchen übernommen (CEPROS 2005: 30, LORTHOIS 2006: 57-60).

Grundsätzlich besteht in Frankreich freie Arztwahl. Um die Zahl der Besuche bei Fachärzten einzuschränken, sieht das französische System seit einer Reform 2004 vor, dass Patienten einen festen Referenzarzt (*médecin traitant*) wählen. Dieser Haus- oder Facharzt muss jeweils als erstes aufgesucht werden und stellt dann benötigte Überweisungen aus. Der Patient kann den Arzt der entsprechenden Fachrichtung jedoch frei wählen. In den meisten Fällen ist der Hausarzt der *médecin traitant*. Wenn Patienten ohne einen Besuch beim *médecin traitant* direkt einen Facharzt aufsuchen, fallen für sie höhere Kosten an. Gynäkologen, Augenärzte und in bestimmten Fällen Psychiater können ohne Überweisung aufgesucht werden (CHEVREUL et al. 2010: 61-63, 182f., Euro-Institut 2007: 33f., MATZ 2010: 44f.). Ähnlichkeiten des Referenzarzt-Systems zum Versuch der Steuerung von Facharztbesuchen durch die Praxisgebühr in Deutschland sind nicht zu übersehen.

Die ambulante Versorgung durch Allgemein- und Fachärzte wird durch selbstständige Krankenschwestern, die z. B. Infusionen legen und Medikamente per Spritze verabreichen, und eigenständige *laboratoires d'analyse médicale*, in denen z. B. Blutabnahmen und -untersuchungen stattfinden, ergänzt (CHEVREUL et al. 2010: 183f.).

Das französische Gesundheitssystem wurde wegen des umfassenden Zugangs zu Leistungen für die ganze Bevölkerung immer wieder als eines der besten der Welt bezeichnet (CHEVREUL et al. 2010: 247). Allerdings bestehen in ländlichen, peripheren Regionen und für Personen, die über geringe finanzielle Mittel verfügen, teilweise Einschränkungen bei der Zugänglichkeit (CHEVREUL et al. 2010: 39f., 174, EC DG ECFIN 2010: 93).

Das deutsche und das französische Gesundheitssystem folgen bei der Zentralität der Organisation und Planung, der Finanzierung, dem Prinzip der Leistungserbringung und beim Zugang zu Leistungen unterschiedlichen Prinzipien. Diese bedeuten für die Versicherten große Unterschiede, die eine Behandlung im anderen System attraktiv machen können. Dabei sind Details dafür entscheidend, wo die Behandlung vorteilhafter ist. Für Grenzgänger, die sich in Deutschland behandeln lassen möchten, ist z. B. zu unterscheiden, ob sie der GKV oder PKV angehören. Für privat versicherte Patienten gilt das Kostenerstattungsprinzip, das dem Vorgehen in Frankreich entspricht. Gesetzlich versicherte Arbeitnehmer können im Unterschied dazu in Deutschland Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip in Anspruch nehmen. Falls die Annahme, dass Privatpatienten Vorteile genießen, richtig ist, ergeben sich daraus weitere Unterschiede.

4.3.3 Gesundheitsinfrastrukturen im Untersuchungsraum

Die im Untersuchungsraum zur Verfügung stehenden Gesundheitsinfrastrukturen sind einerseits von den Vorgaben der Gesundheitspolitik und andererseits von regionalen Strukturen beeinflusst. Die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheitssysteme sind in Deutschland und in Frankreich ähnlich groß. Sowohl die Kosten pro Kopf (2010: in Deutschland 3 513 €/Einw., in Frankreich 3 489 €/Einw.) als auch der Anteil für die Gesundheitsversorgung am Bruttoinlandsprodukt (BIP) liegen sehr nah beieinander (2010: in Deutschland 11,5 % des BIP, in Frankreich 11,6 % des BIP). Bei den Pro-Kopf-Ausgaben belegen Deutschland und Frankreich im Europäischen Wirtschaftsraum den siebten und achten Rang. Nur in den skandinavischen Ländern und den deutschen Nachbarstaaten Niederlande, Schweiz und Österreich sind die Kosten pro Einwohner höher (Eurostat 2013a, 2013b).

Der Vergleich der Nationalstaaten ist nur bedingt aussagekräftig für die Grenzregionen, da Gesundheitsinfrastrukturen räumlich sehr ungleichmäßig verteilt sein können. Deutlich wird das z. B. bei der Zahl der Ärzte pro Einwohner. In Deutschland kommen auf 1 000 Einwohner 3,7 Ärzte, in Frankreich 3,3 Ärzte (OECD 2012: 69). Im Saarland sind es allerdings 4,5 und in Lothringen 2,9 Ärzte für 1 000 Einwohner (Statistische Ämter GR 2013: 20). Die Daten veranschaulichen einerseits die Disparitäten innerhalb der Staaten, aber andererseits auch die ungleiche Verteilung und Ausstattung in der Grenzregion. Aus dieser Heterogenität gehen Potenziale für grenzüberschreitende Aktivitäten hervor.

„Eine Komplementarität der Strukturen im Saarland und in Lothringen besteht zunächst einmal augenscheinlich darin, dass es in Lothringen Lücken in der Versorgung gibt, während das Saarland in vielen Bereichen Überkapazitäten aufweist. Vor allem wenn es um Untersuchungen mit medizinischen Großgeräten und um spezielle Krankenhausangebote geht, müssen Patienten in der Region Lothringen oft lange Wartezeiten und lange Fahrtwege in Kauf nehmen. Auch der Reha-Bereich ist in Frankreich nicht in gleichem Umfang ausgebaut wie in Deutschland. Gleichzeitig könnten Einrichtungen im Saarland an einer besseren Auslastung ihrer Kapazitäten interessiert sein, indem sie Patienten aus Lothringen aufnehmen“. (MATTHÄI & MARSCHALL 2008: 71)

Ob in Lothringen tatsächlich eine Unterversorgung und im Saarland eine Überversorgung vorliegt, ist kritisch zu hinterfragen. Die Situation ist aber mitverantwortlich für grenzüberschreitende Patientenströme.

Frankreich wird zunehmend mit einer Ärzteknappeheit konfrontiert, die sich aktuell v. a. im Norden und Osten des Landes abzeichnet (CHEVREUL et al. 2010: 149, FLEURET 2011: 180). In den schon heute von Defiziten betroffenen Regionen sind insbesondere ländliche oder abgelegene Räume betroffen, wie es auch in Lothringen der Fall ist. 10 % der lothringischen Bevölkerung sind von einer schwachen Versorgungslage betroffen

(ONDPS 2009: 2). Das Departement Moselle ist im Durchschnitt und im Vergleich zu den anderen lothringischen Departements in Bezug auf die Versorgung mit Allgemeinärzten, Zahnärzten, selbstständigen Krankenschwestern und Physiotherapeuten relativ gut aufgestellt (ARS 2012a: 41).

Allerdings gibt es innerhalb des Departements beträchtliche Unterschiede bei der Versorgungsdichte. Der Zugang zu Ärzten ist in den ehemaligen Bergbauregionen und Enklaven entlang der Staatsgrenze schlechter als in städtischen Zentren, in denen die Bevölkerungsdichte höher ist (ARS 2012a: 4, 9, ARS 2012b: 30, ONDPS 2009: 1). Zu den abgelegenen Gebieten in Grenznähe mit geringerer Versorgungsdichte gehören Sierck-les-Bains, Bouzonville, Bitche und Rohrbach-lès-Bitche (ARS 2012a: 43f.).

In Lothringen ist das quantitative Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten ausgeglichen (Statistische Ämter GR 2013: 20f.). Während in Frankreich für 1 000 Einwohner 1,7 Fachärzte zur Verfügung stehen, sind es in Lothringen allerdings nur 1,4, die v. a. in der Nähe von Krankenhäusern niedergelassen sind. Problematisch ist, dass sich in Lothringen im Durchschnitt nur einer von zehn Ärzten nach dem Abschluss der Ausbildung überhaupt für eine Tätigkeit in einer Praxis entscheidet und dass nur 54 % der Absolventen ihren Beruf anschließend in der Region ausüben. Es können deshalb nicht alle altersbedingt frei werdenden Stellen sofort neu besetzt werden (ARS 2012a: 9f., ONDPS 2009: 1, 6). Lothringen hat z. B. – insbesondere im Norden der Region – Probleme, Nephrologen nach der Ausbildung in der Region zu halten und freie Stellen mit ihnen zu besetzen, da grenzüberschreitend attraktivere Stellenangebote, auch für Pflegekräfte, zu finden sind (ARS 2012b: 250, CEPROS 2005: 36-38). Zwischen 2002 und 2025 könnte die Ärztedichte wegen dieser Probleme um bis zu 9 % sinken (CEPROS 2005: 27). Der Weg zum nächsten Hausarzt ist heute teilweise schon relativ weit und könnte sich durch die Abnahme der Zahl an Ärzten noch verlängern (ARS 2013a: 7).

Ärzte können in Frankreich frei entscheiden, wo sie sich niederlassen. Um trotz der Niederlassungsfreiheit Ärzte für eine Tätigkeit in Gebieten mit dünner Versorgungsdichte zu gewinnen, wurden verschiedene Erleichterungen wie z. B. steuerliche Anreize geschaffen (ARS 2013a, CHEVREUL et al. 2010: 126f., EC DG ECFIN 2010: 93, MATZ 2010: 45). Allgemeinmediziner, die sich als *praticien territorial de médecine générale* (PTMG) in einem Gebiet mit geringer Versorgungsdichte niederlassen, können für bis zu zwei Jahre durch ein garantiertes Mindesteinkommen unterstützt werden (ARS 2014). Diese Maßnahme ist auch für einige als gefährdet eingestufte Orte entlang der Grenze zum Saarland vorgesehen (ARS 2013b).

Im Saarland ist die Zahl der Ärzte pro 1 000 Einwohner fast ein Drittel höher als in Lothringen. Im Durchschnitt versorgen 4,48 Ärzte 1 000 Einwohner (Statistische Ämter GR 2013: 20f.). Ein Vergleich ist allerdings nur bedingt möglich, da sich die zur Verfügung stehenden Daten bezüglich ihrer Kategorisierung unterscheiden. Auch im Saarland sind die Ärzte in räumlicher Hinsicht nicht gleichmäßig verteilt. 2009 waren 40 % der insgesamt 1 617 ambulant tätigen Ärzte im Regionalverband Saarbrücken tätig. Dort ist ein Arzt durchschnittlich für die Versorgung von 514 Patienten zuständig, während es in den anderen vier Landkreisen zwischen 654 und 785 sind. Die Differenzierung zwischen Haus- und Fachärzten ist aufschlussreich: Von den niedergelassenen Ärzten sind etwas mehr als die Hälfte Fachärzte. Die Zahl der Patienten pro Hausarzt ist mit einer Spannweite zwischen 1 268 und 1 526 in den saarländischen Kreisen relativ ausgeglichen. Während ein Facharzt im Regionalverband Saarbrücken durchschnittlich 864 Einwohner betreut, sind es aber in den anderen Kreisen mindestens 1 217, im Extremfall 1 753 Menschen (GBE 2009). Es liegt eine deutliche Konzentration der Fachärzte auf den grenznahen Regionalverband Saarbrücken mit der Landeshauptstadt vor.

Ob es im Saarland ebenfalls bereits einen Ärztemangel gibt oder ob es in der Zukunft einen solchen geben wird, ist umstritten. Im Gegensatz zu Lothringen liegen kaum saarland-spezifische Untersuchungen zur aktuellen Situation und zum zukünftigen Bedarf vor. Eine bundesweite Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) zur ärztlichen Versorgung stellte 2011 für das Saarland keine Unterversorgung fest. Das Bundesland hat im Verhältnis zur Einwohnerzahl überdurchschnittlich viele kassenzugelassene Ärzte und von den deutschen Flächenstaaten das zweitbeste Arzt-Einwohner-Verhältnis. Die Sollwerte für die einzelnen Arztgruppen werden erreicht oder sogar überschritten. Nach den definierten Sollwerten liegt eine Überversorgung demnach sowohl bei den Hausärzten als auch bei allen Fachärzten vor (KLOSE & REHBEIN 2011: 7f., 10-12). Die meisten Planungsgebiete sind deshalb für neue Niederlassungen gesperrt (KVS 2013a). Die Ärztekammer des Saarlandes weist darauf hin, dass die alleinige Betrachtung der Gesamtzahl der Ärzte, die leicht steigend ist, irreführend sei.

„Mehr Ärzte (statistisch gesehen) und zugleich Ärztemangel schließen sich nicht aus. Es ist vielmehr eine logische Folge gesellschaftlicher Veränderungen. Denn der medizinische Fortschritt führt dazu, dass immer mehr Spezialisten nötig werden. Und der demografische Wandel hat zur Folge, dass immer mehr ältere Menschen einen steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen haben werden. Außerdem arbeitet eine zunehmende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten auch in stationären Einrichtungen in Teilzeit, um Familie und Beruf besser vereinbaren zu können. Hinzu kommen offizielle Arbeitszeitverkürzungen. So müssen die reduzierte durchschnittliche Arbeitszeit und der gestiegene Mehrbedarf also folglich auf mehr Personen verteilt werden.“ (Ärztekammer des Saarlandes 2015)

Neben der Anzahl der Ärzte und ihrer Arbeitszeit ist die Altersstruktur ein wichtiger Faktor für die Versorgungssicherheit. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Bundesärztekammer warnen für die ganze Bundesrepublik vor Problemen, die sich aus der zunehmend ungünstigen Altersstruktur der Ärzte ergeben (KOPETSCH 2010). Nicht alle Fachgebiete und Regionen sind gleich stark gefährdet. Die hausärztliche Versorgung in den ländlichen Gebieten wird als erstes von den Veränderungen betroffen sein (MATTHÄI & MARSCHALL 2008: 31f., Staatskanzlei 2007: 87).

Die Einschätzungen der Situation im Saarland gehen auseinander. Die AOK kommt zum Ergebnis, dass die Altersstruktur im nationalen Vergleich nicht als besonders schlecht zu bewerten ist (KLOSE & REHBEIN 2011: 17). Daten der Kassenärztlichen Vereinigung weisen aber bereits auf Schwierigkeiten hin. 2012 und 2013 fanden 14 Haus- und Kinderärzte, die in den Ruhestand traten, keinen Nachfolger und die Praxis wurde deshalb geschlossen. Bis 2022 erreichen 328 Hausärzte und 425 niedergelassene Fachärzte das Renteneintrittsalter. Es ist absehbar, dass nicht jeder von ihnen durch einen jüngeren Kollegen ersetzt werden kann (KVS 2013c). Lokal sind die ersten Auswirkungen des Alterungsprozesses bereits spürbar. Versorgungslücken wurden festgestellt oder für die nahe Zukunft befürchtet und Gegenmaßnahmen geplant (KVS 2013b).

Dass medizinische Fachkräfte in Lothringen und im Saarland im ambulanten und stationären Bereich knapp werden, liegt auch an der Zunahme der Grenzgänger in diesem Bereich (EURES Transfrontalier 2001: 27).

„Der Luxemburger Arbeitsmarkt ist attraktiv für saarländische Arbeitskräfte aus dem Pflegebereich und für Ärzte, weil die Arbeitsbedingungen deutlich besser und die Verdienstmöglichkeiten um ein Drittel höher als im Saarland sind. Vor allem nordsaarländische Einrichtungen beklagen den ‚Brain-drain‘ der qualifizierten Fachkräfte aus den Gesundheitsberufen“. (MATTHÄI & MARSCHALL 2008: 73)

Die Attraktivität des Großherzogtums für Gesundheitsfachkräfte und Ärzte ist mit für die Knappheit dieser Berufsgruppen in Lothringen und im Saarland verantwortlich. 40 % der in Luxemburg tätigen Gesundheitsfachkräfte sind Grenzpendler aus den Nachbarländern Belgien, Frankreich und Deutschland (IBA 2015: 87). Bei den Ärzten ist die Situation ähnlich, der Anteil von Mediziner aus den Nachbarländern nimmt zu. 2002 waren 70 % der im Großherzogtum tätigen Mediziner Luxemburger, ein Viertel kam aus den angrenzenden Ländern und knapp 5 % aus anderen Ländern (EURES 2005: 34). 2010 waren 55,9 % Luxemburger, 40,5 % waren belgischer, deutscher oder französischer Nationalität, 3,6 % besaßen eine andere Nationalität (Ministre de la Santé 2010). Die Grenzgängertätigkeit

wird weiter zunehmen, da in Luxemburg eine große Nachfrage nach Fachkräften im Gesundheitswesen und im Pflegebereich besteht (WOLLSCHIED 2013).

Die bei den Ärzten auffallenden Disparitäten zwischen Lothringen und dem Saarland setzen sich bei den Krankenhäusern fort. Obwohl im Saarland seit mehr als zwei Jahrzehnten die Zahl der Krankenhausbetten reduziert wird, weist es im Verhältnis zur Einwohnerzahl noch immer sehr hohe Kapazitäten (638 Krankenhausbetten/100 000 Einw.) auf. In Lothringen liegt der Wert rund 30 % niedriger (403 Krankenhausbetten/100 000 Einw.) (GR 2013: 20).

Neben dem rein quantitativen Aspekt deckt ein Vergleich der Krankenhauslandschaften große Unterschiede bezüglich der hierarchischen Organisation und räumlichen Verteilung auf. Insgesamt gibt es 24 Krankenhaus-Standorte im Saarland (vgl. Abbildung 6). In Abbildung 6 ist zu erkennen, dass mehrere Krankenhäuser nicht mehr eigenständig, sondern Teil eines Krankenhauses mit mehreren Betriebsstätten sind.

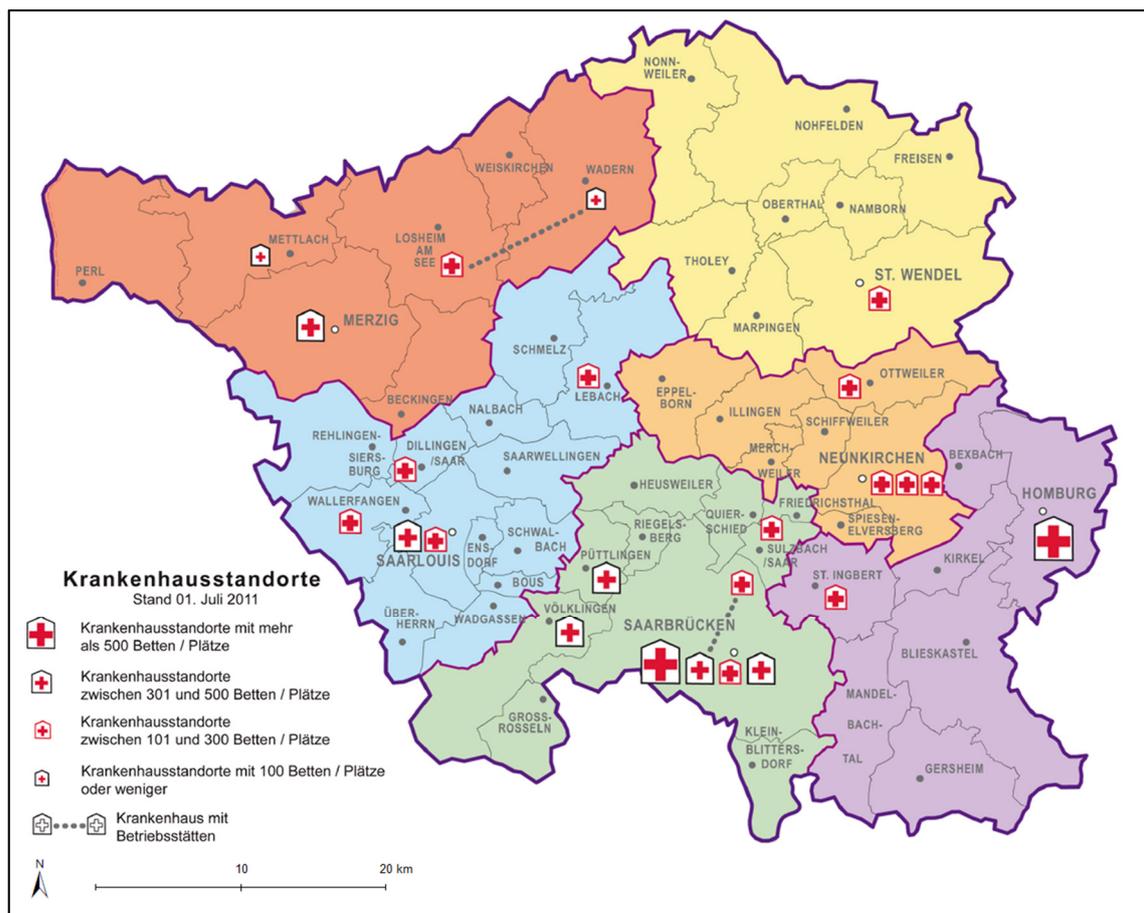


Abbildung 6 Krankenhäuser im Saarland 2011

Quelle: MGV 2011

Die Krankenhäuser konzentrieren sich in den Städten entlang der Saar und in Neunkirchen. Homburg ist wegen des Universitätsklinikums ein wichtiger Standort. Im Norden, an der Grenze zu Rheinland-Pfalz, sind die Wege in ein saarländisches Krankenhaus am weitesten. Die größten Krankenhäuser mit den meisten Fachabteilungen sind das Klinikum Saarbrücken (ca. 600 Betten) und das Universitätsklinikum Homburg (ca. 1 300 Betten). Von den Allgemeinkrankenhäusern haben acht Standorte 250 bis 400 Betten, zehn zwischen 100 und 210 Betten. Das Krankenhaus Wadern hat nur 81 Betten. Daneben gibt es drei auf Geriatrie und Psychiatrie spezialisierte Krankenhäuser in Saarbrücken (472 Betten), Wallerfangen (130 Betten) und Mettlach (25 Betten) sowie ein auf Kinder- und Jugendmedizin spezialisiertes Krankenhaus in Neunkirchen (62 Betten) (MGV 2011).

Im Departement Moselle existieren mittelgroße und große Krankenhäuser überwiegend in urbanen Zentren wie z. B. in Metz und Thionville, während in ländlichen Regionen kleine Krankenhäuser verbreitet sind (vgl. Abbildung 7). Es gibt eine Reihe von kleinen Einrichtungen, die neben Rehabilitationsangeboten auch über einige wenige Krankenhausbetten verfügen, aber für die Akutversorgung kaum eine Rolle spielen. Dies betrifft z. B. die Krankenhäuser in Boulay, Creutzwald oder Bitche, in denen zwischen sieben und maximal 35 Akutbetten zur Verfügung stehen. In Grenznähe gibt es größere Krankenhäuser in den Orten Freyming-Merlebach (62 Betten), Sarreguemines (250 Betten), Forbach (225 Betten) und St. Avold (Clinique St. Nabor 72 Betten, Hospitalor 217 Betten, Centre Hospitalier Lemire 40 Betten). Einige der Krankenhäuser im Departement wurden zu *centres hospitaliers* zusammengeschlossen und restrukturiert. Metz und Thionville verfügen über Krankenhäuser mit mehr als 500 Betten, die mit weiteren Standorten das *Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville* bilden. Im Departement Moselle gibt es neben den Allgemeinkrankenhäusern drei Fachkrankenhäuser für Psychiatrie (vgl. Abbildung 7). Für die Behandlung schwerer Erkrankungen haben die *centres hospitaliers universitaires* in Nancy (Departement Meurthe-et-Moselle) und in Straßburg (Region Elsass) eine große Bedeutung (ARS 2013c).

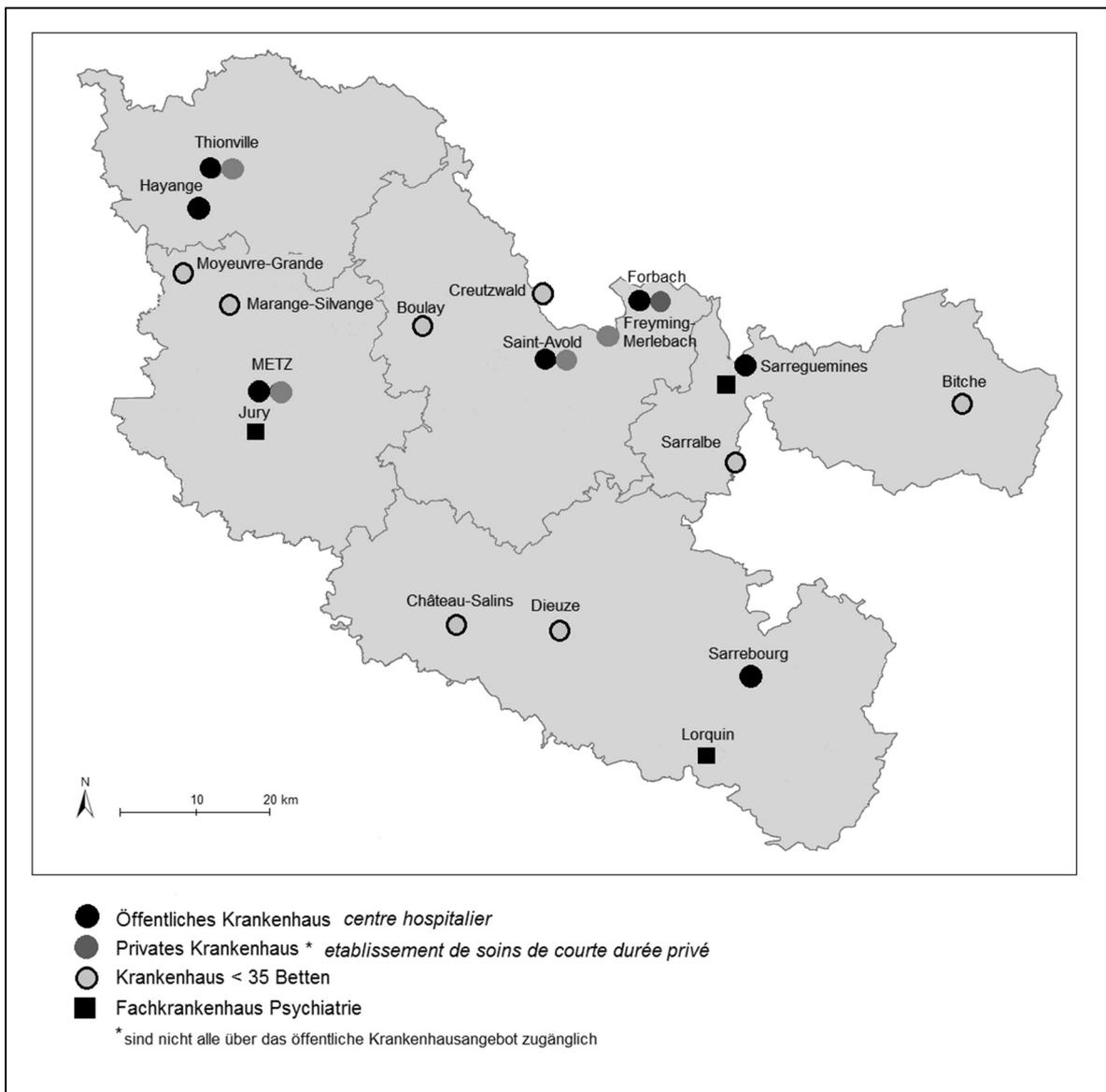


Abbildung 7 Krankenhäuser im Département Moselle 2013

eigene Abbildung in Anlehnung an: ARS 2013c: 17

Französische Krankenhäuser sind in die drei Abteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe unterteilt, während in Deutschland mehr Fachabteilungen unterschieden werden (MERTENS 2007: 11). Deshalb ist ein Vergleich der vorhandenen Fachabteilungen nicht sinnvoll.

Aufgrund der räumlichen Verteilung der Krankenhäuser in Grenznähe ist es möglich, dass im Untersuchungsraum die Fahrzeit zu einem Krankenhaus im Ausland kürzer ist (vgl. Tabelle 3). Dies betrifft auf den ersten Blick v. a. saarländische Gemeinden in Grenznähe.

Tabelle 3 Entfernung zum nächsten Krankenhaus im Grenzraum Saarland-Moselle

Gemeinde	Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus in Minuten		Zeitersparnis bei Fahrt in das Krankenhaus jenseits der Grenze
	im Inland	im Ausland	
Zinzing (F)	16	6	10
Habkirchen (D)	15	8	7
Sitterswald (D)	20	3	7
Auersmacher (D)	17	5	12
Kleinblittersdorf (D)	14	7	7
Rilchingen-Hanweiler (D)	19	1	18

F = Frankreich D = Deutschland
 Daten: SCHNEIDER 2006: 25, eigene Tabelle

Allerdings berücksichtigt Tabelle 3 nicht die Spezialisierung und Ausstattung der Krankenhäuser. Im Bereich der Geburtshilfe ist z. B. der Weg aus einigen lothringischen Orten zwischen Creutzwald und der luxemburgischen Grenze zu einer saarländischen Entbindungsstation kürzer (RUFFRAY & HAMEZ 2010: 36f.). Im Fall eines Schlaganfalls oder Herzinfarktes sind bestimmte Geräte oder Einrichtungen zur fachgerechten Behandlung notwendig, die nicht überall vorgehalten werden. Beispielsweise wird bei einem Herzinfarkt für den größtmöglichen Behandlungserfolg die Versorgung in einer *Stroke Unit* innerhalb von drei Stunden angestrebt. Wenn die im Grenzgebiet vorhandenen *Stroke Units* grenzüberschreitend genutzt würden, könnten bis zu 18 Minuten eingespart werden, die im Einzelfall lebenswichtig sein können. Dies betrifft insbesondere den östlichen Teil des Departements Moselle (ESPON 2010: 50). Für den ambulanten Bereich gibt es keine vergleichbaren Untersuchungen zur Erreichbarkeit.

Die unterschiedliche technische Ausstattung in Lothringen und im Saarland wird an den vorhandenen medizinisch-technischen Großgeräten deutlich. 2011 standen im Departement Moselle in Forbach, St. Avold, Freyming-Merlebach, Sarreguemines, Sarrebourg und Thionville ein CT und ein MRT zur Verfügung. In Metz gab es fünf CT und drei MRT sowie einen Positronen-Emissions-Tomographen (PET) (ARS 2012b: 241, ARS 2012c). In den stationären Einrichtungen des Saarlandes konnte 2011 auf 27 CT, zwölf MRT und zwei PET zurückgegriffen werden (GBE 2011). Daneben gibt es CT und MRT auch in radiologischen Praxen, die allerdings nicht statistisch erfasst werden. Wenn die statistisch erfassten Geräte in Relation zur Größe der Bevölkerung gesetzt werden, ergeben sich folgende Kennziffern (vgl. Tabelle 4):

Tabelle 4 Einwohner pro medizinisch-technischem Großgerät

	Einwohner/CT	Einwohner/MRT	Einwohner/PET
Saarland (im Jahr 2011)	37 594	84 586	507 516
Moselle (im Jahr 2012)	87 402	130 807	1 046 459

Daten: GBE 2011, ARS 2012b: 241, INSEE 2013a, eigene Tabelle

Aus den Unterschieden zwischen dem Einwohner-Geräte-Verhältnis kann nicht ohne Weiteres auf eine Unter- oder Überversorgung geschlossen werden. Die tatsächliche Nutzung der vorhandenen Geräte und die Wartezeit bzw. die Entfernung sind entscheidend. Diese Faktoren werden in Lothringen teilweise als ungünstig eingeschätzt (MERTENS 2007: 14). 2013 betrug die Wartezeit für ein MRT in Lothringen 36 Tage. Der Wert liegt zwar über dem nationalen Durchschnittswert von 30 Tagen, hat sich aber seit 2006 stark verbessert (vgl. Abbildung 8). Damals betrug die durchschnittliche Wartezeit 63 Tage, während der Wert für Frankreich damals 33 Tage war (COUROUVE et al. 2013: 13).

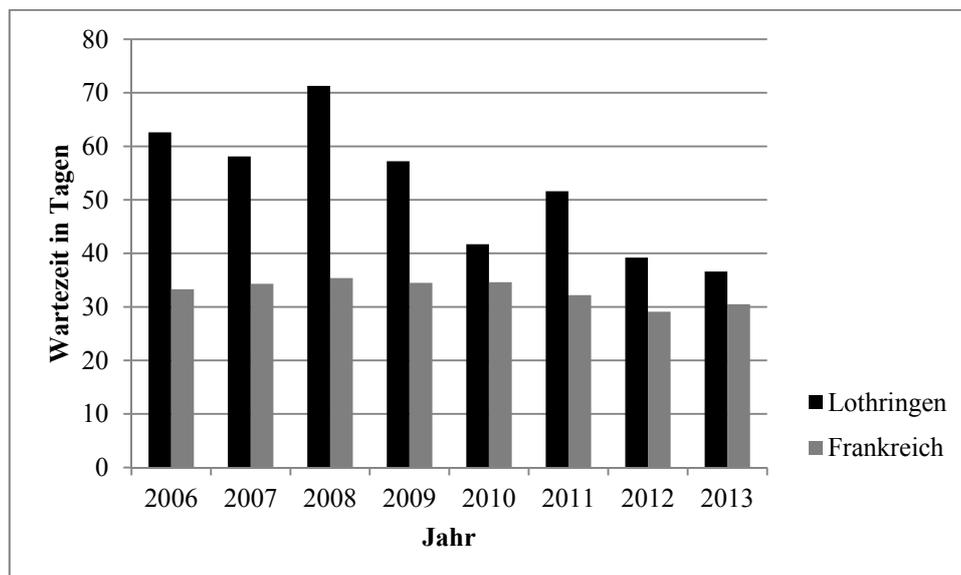


Abbildung 8 Entwicklung der Wartezeit für ein MRT in Lothringen 2006-2013

Daten: COUROUVE et al. 2013: 13, eigene Abbildung

Zur Behebung von Defiziten bei der Versorgung mit Geräten zu bildgebenden Verfahren wird im lothringischen SROS der Ausbau der grenzüberschreitenden Kooperation vorgeschlagen (ARS 2012a: 151). Zur Wartezeit im Saarland existieren nur Erfahrungsberichte,

jedoch keine systematisch erhobenen Daten. Die Lage ist wegen der höheren Kapazitäten allerdings entspannter.

Der Vergleich von Versorgungsziffern gibt noch keine Auskunft darüber, ob in einer der Regionen eine Unter- oder Überversorgung vorliegt. Dies kann nur auf Grundlage des tatsächlichen Bedarfs, der u. a. vom Gesundheitszustand und von der Altersstruktur der Einwohner abhängt, bestimmt werden. Hier bestehen durchaus Unterschiede im Untersuchungsraum. Die Todesursachenstatistik zeigt deutliche Abweichungen zwischen dem Saarland und Lothringen bei der Häufigkeit bestimmter Krankheitsbilder (Statistische Ämter GR 2013: 20f.). Außerdem ist relevant, inwiefern der Anteil der Hausärzte und die Verteilung der Mediziner auf die Fachgebiete den Bedürfnissen entsprechen. Die aufgezeigten Unterschiede lassen sich nicht monokausal erklären. Siedlungsstruktur, Bevölkerungsverteilung, Versorgungskonzepte und -systeme sowie zur Verfügung stehende Ressourcen prägen die Infrastruktur.

Die vorhandenen ambulanten und stationären Strukturen weisen durch ihre Unterschiedlichkeit Komplementaritäten auf. Gleichzeitig ähneln sich Probleme und Herausforderungen auf beiden Seiten der Grenze. Daraus entstehen Potenziale für Kooperationen und grenzüberschreitende Patientenströme.

4.4 Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im Untersuchungsraum

4.4.1 Grenzüberschreitende Kooperationen im Gesundheitsbereich

Im Folgenden werden zunächst die gesundheitspezifischen Kooperationen in der Großregion beschrieben, bevor auf die bilateralen Kontakte im Untersuchungsraum eingegangen wird. Die grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitsbereich ist in der Großregion sehr vielfältig gestaltet und umfasst viele Akteure (KRUMM 2009: 98-104, MOT 2011: 42f.). Die politischen Vertreter der Großregion sehen die grenzüberschreitende Kooperation als förderlich für die Verbesserung der Patientenversorgung an.

„Somit strebt die grenzüberschreitende Zusammenarbeit insbesondere die Verbesserung des Zugangs der Bevölkerung zum Gesundheitswesen im Nachbargebiet an, um es den Patienten zu ermöglichen, sich möglichst nah an ihrem Wohnort medizinisch versorgen zu lassen und auf die medizinische Ausstattung zurückgreifen zu können, die am geeignetsten für sie ist“. (GR 2007: 42)

Um dieses Ziel zu erreichen, bearbeiten die Gremien der Großregion gesundheitspolitische Fragestellungen. Seit 1971 beschäftigen sich mehrere Arbeitsgruppen mit dem Thema

„Gesundheit“, z. B. mit der Notfallmedizin, mit der Gesundheitsberichterstattung und mit rechtlichen Grundlagen (GR 2012, GRALL 2007, Regionalkommission 2000: 21, WEC 2007: 16f.). Der Gipfel der Großregion thematisiert Aspekte der Gesundheitspolitik ebenfalls immer wieder (GROß et al. 2006: 86-88, NIEDERMEYER & MOLL 2007: 301-303). So wird z. B. in den Berichten zu den Gipfeln 2011 und 2013 der Stand von Kooperationsprojekten im Gesundheitsbereich erläutert und die Bildung von medizinischen Netzwerken begrüßt (GR 2013: 46-49, GR 2011: 9, 35). Allerdings gab es noch keinen Gipfel zum Schwerpunktthema „Gesundheitsversorgung“. Die Integrationsfortschritte und Kooperationsdichte anderer Themenbereiche wurden im Bereich der Gesundheitsversorgung bis jetzt nicht erreicht. Dies wird auf Bedenken in den einzelnen Mitgliedregionen zurückgeführt. Sie befürchten, dass sie die Gesundheitsversorgung der eigenen Bevölkerung bei einer Zunahme der grenzüberschreitenden Patientenmobilität nicht mehr gewährleisten können. „Aus diesem Grund wird ein gemeinsames Vorgehen, welches in den Bereichen Wirtschaft, Kultur und Forschung bereits erfolgreich durchgeführt wird, abgelehnt, so dass man eher gegeneinander als miteinander arbeitet“ (FRÖHLICH et al. 2011: 50).

Eine konkretere Zusammenarbeit konnte im Rahmen der gemeinsamen Beantragung von Fördermitteln bei der EU erreicht werden. Seit den 1990er Jahren wurden in der Großregion mithilfe der EU-Gemeinschaftsinitiative *Interreg* zahlreiche grenzüberschreitende Kooperationsprojekte durchgeführt. Es wurden Projekte zur grenzüberschreitenden Bestandsaufnahme von medizinischen Infrastrukturen, Tagungen, aber auch einige konkrete Kooperationen zwischen Leistungserbringern unterstützt. Den Untersuchungsraum betraf z. B. das Projekt *Santé:Gesundheit Saar: Moselle*, das die Versorgungsangebote beiderseits der Grenze verglich (GR 2007: 42f., NIEDERMEYER & MOLL 2007: 304-306, RAUBER 2007: 362f., 366f., WEC 2007: 8-13). Im *Interreg*-Nachfolgeprogramm *Europäische Territoriale Zusammenarbeit* wurden 2007-2013 in der Großregion acht Projekte im Rahmen der Maßnahme *Förderung der Zusammenarbeit im Bereich des Gesundheitswesens* unterstützt. Ziele waren ein verbesserter Zugang zur Versorgung, die gemeinsame Nutzung vorhandener Infrastrukturen und der Erfahrungsaustausch. Im Untersuchungsraum waren davon zwei Projekte angesiedelt: die Beobachtung der Umsetzung des Abkommens zum grenzüberschreitenden Einsatz der Rettungsdienste und die geplante Kooperationsvereinbarung im Bereich der Kardiologie zwischen den Krankenhäusern in Völklingen und Forbach (GR 2007: 41-43, 58f., WEC 2007: 41-43).

Die ersten bilateralen Initiativen des Saarlandes und Lothringen bezogen sich auf Notfälle, für die sehr früh die Nützlichkeit einer Zusammenarbeit im Untersuchungsraum erkannt wurde. Bei Unfällen in Grenznähe hatten einheimische Rettungswagen immer wieder lange Anfahrtswege, während jenseits der Grenze in geringer Entfernung Rettungskräfte verfügbar waren, welche die Grenze jedoch nicht überqueren durften. Dies lag nicht nur an rechtlichen Barrieren, sondern auch eine Reihe praktischer Probleme machte dies schwierig (GROß et al. 2006: 73f., RAUHOFF 2005, WEC 2007: 8). Im Juni 2008 schlossen die lothringische ARH und das saarländische Ministerium für Inneres und Sport eine Vereinbarung zum grenzüberschreitenden Einsatz der Rettungsdienste (Vereinbarung 2008) auf Grundlage des *Rahmenabkommens über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zwischen Frankreich und Deutschland* ab (vgl. Kapitel 3.2.2). Allerdings wird die Vereinbarung nur in begrenztem Umfang in Anspruch genommen. 2009 fuhren saarländische Rettungswagen 51-mal nach Lothringen, um dort Patienten abzuholen, z. B. bei Unfällen. 2010 waren es 68 und 2011 60 Fälle. Zudem brachten sie in 58 Fällen Patienten nach Frankreich, die zuvor in Deutschland behandelt worden waren. Französische Rettungswagen waren zwischen 2008 und 2011 kein einziges Mal im Saarland im Einsatz. Die Vereinbarung wird deshalb von Beteiligten als „ruhend“ angesehen (ARS o. J.: 5, BECK et al. 2012: 33-35). Das finanzielle Defizit des grenznah stationierten saarländischen Rettungshubschraubers wird auch damit begründet, dass ein Drittel seines Einzugsgebiets auf französischem Territorium liegt. Von dort wurde er 2013 nur ein einziges Mal angefordert (KIRCH 2014). Die geringe Nutzung der Möglichkeit der grenzüberschreitenden Hilfe wird einerseits auf die ausreichenden inländischen Rettungsmittel und andererseits auf Verständigungsprobleme zurückgeführt (GR 2013: 48).

Konkrete Erfolge gibt es bei den Krankenkassen. Die Betriebskrankenkassen einiger saarländischer Betriebe und die *Caisse Primaire d'Assurance Maladie* konnten 2006 auf der Grundlage des *Deutsch-Französischen Rahmenabkommens* eine Kooperationsvereinbarung treffen. Sie bedeutet eine deutliche Vereinfachung für im Saarland tätige Grenzgänger bei der Abrechnung mit den Krankenkassen (MERTENS 2007: 23, RAU 2006).

Im stationären Bereich gibt es bilaterale Kooperationen zwischen einzelnen Krankenhäusern zu sehr konkreten Problemen wie z. B. die Nutzung von Großgeräten. Die Krankenhäuser Forbach und Völklingen sowie Sarreguemines und Sonnenberg in Saarbrücken starteten auf der Grundlage des *Deutsch-Französischen Rahmenabkommens* Projekte zur Zusammenarbeit bei der Behandlung von Patienten (GRALL 2007: 11). Auch grenzüberschreitende Hospitationen von Personal und der Erfahrungsaustausch werden

durch Projekte gefördert. Allerdings wurden nicht alle Projekte in dauerhafte Strukturen überführt und einige wieder aufgegeben (BECK et al. 2012: 33-35, KRUMM 2009: 100, 116-120, MERTENS 2007: 20f., SCHNEIDER 2006: 27f.). Im März 2013 wurde im Bereich Kardiologie eine Kooperation zwischen den Krankenhäusern in Forbach und Völklingen vereinbart. Sie sieht vor, dass Herzinfarktpatienten aus bestimmten lothringischen Gemeinden in der Umgebung von Forbach für Herzkatheteruntersuchungen nach Völklingen gebracht werden können. Außerdem können die Ärzte der Kardiologie in Forbach durch Kollegen aus Völklingen unterstützt werden (Kooperationsvereinbarung Kardiologie 2013).

Der ambulante Bereich wurde bei der Kooperation bisher vernachlässigt. Es gibt nur wenige Initiativen. Das *Saarländische Ärztesyndikat*, in dem niedergelassene und angestellte Ärzte vertreten sind, trifft sich regelmäßig mit entsprechenden Organisationen aus Frankreich und Luxemburg zur Diskussion (Saarländisches Ärztesyndikat 2009). In der *Euregio der Zahnärzte Saar-Lor-Lux-Rheinland/Pfalz* tauschen sich Zahnärzte grenzüberschreitend aus (CLTS/LAGS 2005). Diese Kooperationen haben jedoch keinen direkten Einfluss auf die grenzüberschreitenden Aktivitäten der Patienten, da sie einen fachlichen Erfahrungsaustausch zum Ziel haben. In der 2013 beschlossenen *Erklärung von Saarbrücken zur deutsch-französischen Zusammenarbeit in den Grenzregionen* formulieren die Unterzeichnerstaaten Deutschland und Frankreich ehrgeizige Ziele für den ambulanten Bereich: „Wir rufen dazu auf, die ambulante Gesundheitsversorgung, vor allem im ländlichen Raum, noch weiter auszubauen. In diesem Zusammenhang streben wir baldmöglichst die Gründung erster grenzüberschreitender Arztpraxen an“ (AA & RF 2013: 6). Diese Vision scheint als flächendeckendes Konzept kurz- und mittelfristig nicht realistisch zu sein. Bis jetzt gibt es keine Hinweise auf Bemühungen zur Umsetzung dieser Idee. Es gibt jedoch bereits einige saarländische Ärzte, die eine zweite Praxis in Lothringen betreiben bzw. dort ebenfalls Sprechstunden anbieten.

Es handelt sich bei den genannten Beispielen um Einzelaktivitäten, die oft nicht als dauerhafte Projekte angelegt sind. Für den geringen Erfolg der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen werden zum einen Ängste und Eigeninteressen verantwortlich gemacht. Zum anderen sind praktische Probleme ausschlaggebend, die v. a. die Leistungserbringer betreffen. Die saarländischen Krankenhäuser, die grenzüberschreitend kooperieren, führen Sprache, unterschiedliche sozialrechtliche Regelungen und organisatorische Unterschiede als Probleme bei der Zusammenarbeit an (MERTENS 2007: 20). Auch Kooperationsversuche von deutschen Krankenkassen und französischen Krankenhäusern scheiterten an der

widersprüchlichen Sozialgesetzgebung (ARS o. J.: 3). Zudem erschweren unterschiedliche Motivationen, wie z. B. auf der einen Seite eine längerfristige strategische Partnerschaft und auf der anderen Seite die kurzfristige Behebung von Kapazitätsproblemen, Projekte (WEC 2007: 34). In mehreren Untersuchungen wird insbesondere das Interesse Lothringens an einer Zusammenarbeit als gering eingestuft. 2005 konnte eine geplante Kooperationsbörse nicht stattfinden, weil sich zu wenige französische Teilnehmer angemeldet hatten. Interessierte französische Krankenhäuser fanden bei ihren Kooperationsbemühungen z. T. keine Unterstützung bei der ARH bzw. ARS (FRÖHLICH et al. 2011: 50, MERTENS 2007: 21). Am großregionalen *Traumanetzwerk Saar-(Lor)-Lux-Westpfalz* nehmen keine französischen Partner teil (MGV 2011: 46). Die in Lothringen geltenden restriktiven Regeln zur Anwendung des *Deutsch-Französischen Rahmenabkommens* bestätigen das eher geringe Interesse (vgl. Kapitel 3.2.2).

Die grenzüberschreitende politische Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich gestaltet sich insgesamt als eher schwierig, weil es zu Interessenskonflikten kommt und der Abstimmungsbedarf enorm ist. Die vielversprechendsten Kooperationen entstehen durch die direkten Kontakte zwischen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen. Im nächsten Schritt ist nun zu untersuchen, welche Patientenströme aus den in den vorangegangenen Unterkapiteln beschriebenen regionalen Rahmenbedingungen hervorgehen.

4.4.2 Grenzüberschreitende Patientenströme

In der Großregion Saar-Lor-Lux insgesamt ist die grenzüberschreitende Patientenmobilität – wie in Europa insgesamt – quantitativ gesehen nicht sehr bedeutend, allerdings fehlen belastbare empirische Daten (GR 2007: 41, LuxLorSan 2004: 258, 262). Es gibt lediglich Statistiken für einzelne Kliniken (z. B. LAMOUR 2010: 21) und sehr pauschale Angaben. Die Krankenkassen in den Teilregionen der Großregion verzeichnen monatlich 100 bis 165 000 Fälle, in denen grenzüberschreitend Leistungen in Anspruch genommen werden. Die Angabe ist wegen ihrer großen Spannweite wenig aussagekräftig (FRÖHLICH et al. 2011: 43). In der Großregion und im Saarland wird davon ausgegangen, dass das Interesse an grenzüberschreitenden Behandlungen in Zukunft zunehmen wird (GR 2007: 43, MGV 2011: 52f.).

Die Datenlage ist auch für den Untersuchungsraum schwierig. Eine Aufstellung der saarländischen Krankenhäuser für das Jahr 2003 nennt die Zahl von 5 275 im Saarland stationär behandelten Patienten aus Frankreich (CLTS/LAGS 2006). Franzosen haben den mit Abstand größten Anteil an den in saarländischen Krankenhäusern und Reha-Kliniken

behandelten Patienten aus dem Ausland. Da insgesamt jedoch nur 1,3 % der Patienten aus dem Ausland kommen, handelt es sich um eine sehr geringe Anzahl (GR 2005, MERTENS 2007: 20).

Es ist insbesondere unklar, wie viele Grenzgänger zur Behandlung ins Saarland kommen, weil sie aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu deutschen Krankenkassen vielfach nicht als französische Patienten erfasst werden. Wenn sie zu den genannten Zahlen dazu addiert würden, könnte sich eine höhere Zahl ergeben. Hinweise darauf gibt die 2006 unter französischen Grenzgängern durchgeführte Befragung im Rahmen des Projektes *Santé:Gesundheit Saar: Moselle*. Die Ergebnisse beruhen auf der Befragung von 488 aktiven Grenzgängern und 54 Grenzgängern im Ruhestand. Nur 24 % von ihnen wurden noch nie von einem niedergelassenen Arzt im Saarland und 42 % noch nie in einem saarländischen Krankenhaus behandelt (MERTENS 2006: 5). Allerdings können diese Zahlen nicht ohne Weiteres verallgemeinert werden, da sich Grenzgänger, die sich noch nie im Saarland behandeln ließen, möglicherweise von Vorneherein nicht an der Umfrage zum Thema „Probleme der Behandlung im Saarland“ beteiligten.

Über ambulante Behandlungen existieren keine Angaben. Neben Krankenhausaufenthalten und Arztbesuchen können im Gesundheitsbereich weitere grenzüberschreitende Ströme beobachtet werden. Saarländer kaufen z. B. Medikamente in französischen Apotheken, da sie dort günstiger sind (WEC 2006: 33).

Insgesamt ergibt sich aus den regionalen Rahmenbedingungen eine Gemengelage aus förderlichen und hemmenden Faktoren, deren Auswirkungen auf die grenzüberschreitende Patientenmobilität genauer untersucht werden müssen.

5 Hypothesen zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle

Aus den konzeptionellen Grundlagen, den europäischen und nationalen Rahmenbedingungen und der Situation im Grenzraum Saarland-Moselle wurden neun Hypothesen abgeleitet. Sie bilden das Fazit der explorativen und theoretischen Auseinandersetzung mit der grenzüberschreitenden Patientenmobilität. Die Hypothesen sind der Ausgangspunkt der empirischen Untersuchung und handlungsleitend für die weiteren Arbeitsschritte. Im Untersuchungsverlauf werden sie immer wieder überarbeitet und ergänzt.

I Umfang der grenzüberschreitenden Patientenmobilität:

Im Grenzraum Saarland-Moselle gibt es grenzüberschreitende Patientenmobilität in einem größeren Umfang als zur Verfügung stehende Daten vermuten lassen, da ambulante Behandlungen und Grenzgänger von bisher durchgeführten Untersuchungen nicht berücksichtigt wurden. Die zahlreichen und vielfältigen grenzüberschreitenden Verflechtungen im Untersuchungsraum begünstigen die grenzüberschreitende Patientenmobilität.

II Rechtsgrundlagen:

Europäische und nationale Rechtsgrundlagen beeinflussen die Rahmenbedingungen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität. Gemeinsam mit Kooperationsvereinbarungen und Abkommen auf regionaler Ebene bilden sie Ressourcen und Zwänge der Patientenentscheidung im Sinne der *Handlungszentrierten Sozialgeographie*. Es ist davon auszugehen, dass die an der grenzüberschreitenden Patientenmobilität beteiligten Akteure nicht perfekt informiert sind und sie die rechtlichen Rahmenbedingungen nicht objektiv wahrnehmen.

III Rechtliche Situation der Grenzpendler:

Für Grenzpendler bestehen keine rechtlichen oder administrativen Hindernisse, da sie im Arbeitsstaat in Bezug auf die Krankenversicherung den Einheimischen gleichgestellt sind. Damit unterscheidet sich für die lothringischen Grenzpendler der Zugang zur französischen und deutschen Gesundheitsversorgung nicht. Alleine das Gesundheitssystem und die Gesundheitsinfrastrukturen, bzw. deren Wahrnehmung, sind für die Wahl des Behandlungsstaates entscheidend.

IV Gesundheitssysteme und medizinische Infrastrukturen im Grenzraum Saarland-Moselle:

Zu den Rahmenbedingungen zählen die Gesundheitssysteme in Frankreich und in Deutschland sowie die medizinischen Infrastrukturen im Untersuchungsraum. Sie sind kulturell geprägt. Diese Tatsache trägt dazu bei, dass sich das Versorgungsangebot in Lothringen und im Saarland unterscheidet. Bestehende bzw. wahrgenommene Unterschiede sind ein Auslöser grenzüberschreitender Patientenmobilität, da sie zum Ausgleich von Defiziten auf einer Seite der Grenze beitragen können. Andererseits entfaltet die Heterogenität eine hemmende Wirkung, weil die Beteiligten die Funktionsweise des anderen Systems nicht kennen.

V Bedeutung der Sprachkenntnisse:

Die große Bedeutung von Sprachproblemen für die grenzüberschreitende Patientenmobilität muss für den Grenzraum Saarland-Moselle relativiert und differenziert werden, da sich die Sprach- und Staatsgrenzen immer wieder verschoben haben und viele Lothringer im Saarland arbeiten.

VI Persönliche Rahmenbedingungen:

Die persönlichen Rahmenbedingungen, wie z. B. sozioökonomische Stellung, Sprachkenntnisse, Wohnort oder Gesundheitszustand, aber auch Bedürfnisse oder Präferenzen, beeinflussen den Entscheidungsprozess. Sie wirken ermöglichend oder hemmend. Auch grenzüberschreitende Behandlungen, die in der Vergangenheit stattfanden, und damit verbundene positive oder negative Erfahrungen, Lernprozesse und Gewohnheiten spielen bei aktuellen Entscheidungen eine Rolle.

VII Individuelle Gesundheitskultur und *psychische Distanz*:

Die *psychische Distanz* eines Menschen zum Nachbarland ist individuell und kann nicht über die *kulturelle Nähe* von Staaten erfasst werden. Jedes Individuum hat eine eigene Gesundheitskultur, die nicht im Einklang mit der national oder regional vorherrschenden stehen muss. Eine geringe *psychische Distanz* zur Nachbarregion fördert die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen. Eine große *psychische Distanz* erhöht die Transaktionskosten und wirkt deshalb hemmend. *Interkulturelle Kompetenzen* helfen beim Umgang mit den wahrgenommenen Unterschieden. Solche

Kompetenzen werden v. a. durch Kontakte in der Nachbarregion oder andere internationale Erfahrungen ausgebildet.

VIII Vorteile und Aufwand der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen:

Die Vorteile der Behandlung im Saarland müssen den Aufwand für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen ausgleichen oder übersteigen, damit es zur Entscheidung für den Gang über die Grenze kommt. Vorteile und Motive gehen sowohl auf Push- als auch auf Pull-Faktoren zurück. Zum Aufwand zählen Transaktionskosten, die durch die Suche nach Informationen über die Bedingungen der grenzüberschreitenden Behandlung und über geeignete Anbieter sowie beim Aufbau von Vertrauensverhältnissen entstehen. Je häufiger ein Patient bereits im Ausland in Behandlung war, desto geringer ist der Aufwand. Je spezifischer sein Behandlungsbedarf ist, desto größer ist der Aufwand. Um den Entscheidungsaufwand zu reduzieren, können Patienten auf die Erfahrungen anderer Personen zurückgreifen.

IX Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen als subjektiv beste Handlungsoption:

Für die im Fokus stehenden lothringischen Patienten ist die Behandlung im Saarland die nach dem subjektiven Empfinden beste Behandlungsmöglichkeit. Motive und Faktoren, welche die grenzüberschreitende Behandlung erschweren, sind wegen des individuellen Kontextes für jeden Patienten einzigartig. Patienten treffen die Entscheidung zur grenzüberschreitenden Behandlung nicht rational und nicht auf der Grundlage vollständiger Information. Wenn es sich bei der grenzüberschreitenden Behandlung um eine Routine handelt, fällen sie die Entscheidung nicht bewusst. Falls bisher die Behandlung im Heimatland der Normalfall war, kann der Patient die Entscheidung für die Behandlung im Nachbarland bewusst fällen.

Aus den Hypothesen, die auf der Diskussion der konzeptionellen Grundlagen, den Ergebnissen zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität in Europa und auf der Analyse der Situation im Untersuchungsraum beruhen, ergibt sich in Anlehnung an die *Handlungszentrierte Sozialgeographie* folgendes Entscheidungsmodell (vgl. Abbildung 9):

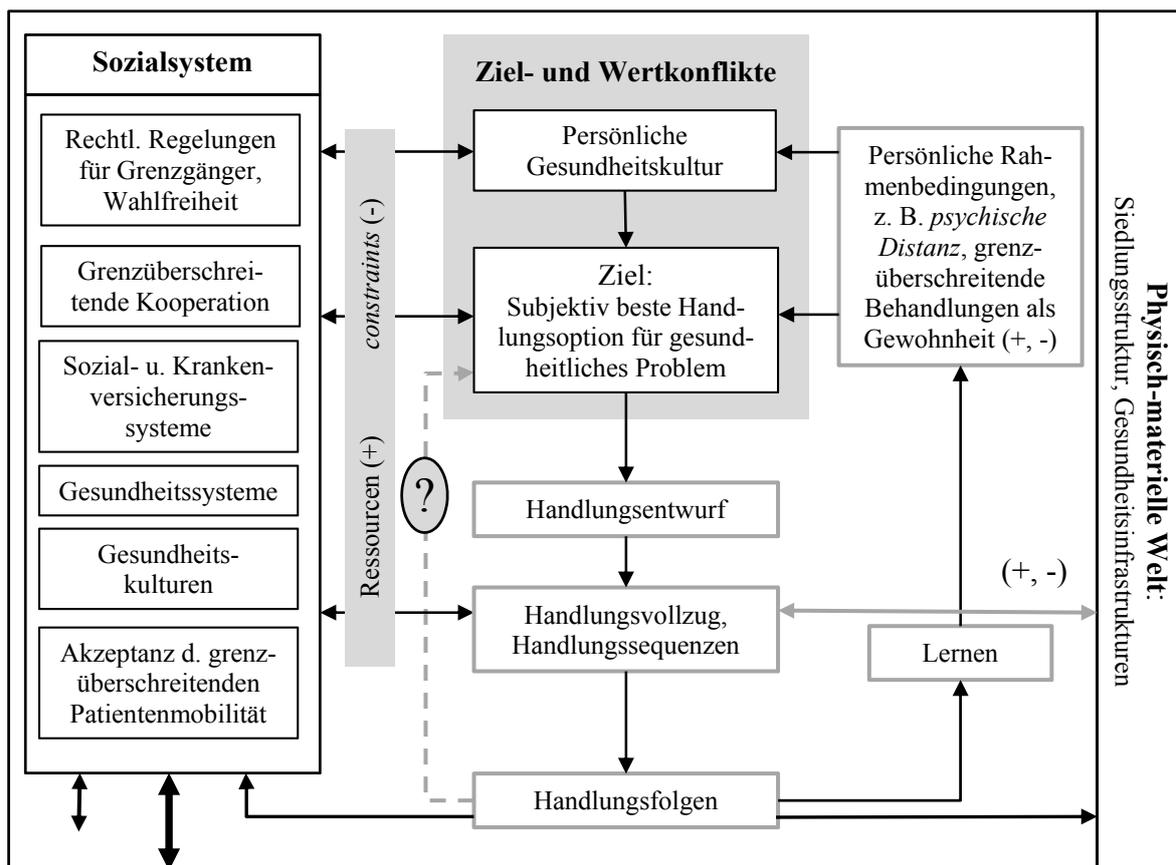


Abbildung 9 Entscheidungsmodell der grenzüberschreitenden Patientenmobilität

+ = ermöglichend - = beschränkend
 eigene Abbildung in Anlehnung an: WEICHHART 2008: 263

Ausgehend vom Entwurf von WEICHHART wurden die anderen konzeptionellen Ansätze eingearbeitet und eine Konkretisierung für die untersuchte Entscheidungssituation vorgenommen. So ist z. B. das Handlungsziel gemäß den diskutierten *Rational-Choice*-Ansätzen die bestmögliche Linderung eines gesundheitlichen Problems. Beim persönlichen Kontext fließen die Annahmen zur Bedeutung der persönlichen Rahmenbedingungen und einzelner konkreter Aspekte, wie z. B. der *psychischen Distanz*, ein.

Das *Sozialsystem* der betrachteten Entscheidung setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen und ist grenzüberschreitend. Zum einen sind die europäischen und nationalen Rechtsgrundlagen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität und die Ergebnisse grenzüberschreitender Kooperationen zu beachten. Zum anderen gehören die nationalen Bestimmungen zur Sozial- und Krankenversicherung sowie zur Organisation des Gesundheitswesens dazu. Daneben sind auch nicht kodifizierte Faktoren relevant. Dazu zählen Gesundheitskulturen sowie die gesellschaftliche und individuelle Akzeptanz der grenzüberschreitenden Patientenmobilität.

Die Gesundheitsinfrastrukturen als sichtbare Zeugnisse der Gesundheitssysteme bilden gemeinsam mit der Siedlungsstruktur den physisch-materiellen Kontext des Entscheidungsprozesses. Durch die Berücksichtigung der Transaktionskosten, die einen besonderen *constraint* darstellen, wird der grenzüberschreitende Kontext miteinbezogen. In der empirischen Untersuchung wird analysiert, welche Rolle diese Einzelaspekte bei der Entscheidung über die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen spielen.

6 Methodisches Vorgehen

Im folgenden Kapitel wird beschrieben, wie die formulierten Hypothesen empirisch überprüft, überarbeitet und ergänzt wurden. Das gewählte Vorgehen wurde mit dem Datenschutzbeauftragten der Universität des Saarlandes und dem Vorsitzenden der Ethikkommission der Fakultät V der Universität des Saarlandes abgestimmt.

In Abgrenzung von der vielfach postulierten Gegensätzlichkeit und Unvereinbarkeit qualitativer und quantitativer Forschung (KELLE 2008: 26-39) weist die Verfasserin der vorliegenden Untersuchung auf die komplementären Eigenschaften und Funktionen der beiden Paradigmen hin. Dieser Argumentation folgend wurden quantitative und qualitative Methoden bei der Bearbeitung der Fragestellung kombiniert. Eine methodische Triangulation ermöglicht einerseits eine Validierung von Untersuchungsergebnissen, andererseits aber auch eine ergänzende Betrachtung des Untersuchungsgegenstandes aus verschiedenen Blickwinkeln (DENZIN 1987: 302f., KELLE 2008: 49-55, LAMNEK 2010: 142f.). Diese Potenziale werden als relevanter eingeschätzt als die in einigen Publikationen bemängelten Probleme von Triangulationen (z. B. DENZIN 1987: 306, KELLE 2008: 39-54).

In der dreigeteilten Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist ein mehrschichtiger Zugang zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Untersuchungsraum angelegt. In den Teilfragen 1 und 2 wird einerseits die „Makroebene sozialer Strukturen“ (KELLE 2008: 57) analysiert (vgl. Tabelle 5). Andererseits steht auf der „Mikroebene sozialen Handelns“ (KELLE 2008: 57) mit Teilfrage 3 die individuelle Entscheidung für die grenzüberschreitende Behandlung im Fokus. Die breit gefächerte Fragestellung und die schwere Zugänglichkeit zum Feld machen die methodische Triangulation notwendig, weil eine Methode nicht alle Ziele erfüllen kann. Die einzelnen Untersuchungsschritte sind nicht als voneinander unabhängige Analysen zu verstehen, sondern bedingen sich gegenseitig.

Im ersten Untersuchungsschritt wurden die in der Teilfrage 1 genannten Rahmenbedingungen durch eine Literatur- und Dokumentenanalyse erfasst (vgl. Tabelle 5). Das auf diese Art und Weise angeeignete Wissen ermöglichte die Planung und Durchführung der weiteren Untersuchungsschritte. Die Literatur- und Dokumentenanalyse machte deutlich, dass es kaum Informationen zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Untersuchungsraum gibt. Eigene empirische Untersuchungen waren deshalb notwendig.

Tabelle 5 Teilfragen und Methodenwahl

Teilfrage	Untersuchungs- ebene	Gewählter Ansatz: Methode
1. Unter welchen – auf verschiedenen räumlichen Ebenen geschaffenen – Rahmenbedingungen findet grenzüberschreitende Patientenmobilität im Untersuchungsraum statt?	Makroebene	Qualitativ: Literatur- und Dokumenten- analyse
2. Gibt es grenzüberschreitende Patientenmobilität im Untersuchungsraum und wie kann diese charakterisiert werden?	Makroebene	Qualitativ: Explorative Experten- interviews Quantitativ: Standardisierte Patienten- befragung
3. Wie kommt die individuelle Entscheidung für eine grenzüberschreitende Behandlung zustande?	Mikroebene	Qualitativ: Problemzentrierte Patienteninterviews

↔ = aufeinander aufbauend, ergänzend oder vergleichend
eigene Tabelle

In der Kombination qualitativer Experteninterviews mit einer standardisierten Patientenbefragung zur Beantwortung von Teilfrage 2 wird der Gedanke der Triangulation und der Wunsch deutlich, verschiedene Akteursperspektiven zu erfassen (vgl. Tabelle 5). Die Befragung von Experten bot den Vorteil, dass diese Personengruppe einen Überblick über die grenzüberschreitende Patientenmobilität geben kann, und bereitete die quantitative Befragung französischer Patienten vor. Zusammen ermöglichen die zwei Untersuchungsschritte die deskriptive Analyse der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Untersuchungsraum. Zudem konnte ein Vergleich mit den Ergebnissen der Literatur- und Dokumentenanalyse durchgeführt werden. Auf diese Art und Weise wurde untersucht, wie die Rahmenbedingungen von den Akteuren wahrgenommen werden und wie sich die subjektive Wahrnehmung und Interpretation auf die grenzüberschreitende Patientenmobilität auswirken.

Die qualitativen Interviews mit französischen Patienten zur Bearbeitung der Teilfrage 3 vertieften die Ergebnisse der quantitativen Befragung (vgl. Tabelle 5). Sie bezogen sich v. a. auf individuelle Handlungsmuster und Zusammenhänge, die mit einer standardisierten Befragung nicht erfasst werden können. Die standardisierte Befragung hatte nicht nur weiterzuverfolgende Themen identifiziert, sondern auch Hinweise auf die Zusammensetzung der Gruppe lothringischer Patienten, die sich im Saarland behandeln lassen,

gegeben. Aufgrund dieser Erkenntnisse wurde die Zielgruppe der qualitativen Patienteninterviews definiert. Während die standardisierte Patientenbefragung auf einen breit angelegten Überblick abzielte, gingen die qualitativen Patienteninterviews in die Tiefe und stellten subjektive Perspektiven stärker in den Fokus. Bei der Auswertung der Patienteninterviews wurde Bezug auf die Ergebnisse der Literatur- und Dokumentenanalyse genommen und Vergleiche mit den Ergebnissen der Experteninterviews vorgenommen.

Das gewählte Vorgehen kann als Kreislauf verstanden werden, in dem Hypothesen entstanden sind, anschließend überprüft, angepasst und wieder in Frage gestellt wurden. Deduktives und induktives Vorgehen wechselten sich dabei ab. Dadurch kam es wie in einem hermeneutischen Zirkel zu einer schrittweisen Annäherung an den Untersuchungsgegenstand. Ein solches Vorgehen wird von der *Grounded Theory* angestrebt, die Barney GLASER und Anselm STRAUSS erstmals 1967 vorstellten. Ihr Ziel ist es, mithilfe deduktiver und induktiver Arbeitsschritte Hypothesen und Theorien aus empirischen Daten zu entwickeln. Dazu wenden sie die *komparative Analyse* an, den Vergleich von Individuen oder Organisationen, um Ähnlichkeiten und Unterschiede aufzudecken (GLASER & STRAUSS 2010). Die von GLASER & STRAUSS vorgeschlagene Arbeitsweise ist als Gegenentwurf zur rein deduktiven Hypothesenprüfung zu verstehen. Neben der pragmatischen Herangehensweise zeichnet sich die *Grounded Theory* durch eine große Flexibilität aus (LAMNEK 2010: 90, STRÜBING 2014: 1f., 37-63).

Die *Grounded Theory* bildet den Rahmen für das empirische Vorgehen der vorliegenden Arbeit. Es wird ihr jedoch nicht in allen Punkten gefolgt, weil die Fragestellung der vorliegenden Arbeit keine Entwicklung einer selbstständigen und kompletten Theorie anstrebt. Es wird auf die Annahmen der *Grounded Theory* zurückgegriffen, um die in den Interviews gewonnenen Daten systematisch und nachvollziehbar auszuwerten. Das konkrete Vorgehen wird in den folgenden vier Unterkapiteln erläutert.

6.1 Literatur- und Dokumentenanalyse

Die Literatur- und Dokumentenanalyse ist Teil vieler wissenschaftlicher Untersuchungen, wird aber in den wenigsten Publikationen zur empirischen Sozialforschung thematisiert (PRIOR 2003). Diese qualitative Methode dient der Informationsbeschaffung aus wissenschaftlichen Texten und Dokumenten, die zum Untersuchungsobjekt vorliegen. Für die vorliegende Untersuchung wurden wissenschaftliche Publikationen, Rechtsgrundlagen

und Medienberichte herangezogen. Diese befassen sich sowohl mit der grenzüberschreitenden Patientenmobilität allgemein als auch speziell mit der Situation in der EU sowie in Frankreich, Deutschland, der Großregion und im Untersuchungsraum. Neben Informationen zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung an sich wurden auch konzeptionelle und methodische Grundlagen der wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Thema recherchiert.

LAMNEK (2010: 456) führt als Nachteil der Methode an, dass „Einstellungen der hinter den Dokumenten stehenden Untersuchungspersonen [...] nicht ermittelt werden“ können. In der vorliegenden Arbeit ist es im ersten betroffenen Untersuchungsschritt jedoch gar nicht die Absicht, Meinungen einzelner Akteure herauszuarbeiten. Dass bestimmte Dokumente von der Einstellung der Verfasser beeinflusst werden, kann z. B. bei Medienerzeugnissen nicht ausgeschlossen werden. Die Gefahr ist jedoch bei vielen verwendeten Texten, z. B. bei Gesetzestexten, nicht von Belang oder kann durch die Gegenüberstellung unterschiedlicher Quellen ausgeglichen und durch die intensive Beschäftigung mit dem Thema eingeordnet werden.

Die Literatur- und Dokumentenanalyse deckte Desiderate auf, welche die Fragestellung und Ziele der vorliegenden Arbeit beeinflussten. Sie bildet die Grundlage der Kapitel 1 bis 4. Auf Grundlage der Literatur- und Dokumentenanalyse wurden die in Kapitel 5 präsentierten Hypothesen aufgestellt.

6.2 Expertenbefragung

Die Literatur- und Dokumentenanalyse zeigte, dass zum Umfang und den regionalen Rahmenbedingungen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Untersuchungsraum nur wenige Informationen vorliegen. Um diese Desiderate zu beseitigen, wurde eine Expertenbefragung unter saarländischen Akteuren durchgeführt. Befragt wurden Anbieter medizinischer Leistungen und Versicherer, die mit der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen konfrontiert sind, und Personen, die an der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen beteiligt sind. Da keine Behandlungen im Departement Moselle berücksichtigt wurden, war die Befragung von dortigen Anbietern oder Versicherungen nicht sinnvoll. Von der Einbeziehung von französischen gesundheitspolitischen Akteuren wurde abgesehen, da diese außerhalb des Departements Moselle ansässig sind.

Experteninterviews sind dazu geeignet, sich in einem Themengebiet zu orientieren und dieses abzugrenzen. Sie eröffnen den Zugang zu Wissen, das an Personen gebunden und nicht dokumentiert ist. Experteninterviews definieren sich deshalb in erster Linie über das Wissen der Personen, die als Interviewpartner ausgewählt werden, und weniger über allgemeingültige methodische Kriterien (BOGNER et al. 2014, KASSNER & WASSERMANN 2005, MEUSER & NAGEL 2005). Entscheidend ist das „technische[...] Prozess- oder Deutungswissen, das sich auf [ein] spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht“ (LAMNEK 2010: 655). Wer als Experte verstanden wird, ist deshalb von der Fragestellung abhängig.

In der vorliegenden Arbeit war Expertenwissen in zweierlei Hinsicht zur Beantwortung der Teilfrage 1 hilfreich. Erstens haben die Experten aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit einen gewissen Überblick über die grenzüberschreitende Patientenmobilität. Sie können über Art und Umfang der grenzüberschreitenden Patientenströme, Motive der Patienten, förderliche Faktoren und entstehende Probleme Auskunft geben. Zweitens tragen die Experten zur Gestaltung der Rahmenbedingungen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität bei. Sie haben z. B. Einfluss auf rechtliche und organisatorische Grundlagen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Zudem sind sie wichtige Vermittler von Informationen und können z. B. beim direkten Kontakt mit Patienten bzw. Versicherten durch ihr Handeln starken Einfluss nehmen.

Theoretical Sampling, die an den Forschungszielen ausgerichtete, gezielte und in mehreren Schritten stattfindende Auswahl von Interviewpartnern, ermöglichte die Einbeziehung aller relevanten Akteursgruppen. Mithilfe der Literatur- und Dokumentenanalyse konnten erste Interviewpartner identifiziert werden. Weitere Interviewpartner wurden aufgrund der Empfehlung französischsprachiger Ärzte auf der Homepage des französischen Konsulats in Saarbrücken ausgewählt (Consulat 2012). Aus den Interviews ergaben sich nach dem Schneeballprinzip weitere Kontakte. Die Suche nach weiteren Interviewpartnern wurde eingestellt, als keine neuen Akteursgruppen mehr identifiziert werden konnten und die Aussagen sich wiederholten (DIEKMANN 2010: 400, GLASER & STRAUSS 2010: 65f., 76f., LAMNEK 2010: 350f., WITZEL 1982: 80).

Als wichtigste Akteure wurden niedergelassene Haus- und Fachärzte, in stationären Einrichtungen angestellte Ärzte, Verwaltungsmitarbeiter in Krankenhäusern und Praxen, Mitarbeiter der Krankenkassen, Mitarbeiter der für die Gesundheitsversorgung zuständigen Behörden und an grenzüberschreitenden Projekten Beteiligte identifiziert. Ärzte können einschätzen, wie groß der Anteil französischer Patienten in ihrer Praxis oder Abteilung ist.

Sie kennen die Beweggründe ihrer Patienten und wissen, welche Auswirkungen die Rahmenbedingungen in der Realität für Patienten und Ärzte haben. Das Verwaltungspersonal in Kliniken kann Aussagen darüber treffen, ob, wie viele und in welchen Bereichen Patienten aus den Nachbarregionen behandelt werden. Mitarbeiter von Krankenversicherungen kennen den Anteil von Grenzgängern, die sich grenzüberschreitend behandeln lassen. Sie sind durch Versichertenanfragen über Motive und Probleme informiert. Angehörige der öffentlichen Verwaltung und Wissenschaftler können Auskunft über das Ausmaß von Patientenströmen, die spezifischen Rahmenbedingungen im Untersuchungsraum und über die Wirksamkeit einzelner Regelungen oder Vereinbarungen geben. Projektbeteiligte kennen Defizite der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sowie die Initiativen zur Förderung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität, die Motive der Kooperationspartner und bestehende Probleme.

Es wurden 19 Gespräche mit Ärzten, Mitarbeitern von Krankenhäusern, Angehörigen der öffentlichen Verwaltung, Projektmitarbeitern und Krankenkassen durchgeführt (vgl. Liste der interviewten Experten im Anhang 11.3). Es stellte sich heraus, dass Gespräche mit niedergelassenen Ärzten am fruchtbarsten waren und grenzüberschreitende ambulante Behandlungen häufiger vorkommen als stationäre. Die niedergelassenen Ärzte bilden deshalb mit neun Personen die größte Gruppe der Gesprächspartner. Fünf von ihnen sind in einer Praxis zusammen mit Kollegen tätig, die anderen betreiben Einzelpraxen; sechs von ihnen sind Hausärzte. In den Krankenhäusern wurden ein Arzt und zwei Verwaltungsmitarbeiter befragt. Dazu kamen drei Mitarbeiter von Krankenkassen, wovon einer speziell für die Beratung von Grenzgängern zuständig ist. Darüber hinaus wurden Gespräche mit zwei Projektbeauftragten, die an Kooperationen im Zusammenhang mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung beteiligt waren, mit einer Mitarbeiterin einer Behörde sowie mit einer Wissenschaftlerin geführt.

Die Experteninterviews basierten auf einem Interview-Leitfaden, der als Gesprächsanreiz diente und an den jeweiligen Gesprächspartner angepasst wurde (LAMNEK 2010: 321f., 658, MEUSER & NAGEL 2005: 77f.) (vgl. Leitfaden im Anhang 11.5). Inhalt der Gespräche waren Umfang und Art der grenzüberschreitenden Patientenmobilität, Probleme der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sowie Unterschiede zwischen den Angeboten und Gesundheitssystemen in den Nachbarregionen. Zudem wurde nach der Bedeutung von gesetzlichen Grundlagen bzw. Kooperationen für die grenzüberschreitende Patientenmobilität gefragt.

Die Gespräche dauerten zwischen 15 und 60 Minuten, 14 Gespräche wurden persönlich geführt, fünf telefonisch. Die Befragten zeigten nicht alle das gleiche Interesse an der Thematik bzw. konnten nicht in gleichem Umfang Auskunft geben. Zwei Telefonate mit Mitarbeitern von Krankenkassen und zwei persönliche Gespräche mit niedergelassenen Ärzten fielen sehr kurz aus. Bei den Krankenkassenmitarbeitern lag dies daran, dass sie lediglich wegen statistischer Daten zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität kontaktiert worden waren und darüber hinaus kaum Auskunft geben konnten. Bei zwei Ärzten begrenzte der enge Zeitplan in der Praxis die Dauer des Gesprächs. Die meisten Gespräche konnten aufgenommen und anschließend transkribiert werden. Bei der Transkription wurden grobe grammatikalische und sprachliche Fehler überarbeitet, um die Verständlichkeit zu verbessern. Dieses Vorgehen ist zu vertreten, da der Inhalt des Gesagten und nicht die Art und Weise, wie etwas gesagt wird, im Fokus der Untersuchung steht (BOGNER et al. 2014: 42f., LAMNEK 2010: 357, WITZEL & REITER 2012: 95-98). Einige Gesprächspartner willigten nicht in eine Aufnahme ein bzw. die Gespräche wurden telefonisch durchgeführt und konnten deshalb nicht aufgenommen werden. In diesen Fällen wurde ein Protokoll angefertigt.

Die Auswertung der Transkripte und Protokolle erfolgte in Anlehnung an die *Grounded Theory*. Ausgangspunkt der *komparativen Analyse* ist der Prozess des *Codierens*, dem systematischen Zuordnen von Textstellen zu Kategorien. Glaser & Strauss setzen sich sehr intensiv mit dem Prozess des *Codierens* auseinander. Ziel ist, dass „die Vielfalt von Gedanken, die dem Forscher bei der Analyse der Daten kommen, organisiert“ wird (STRAUSS 1991: 51). Zeitgleich mit dem *Codieren* finden bereits erste Analyseschritte statt. Aus dem Vergleich der zu einer Kategorie zugeordneten Textstellen können theoretische Hintergründe der Kategorie und Zusammenhänge zu anderen Kategorien erkannt werden. Dieses Vorgehen ist die Grundlage der Entwicklung der Theorie (GLASER & STRAUSS 2010: 116f., 127, STRAUSS 1991: 151-174). Bei großen Textmengen, wie sie bei qualitativen Interviews entstehen, erleichtert Software, wie das verwendete Programm MAXQDA, das vorgeschlagene Vorgehen (KUCKARTZ 2010, WAGNER 2005).

In einem ersten Analyseschritt wurde anhand der Stichpunkte des Leitfadens *codiert* und Informationen zu den gewählten Fragestellungen zusammengestellt. Anschließend konnten aus den Transkripten neue Zusammenhänge, die aus der Literatur- und Dokumentenanalyse nicht bekannt waren, herausgearbeitet und durch den Leitfaden nicht abgedeckte Aspekte identifiziert werden. Die Relevanz einzelner Aspekte wurde bestimmt und Widersprüche zu den theoretischen Erkenntnissen herausgearbeitet. Die Ergebnisse der

Expertenbefragung werden im Kapitel 7 dargestellt. Auf Grundlage der Interviews wurde für die beiden folgenden Schritte, welche die Patientenperspektive beleuchten, Eingrenzungen der Fragestellung vorgenommen.

6.3 Quantitative Patientenbefragung

Im Rahmen der quantitativen Patientenbefragung wurden französische Patienten, die sich im Saarland behandeln lassen, befragt. Da die Experten die Existenz grenzüberschreitender Patientenströme teilweise verneint hatten, war es das erste Ziel der Befragung, zu belegen, dass Franzosen in saarländischen Praxen behandelt werden. Zweitens sollte sie Hinweise auf die Zusammensetzung der Gruppe der grenzüberschreitenden Patienten⁹ sowie betroffene Fachgebiete und Leistungen geben. Drittens wurde eine erste Einschätzung der praktischen Relevanz der Motive und Probleme angestrebt, die aufgrund der Literatur- und Dokumentenanalyse identifiziert worden waren. Um diese Ziele zu erreichen und aus praktischen Gründen, stellte eine schriftliche, auf einem Fragebogen basierende Befragung die geeignetste Methode dar (ATTESLANDER 2010: 350, DIEKMANN 2010: 35-37, 188).

Die Befragung war bestimmten Einschränkungen unterworfen, da der Zugang zur Zielgruppe der französischen Patienten schwierig ist. Angesichts des Fehlens jeglicher Daten stellt jedoch jede Art von Teilerhebung einen Fortschritt dar. Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen dürfen aus Gründen des Datenschutzes keinerlei Informationen über ihre Patienten und Versicherten mitteilen. Insbesondere dürfen sie keine Kontaktdaten weitergeben. Somit ist es als Wissenschaftler kaum möglich, Teilnehmer direkt zu kontaktieren oder die Grundgesamtheit zu erfassen. Die einzige Möglichkeit, an französische Patienten heranzutreten, bestand darin, dass Mitarbeiter von Praxen und Ambulanzen die Patienten auf die Befragung hinwiesen.

Die Suche nach Praxen, die erstens französische Patienten behandeln und zweitens bereit waren, sich an der Befragung zu beteiligen, verlief in zwei Phasen. In einem ersten Schritt kontaktierte die Kassenärztliche Vereinigung Saarland (KVS) auf Bitte der Verfasserin ihre Mitglieder schriftlich und bat sie, sich an der Untersuchung zu beteiligen. Da die KVS nur Mediziner aus dem direkten Grenzgebiet als relevant für die Fragestellung einschätzte, beschränkte sie ihre Anfrage auf die Mitglieder, die im Gebiet zwischen der französischen

⁹ Die Bezeichnung „grenzüberschreitender Patient“ ist nicht sehr präzise, da genau genommen nicht der Patient grenzüberschreitend ist, sondern sein Handeln. Um die umständliche Formulierung „Patienten, die Staatsgrenzen überschreiten“ zu vermeiden, wird er dennoch genutzt.

Grenze und der Saar tätig sind. Insgesamt wurden auf diesem Weg 140 Mediziner kontaktiert, von denen fünf auf die Anfrage reagierten.

Aufgrund der geringen Erfolgsquote der Anfrage durch die KVS wurden im zweiten Schritt 60 Arztpraxen von der Verfasserin telefonisch kontaktiert. Auswahlkriterien waren die Lage im beschriebenen Gebiet, im Internetangebot der KVS dokumentierte Französischkenntnisse (KVS o. J.) oder Hinweise anderer Ärzte. Zahnärzte und Fachärzte, die psychische Erkrankungen oder Kinder behandeln, wurden von der Befragung ausgenommen. Die persönliche Kontaktaufnahme verlief erfolgreicher, v. a. bei Ärzten, die sich für das Thema der grenzüberschreitenden Patientenmobilität interessierten. Insgesamt wurden 25 Praxen, deren räumliche Verteilung in Abbildung 10 dargestellt ist, für die Befragung gewonnen.

Daneben erklärten sich zwei Krankenhäuser mit ambulantem Behandlungsangebot bereit, an der Befragung teilzunehmen (vgl. Abbildung 10). Das Klinikum Saarbrücken wurde wegen seiner geringen Entfernung zur französischen Grenze miteinbezogen. Das Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg wurde wegen seiner Funktion als Maximalversorger mit vielen Spezialisierungen ausgewählt.

Der Fragebogen wurde am Empfang der Arztpraxen und Ambulanzen hinterlegt. Die Mitarbeiter sprachen französische Patienten bei der Anmeldung an. Sie machten auf den Fragebogen aufmerksam und baten um die Teilnahme an der Befragung. Der Fragebogen konnte vor Ort während der Wartezeit selbstständig beantwortet oder zuhause ausgefüllt und beim nächsten Besuch abgegeben werden. In einer Ambulanz des Universitätsklinikums, die Patienten häufig nur ein einziges Mal aufsuchen, konnte der Fragebogen auch mittels eines frankierten Rückumschlags zurückgesendet werden. Die Fragebögen lagen zwischen sechs Wochen und sechs Monaten – je nach Bereitschaft zur Mitarbeit und Rücklauf – in den Praxen aus. Da sich die Kontaktaufnahme und die Zusage der Praxen und Ambulanzen über einen längeren Zeitraum zog, konnten die ersten beantworteten Fragebögen als *Pretest* verwendet werden.

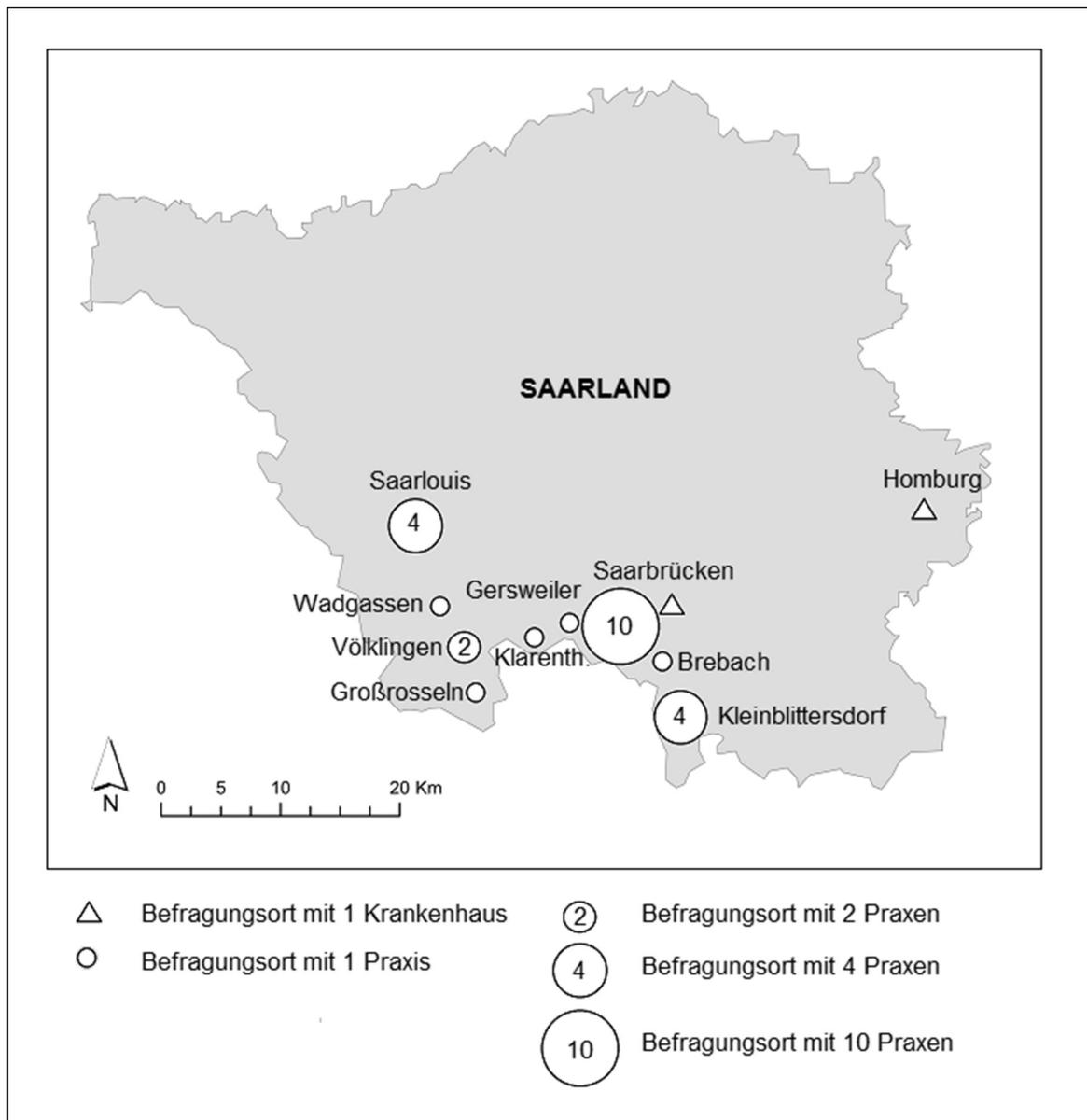


Abbildung 10 Räumliche Verteilung der Befragungsorte

eigener Entwurf, Karte: F. Marsal

Der Aufbau und Inhalt des Fragebogens (vgl. Fragebogen im Anhang 11.4) basierte auf den in Kapitel 2 entwickelten konzeptionellen Annahmen, der Literatur- und Dokumentenanalyse und den Experteninterviews. Er umfasste Fragen zur Art und Häufigkeit der Behandlung im Saarland und zu den Motiven für die Wahl dieser Art der Behandlung. Ein weiterer Themenblock beschäftigte sich mit der Beschaffung von Informationen über die Gesundheitsinfrastrukturen im Saarland und mit Personen, welche die Entscheidung für die grenzüberschreitende Behandlung beeinflussten. Fragen zu Hürden und zur Bewertung schlossen den Teil, der sich direkt auf die grenzüberschreitende Behandlung bezog, ab. Im

letzten Teil wurden persönliche Voraussetzungen und Erfahrungen mit grenzüberschreitenden Aktivitäten in anderen Lebensbereichen abgefragt und die Wahrnehmung der Grenze und des Grenzraums thematisiert. Um das Ausfüllen des Fragebogens für die möglicherweise gesundheitlich beeinträchtigten Patienten so einfach wie möglich zu gestalten, wurde auf offene Fragen verzichtet. Die Patienten konnten zwischen einer deutschen und einer französischen Version des Fragebogens wählen. Die Beantwortung des Fragebogens nahm ca. zehn Minuten in Anspruch.

In ähnlich organisierten Befragungen war die Zahl der beantworteten Fragebögen stark vom Engagement der Personen, welchen die Patienten ansprachen, abhängig (KLAR 2013: 170f.). Dies zeigte sich auch bei der durchgeführten Befragungsaktion. Dort wo eine Person, die sich für die Befragung engagierte, explizit für das Ansprechen der Patienten zuständig war, konnten vergleichsweise viele Teilnehmer aktiviert werden. In Praxen und Ambulanzen, in denen sich verschiedene Personen um die Akquise von Teilnehmern kümmerten oder weniger Interesse am Thema bestand, war der Rücklauf geringer. Außerdem war der Anteil der Fragebögen, der nicht von der Zielgruppe ausgefüllt wurde, dort relativ hoch, obwohl allen Praxen und Ambulanzen die Zielgruppe der Befragung genau beschrieben worden war. In Frankreich lebende Deutsche sollten z. B. von der Befragung ausgenommen werden, da die Inanspruchnahme von Leistungen im Saarland für sie keine Behandlung in einem fremden Land darstellt.

Insgesamt wurden 74 Fragebögen beantwortet. In acht Praxen wurde gar kein Fragebogen ausgefüllt. Nach Abzug der irrtümlicherweise von in Frankreich lebenden Deutschen oder stationären Patienten beantworteten und nicht vollständig ausgefüllten Fragebögen blieben 56 verwertbare Fragebögen. Da keine Informationen zur Größe der Grundgesamtheit vorlagen, die Stichprobe relativ klein und keine Zufallsauswahl gegeben war, bestanden bei der Auswertung gewisse Einschränkungen (ATTESLANDER 2010: 258, DIEKMANN 2010: 373-380, SCHNELL et al. 2008: 294-97, 359). Auf Analyseverfahren der analytischen Statistik wurde verzichtet, weil die Repräsentativität der Stichprobe für die Gesamtheit nicht gegeben war. Stattdessen wurde eine deskriptive statistische Auswertung durchgeführt (KROMREY 2009: 398). Neben der Bestimmung von Häufigkeitsverteilungen, Mittel-, Minimal- und Maximalwerten wurde in einigen Fällen auf eine bivariate Auswertung zurückgegriffen (KROMREY 2009: 403-444). Anschließend wurden die Ergebnisse mit der Expertenbefragung verglichen. Kapitel 8 fasst die Ergebnisse der quantitativen Patientenbefragung zusammen.

6.4 Qualitative Patientenbefragung

Die quantitative Patientenbefragung ließ aufgrund des standardisierten Fragebogens und der geschlossenen Fragen nur begrenzte Erkenntnisse zum individuellen Entscheidungsprozess zu. Für die Analyse individueller Handlungsmuster sind qualitative Methoden vorzuziehen, die für subjektive Einstellungen, Interpretationen und individuelle Handlungsmuster offen sind. Qualitative Interviews mit Leitfäden eignen sich zudem für die Befragung sozialer Gruppen, die nur einen kleinen Anteil an der Bevölkerung haben. Sie streben keine Verallgemeinerungen, sondern die Erfassung der Bandbreite von Handlungsmustern an (ATTESLANDER 2010: 142, COLEMAN 1991: 22, DIEKMANN 2010: 531f., KROMREY 2009: 18f., LAMNEK 2010: 8, 216, SCHNELL et al. 2008: 90-93). Die Wahl der spezifischen Interviewform hängt vom Untersuchungsziel sowie den Besonderheiten des Themas und der Fragestellung ab.

6.4.1 Problemzentrierte Interviews

Für die vorliegende Untersuchung wurde aus drei Gründen das problemzentrierte Interview nach A. WITZEL gewählt. Es ist erstens auf die Erforschung von Themen, zu denen bisher kaum Erkenntnisse vorliegen, und zweitens auf die Verknüpfung mit anderen Methoden im Sinne einer Triangulation ausgelegt. Es eignet sich zur Überprüfung von Hypothesen, die in einem vorgeschalteten Arbeitsschritt gewonnen worden waren. Oftmals beschränken sich problemzentrierte Interviews auf eine Untergruppe, die auf der Grundlage vorangegangener Untersuchungsschritte abgegrenzt wurde (LAMNEK 2010: 332-335, WITZEL 1982, WITZEL & REITER 2012). Der dritte Grund ergibt sich aus der Zielsetzung, sowohl einen Überblick über die grenzüberschreitende Patientenmobilität zu geben als auch den individuellen Entscheidungsprozess nachvollziehen zu wollen. Das problemzentrierte Interview zielt auf eine solche Fragestellung ab. Es möchte Informationen zu einer „gesellschaftlich relevanten Problemstellung“ (WITZEL 2000: Abschnitt 4) den Einstellungen von Individuen oder Kollektiven gegenüberstellen und auf diese Art und Weise Handlungsmuster aufdecken.

Grundlage problemzentrierter Interviews ist ein Gesprächsleitfaden und eine zweiteilige Interviewführung. Die relativ allgemein gehaltene Eröffnungsfrage bietet dem Interviewten die Möglichkeit, zunächst ohne Vorgaben oder konkrete Nachfragen über das Thema zu sprechen. Der Interviewer greift im Verlauf des Gespräches dann stärker ein. Er kann den Interviewpartner z. B. um die Verdeutlichung von Aussagen bitten oder ihn mit dem

Wissen des Interviewers konfrontieren (WITZEL 1982: 90-107, WITZEL & REITER 2012: 51-55, 68f.). Auf diese Art und Weise kann der Logik des Befragten gefolgt werden und dennoch hat der Interviewer die Möglichkeit, wissenschaftliche Erkenntnisse einzubringen.

Der verwendete Leitfaden (vgl. Leitfaden im Anhang 11.5) sah die Frage „Wie kommt es dazu, dass Sie sich im Saarland behandeln lassen?“ als Gesprächseröffnung vor. Ziel war es, dass die Patienten die Entscheidung für eine Behandlung im Saarland in ihren eigenen Worten schildern. Einerseits ging es darum, Fakten zur Behandlung im Saarland zu erfahren, wie z. B. Art und Häufigkeit der Behandlung oder das Fachgebiet des Arztes. Andererseits sollten der Entscheidungsprozess, die Motive, die Rolle von Empfehlungen und von Informationen nachvollzogen und die Frage, ob die Behandlung im Nachbarland Routine ist, beantwortet werden. Der zweite Themenblock befasste sich mit Problemen bei der Behandlung im Saarland. Der dritte Teil behandelte Unterschiede zwischen der Gesundheitsversorgung in Lothringen und im Saarland.

Die zwei folgenden Themenblöcke beinhalteten Fragen, die auf die Operationalisierung der *psychischen Distanz* abzielten. Sprachkenntnisse sind empirisch relativ leicht zu überprüfen. Sie reichen aber als Indikator für *psychische Distanz* nicht aus, denn wer neben Sprachkenntnissen auch über Kenntnisse über die Nachbarkultur verfügt, kann z. B. Bedeutungen über die sprachliche Bedeutung des Gesagten hinaus erfassen (GLINOS 2011: 241). SOUSA & BRADLEY (2006: 56) nutzen Lebensstil, Konsumgewohnheiten, Sprache sowie kulturelle Einstellungen, Glauben, Werte und Traditionen als Indikatoren. Der Vergleich von Werten und Einstellungen ist schwer umzusetzen, wurde aber durch Fragen nach Unterschieden zwischen Saarländern und Lothringern und nach Prioritäten möglich. Beispiele waren folgende Fragen: „Wie sehen das Lothringer und Saarländer?“ oder „Ist es Saarländern wichtiger, dass ...?“. Bezüglich des Handelns war zu überprüfen, welche Aktivitäten jenseits der Grenze durchgeführt werden, aus welchem Grund sie dort stattfinden und welche grenzüberschreitenden Kontakte sich daraus ergeben. Die Frage, ob individuelle Routinen eher dem Muster im Heimat- oder im Nachbarland entsprechen, ließ sich z. B. über Fragen wie „Ist das üblich in Lothringen?“ oder „Wie handhaben das Ihre Freunde, Bekannte, Nachbarn?“ untersuchen. Die Wahrnehmung kultureller Unterschiede kann auch anhand der Abgrenzung von anderen Gruppen festgemacht werden, da Kultur auch immer eine ein- und ausgrenzende Funktion hat (LOSSAU 2014). Interessant war deshalb, wer in den Interviews als „wir“ bezeichnet wurde und welche Gruppe der *In-Group* gegenübergestellt wurde. Eine Quantifizierung der wahrgenommenen Unterschiede,

wie SOUSA & BRADLEY (2006) sie unternehmen, war nicht notwendig. Es ist davon auszugehen, dass Individuen die Unterschiede bei ihrer Entscheidung nicht in Form eines Messwertes wahrnehmen. Wie bei der Bestimmung der *psychischen Distanz* konkret vorgegangen wurde, wird im Abschnitt 9.7.2 erläutert.

Aufgrund der Ergebnisse der vorangegangenen Untersuchungsschritte zur Zusammensetzung der Gruppe der grenzüberschreitenden Patienten wurde die Stichprobe für die Patienteninterviews festgelegt. Sie wurde auf Grenzgänger und deren mitversicherte Familienangehörige beschränkt. Neben der Begrenzung der Zielgruppe wurden Kriterien für die Zusammensetzung der Stichprobe bezüglich mehrerer Merkmale festgelegt. Es sollten Personen mit unterschiedlichen demographischen Merkmalen (z. B. Geschlecht, Alter, sozioökonomische Merkmale, Nationalität bzw. ethnische Herkunft) und mit unterschiedlichen persönlichen Rahmenbedingungen (z. B. Deutschkenntnisse, Versicherungsschutz, Größe des Wohnortes und dessen Entfernung von der Grenze) berücksichtigt werden. Weiterhin war es das Ziel, alle Arten grenzüberschreitender Behandlungen und Personen mit unterschiedlichen grenzüberschreitenden Erfahrungen zu erfassen. In der Stichprobe sollten verrentete Grenzgänger und erzwungene Behandlungen vertreten sein.

Bei der Suche nach geeigneten Interviewpartnern wurden drei Strategien verfolgt:

1. Die Suche nach Kandidaten unter den Teilnehmern der quantitativen Befragung: Am Ende des standardisierten Fragebogens konnten die Teilnehmer ihre Kontaktdaten angeben, wenn sie zusätzlich zu einem Interview bereit waren. Es hinterließen jedoch nur zwei geeignete Personen eine Adresse.
2. Über Ärzte und Angestellte in Arztpraxen: Personen, die sich für das Thema interessierten, vermittelten Kontakte zu französischen Patienten.
3. Über eine Grenzgängerorganisation sowie Betriebsräte und andere Ansprechpartner saarländischer Unternehmen, die viele Grenzgänger beschäftigen: Dieser Weg der Kontaktaufnahme erwies sich am einfachsten. Wenn ein Ansprechpartner von der Relevanz der Untersuchung überzeugt werden konnte, fand er meist aufgrund seiner Vertrauensposition leicht geeignete Personen, die zu einem Interview bereit waren.

Die Suche nach Interviewpartnern, besonders mit bestimmten Merkmalen war zeitaufwendig. Die gewünschten Merkmale konnten jedoch durch *Theoretical Sampling* in der Stichprobe abgebildet werden. Es wurden 21 ausführliche Interviews mit einer Dauer von 20 bis 105 Minuten geführt (vgl. Liste der interviewten Patienten im Anhang 11.3). Im Durchschnitt dauerte ein Gespräch 60 Minuten. Das 20-minütige Interview bildete eine Ausnahme und wurde mit einem Grenzgänger geführt, der sich lediglich ein einziges Mal

in Deutschland behandeln ließ. Dazu kamen drei Kurzinterviews zu Sonderfällen, in einem davon wurden zwei Personen interviewt. Sie betrafen Rentner und erzwungene Behandlungen im Saarland. Bis auf ein telefonisches Kurzinterview wurden alle Interviews persönlich geführt. Um die für ein qualitatives Interview geeigneten Bedingungen zu schaffen, konnten die Interviewpartner den Ort des Gesprächs selbst bestimmen. Ebenso konnten sie zwischen Deutsch und Französisch als Interviewsprache wählen, denn die Interviewpartner sollten sich so frei wie möglich äußern können. In einigen Fällen wechselte das Gespräch zwischen Deutsch und Französisch hin und her.

Die Interviews wurden aufgezeichnet; für das Telefoninterview wurde direkt im Anschluss ein Protokoll erstellt. Die Aufnahmen wurden anschließend nach den gleichen Regeln wie bei den Experteninterviews transkribiert. Der erhöhte Aufwand, den die Arbeit mit fremdsprachigen Interviews erfordert, konnte durch die Orientierung am Aussageinhalt begrenzt werden (WETTEMANN 2012). Eine Übersetzung der auf Französisch geführten Interviews erfolgte erst nach der Auswahl relevanter Zitate für die Darstellung. Die Interviews wurden außerdem anonymisiert.

Für die Wahl der Analyseverfahren gilt bei problemzentrierten Interviews das Prinzip der Objektorientierung, d. h. der Anpassung an die Forschungsfragen. Dazu wird die Orientierung an der *Grounded Theory* empfohlen, die dem iterativen Vorgehen gerecht wird und die Kombination von Induktion und Deduktion ermöglicht. WITZEL schlägt ein Vorgehen in drei Untersuchungsschritten vor, die in der Praxis zum Teil parallel zueinander stattfinden und wiederholt werden können (WITZEL & REITER 2012: 99-102).

Im ersten Schritt wird in einem ersten *Codier-* und Interpretationsdurchgang ein Kategoriensystem entwickelt, das erste Interpretationen ermöglicht. Es orientiert sich zunächst am Leitfaden, kann dann aber auch neue Aspekte aus den Interviews aufnehmen. Die Entwicklung eines Kategoriensystems stellt gleichzeitig auch schon den ersten Schritt der durchgeführten Typenbildung dar (KELLE & KLUGE 2010: 6-82). Zum *Codieren* wurde erneut MAXQDA verwendet.

Im zweiten Schritt werden Einzelfallanalysen angefertigt, die biographische Informationen und inhaltliche Aussagen enthalten. In der vorliegenden Untersuchung enthielten die Einzelfallanalysen Informationen zum Interviewten, z. B. die Art und Dauer der Beschäftigung in Deutschland, Deutschkenntnisse und familiäre Verbindungen, daneben Informationen zur Krankheitsgeschichte und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Zitate der Interviewten und Notizen zum Gespräch ergänzten sie. Die Einzelfallanalysen dienen der Identifikation von fallbezogenen und thematischen

Schlüsselthemen. Aus ihnen können erste empirisch begründete Hypothesen gebildet werden. Diese müssen anschließend validiert werden. Annahmen gelten als validiert, wenn sie nicht durch andere Textstellen falsifiziert werden können oder der Diskussion mit anderen Wissenschaftlern standhalten (WITZEL & REITER 2012: 107-109).

Im dritten Schritt werden die einzelnen Fälle anschließend einander gegenübergestellt, um „interessante Problembereiche, Querverbindungen etc.“ zu extrahieren und „verallgemeinerungsfähige Ergebnisse“ (WITZEL 1982: 112) zu erreichen. Es werden z. B. Patienten mit den gleichen persönlichen Rahmenbedingungen oder Interviewte, die sich im gleichen Umfang grenzüberschreitend behandeln lassen, vergleichend betrachtet. Die Einbeziehung jedes weiteren Falles kann Annahmen bestätigen, verändern oder in Frage stellen. Auf diese Art und Weise können Typen gebildet werden, die abgegrenzt, ausdifferenziert und überarbeitet werden (WITZEL 2000: Abschnitt 18-25, WITZEL & REITER 2012: 109-111). Die Ergebnisse der qualitativen Patientenbefragung werden in den Unterkapiteln 9.1 bis Kapitel 9.7.1 vorgestellt.

6.4.2 Typenbildung

Ausgehend von den Ergebnissen aus den Patienteninterviews wurde eine Differenzierung unterschiedlicher Typen grenzüberschreitender Patienten erarbeitet. Unter Typen sind Gruppen von Fällen zu verstehen, die aufgrund ihrer Ähnlichkeit untereinander und ihrer Verschiedenartigkeit gegenüber anderen Fällen, abgegrenzt werden. Typenbildungen sind geeignet, um „komplexe soziale Realitäten und Sinnzusammenhänge zu erfassen und möglichst weitgehend verstehen und erklären zu können“ (KLUGE 2000: Abschnitt 1). Durch eine Typenbildung wird die Übersichtlichkeit der Ergebnisse erhöht, ohne deren Vielfalt oder Widersprüchlichkeit zu vernachlässigen. Sie dient damit einerseits deskriptiven Zwecken, unterstützt aber andererseits die Hypothesengenerierung (KELLE & KLUGE 2010: 10f.).

Die Typenbildung ist ein mehrstufiger Prozess, der für andere nachvollziehbar darzustellen ist. Die Definition der Typen erfolgt anhand von Merkmalen, die sich während des Forschungsprozesses als relevant erwiesen haben (LAMNEK 2010: 205-207). Zunächst werden aus theoretischen Erkenntnissen abgeleitete Merkmale zur Definition der Typen herangezogen. Sie werden durch die Fälle überprüft und schrittweise durch aus der Empirie abgeleitete Merkmale ersetzt. Die Typenbildung kann aufgrund dieses Vorgehens als ein „Bindeglied [...] zwischen Empirie und Theorie“ (KELLE & KLUGE 2010: 40) gesehen werden. Gesucht werden Merkmale und Ausprägungen, die Sinnzusammenhänge

erklären. Aus den schließlich gewählten Merkmalen und dazugehörigen Ausprägungen ergibt sich ein Merkmalsraum. Ein Typ definiert sich durch eine bestimmte Kombination von Ausprägungen. Wenn die endgültigen Typen feststehen, werden sie charakterisiert und die Zuordnung der Fälle zu den Typen vorgenommen.

Im Abschnitt 9.7.2 wird konkret geschildert, wie die Typen grenzüberschreitender Patienten erarbeitet wurden. Die Typisierung trägt zu einem besseren Verständnis des Entscheidungsprozesses für eine grenzüberschreitende Behandlung bei, weil sie einerseits der großen Individualität des Entscheidungsprozesses gerecht wird, andererseits aber die Möglichkeit einer Systematisierung bietet.

Die in den Unterkapiteln 6.1 bis 6.4 beschriebenen Untersuchungsschritte ermöglichen eine Charakterisierung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle aus mehreren Perspektiven. Das gewählte Vorgehen weist einige kritische Aspekte auf, die an dieser Stelle noch einmal diskutiert werden. Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit zur Verfügung stehenden Humanressourcen und der schwierige Zugang zur Zielgruppe führen zu mehreren Einschränkungen. Aufgrund des geringen Umfangs der standardisierten Befragung und des Zustandekommens der Stichprobe handelt es sich nicht um eine repräsentative Untersuchung, deren Ergebnisse auf die Gesamtbevölkerung übertragbar sind. Auch von einer Übertragung auf andere Grenzregionen muss aufgrund der Schwierigkeiten beim Vergleich von Regionen und Kulturen Abstand genommen werden (SCHEFFER 2009b). Verallgemeinerungen waren jedoch nicht Ziel der Untersuchung, die als Einzelfallstudie angelegt ist.

Bei der qualitativen Untersuchung stellt sich das Problem der Stichprobe nicht. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass nur Grenzpendler befragt wurden, die sich im Saarland behandeln lassen. Eine Einbeziehung derjenigen, die sich dagegen entschieden haben, würde zu anderen Ergebnissen, insbesondere in Bezug auf bestehende Probleme, führen. Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt jedoch auf den Motiven für die grenzüberschreitende Behandlung, sodass das gewählte Vorgehen gerechtfertigt ist.

7 Ergebnisse der Experteninterviews: Überblick über die grenzüberschreitende Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Experteninterviews zu den Hypothesen I bis V vorgestellt. Im Unterkapitel 7.1 werden die Aussagen zum Umfang der grenzüberschreitenden Patientenmobilität diskutiert (Hypothese I). Die darauffolgenden Unterkapitel setzen sich mit den Auswirkungen verschiedener Rahmenbedingungen im Untersuchungsraum auseinander: den einerseits ermöglichenden, andererseits hemmenden Rechtsgrundlagen (Kapitel 7.2), den Gesundheitssystemen und medizinischen Infrastrukturen (Kapitel 7.3) sowie den Sprachkenntnissen (Kapitel 7.4).

Die Experteninterviews können nicht als objektive Informationsquelle verstanden werden, deutlich wird dies in den widersprüchlichen Aussagen zu einigen Aspekten. Einigkeit besteht lediglich bei einer Frage: Aus Sicht der Interviewten sind Grenzpendler und deren mitversicherte Angehörige privilegiert, weil sie die Vorteile der beiden ihnen zur Verfügung stehenden Gesundheitssysteme nutzen können (z. B. Interview E14, E19).

7.1 Umfang der grenzüberschreitenden Patientenströme

7.1.1 Probleme bei der Bestimmung des Umfangs

Bezüglich des Umfangs der grenzüberschreitenden Patientenströme bestehen solche bereits angedeuteten Widersprüche zwischen den Aussagen der Experten. Das hat mindestens drei Ursachen: Erstens verteilen sich die Patienten aus Lothringen nicht gleichmäßig auf saarländische Praxen und Krankenhäuser. Während Personen, die einen Gesamtüberblick über die Situation im Saarland haben, insgesamt von geringen Zahlen ausgehen, kann es in einzelnen Praxen einen sehr hohen Anteil französischer Patienten geben. Zweitens ist die Einschätzung, ob die Zahl der französischen Patienten niedrig oder hoch ist, sehr subjektiv. Sie hängt z. B. vom herangezogenen Vergleichsmaßstab ab, wie z. B. dem Anteil an der gesamten Patientenzahl, der Zahl der Fälle pro Tag oder der Anzahl in der Vergangenheit. Drittens ist entscheidend, wie der Begriff „grenzüberschreitende Patientenmobilität“ definiert wird. Es bestehen diesbezüglich zwei verschiedene Ansätze. Unter den interviewten Experten waren eine Wissenschaftlerin und eine Angehörige der saarländischen Verwaltung, die davon ausgingen, dass es im saarländisch-lothringischen Grenzraum in erster Linie eine grenzüberschreitende Scheinmobilität gibt (Interview E1, E2). Ihre

Aussage beruht darauf, dass sie die Behandlung von in Deutschland versicherten Grenzgängern im Saarland nicht als grenzüberschreitende Patientenmobilität definieren. Sie orientieren sich an der sozialrechtlichen Perspektive, nach der in diesem Fall in Deutschland versicherte Personen in Deutschland Leistungen in Anspruch nehmen. Allerdings liegt aus der Sicht der französischen Grenzgänger eine Behandlung in einem fremden Gesundheitssystem vor, weshalb solche Fälle in der vorliegenden Arbeit als grenzüberschreitende Patientenmobilität bezeichnet werden.

Die übrigen interviewten Experten verstanden jede Behandlung eines Patienten aus Lothringen als grenzüberschreitende Patientenmobilität und schilderten zahlreiche Beispiele dafür. In den Praxen ist nicht immer leicht zu erkennen, ob es sich um einen Fall von grenzüberschreitender Patientenmobilität handelt. Franzosen, die in Deutschland versichert sind und sehr gut Deutsch sprechen, fallen z. B. nicht unbedingt als ausländische Patienten auf (Interview E11, E14, E18). Damit ist auch eine Einschätzung des Umfangs der grenzüberschreitenden Patientenströme mit Problemen verbunden.

7.1.2 Grenzüberschreitende Patientenmobilität im Saarland allgemein

Deutlich wurde in den Experteninterviews, dass aktuell – außer in Notfällen – keine Saarländer in Lothringen behandelt werden. Das liegt zum einen daran, dass es kaum Deutsche gibt, die in Lothringen arbeiten (Interview E5). Zum anderen gibt es keinen Anreiz für eine Behandlung in Lothringen. Bis vor einigen Jahren wurde in Nancy eine Behandlung bei Gehirntumoren durchgeführt, die im Saarland damals nicht angeboten wurde. Einige saarländische Patienten ließen sich deshalb in Lothringen behandeln. Allerdings gibt es diese Möglichkeit nun auch im Saarland, unter anderem weil saarländische Ärzte in Nancy hospitierten. Damit besteht kein Grund mehr für eine grenzüberschreitende Behandlung (Interview E1, E4, E11).

Keiner der Gesprächspartner konnte einen konkreten Zeitpunkt für den Beginn der grenzüberschreitenden Patientenmobilität benennen. Viele Interviewte begleitet die grenzüberschreitende Patientenmobilität seit Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit. Franzosen wurden im Saarland auf jeden Fall bereits vor den Entscheidungen des EuGH grenzüberschreitend behandelt (Interview E9, E10, E11, E14, E18). In den 1950er-Jahren wurden im Saarland erste Versuche zur Regelung der Gesundheitsversorgung französischer Grenzgänger unternommen (vgl. Kapitel 3.2.2). Es ist davon auszugehen, dass dies geschah, weil aufgrund grenzüberschreitender Patientenströme Handlungsbedarf bestand. Demnach werden im Saarland mindestens seit diesem Zeitpunkt französische Grenzgänger behandelt.

Eine Reihe von Rahmenbedingungen beeinflusst die Zahl der Patienten, die aus Lothringen zur Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen ins Saarland kommen. Die Zahl der Grenzpendler ist als Ausgangsgröße von Bedeutung. Mit der Abnahme der Zahl der Industriearbeitsplätze in der Nähe der Praxen veränderte sich dort die Zahl der behandelten Lothringer (Interview E10, E11). Auch Reformen der Krankenversicherung in Deutschland und dadurch steigende Eigenanteile führten zu einem Rückgang französischer Patienten (Interview E10). Die Krankenversicherungs- und Gesundheitssysteme als Teil des *Sozialsystems* sind damit gleichzeitig wichtige Ressourcen und *constraints* der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (WEICHHART 2008: 263).

Vermeintliche Fortschritte bei der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit hatten nicht immer die erhofften Auswirkungen. Die Zahl der in saarländischen Krankenhäusern behandelten Franzosen, die nicht der Grenzgänger-Regelung unterliegen, nimmt z. B. nach den Informationen einer Interviewten seit dem Abschluss des *Deutsch-Französischen Rahmenabkommens* 2005 ab. Grauzonen und Handlungsspielräume, die grenzüberschreitende Behandlungen zuvor ermöglicht hatten, entfielen durch die neuen Regelungen. Die Entscheidung über die Genehmigung einer stationären Behandlung im Saarland wird seitdem in Frankreich von einer zentralen Behörde getroffen und ist dadurch nur schwer zu erhalten (Interview E6). Dass die Einführung der *Patientenrichtlinie* 2013 zu einer starken Zunahme der grenzüberschreitenden Patientenmobilität führen wird, wurde von den Interviewten bezweifelt. Das Preisgefälle zwischen Deutschland und Frankreich und die damit verbundene Erstattungslücke verhindere die Nutzung der in der Richtlinie festgelegten Möglichkeiten. Die Anbieter und auch die öffentliche Verwaltung sind sich dessen bewusst, dass die Richtlinie umgesetzt werden wird (Interview E1, E5, E6, E7, E18), allerdings werden keine großen Erwartungen damit verknüpft, sondern eher negative Auswirkungen vorhergesagt (Interview E6). Die Krankenkassen rechnen z. B. mit einem erhöhten Abrechnungsaufwand (Interview E4).

Die Zahl der Patienten, die grenzüberschreitend Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, könnte nach Ansicht der Experten höher sein, wenn mehr Menschen von ihren Rechten wüssten. Das Problem sei die mangelnde Information auf französischer Seite. Weder französische Krankenkassen noch französische Ärzte machten auf die Option der Behandlung im Saarland aufmerksam. Gründe seien die Angst vor einem größeren Aufwand und Mehrkosten sowie Befürchtungen, Patienten an saarländische Anbieter zu verlieren (Interview E6, E10). Ob der Vorwurf der bewussten Vorenthaltung von Informa-

tionen zum Zweck der Beschränkung grenzüberschreitender Patientenströme berechtigt ist, musste mithilfe der Patienteninterviews überprüft werden.

Unter den Grenzpendlern, die sich im Saarland behandeln lassen, sind sehr unterschiedliche Gruppen. Erstens schätzen Grenzpendler, die in saarländischen Unternehmen Führungspositionen innehaben, die Qualität der saarländischen Gesundheitsversorgung. Zweitens handelt es sich um Grenzgänger mit geringem Verdienst, wie z. B. ungelernete Leiharbeiter, die sich eine französische Zusatzversicherung nicht leisten können (Interview E19). Die persönlichen Voraussetzungen und der Zugang zu Ressourcen entscheiden damit darüber, welche Handlungsoptionen zur Verfügung stehen und welche davon die attraktivste ist (WERLEN 2007: 171-173).

7.1.3 Grenzüberschreitende Patientenmobilität in den Praxen

Es wird nun genauer analysiert, auf welche Anbieter und Fachgebiete sich die grenzüberschreitende Patientenmobilität konzentriert. Die Ergebnisse werden im Folgenden nach Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern differenziert dargestellt.

In den hausärztlichen Praxen der interviewten Ärzte kommt die Behandlung französischer Patienten regelmäßig (mehrere Patienten pro Monat) oder häufig (täglich und großer Anteil der französischen Patienten an der Gesamtzahl) vor und wird als Normalität wahrgenommen (Interview E8, E13, E14, E15). In einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis werden z. B. 200 Franzosen behandelt; der Großteil davon sind Grenzgänger und deren mitversicherte Familienangehörige (Interview E17). In einer anderen Praxis sind ein Drittel der Patienten Franzosen (Interview E11).

Am Beispiel der interviewten Hausärzte können drei wichtige Gründe für einen hohen Anteil französischer Patienten in bestimmten Praxen identifiziert werden: die Lage der Praxis, die Sprachkenntnisse des Arztes (vgl. Kapitel 7.4) und das Behandlungsangebot. Die Hausarztpraxen liegen alle sehr grenznah und verkehrsgünstig für Einpendler aus Frankreich. Sie sind maximal fünf Kilometer von der Grenze entfernt, in zwei Fällen handelt es sich um eine Distanz von wenigen hundert Metern. Je nach Bedürfnissen und Präferenzen suchen französische Patienten ihren saarländischen Hausarzt regelmäßig, z. B. für Vorsorgeuntersuchungen sowie die Behandlung chronischer Krankheiten, oder nur einmalig für ein spezifisches Problem auf (Interview E11, E13, E14). Ausgehend von den medizinischen Dienstleistungen, die ein Arzt anbietet, unterscheidet sich die Zusammensetzung der Gruppe der französischen Patienten zwischen den Praxen.

Franzosen, die keinen Grenzgängerstatus haben, sind selten Patienten in saarländischen Hausarztpraxen. Grund dafür sei der fehlende Versicherungsschutz in Deutschland (Interview E14). Einige haben jedoch von der *Sécurité sociale* eine Genehmigung zur Behandlung in Deutschland erhalten, darunter ein Patient aus Paris (Interview E11). Das Beispiel einer weiteren Hausarztpraxis macht deutlich, dass französische Nichtgrenzgänger v. a. für spezielle Behandlungen ins Saarland kommen, wie z. B. für Substitutionstherapien bei Drogenabhängigkeit (Interview E13).

Auch in einigen Facharztpraxen ist die Behandlung französischer Patienten Routine (Interview E9, E10, E12). In den meisten Fällen handelt es sich um mehrere Patienten pro Woche, die aber nur einen geringen Anteil an der Gesamtzahl der Patienten ausmachen. Es gibt langjährige Patienten, die für Routinebesuche, wie z. B. Vorsorgeuntersuchungen, in die Praxen kommen (Interview E10). Die meisten Franzosen, v. a. unter den Nichtgrenzgängern, lassen sich jedoch wegen eines akuten Problems behandeln. Diese Patienten haben oft recherchiert, welche Behandlung oder welcher Eingriff ihnen helfen könnte, fanden in Lothringen aber keinen geeigneten Anbieter (Interview E9, E10, E12).

Sowohl bei den Haus- als auch bei den Fachärzten kommt der Großteil französischer Patienten aus dem direkten Grenzraum (Interview E12). Im Extremfall beträgt die Distanz zwischen dem Wohnort der französischen Patienten und der deutschen Praxis weniger als einen Kilometer, der Großteil der Patienten lebt einige Kilometer von der Grenze entfernt (Interview E11). Allerdings gibt es auch Patienten, die einen weiteren Weg auf sich nehmen und z. B. aus dem Elsass in saarländische Facharztpraxen kommen (Interview E10, E14). Der bereits beschriebene Fall des Patienten aus Paris stellt einen Ausnahmefall dar. Die Behandlung im Saarland verspricht in diesem Fall so große Vorteile, dass der Aufwand für das Zurücklegen des weiten Weges ausgeglichen wird.

Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Leistungen ist für die betroffenen Patienten die beste Handlungsoption, weil der Gesamtnutzen am größten ist (KIRCHGÄSSNER 2008: 14). Je spezieller eine Behandlung ist, desto eher kommen dafür auch Nichtgrenzgänger und einzelne Patienten aus weiter entfernten Orten ins Saarland.

Der Großteil der Informationen, wie z. B. über die Französischkenntnisse einzelner Ärzte, verbreitet sich unter den Patienten über informelle Kanäle (Interview E19). Mund-zu-Mund-Propaganda ist der entscheidende Informationsweg bei der Wahl eines Arztes in der Nachbarregion (Interview E9, E10, E18). Die Ärzte werben nicht aktiv um französische Patienten, sondern profitieren vom den positiven Berichten, die zufriedene Patienten in ihrem persönlichen Umfeld verbreiten (Interview E14, E19).

7.1.4 Grenzüberschreitende Patientenmobilität in den Krankenhäusern

Die Bestimmung der Anzahl behandelter Grenzpendler war in den Krankenhäusern besonders schwierig, weil sich die Behandlungen auf verschiedene Abteilungen verteilen und damit der Überblick für einzelne Personen erschwert wird. Insgesamt ist von einer geringen Zahl französischer Patienten auszugehen, Nichtgrenzgänger spielen eine sehr geringe Rolle (Interview E6). Eine Krankenkasse konnte bei ihren Sprechstunden in Lothringen zwar ein Interesse von Nichtgrenzgängern an stationären Behandlungen im Saarland ausmachen, durch die Genehmigungspflicht kommt es jedoch selten zu einer grenzüberschreitenden Behandlung (Interview E19).

In den vier Krankenhäusern, die durch die Experteninterviews abgedeckt wurden, unterscheiden sich die Zahl der französischen Patienten und die Art der von ihnen nachgefragten Behandlungen. Im Klinikum Merzig spielen französische Patienten kaum eine Rolle, es werden v. a. Luxemburger grenzüberschreitend behandelt. Dies liegt an der Nähe des Standortes zur luxemburgischen Grenze (Interview E18).

Im Universitätsklinikum in Homburg werden zum einen französische Grenzpendler behandelt, die nach einem Arbeitsunfall verpflichtet sind, sich in Deutschland in Behandlung zu begeben. Das *Sozialsystem* kann hier als *constraint* im Sinne eines Zwangs verstanden werden, weil es keine Wahl lässt (WERLEN 2008: 280). Andererseits gibt es Grenzgänger, die das Angebot der Klinik kennen und deshalb dorthin kommen, um von den Vorteilen einer Behandlung in einem großen Krankenhaus zu profitieren (Interview E3).

Am Klinikum Saarbrücken werden französische Patienten v. a. in der Neurochirurgie und als Notfälle behandelt. Die Anzahl ist trotz der geringen Entfernung zur französischen Grenze gering (Interview E7).

In Völklingen ist die Zahl lothringischer Patienten tendenziell rückläufig. Im lothringischen Grenzraum war die Zahl der Dialyseplätze über einen längeren Zeitraum begrenzt. Eine grenzüberschreitende Kooperation war eine Zwischenlösung zur Behebung des temporären Missstandes, einige Patienten kamen deshalb regelmäßig zur Dialyse nach Völklingen. Mit der Erhöhung der Kapazitäten in Lothringen ist nach der geltenden französischen Regelung die Begründung für die Behandlung nicht mehr gegeben (Interview E6, E12). Im Herzzentrum des Krankenhauses werden französische Patienten v. a. als kardiologische Notfälle behandelt. Diese werden nach der Erstversorgung jedoch wieder nach Frankreich zurücküberwiesen (Interview E6).

7.2 Die Bedeutung der rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen

Die hemmende Bedeutung rechtlicher Regelungen für die grenzüberschreitende Patientenmobilität wird dadurch deutlich, dass kaum Nichtgrenzgänger unter den französischen Patienten sind. Nach Hypothese II stellen die Rechtsgrundlagen und Kooperationsvereinbarungen jedoch auch Ressourcen dar. Im Folgenden werden zunächst die von den Experten angesprochenen Auswirkungen der europäischen und nationalen Regelungen geschildert. Im zweiten Teil wird die Situation im Untersuchungsraum analysiert. Die Interviews zeigen, wie unterschiedlich die Experten die bestehenden Regelungen wahrnehmen und wie dies ihr Handeln prägt.

Zunächst werden grenzüberschreitende Behandlungen betrachtet, die wegen rechtlicher Barrieren nicht zustande kommen. Dies betrifft v. a. Nichtgrenzgänger, die auf eine Genehmigung der Behandlung im Ausland angewiesen sind (Interview E11). Dass die Genehmigung für ambulante Serienbehandlungen und stationäre Aufenthalte im Saarland für französische Nichtgrenzgänger nur schwer zu erhalten ist, liegt am französischen Genehmigungsverfahren für Behandlungen im EU-Ausland. Es ist eine Bescheinigung eines französischen Vertragsarztes notwendig, der bestätigt, dass die erforderliche Behandlung in Frankreich nicht adäquat erbracht werden kann. Eine Genehmigung ist nach Aussage der Experten selten, weil sie mit dem Eingeständnis einhergeht, dass die Versorgung in Frankreich Defizite aufweist (Interview E6, E19). Nach Angaben des *Centre national de remboursement des soins à l'étranger* wurden 2013 insgesamt nur 12,9 % der eingereichten Anträge abgelehnt (CNSE 2014: 13). Anzunehmen ist, dass viele Patienten aber von einem Antrag abgesehen haben, weil die Hürden zu groß erschienen. Das komplizierte Genehmigungsverfahren führe in Ausnahmefällen dazu, dass Patienten selbst nach einer Lösung suchen: Nichtgrenzgänger geben vor, dass Beschwerden auf deutschem Boden aufgetreten sind und können sich dadurch als Notfall in Deutschland behandeln lassen (Interview E7).

Bei genehmigungspflichtigen Behandlungen bestehen für Patienten finanzielle Risiken, weil sie im Normalfall in Vorlage treten müssen und im Fall von Komplikationen hohe Mehrkosten auf sie zukommen können (Interview E7, E10, E19). Diese Risiken und die damit verbundene Unsicherheit erhöhen die Transaktionskosten bei einer grenzüberschreitenden Behandlung für die Patienten stark (DÖRING 1998: 38).

Genehmigungsfreie ambulante Behandlungen von französischen Nichtgrenzgängern kommen häufiger vor. In den Praxen besteht eine gewisse Versiertheit beim Umgang mit

den administrativen Prozeduren. Die Ärzte, bei denen dies öfter vorkomme, seien bei den Krankenkassen schon „bekannt“, was die Abstimmung erleichtere (Interview E10, E11). Wenn man sich bemühe, könne man „immer eine Lösung“ finden (Interview E11). Die deutschen Anbieter schreiben den französischen Nichtgrenzgängern nach der Behandlung eine privatärztliche Rechnung, welche der Patient selbst begleicht. In Frankreich kann er dann die Erstattung der Kosten beantragen. Einige Praxen haben Arrangements gefunden, mit denen sie den Patienten entgegenkommen. Sie rechnen die Leistungen z. B. nicht privatärztlich, sondern als *Individuelle Gesundheitsleistung* (IGeL)¹⁰ ab, was für den Patienten wesentlich günstiger ist (BUSSE et al. 2013: 216f.). Gegebenenfalls verzichten Ärzte durch ein solches Entgegenkommen auf Einnahmen. Die Differenz zwischen dem in Frankreich erstatteten Betrag und den Kosten in Deutschland wurde zugunsten der Patienten gesenkt, indem die Abrechnungsmechanismen auf deutscher Seite den Erstattungsmöglichkeiten auf französischer Seite angepasst wurden (Interview E12).

Auch für Anbieter, die ausländische Notfall-Patienten behandeln, kann sich ein Kostenrisiko ergeben. Es ist möglich, dass die erbrachten Leistungen nicht vergütet werden, wenn der Arzt vor der Behandlung die Identität und Krankenversicherung des Patienten nicht ausreichend überprüft hat (Interview E13). Für Krankenhäuser bestehen finanzielle Risiken, wenn sie eine notwendige Behandlung durchführen, obwohl die Kostenübernahme noch nicht geklärt werden konnte (Interview E7).

Am Beispiel des Eintritts in den Ruhestand kann illustriert werden, wie groß die Rolle von Informationsdefiziten bei der Einschätzung der rechtlichen Rahmenbedingungen ist. Einige Ärzte waren der Meinung, dass der Anspruch auf Behandlungen im Arbeitsstaat für Grenzgänger mit dem Ende der Erwerbstätigkeit entfalle. Das sei besonders für Personen, die nur schlecht Französisch sprechen und deshalb ausschließlich im Saarland in Behandlung waren, problematisch (Interview E11, E16). Neben den entsprechenden Verordnungen belegt auch das Interview mit einem Krankenkassenmitarbeiter, dass diese Darstellung nicht mehr korrekt ist (vgl. Kapitel 3.2.1 und Interview E19). Es bestehen mehrere rechtliche Möglichkeiten zur Fortsetzung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Leistungen, die in einigen Praxen auch in Anspruch genommen werden (Interview E11, E19). Allerdings scheinen die Möglichkeiten in anderen Praxen noch nicht bekannt zu sein. Dort geht man teilweise davon aus, dass die Frage „noch nicht ganz

¹⁰ *Individuelle Gesundheitsleistungen* sind Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Krankenkassen können die Kosten übernehmen, oft muss jedoch der Patient die Kosten tragen (BUSSE et al. 2013: 217).

geklärt“ sei (Interview E11). Bei den Ärzten gibt es diesbezüglich Informationslücken bzw. eine veraltete Informationsbasis. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass sie perfekt informiert sind (KIRCHGÄSSNER 2008: 13-17). In den Patienteninterviews wurden auch bereits verrentete oder kurz vor dem Eintritt in den Ruhestand stehende Grenzgänger befragt, um die praktische Relevanz des Themas zu überprüfen.

Schließlich wurde von einem Hausarzt ein rechtliches Problem angesprochen, das auch Grenzgänger betrifft. Rechtliche Regelungen schränken in diesem Fall nicht das Handeln des Patienten, sondern das des Arztes ein. Der Hausarzt beklagte, dass er keine Hausbesuche in Frankreich durchführen dürfe (Interview E8), eine Kollegin widersprach dieser Darstellung (Interview E11). Tatsächlich begrenzen zwei Tatsachen den Aktionsradius von Ärzten auf das deutsche Staatsgebiet. Erstens endet das Zuständigkeitsgebiet von Kassenärzten an der Staatsgrenze. Im Ausland erbrachte Leistungen können nur auf privatärztlicher Basis abgerechnet werden. Zweitens sind Haftungsfragen zu beachten (Interview E19). Diese Informationen erklären das Handeln beider Ärzte. Kassenpatienten dürfen tatsächlich nicht in Frankreich behandelt werden. Eine Behandlung von Privatpatienten ist abrechnungstechnisch möglich, aber vom Umgang des einzelnen Arztes mit der Haftungsproblematik abhängig. Auch hier deuten sich Informationsdefizite an, einige grundsätzliche Kenntnisse sind zwar vorhanden, aber Detailregelungen sind nicht immer bekannt bzw. werden unterschiedlich bewertet. Während ein Arzt zum Ergebnis kommt, dass grenzüberschreitende Hausbesuche nicht möglich sind, nutzt die Kollegin den begrenzten Handlungsspielraum und sieht diesen als Potenzial.

Dass einige rechtliche Erleichterungen auf regionaler Ebene, z. B. in Abstimmung mit den Krankenkassen vor Ort, erreicht wurden, machen die genannten Beispiele deutlich. Die vorangegangenen grenzüberschreitenden Behandlungen haben den Handlungskontext der aktuellen grenzüberschreitenden Patientenmobilität verändert (WERLEN 2008: 288).

Immer wieder wurde in den Interviews betont, dass die meisten Initiativen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich von Praktikern und Lokalpolitikern stammen. Aus ihrer Tätigkeit kennen sie Potenziale für eine Zusammenarbeit. Diese Personen haben oft persönliche Beziehungen in die Nachbarregion. Dadurch kennen sie Ansprechpartner jenseits der Grenze und ihre *psychische Distanz* zur Nachbarregion ist gering (SOUSA & BRADLEY 2008). Projekte sind oft stark an diese Initiatoren gebunden und das Weiterbestehen ist gefährdet, wenn diese Personen nicht mehr zur Verfügung stehen (Interview E6, E7, E10, E16, E18). Auch viele Interviewte haben Beziehungen nach Lothringen bzw. Frankreich; sie sind dort geboren,

haben dort studiert oder gelebt. Durch familiäre Beziehungen nach Lothringen sind konkrete Defizite der dortigen Gesundheitsversorgung bekannt. Die Erfahrungen französischer Verwandte sensibilisieren für das Thema und wecken den Willen, praktische Probleme möglichst pragmatisch zu lösen (Interview E16). Das bedeutet jedoch nicht, dass sich Personen, die keine solchen engen Bindungen an Lothringen haben, nicht für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit engagieren. Sie sind der Nachbarregion gegenüber oft ebenso sehr positiv eingestellt und freuen sich häufig, wenn sie ihre Französischkenntnisse anwenden können (Interview E9, E15).

Die Motive der interviewten Experten für ihr Engagement bei der Behandlung von Patienten aus Lothringen sind heterogen. Zum einen könne dadurch ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation geleistet werden (Interview E6, E18). Zum anderen seien auch wirtschaftliche Motive, wie Einsparpotentiale auf französischer Seite und höhere Einnahmen auf deutscher Seite, nicht zu vernachlässigen (Interview E12, E16, E18). Allerdings könnten die Potenziale nicht ausgeschöpft werden, weil die Unterstützung von Ministerien und Behörden fehle (Interview E6, E16, E18).

Viele der interviewten Experten interessieren sich dafür, ob die politischen Akteure auf regionaler und nationaler Ebene für den Abbau rechtlicher Hürden und für die Förderung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität eintreten. Die Umsetzung vieler Ideen stocke, sobald „jemand, der was zu sagen hat, dazukommt“ (Interview E7). Für Lothringen ergibt sich dadurch, dass viele Entscheidungen nicht auf regionaler Ebene, sondern zentral in Paris getroffen werden, eine besondere Problematik. Den weit entfernten Entscheidungsträgern sei die Situation in der Grenzregion oft nicht bekannt bzw. würden sie bestehende Rechtsansprüche auf eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung teilweise verleugnen (Interview E6). Bei den interviewten Experten besteht der Eindruck, dass die Zusammenarbeit „von Paris gar nicht politisch gewollt“ ist (Interview E16), weil ein Kapitalabfluss aus dem französischen Gesundheitssystem befürchtet werde (Interview E3, E6, E7, E16). Auf regionaler Ebene gibt es weitere erschwerende Faktoren. In Lothringen werden die zuständigen Beamten, wie in den französischen Regionen üblich, regelmäßig ausgetauscht. Sie kennen sich deshalb mit den Besonderheiten der Grenzregion nicht aus (Interview E16). Weiterhin wurde der stattfindende Umstrukturierungsprozess im lothringischen Krankenhaussystem als hinderlich angesehen, da Kooperationen eine Art Bestandschutz für einzelne Krankenhäuser oder Fachabteilungen darstellen könnten und deshalb von französischer Seite vermieden werden. Auf beiden Seiten der Grenze verhindere die mangelnde Kenntnis des anderen Gesundheitssystems und des Angebotes

jenseits der Grenze die Umsetzung von Kooperationsideen (Interview E6). Daneben stellen eine Reihe von Ressentiments Hindernisse für die Zusammenarbeit dar (Interview E3, E6). Insgesamt nehmen die Interviewten das politische Umfeld im Saarland und in Lothringen als wenig förderlich für die grenzüberschreitende Patientenmobilität wahr. Viele der Kooperationen bestünden nur auf dem Papier und zeigten in der Realität kaum Wirkung, aus Angst vor negativen Folgen würden Kooperationsprojekte z. T. aktiv behindert. Informelle Regelungen funktionierten teilweise besser als der offiziell vorgesehene Weg (Interview E7, E16), der eher ein *constraint* als eine Ressource ist.

Als sinnvoll wurden Kooperationen zum Austausch von Personal oder Hospitationen eingeschätzt. Sie tragen zur Entwicklung einer Vertrauensbasis bei und können eine vorbereitende Maßnahme zur grenzüberschreitenden Behandlung von Patienten sein. Zum einen findet so ein Kennenlernen des Angebotes und der Funktionsweise des anderen Gesundheitssystems statt und zum anderen kann durch das Personal aus den Nachbarregionen die Sprachbarriere aufgebrochen werden (Interview E2, E6). Als Erfolg werden weiterhin Abkommen zwischen deutschen und französischen Krankenkassen bewertet, die Abrechnungsverfahren erleichtern und damit die Kostenerstattung beschleunigen (Interview E5, E16).

Auch die Gremien der Großregion, an denen das Saarland und Lothringen beteiligt sind und die sich mit der Thematik beschäftigen, seien wenig förderlich, da sich nur die wenigsten Mitglieder mit der Materie auskennen (Interview E6). Die Wahrnehmung der Experten bezüglich des politischen Engagements stimmt nicht mit den politischen Willensbekundungen in den beiden Regionen und der Großregion überein, in denen die grenzüberschreitende Patientenmobilität immer wieder als zukunftssträchtig und förderungswürdig dargestellt wird.

7.3 Die Bedeutung der Gesundheitssysteme und der medizinischen Infrastrukturen

Die medizinischen Infrastrukturen im Untersuchungsraum und v. a. deren Mängel sind nach Meinung der Experten der Hauptgrund für grenzüberschreitende Behandlungen im Saarland (Interview E3, E5, E9, E10, E18). In Lothringen werden einzelne Eingriffe oder Behandlungsmethoden nicht angeboten oder sind schwerer zugänglich als in Deutschland, weil sie z. B. nur in Krankenhäusern durchgeführt werden dürfen (Interview E9, E12). Andere Behandlungsoptionen stehen nicht zur Verfügung, weil Medikamente nicht

zugelassen sind (Interview E11). Aus den geringeren Kapazitäten für bestimmte Untersuchungen oder Behandlungen gehen in Lothringen längere Wartezeiten hervor. Dies betrifft v. a. Fachärzte wie Psychologen, aber auch diagnostische Verfahren (Interview E9, E10, E11, E12, E14, E16, E19).

Auch die räumliche Verteilung des Angebotes in Lothringen spielt als Motiv für grenzüberschreitende Behandlungen eine Rolle. In Frankreich sind Fachärzte häufiger als in Deutschland in Krankenhäusern tätig – und damit öfter in größeren Städten zu finden (Interview E10). Die unterschiedliche Siedlungsstruktur in Lothringen und im Saarland begünstigt grenzüberschreitende Patientenströme (Interview E16). Der grenznahe Raum Lothringens wird durch Dörfer und kleine Städte geprägt, dementsprechend gibt es dort nur wenige Ärzte. Im Saarland konzentrierten sich dagegen grenznah viele Ärzte und andere Angebote, z. B. in Saarbrücken und Saarlouis (Interview E12). Die Bedeutung dieser Konstellation wird z. B. bei der Versorgung französischer Notfälle deutlich, die teilweise nach Straßburg gebracht werden, obwohl in Saarbrücken spezialisierte Abteilungen bestehen (Interview E7).

Medizinisch-technische Großgeräte zur Durchführung von diagnostischen Verfahren stehen nach Ansicht einiger Interviewter im lothringischen Grenzraum nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung (Interview E11, E17). Die Interviewten halten die Versorgung in diesem Bereich auf deutscher Seite für überlegen (Interview E14). Die Aussagen der Ärzte entsprechen jedoch nicht immer dem aktuellen Stand, sie kennen z. B. neue Standorte nicht.

Mehrere Ärzte sehen in der grenznahen und verkehrsgünstigen Lage ihrer Praxis den Hauptgrund für die große Anzahl französischer Patienten (Interview E10, E11, E14, E15). Lothringische Angebote in der Nähe des Wohnortes sind für Patienten nicht attraktiv, wenn sie sich während der üblichen Praxisöffnungszeiten im Saarland aufhalten. Vom Arbeitsplatz können Angebote im Saarland mit einem viel geringeren Zusatzaufwand erreicht werden. Die Bedeutung der Distanz steht in Beziehung zu anderen Faktoren und ist davon abhängig, welcher Fahrtaufwand für eine bestimmte Leistung als angemessen angesehen wird.

Weitere Motive für die Behandlung im Saarland ergeben sich aus der weniger umfangreichen technischen Ausstattung der Hausarztpraxen. Daneben entstehen aus dem Kostenersatzungsprinzip in Frankreich und Unterschieden bei Leistungsansprüchen sowie bei der Eigenbeteiligung der Patienten Motive (Interview E8, E10, E11, E13, E14, E16, E18, E19). Kostenunterschiede kommen v. a. bei Konsultationen zum Tragen, für die der Patient die

Kosten selbst tragen muss. Die genannten Beispiele lassen darauf schließen, dass Kosten nur selten der entscheidende Grund für eine Behandlung im Saarland sind. Umgekehrt wurden Fälle genannt, in denen Patienten bereit sind, für eine bestimmte Behandlung die Kosten selbst zu tragen, wenn diese im Inland nicht oder nur unter ungünstigen Bedingungen, beispielsweise in großer Entfernung, angeboten wird (Interview E9, E10, E12).

Es gibt bei den Interviewten keine Einigkeit über den Grad der Verschiedenartigkeit der Gesundheitsversorgung in Frankreich und Deutschland. Zum Großteil wurden von den interviewten Experten die gleichen Unterschiede aufgezählt, allerdings wurden daraus widersprüchliche Standpunkte abgeleitet. Während Frau E11 der Meinung ist, dass sich die Gesundheitssysteme bei einer Gesamtbetrachtung kaum unterscheiden, wurde in vielen anderen Interviews eine deutliche Hierarchisierung zugunsten des deutschen Gesundheitssystems vorgenommen. Das Qualitätsgefälle zwischen Lothringen und dem Saarland sei eindeutig (Interview E3, E7, E9, E12, E14, E16, E18, E19). Die Experten sind sich zum Teil dessen bewusst, dass ihre Sichtweise auf die Gesundheitsversorgung nicht objektiv ist (z. B. Interview E12, E14). Die subjektive Wahrnehmung und der Informationsstand beeinflussen stark, als wie groß die Auswirkungen der Unterschiede zwischen der Gesundheitsversorgung in Lothringen und im Saarland beschrieben werden. Das *Sozialsystem* und die *physisch-materielle* Welt werden nicht direkt, sondern als individuelle Interpretation wirksam (WERLEN 2008: 279f.).

In einem zweiten Schritt ist nun zu analysieren, ob die Experten Aussagen über die Ursachen der empfundenen Unterschiede treffen können. Es wird vermutet, dass zumindest ein Teil davon kulturell bedingt ist (Hypothese IV). Einige Experten bestätigten diesen Zusammenhang. Trotz der geringen geographischen Distanz bestehen ihrer Ansicht nach kulturelle Unterschiede, die nicht vernachlässigt werden dürfen. Es mangle an Wissen darüber, auf welche Art und Weise z. B. unterschiedliche Berufsverständnisse oder Arbeitskulturen die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung erschweren (Interview E2, E16).

Die unterschiedlichen Prioritäten bei der Gesundheitsversorgung wurden von den interviewten Experten auf kulturelle Unterschiede zurückgeführt, was z. T. auch wissenschaftlich belegt ist (BURCH 2008, PAYER 1993). Bei Kleinigkeiten gehen französische Patienten sehr oft zum Arzt und bekommen viele Medikamente verschrieben, bei schweren Erkrankungen wird dagegen eher zurückhaltend und unter Abwägung der Kosten vorgegangen. In Deutschland werden z. B. bei Krebserkrankungen nach einer Operation direkt Bestrahlung und Chemotherapie angeschlossen. In Frankreich geschieht dies erst sechs Wochen nach

den Eingriff, wenn klar ist, ob diese Therapien überhaupt zu einer Stabilisierung oder Verbesserung des Krankheitsbildes beitragen können. Die Frage, nach welchen Prinzipien finanzielle Ressourcen eingesetzt werden, wird in den Gesundheitssystemen unterschiedlich bewertet (Interview E7). Es ist „eine Frage der Schule“ wie bestimmte Beschwerden behandelt würden und diese unterscheiden sich in den beiden Regionen (Interview E12). Mit dieser Feststellung geht nicht zwingend eine Wertung einher, ob eine Methode besser ist, sondern v. a. die Feststellung, dass der Glaube an bestimmte Behandlungswege innerhalb der Systeme weitergegeben und somit verfestigt wird.

„Es ist erstens anders, es ist aber auch auf kulturellem Gut gewachsen. Also, wir können jetzt nicht sagen: Ah ja, das System aus irgendeinem xy-Land ist besser. [...] Wie gesagt, diese kulturelle Basis, und das wird mir immer wieder bewusster, je älter ich werde, das ist gewachsen auf Gewohnheiten, Pflegschaften oder ja, Persönlichkeitseigenarten“. (Interview E13)

Die Sozialisation in einem Gesundheitssystem und Mentalitätsunterschiede sind nach Ansicht der Ärztin E13 bei den Patienten deutlich spürbar. Generell empfindet sie die französischen Patienten als unabhängiger von der Meinung des Arztes, weil sie besser informiert seien und genauer wüssten, was sie wollen. Gespräche mit ihnen seien deshalb anstrengender und das Verhältnis zu ihnen weniger asymmetrisch. Der Informations- und Gesprächsbedarf französischer Patienten lässt sich nach Ansicht der Ärztin nicht mit dem im deutschen System für Patientengespräche vorgesehenen Zeitaufwand vereinbaren. Durch die Sozialisierung in einem Gesundheitssystem entsteht so ein Konfliktpotenzial. Beispiele aus anderen Grenzregionen bestätigen diese beim Aufeinandertreffen unterschiedlicher Gesundheitskulturen entstehende Problematik (LEGIDO-QUIGLEY et al. 2012, MOREHOUSE & SALIDO 2010).

Frau E13 ist die einzige Expertin, die sich so intensiv mit dieser Thematik auseinandersetzt. Die anderen Gesprächspartner stimmen der allgemeinen Aussage „Kultur beeinflusst die Gesundheitsversorgung“ zu, aber konkretere Vorstellungen, was dies bedeutet, fehlen. Das Bewusstsein für die Verschiedenartigkeit ist jedoch ein erster Schritt, um z. B. andere Behandlungsformen im Nachbarland eher zu akzeptieren. Im konkreten Fall ist es jedoch oft schwer zu unterscheiden, für welche Unterschiede die kulturelle Prägung verantwortlich ist. Die Wahl anderer Behandlungswege in Frankreich und Deutschland kann ebenso kulturell wie finanziell begründet sein.

Insgesamt stellen nach Ansicht der Experten die aufgezeigten Unterschiede, unabhängig von ihrem Zustandekommen, Motive der grenzüberschreitenden Patientenmobilität und damit eine Ressource dar. Für die Patienten sei oft eine Kombination aus mehreren

Faktoren, wie z. B. das „Wechselspiel aus Qualität und niedrigschwelligem Zugang“ (Interview E19), entscheidend für die Behandlung im Saarland.

Einen Sonderfall stellen Patienten dar, die sich nicht freiwillig im Saarland behandeln lassen. Der Begriff „Motiv“ ist insofern nicht zutreffend. In einigen wenigen Fällen können französische Grenzpendler gezwungen sein, einen Arzt in Deutschland aufzusuchen, z. B. bei Arbeitsunfällen, die im deutschen Sozial- und Krankenversicherungssystem behandelt werden müssen (Interview E3). Bei langen Krankschreibungen fordern deutsche Krankenkassen und Arbeitgeber ihre französischen Versicherten bzw. Arbeitnehmer zu einem Arztbesuch in Deutschland auf, um einen schnelleren Heilungsfortschritt zu erlangen oder die im Nachbarland gewählte Behandlung zu überprüfen (Interview E8, E11).

Es deutet sich zudem an, dass neben strukturellen Unterschieden ein einzelner Anbieter und dessen Eigenschaften – wie Qualifikation, Behandlungsangebot, Sprachkenntnisse oder Nationalität – ein wichtiges Motiv für eine Behandlung jenseits der Grenze sein können. Welche Faktoren bei der Arztwahl entscheidend sind, kann nur über die Befragung von Patienten herausgefunden werden. Es können sehr subjektive Begründungen für eine Behandlung im Ausland bestehen, die durch einen Vergleich von Angebot und Funktionsweise der Gesundheitssysteme kaum aufgedeckt werden können. Auf der Grundlage von Interviews mit Ärzten kann keine detaillierte Analyse von Patientenentscheidungen vorgenommen werden, weil Patienten nicht immer rational handeln und ihre Entscheidungen für andere nicht nachvollziehbar sind (Interview E7).

Die Eigenheiten der Gesundheitssysteme und -infrastrukturen können nur dann zum Motiv werden, wenn Patienten Informationen über die Vorteile einer Behandlung im Saarland besitzen (Interview E14). Allerdings sind saarländische Informationsangebote, die sich speziell an französische Patienten richten, begrenzt. Das französische Konsulat empfiehlt auf seiner Homepage Französisch sprechende Ärzte (Interview E13). Lediglich ein interviewter Arzt wendet sich mit einer französischen Homepage an französische Patienten (Interview E9). Die meisten der saarländischen Anbieter unternehmen keine Anstrengungen, um Patienten aus Lothringen anzusprechen, sondern stehen ihnen dann wohlwollend gegenüber, wenn sie den Weg zu ihnen gefunden haben (Interview E14, E7). Informationen über medizinische Angebote im Saarland sind demnach für französische Patienten nicht leicht zugänglich und die Suchkosten deshalb hoch. Ob die Patienten dies so empfinden und welche Rolle dies für die Entscheidung über eine grenzüberschreitende Behandlung spielt, wird im Rahmen der Patientenbefragung zu überprüfen sein.

7.4 Die Bedeutung der Sprachkenntnisse und -grenze

Die Experteninterviews erlaubten, einen ersten Eindruck zu Hypothese V zu gewinnen, nach der die große Bedeutung der Sprachproblematik für die grenzüberschreitende Patientenmobilität für den Grenzraum Saarland-Moselle relativiert werden muss. Grundsätzlich sind die Interviewten der Meinung, dass Sprache nicht für jeden Arztbesuch und jedes gesundheitliche Problem die gleiche Bedeutung hat. Allgemein steigt mit der Komplexität des medizinischen Problems die Bedeutung von Sprache (Interview E13). Für den Austausch über viele medizinische Fragen reichen Grundkenntnisse einer Sprache nicht aus, sondern es ist ein bestimmtes Fachvokabular notwendig (Interview E13, E14). Bestimmte Fachgebiete und Behandlungen, z. B. die Gynäkologie oder Psychotherapien, sind besonders sprachsensibel (Interview E10, E12).

Ob ein Patient seine Sprachkenntnisse als ausreichend einschätzt, ist unabhängig vom tatsächlichen Niveau der Kenntnisse. Auch viele Personen, die sehr gut Deutsch sprechen, ziehen eine Behandlung bei einem französischsprachigen Arzt vor, bei dem sie „sich einfach besser ausdrücken können“ (Interview E13). Zwei Extremfälle illustrieren die große Bandbreite der Deutschkenntnisse der französischen Patienten, die im Saarland medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Ein Sonderfall sind französische Patienten, die „kein Wort Französisch sprechen“ (Interview E11). Für sie ist die Behandlung im Saarland die einzige Option, denn in Frankreich gibt es – falls überhaupt – nur in direkter Grenznähe deutschsprechende Ärzte oder Fachkräfte (Interview E11). Dies betrifft v. a. ältere Personen, die aufgrund der Grenzverschiebungen und ihrer Berufstätigkeit in Deutschland nie Französisch gelernt haben. In diesem Fall ist Sprache nicht eine Barriere für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistung, sondern das Motiv für die Behandlung im Saarland. Grenzgänger, die nicht oder kaum Deutsch sprechen, suchen saarländische Praxen auf, wenn sie von der deutschen Krankenversicherung in den bereits geschilderten Fällen dazu aufgefordert werden (Interview E8). In dieser Situation fallen zwei Probleme zusammen: Der Betroffene möchte nicht von sich aus im Saarland behandelt werden und er beherrscht die Sprache nicht.

Nach Ansicht vieler Ärzte ist es möglich, die vermeintliche Sprachbarriere durch die Sprachkenntnisse von Ärzten und anderen Mitarbeitern zu überwinden (Interview E11, E12, E13, E14). Bei den interviewten Ärzten bestehen umfassende Französischkenntnisse: Vier der Interviewten sind französische Muttersprachlerinnen, die fünf deutschen Ärzte sprechen alle zumindest so gut Französisch, dass sie sich verständigen können. Für viele

der Ärzte ist es keine Belastung, Französisch zu sprechen, vielmehr freuen sie sich darüber, ihre Kenntnisse anwenden zu können. Französischkenntnisse sind auch entscheidend dafür, ob es Kontakt zu französischen Kollegen gibt, um z. B. Informationen über Patienten auszutauschen (Interview E10, E13, E14, E15). Allerdings darf diese vorteilhafte Situation nicht für alle saarländischen Praxen verallgemeinert werden, da nur Ärzte befragt wurden, die französische Patienten haben. Dies ist wiederum u. a. auf die vorhandenen Sprachkenntnisse zurückzuführen.

Die zukünftige Entwicklung im Untersuchungsraum ist von zwei Faktoren abhängig: In Lothringen nehmen die Deutschkenntnisse tendenziell ab, v. a. gibt es weniger Lothringer, die ausschließlich mit Deutsch aufwachsen. Dadurch entfällt die Motivfunktion der Sprache. Im Saarland ist man mit der *Frankreich-Strategie* bemüht, die Französischkenntnisse zu verbessern, was sich langfristig positiv auf die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung auswirken könnte.

In Forschungsberichten und politischen Verlautbarungen wird Sprache teilweise als quasi unüberwindbare Hürde für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung dargestellt. Die Experteninterviews zeigen dagegen, dass im Untersuchungsraum in der Praxis oft funktionierende Arrangements gefunden werden. Angesichts dessen könnte der Eindruck entstehen, dass v. a. von politischen Akteuren die Wirkmächtigkeit der Sprachbarriere als Argument vorgeschoben wird, um das mangelnde Engagement für die grenzüberschreitende Patientenmobilität zu rechtfertigen.

7.5 Zwischenfazit I

Der Vergleich der Interviewergebnisse mit den theoretischen Erkenntnissen und europäischen Erfahrungen bringt auf der einen Seite Übereinstimmungen hervor, z. B. was den geringen Anteil der grenzüberschreitenden Patientenmobilität betrifft. Auf der anderen Seite weist der Grenzraum Saarland-Moselle einige Besonderheiten auf. Die für die EU allgemein genannten Motive sind alle im Untersuchungsraum zu finden, allerdings sind sie z. T. ambivalent, weil sie gleichzeitig auch als Hemmnis auftreten können. Am deutlichsten weicht die Bewertung der Sprachkenntnisse von den allgemeinen Annahmen ab. Sprache kann im Untersuchungsraum auch Motiv der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sein. Eine ähnliche Situation gibt es in anderen Grenzregionen, wo die Staatsgrenze nicht gleichzeitig eine Sprachgrenze ist. Die

grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsversorgung ist weniger weit fortgeschritten als in anderen Grenzregionen, wie z. B. an der französisch-belgischen Grenze in den Ardennen (FOOTMAN et al. 2014: 13-18).

Auf Grundlage der Experteninterviews lassen sich folgende Überarbeitungen und Erweiterungen der in diesem Kapitel untersuchten Hypothesen I bis V vornehmen:

I Umfang der grenzüberschreitenden Patientenmobilität:

Die Aussagen zur Existenz und zum Umfang der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle sind sehr widersprüchlich. Während in wenigen Interviews von einer reinen Scheinmobilität gesprochen wird, belegen die Gespräche mit allen Ärzten, dass es grenzüberschreitende Patientenmobilität im Sinne der vorliegenden Arbeit gibt.

Der Anteil der Menschen, die eine Staatsgrenze überqueren, um medizinische Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, ist wie in der gesamten EU gering. Nicht alle Anbieter sind von der grenzüberschreitenden Patientenmobilität betroffen. Bei im Saarland behandelten französischen Patienten handelt es sich fast ausschließlich um Grenzpendler, die in beiden Staaten versichert sind. Die genaue Anzahl der Patienten aus der Nachbarregion lässt sich kaum bestimmen. Die Krankenkassen können lediglich grobe Angaben machen, die Angaben einzelner Ärzte oder Krankenhäuser sind nicht verallgemeinerbar. Grenzüberschreitende Patientenmobilität gibt es im Untersuchungsraum seit mehreren Jahrzehnten. Die Zahl der in saarländischen Praxen behandelten französischen Patienten variierte im Laufe der Zeit in Abhängigkeit von der Zahl der Grenzgänger und aufgrund von Gesetzesänderungen.

II Rechtsgrundlagen:

Die europäische Rechtsprechung und deren Auslegung durch die Nationalstaaten beschränken die Zahl der Menschen, die im Untersuchungsraum grenzüberschreitend medizinische Leistungen in Anspruch nimmt. Fehlende Informationen über die rechtliche Lage erschweren die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. Regelungen für Detailfragen sind nicht allen Beteiligten bekannt; dies führt zu Behinderungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Die Einschätzung, ob und welche Barrieren aus den Regelungen hervorgehen, hängt von der Wahrnehmung und dem Informationsstand Einzelner ab.

Auf nationaler und regionaler Ebene ist die Bereitschaft zur Schaffung weiterer Regelungen, die grenzüberschreitende Behandlungen erleichtern, begrenzt. Das mangelnde politische Engagement auf regionaler und nationaler Ebene für die grenzüberschreitende Patientenmobilität kann für noch bestehende Missstände und die unzureichende Förderung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen mitverantwortlich gemacht werden.

III Rechtliche Situation der Grenzpendler:

Für Grenzpendler bestehen während ihrer beruflichen Tätigkeit im Saarland nur im Ausnahmefall administrative oder rechtliche Probleme. Beim Eintritt in den Ruhestand ergeben sich Probleme, weil dann teilweise die Krankenversicherung in Deutschland endet. In diesem Bereich konnten Fortschritte erreicht werden, die jedoch nicht allgemein bekannt sind.

IV Gesundheitssysteme und medizinische Infrastrukturen:

Die Einseitigkeit des Patientenstroms im Untersuchungsraum geht zum Teil auf die überlasteten, weit entfernten oder fehlenden Angebote in Lothringen zurück. Damit sind im Vergleich zum Saarland längere Wartezeiten verbunden. Eine Besonderheit im lothringischen Grenzraum ist die große Entfernung wichtiger medizinischer Zentren in Frankreich. Aus der räumlichen Situation ergeben sich viele Anreize für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen. Daneben sind auch organisatorische Aspekte, wie z. B. die Verfügbarkeit von Medikamenten oder die Rolle hausärztlicher Praxen, Motiv für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen im Saarland. Aus den Unterschieden ergeben sich selten Probleme bei der Behandlung. Auf deutscher Seite herrscht die Ansicht vor, dass das deutsche Gesundheitssystem besser als das französische sei.

Der Großteil der interviewten Experten stellte Unterschiede zwischen dem französischen und dem deutschen Gesundheitssystem fest und machte kulturelle Prägungen und Mentalitätsunterschiede dafür verantwortlich. Dennoch zeichnet sich insgesamt ein eher schwaches Bewusstsein für den Einfluss von Kultur ab.

Der aktuelle Stand der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich und die ausbaufähige politische Unterstützung verhindern, dass weitere Potenziale der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung genutzt werden.

V Sprachkenntnisse

Die durch das Departement Moselle verlaufende Sprachgrenze ist eine für den Untersuchungsraum spezifische Rahmenbedingung. Sie kann sowohl eine Barriere als auch ein Motiv sein. Die guten Französischkenntnisse einiger saarländischer Ärzte führen zu einer Konzentration französischer Patienten in ihren Praxen und entschärfen das Sprachproblem für die grenzüberschreitende Patientenmobilität.

Über die explizit untersuchten Hypothesen hinaus konnten auch für andere Hypothesen erste Erkenntnisse gewonnen werden. Sie betreffen v. a. den Entscheidungsprozess und lassen erste Bestätigungen von Annahmen zu: Die Entscheidungen von Patienten sind nicht immer rational und für Außenstehende nachvollziehbar. Transaktionskosten entstehen z. B. durch eine zum Teil große Unsicherheit in Bezug auf die schwierige Suche nach Informationen – besonders bei komplizierten Behandlungen. Sie werden durch die große Relevanz von Mund-zu-Mund-Propaganda unter französischen Patienten relativiert.

8 Ergebnisse der quantitativen Patientenbefragung: Charakterisierung der Patientenströme und Identifikation von Einflussfaktoren für den Entscheidungsprozess

Die quantitative Patientenbefragung erweitert den im vorangegangenen Kapitel gewonnenen Überblick über die grenzüberschreitende Patientenmobilität im Untersuchungsraum und gibt einen ersten Einblick in den Entscheidungsprozess der Patienten. Im Unterkapitel 8.1 werden weitere Informationen zur Häufigkeit und Verteilung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität vorgestellt. Welche persönlichen Rahmenbedingungen ermöglichend oder hindernd auf die Entscheidung über eine grenzüberschreitende Behandlung wirken, wird im Unterkapitel 8.2 untersucht. Das Unterkapitel 8.3 bildet den Einstieg in die Analyse des Entscheidungsprozesses der Patienten. Es behandelt Motive und Probleme sowie deren Abwägung und geht darauf ein, wie sich Patienten Informationen beschaffen. Im Unterkapitel 8.4 wird zusammenfassend dargelegt, wie sich die Ergebnisse der Patientenbefragung auf die der Arbeit zugrundeliegenden Hypothesen auswirken.

8.1 Häufigkeit, relevante Fachgebiete und Anlass der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen

Insgesamt wurden 56 von französischen Patienten, die sich in saarländischen Praxen und Krankenhäusern ambulant behandeln ließen, ausgefüllte Fragebögen ausgewertet. Damit wurde ein zweiter Beleg dafür erbracht, dass es grenzüberschreitende Patientenmobilität zwischen Lothringen und dem Saarland gibt.

Für viele der befragten Personen ist die Behandlung in Deutschland Routine. Zwei Drittel sind mehrfach oder regelmäßig und auch bei mehreren Anbietern im Saarland in Behandlung ($n = 56$). Dass viele Patienten von mehreren saarländischen Ärzten behandelt werden, lässt sich durch das Überweisungsverhalten erklären. Fast zwei Drittel der Patienten (33 Personen, $n = 52$) wurden von ihrem deutschen Arzt an einen anderen Mediziner überwiesen, der sich – bis auf eine Ausnahme – im Saarland befand.

Patienten mit geringer Erfahrung (Behandlungsbeginn im Saarland zwischen den Jahren 2010 und 2013), mittlerer Erfahrung (Behandlungsbeginn 2000 bis 2009) und langer Erfahrung (Behandlungsbeginn 1999 und früher) sind relativ gleichmäßig in der Stich-

probe vertreten. Die ersten angegebenen grenzüberschreitenden Arztbesuche fanden Ende der 1960er-bzw. zu Beginn der 1970er-Jahre statt. Dies entspricht dem Zeitraum, in dem die EU bzw. ihre Vorgängerorganisationen erste Anstrengungen zur Regelung der Gesundheitsversorgung von Grenzgängern unternahmen. Zwei Personen erlebten ihre erste Behandlung im Saarland bereits im Kindesalter. Der Großteil kam im Alter der Erwerbstätigkeit zum ersten Mal für die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen ins Saarland.

Von den Befragten suchten mehr als zwei Drittel einen Hausarzt oder Allgemeinmediziner auf (29 Personen, n = 42). Die am häufigsten konsultierten Fachärzte waren Hals-Nasen-Ohren-Ärzte (sechs Nennungen) und Hautärzte (drei Nennungen). Weiterhin wurden Gynäkologen, Augenärzte, Gastroenterologen und Kinderärzte genannt. Ein Zusammenhang zwischen der Entfernung des französischen Wohnortes von der Grenze und der Frage, ob ein Hausarzt oder ein Facharzt aufgesucht wurde, lässt sich aufgrund der vorliegenden Daten nicht herstellen.

Die französischen Patienten nehmen sehr unterschiedliche medizinische Leistungen im Saarland in Anspruch (vgl. Abbildung 11).

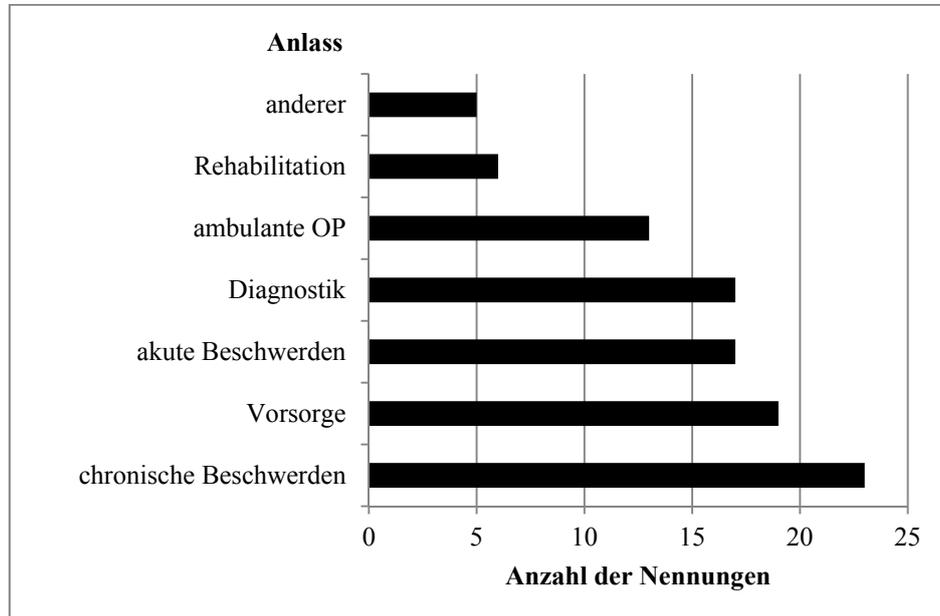


Abbildung 11 Anlass für die Konsultation des saarländischen Arztes

n = 55, Mehrfachnennungen möglich
eigene Abbildung

Der häufigste Anlass für den Besuch eines saarländischen Arztes sind chronische Krankheiten und Vorsorgeuntersuchungen, dicht gefolgt von akuten Beschwerden und Diagnostik. Ambulante Operationen werden auch immer wieder in Deutschland durchgeführt, während Rehabilitationen weniger häufig sind. Unter „andere“ wurden Sonderfälle, wie z. B. Notfälle und Psychotherapien genannt.

8.2 Persönliche Rahmenbedingungen der befragten Patienten

Bis auf einen Interviewten aus dem Elsass kommen alle Patienten aus dem lothringischen Departement Moselle. Bezüglich der Entfernung des Wohnortes zur Grenze, gemessen als kürzester Fahrweg vom Ortszentrum zur Grenze, zeigt sich ein eindeutiger Zusammenhang: Die Zahl der Patienten sinkt mit zunehmender Entfernung. Von den Befragten wohnen 43 Personen maximal fünf Kilometer von der Grenze entfernt ($n = 54$). Neun Befragte müssen sechs bis elf Kilometer fahren, um die Grenze zu erreichen. Eine Ausnahme bilden zwei Personen, die 25 bzw. 45 Kilometer weit entfernt von der Grenze leben.

Das Geschlechterverhältnis und die Altersstruktur sind bei den Befragten relativ ausgeglichen: Etwas mehr Frauen als Männer beteiligten sich an der Befragung (32 Frauen, $n = 55$).

Es sind alle Altersgruppen in der Stichprobe vertreten (vgl. Abbildung 12). Der älteste Befragte wurde 1948 geboren, der jüngste 1994. Fast die Hälfte der Befragten entfällt auf die Altersgruppe 51 bis 60 Jahre. Die starke Präsenz dieser Altersgruppe könnte dadurch begründet sein, dass mit steigendem Alter Krankheiten und Arztbesuche zunehmen. Allerdings widerspricht dieser Annahme die Tatsache, dass nur wenige über 60-Jährige einen Fragebogen ausgefüllt haben. Die Entstehungsweise der Stichprobe (vgl. Kapitel 6.3) ist somit der Hauptgrund für die Verteilung der Befragten auf die Altersgruppen.

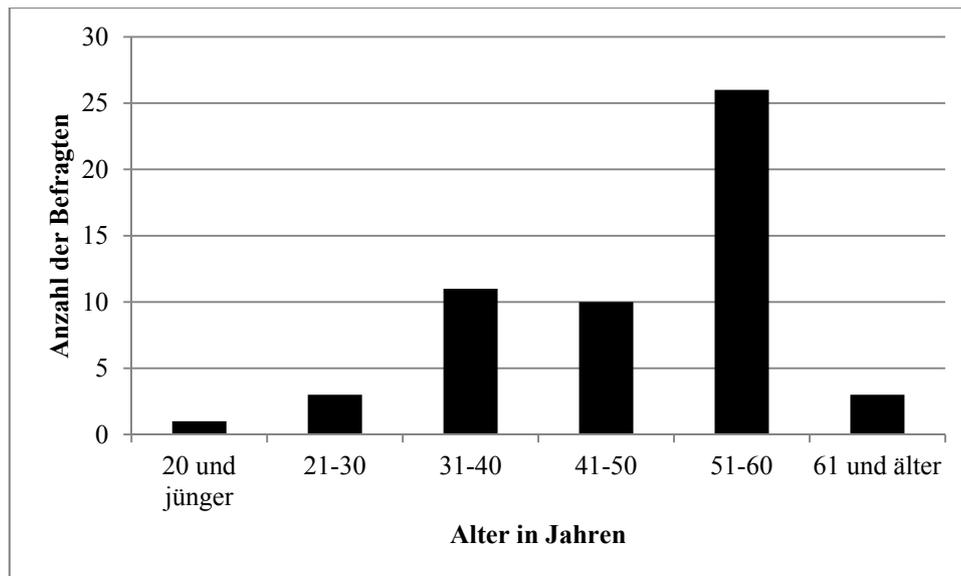


Abbildung 12 Altersstruktur der Befragten

n = 54
eigene Abbildung

Von den Befragten ist die überwältigende Mehrheit Grenzgänger (52 Nennungen, n = 55) oder Familienangehörige von solchen (eine Nennung, n = 55). Die meisten von ihnen besitzen eine *carte vitale* und haben damit auch Zugang zum französischen Gesundheitssystem. Nur zwei von ihnen sind in Deutschland privat versichert. Die Annahme, dass sich v. a. Grenzgänger im Saarland behandeln lassen, wurde durch die Befragung bestätigt. Die Befragung macht deutlich, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen eindeutig eine selektive Wirkung haben.

Die von den Befragten ausgeübten Berufe beschränken sich größtenteils auf Techniker/Handwerker, Büroangestellte, Arbeiter und Angestellte im Einzelhandel. Lediglich vier Personen sind Akademiker oder in einer Führungsposition tätig, darunter die zwei privat versicherten Grenzgänger (n = 42). Dies spiegelt die Verteilung der französischen Grenzgänger im Saarland auf die Berufsfelder weitestgehend wider (vgl. Kapitel 4.1).

Alle Befragten gaben an, Französisch und Deutsch zu sprechen, allerdings variiert das Niveau der Sprachkenntnisse stark (vgl. Abbildung 13). Sechs Patienten haben mit Französisch und Deutsch zwei Muttersprachen. Die anderen Personen gaben eine Sprache als Muttersprache an: Für 36 von ihnen ist Französisch, für vier Deutsch die Muttersprache; für vier Personen ist weder Deutsch noch Französisch die Muttersprache.

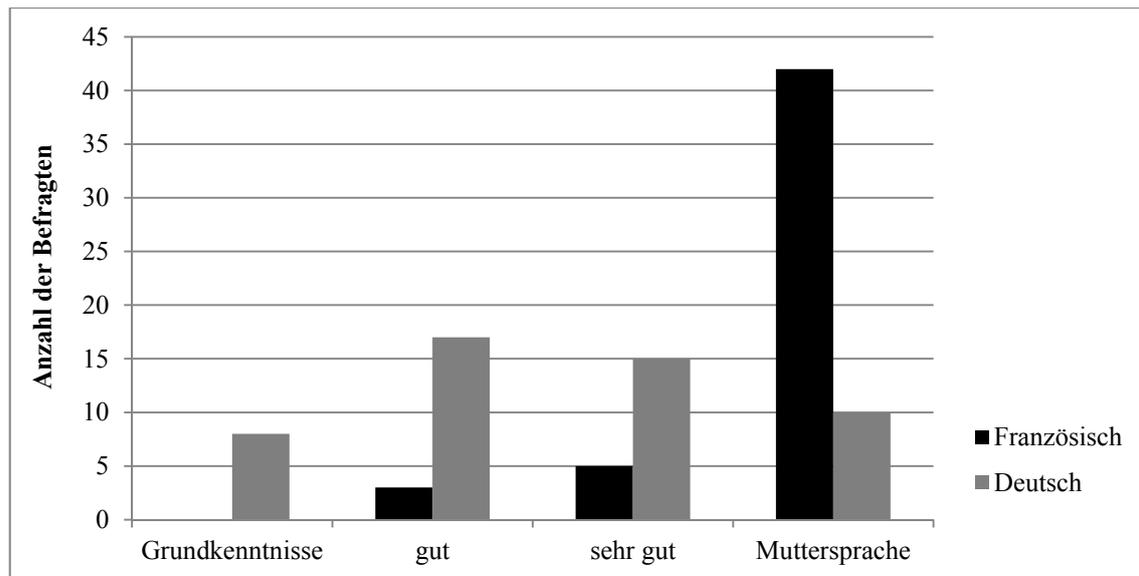


Abbildung 13 Sprachkenntnisse der Befragten

n = 50
eigene Abbildung

Die Deutschkenntnisse sind zum Teil altersabhängig. Bis auf eine Ausnahme sind alle Personen, die Deutsch als Muttersprache angaben, älter als 50 Jahre. Dies stimmt mit den Beobachtungen der Ärzte überein und lässt sich mit der historisch größeren Bedeutung des Deutschen in Lothringen erklären. Das bedeutet jedoch nicht, dass alle Befragten in der Altersgruppe der 51- bis 60-Jährigen sehr gut Deutsch sprechen. In dieser Altersgruppe sind alle Abstufungen von Deutschkenntnissen sehr gleichmäßig vertreten. In den übrigen Altersgruppen kann eine Konzentration auf gute und sehr gute Deutschkenntnisse beobachtet werden. Die Kategorien „Grundkenntnisse“ und „Muttersprache“ kommen kaum vor. Welche Bedeutung das Deutschniveau für die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen im Saarland spielt, wird im nächsten Unterkapitel genauer analysiert.

Durch die Tätigkeit als Grenzgänger überquert die große Mehrheit der Befragten täglich oder zumindest an allen Werktagen mindestens eine Staatsgrenze in der Großregion. Nur sechs der Befragten besuchten lediglich unregelmäßig, d. h. mehrmals im Monat oder seltener, eine Nachbarregion (n = 53). Das Saarland ist die Hauptzielregion der Befragten, was angesichts des hohen Anteils von dort tätigen Grenzgängern und angesichts der Wohnorte der Befragten nicht verwunderlich ist (n = 54).

Die Teilnehmer der Befragung haben auch in anderen Lebensbereichen Erfahrung mit grenzüberschreitenden Aktivitäten. Lediglich sieben Grenzpendler gaben an, außer ihrer beruflichen Tätigkeit keine grenzüberschreitenden Aktivitäten zu pflegen (n = 55). Am

häufigsten von den im Fragebogen vorgegebenen Gründen für den Besuch einer der Nachbarregionen wurde Einkaufen genannt. Mehr als zwei Drittel der Befragten suchen dafür eine Nachbarregion auf (vgl. Abbildung 14). Ähnlich wie beim Tanken, das am dritthäufigsten genannt wurde, sind dafür kaum Sprachkenntnisse notwendig und eine vertiefte Kontaktaufnahme findet nicht statt. Inwiefern Freizeitaktivitäten, die an zweiter Stelle stehen und für die knapp die Hälfte der Befragten eine Nachbarregion aufsucht, zum Kennenlernen der Nachbarregion beitragen, hängt von der Art der Aktivität ab.

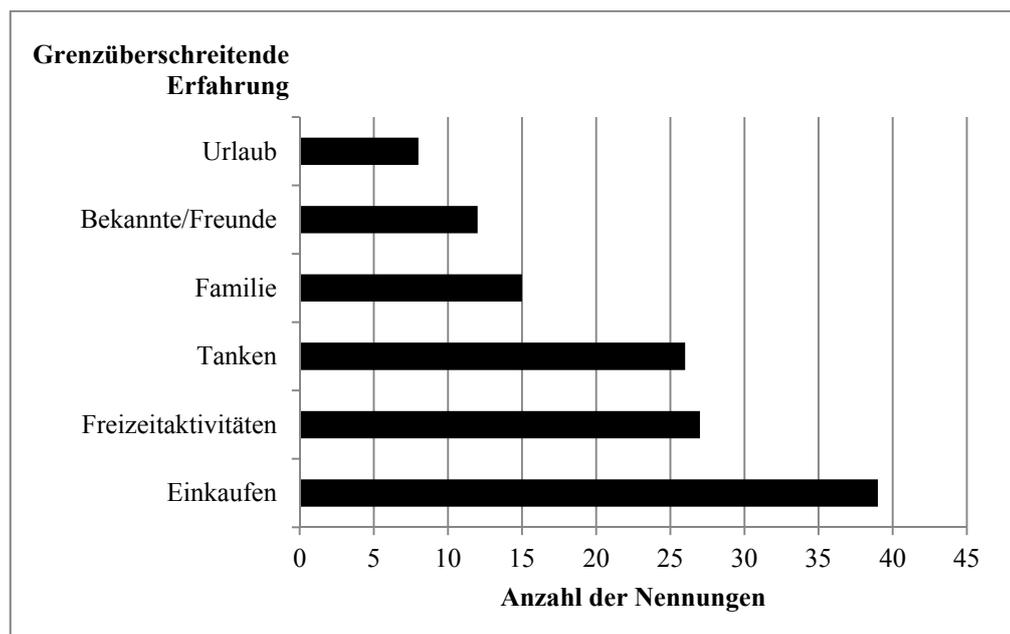


Abbildung 14 Grenzüberschreitende Erfahrungen neben der Tätigkeit als Grenzgänger

n = 55, Mehrfachnennungen möglich
eigene Abbildung

Es ist davon auszugehen, dass die Erfahrung grenzüberschreitender Besuche bei Familie oder Bekannten und der damit verbundene Austausch am stärksten zur Ausbildung *interkultureller Kompetenzen* beitragen (LÜSEBRINK 2008). Allerdings wird in Abbildung 14 deutlich, dass nur für einen kleineren Anteil der Befragten diese Art grenzüberschreitender Aktivitäten Bedeutung hat. Weniger als ein Drittel hat Familie im Saarland, saarländische Freunde sind noch seltener. Als Urlaubsdestination sind die Nachbarregionen nur für eine kleine Gruppe bedeutend. Über die im Fragebogen vorgegebenen Aktivitäten hinaus wurden von den Teilnehmern keine anderen Gründe für den Besuch einer Nachbarregion genannt.

Die internationalen Erfahrungen der Befragten sind sehr begrenzt und haben deshalb eine zu vernachlässigende Wirkung auf die Ausbildung *interkultureller Kompetenzen*. Nur elf Personen gaben eine andere Art von Auslandsaufenthalt als Urlaub an (n = 53). Jeweils drei Personen haben schon einmal in einer anderen Mitgliedregion der Großregion oder einem anderen Land gelebt (n = 54).

Die direkten grenzüberschreitenden Begegnungen können durch indirekte Kontakte, wie z. B. die Nutzung von Medien aus den angrenzenden Ländern, ergänzt werden. Der Großteil der Teilnehmer (48 Personen, n = 56) nutzt Medienangebote aus den Nachbarregionen. Fast alle von ihnen sehen Fernsehsendungen (42 Nennungen, n = 47, Mehrfachnennungen möglich), drei Viertel von ihnen hören Radio (34 Nennungen) und ungefähr die Hälfte liest Zeitungen bzw. Zeitschriften oder nutzt Internetangebote aus den Nachbarregionen (25, 23, 20 Nennungen).

Aus den Kontakten zu Deutschen und aus der Erfahrung mit der deutschen Gesundheitsversorgung entsteht bei den Befragten ein sehr positives Deutschlandbild (vgl. Tabelle 6). Die Differenzierung der Erfahrung mit einzelnen Menschen in private und berufliche Kontakte zeigt, dass negative Erfahrungen eher bei beruflichen Kontakten vorkommen. Die Aspekte Medien und Kulturveranstaltungen sind weniger relevant, obwohl die Medien rege grenzüberschreitend genutzt werden.

Tabelle 6 Prägende Aspekte für die Einstellung zu Deutschland

Prägende Aspekte	Art des Einflusses		
	negativ	positiv	keine Angabe möglich
Erfahrungen mit einzelnen Menschen (n = 40)	1	31	8
Erfahrungen durch private Besuche (n = 34)	0	24	10
Erfahrungen durch berufliche Kontakte (n = 40)	4	29	7
Besuch von Kulturveranstaltungen (n = 29)	1	17	11
Berichterstattung der Medien (n = 29)	0	20	9
Erfahrungen mit Gesundheitssystem (n = 37)	1	31	5
Ruf des Gesundheitssystems (n = 38)	3	31	4

eigene Tabelle

Eine Analyse der negativen Einflüsse ist aufgrund der geringen Zahl von Nennungen nur begrenzt möglich (vgl. Tabelle 6). Die beruflichen Kontakte und der Ruf des deutschen Gesundheitssystems führen am ehesten zu einer negativen Einstellung zu Deutschland. Allerdings sind sie bei einer vergleichenden Betrachtung mit ihrem positiven Einfluss bei

den anderen Personen eher vernachlässigbar. Für das Gesundheitssystem wurde explizit zwischen eigenen Erfahrungen und dem auf anderen Informationsquellen basierenden Ruf unterschieden. Die eigenen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem bringen weniger negative Einschätzungen hervor als der verbreitete Ruf des deutschen Gesundheitssystems. Nicht alle Teilnehmer können auf Erfahrungen in allen abgefragten Bereichen zurückgreifen. Das Zusammenwirken einzelner Faktoren zu einem Gesamtbild Deutschlands kann deshalb nur teilweise nachvollzogen werden.

Im Folgenden wird noch einmal genauer auf die Einstellung der Befragten zu den Saarländern eingegangen. Mehr als zwei Drittel der Befragten (36 Personen, $n = 52$) sieht keine Unterschiede zwischen den Menschen in Frankreich und in Deutschland. Die verbleibenden Befragten nannten zum Teil konkrete Beispiele für Unterschiede. Einmal wurden Franzosen dabei vorteilhafter charakterisiert (Fragebogen P1), zehnmal wurden Deutsche positiver beschrieben (z. B. Fragebogen P17, P27, P43). Die Einstellung gegenüber den Menschen im Saarland ist also kein Hinderungsgrund für die grenzüberschreitende Patiententmobilität, sondern neutral bzw. aufgrund der positiven Einschätzung förderlich.

Die Befragten nehmen die politischen Bemühungen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit und zum Abbau von Grenzbarrieren in der Großregion widersprüchlich wahr. Die Grenzen innerhalb der Großregion werden bei der Ausübung grenzüberschreitender Aktivitäten von der überwiegenden Mehrheit nicht als Hürde empfunden (48 Personen, $n = 53$). Für drei Personen stellen sie teilweise, für zwei Befragte eindeutig eine Hürde in ihrem Alltag dar.

Um einschätzen zu können, ob die grenzüberschreitenden Aktivitäten der Befragten über das in Lothringen übliche Maß hinausgehen, ist ein Vergleich mit der Gesamtbevölkerung hilfreich. Da im Rahmen der vorliegenden Arbeit keine solche Erhebung durchgeführt werden konnte, wurde zu diesem Zweck auf die von CAVET et al. (2006) unter den Bewohnern der Großregion durchgeführte Umfrage *Leben in der Großregion. Studie der grenzüberschreitenden Gewohnheiten in den inneren Grenzräumen der Großregion* zurückgegriffen. Der Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit der lothringischen Stichprobe der Befragung von CAVET et al. ermöglicht eine bessere Einordnung der Patientenbefragung.

Die Untersuchung von CAVET et al. zeigt, dass es von Wohn- und Arbeitsort abhängig ist, welche Nachbarregion aufgesucht wird und wie häufig dies geschieht. Je näher jemand an der Grenze wohnt, desto häufiger überquert er sie (CAVET et al. 2006: 30-32, 39f.). In der vorliegenden Patientenbefragung ist zudem der hohe Anteil von Grenzgängern für die

vielen Aufenthalte im Saarland verantwortlich. Darüber hinaus ähneln sich die wichtigsten Gründe der Lothringer für Besuche in der Nachbarregion in den beiden Untersuchungen; lediglich die Reihenfolge unterscheidet sich. Freizeit wurde von den Lothringern am häufigsten genannt, auf dem zweiten Platz steht Einkaufen, während bei den Patienten Einkaufen auf Platz eins lag (CAVET et al. 2006: 38).

Ähnlich wie in der vorliegenden Arbeit gehen auch CAVET et al. davon aus, dass grenzüberschreitende Aktivitäten wie Einkaufen oder Tanken nur wenig zur Ausbildung eines Gefühls der Nähe und zu einem größeren Verständnis für die Nachbarregion führen. Ausschlaggebend sind dafür v. a. Familienmitglieder, Freunde oder Bekannte in der Nachbarregion (CAVET et al. 2006: 64). Der Anteil der Patienten, die Familienangehörige oder Freunde und Bekannte im Saarland haben, ist höher als unter den befragten Lothringern (CAVET et al. 2006: 65). Die Tatsache, dass viele der befragten Patienten aus dem direkten Grenzraum kommen, könnte für die Diskrepanz verantwortlich sein, denn dort bestehen mehr private Kontakte.

Das Wissen bzw. das Bewusstsein über die Großregion ist in der Gruppe der Patienten größer als in der Gesamtbevölkerung. Auch die Deutschkenntnisse der befragten Patienten sind besser als die der Lothringer, was angesichts des hohen Anteils von Grenzpendlern nicht erstaunt (CAVET et al. 2006: 43-45).

CAVET et al. (2006: 11) schlussfolgern aus ihrer Befragung: „Je stärker die Verbindungen und Beziehungen zu den Nachbarregionen sind, umso mehr ist die Großregion für ihre Bewohner Wirklichkeit“. Somit müsste für die befragten Patienten aufgrund ihrer überdurchschnittlich häufigen und vielfältigen grenzüberschreitenden Aktivitäten der saarländisch-lothringische Grenzraum eine größere erlebte Bedeutung als für die Lothringer allgemein haben.

8.3 Der Entscheidungsprozess der Patienten

Im Folgenden werden die Motive der Patienten für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Kapitel 8.3.1) und dabei auftretende Probleme (Kapitel 8.3.2) geschildert. Im Abschnitt 8.3.3 wird die Abwägung von Vor- und Nachteilen nachvollzogen sowie die Informationsbeschaffung und Strategien zur Aufwandsreduzierung untersucht (Hypothese VIII).

8.3.1 Motive für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen

Für die meisten Patienten gibt es mehrere Motive für die Behandlung im Saarland (vgl. Abbildung 15). Lediglich acht Personen legten sich auf ein einziges Motiv fest. Im Durchschnitt wurden vier von den vorgegebenen Motiven ausgewählt.

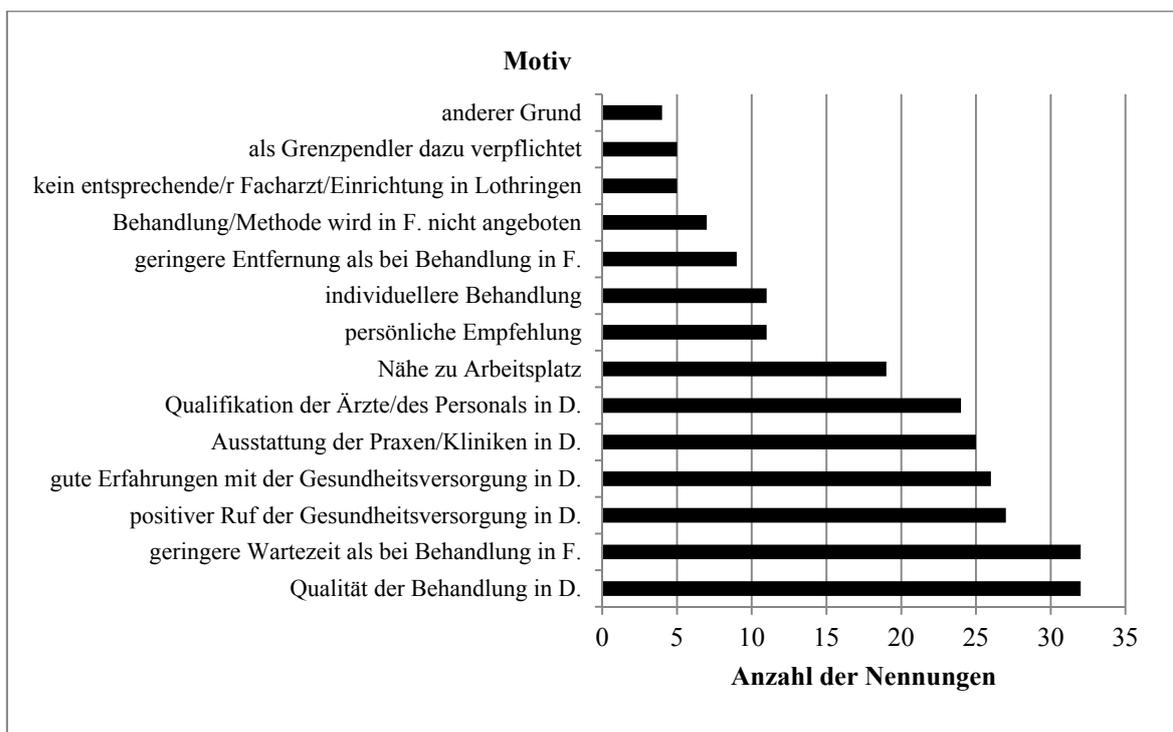


Abbildung 15 Motive für die Behandlung im Saarland

D = Deutschland F = Frankreich
n = 54, Mehrfachnennungen möglich
eigene Abbildung

Die zwei wichtigsten Motive sind die Qualität der Behandlung in Deutschland und die geringere Wartezeit im Saarland, die jeweils für mehr als die Hälfte der Patienten eine Rolle spielen (vgl. Abbildung 15). Zur Konkretisierung der Länge der Wartezeit und der sich daraus ergebenden Unterschiede wurden im Fragebogen um Angaben für die Wartezeit auf einen Termin im Saarland und in Frankreich gebeten. Bei der Mehrheit der Befragten, die konkrete Wartezeiten nannten, war die Wartezeit in Frankreich länger (21 Personen, n = 36). Die Differenz betrug teilweise wenige Tage, im Extremfall lag sie bei mehr als zwei Monaten. Ein Viertel der angegebenen Beispiele zeigte eine gleich lange Wartezeit in Lothringen und im Saarland. In einem Sechstel der Fälle war die Wartezeit im Saarland länger, allerdings jeweils nur um wenige Tage. Die Wartezeit ist ein wichtiges

Motiv für die grenzüberschreitende Behandlung. Oft ist allerdings kein konkreter Vergleich, sondern eine instinktive Schätzung der Wartezeit die Entscheidungsgrundlage. Die Entscheidung beruht auf unvollständigen Informationen und ist subjektiv rational (DIEFENBACH 2009: 248, WEICHHART 2008).

Als dritt- und viertwichtigstes Motiv wurden der positive Ruf der Gesundheitsversorgung in Deutschland und gute Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung in Deutschland genannt (vgl. Abbildung 15). Das verdeutlicht, dass eine positive Einstellung zum Gesundheitssystem – egal ob diese aus eigenen Erfahrungen oder anderen Informationsquellen stammt – wichtig ist. Der gute Ruf kann z. B. auf Erzählungen anderer Patienten beruhen. Eigene gute Erfahrungen mit grenzüberschreitenden Behandlungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Entscheidung für dieses Vorgehen. Die Annahme der *Handlungszentrierten Sozialgeographie*, dass vorhergehende Handlungen aktuelle Entscheidungen beeinflussen, wird hier bestätigt (WEICHHART 2008: 263, WERLEN 2008: 288f.).

Die folgenden zwei Motive (vgl. Abbildung 15) beziehen sich konkreter auf die Qualität des Angebotes. Mit der Ausstattung der Praxen/Kliniken in Deutschland werden zum einen die zur Verfügung stehenden materiellen Ressourcen genannt. Sie sind als Motiv für die Patienten weniger zentral als die Aussagen der Experten vermuten ließen. Zum anderen gehören dazu die Kompetenzen in Form der Qualifikation der Ärzte/des Personals in Deutschland. Belege für eine grundsätzlich bessere Ausbildung in Deutschland gibt es in der wissenschaftlichen Literatur nicht. Die Ursache der positiven Einschätzung der Befragten scheint v. a. in der starken Prägung der Wahrnehmung durch persönliche Erfahrungen und durch Einzelpersonen zu liegen. Zum Gefühl der besseren Versorgungsqualität trägt auch bei, dass sich elf Patienten im Saarland individueller versorgt fühlen (vgl. Abbildung 15). Dafür ist weniger die Qualifikation der Ärzte oder Fachkräfte entscheidend, sondern z. B. die Zeit, die für den einzelnen Patienten zur Verfügung steht.

Der Aspekt der Entfernung war in insgesamt 28 Fällen ein Motiv (vgl. Abbildung 15). Dabei ist die Nähe zum Arbeitsplatz doppelt so wichtig wie die geringere Entfernung des saarländischen Angebotes zum Wohnort. Dies spricht dafür, dass der Arzt oft auf dem Weg zur Arbeit oder dem Heimweg bzw. während der Arbeitszeit oder in Pausen aufgesucht wird. Die Arbeitsplatznähe des saarländischen Angebotes als Pull-Faktor spielt eine größere Rolle als die wohnortferne Konzentration des lothringischen Angebotes in Metz oder Nancy als Push-Faktor.

Ein weniger bedeutendes Motiv ist das generelle Fehlen bestimmter Behandlungsangebote in Frankreich (vgl. Abbildung 15). Die Hälfte der Patienten (25 Personen, n = 51) ant-

wortete, dass die im Saarland in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen in Frankreich nicht angeboten werden. Aus Kommentaren geht jedoch hervor, dass sie v. a. unter anderen Bedingungen als im Saarland, wie z. B. nur in einem Krankenhaus statt einer Praxis, angeboten werden (z. B. Fragebogen P43, P46). Die wichtigsten französischen Behandlungsorte sind für die Befragten mittelgroße Städte in direkter Grenzlage, darunter Forbach als größte Stadt im Grenzraum. Weiter entfernte Großstädte mit vielen medizinischen Einrichtungen wie Metz, Nancy oder Straßburg sind weniger relevant. Mögliche Lücken der Gesundheitsversorgung in Lothringen scheinen eher in knappen Kapazitäten, die lange Wartezeiten verursachen, zu bestehen als im vollständigen Fehlen einzelner Angebote. Die Einbettung von Individuen in die *physisch-materielle Welt* ist eine Bedingung ihres Handelns (WEICHHART 2008: 263). Bei der grenzüberschreitenden Patientenmobilität spielen hier v. a. die Gesundheitsinfrastrukturen und die Siedlungsstruktur eine wichtige Rolle.

Dass elf Personen die Empfehlung einer anderen Person als Motiv für die Behandlung im Saarland nannten, zeigt die große Relevanz dieses Aspekts (vgl. Abbildung 15). Allerdings trat das Motiv immer in Begleitung anderer Gründe auf, sodass es zwar förderlich, aber nicht ursächlich für die grenzüberschreitende Behandlung ist.

Die Zahl von fünf Personen, die angaben, als Grenzgänger zur Behandlung in Deutschland verpflichtet zu sein (vgl. Abbildung 15), erscheint zunächst als ein sehr großer Anteil an der Stichprobe. Allerdings können nicht alle Fälle mit den von den Experten beschriebenen unfreiwilligen grenzüberschreitenden Behandlungen gleichgesetzt werden. Lediglich einer der fünf Betroffenen nennt Zwang als einzigen Grund, die anderen haben noch mehrere andere Motive ausgewählt. Möglicherweise haben die Personen zudem die französische Krankenversicherungskarte nicht beantragt und damit den Zugang zum französischen Gesundheitssystem selbst verschlossen. Es bleibt ein Fall, der mit diesen Ansätzen nicht erklärt werden kann. Dies dürfte der tatsächlichen quantitativen Bedeutung unfreiwilliger grenzüberschreitender Behandlung näherkommen als die fünf zunächst identifizierten Fälle.

Über die vorgegebenen Kategorien hinaus wurden unter „andere“ die Motive „gratis für Kinder“ (Fragebogen P16), „praktischer“ (Fragebogen P40) und „von meinem französischen Arzt enttäuscht“ (Fragebogen P23) angegeben. Sie zeigen die große Bandbreite der Motive für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen im Saarland auf.

Aufgrund der an die *Handlungszentrierte Sozialgeographie* angelehnten Annahme, dass persönliche Ressourcen das Handeln stark beeinflussen, wurde die Bedeutung einzelner Motive für bestimmte Patientengruppen untersucht (WEICHHART 2008: 264). Da die Kostenerstattung bei in Deutschland privat Versicherten anders funktioniert und immer wieder die Behauptung erhoben wird, dass für diese Patientengruppe die Wartezeit auf einen Termin kürzer sei, wurden die privat versicherten Befragungsteilnehmer trotz des geringen Anteils noch einmal gesondert betrachtet. Ein privat Versicherter nannte die private Krankenversicherung in Deutschland explizit als Motiv (Fragebogen P65). Für den anderen privat versicherten Patienten ist dagegen die Qualität entscheidend, die bedingt durch das große Angebot in Saarbrücken im Saarland besser sei (Fragebogen P60). Eindeutige Unterschiede zu den gesetzlich Versicherten sind damit nicht auszumachen.

Auch die getrennte Betrachtung von Frauen und Männern bezüglich der fünf wichtigsten Motive deckt keine grundsätzlichen Unterschiede auf. Männer und Frauen schätzen die Relevanz der einzelnen Motive insgesamt sehr ähnlich ein. Die Prioritäten der Frauen orientieren sich etwas stärker an den Ressourcen, während Männer den guten Erfahrungen anderer Patienten vertrauen und den praktischen Gesichtspunkt der guten Erreichbarkeit schätzen. Das Geschlecht ist für die Entscheidung über eine grenzüberschreitende Behandlung kein relevantes Merkmal.

Ein Teil der Motive wurde im Fragebogen im Zusammenhang mit einer Bewertung und einem Vergleich des französischen und des deutschen Gesundheitssystems noch einmal thematisiert (vgl. Abbildung 16). Auffällig war dabei zunächst, dass wesentlich mehr Befragte eine Bewertung des deutschen ($n = 51-53$) als des französischen Systems ($n = 40-44$) abgaben. Möglicherweise kennen die Befragten das französische System nicht ausreichend, weil sie vor allem das deutsche System nutzen. Als zweites ist offensichtlich, dass beide Gesundheitssysteme relativ gut bewertet wurden, die Durchschnittswerte für alle Bewertungskriterien liegen über dem neutralen Wert 0.

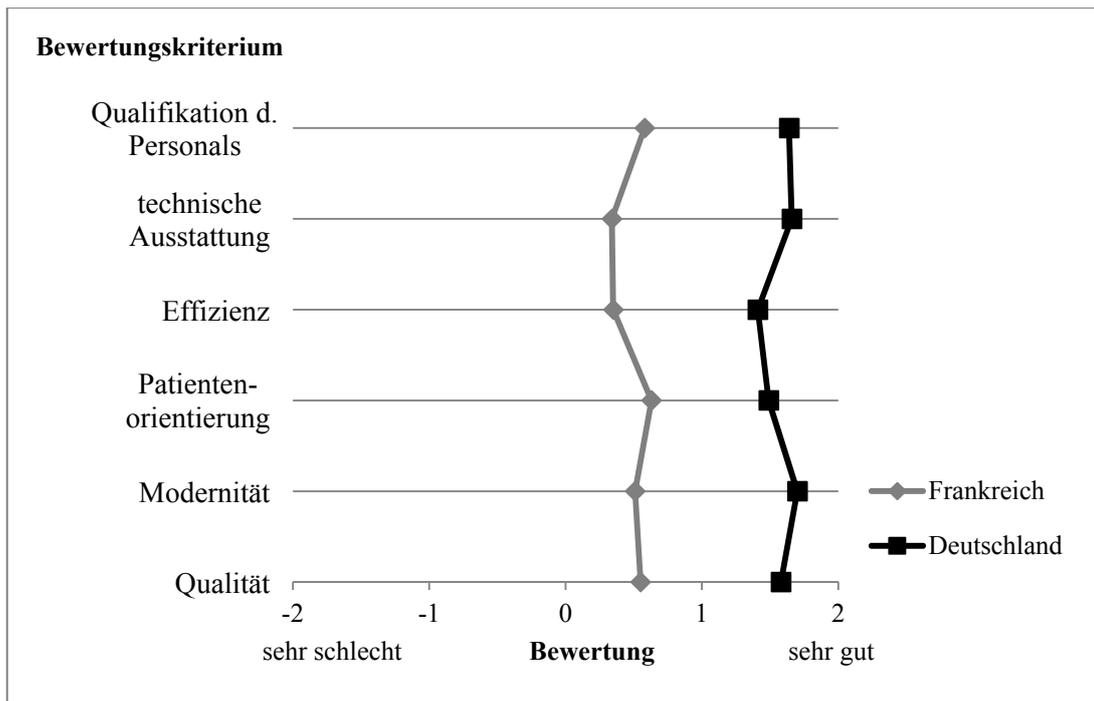


Abbildung 16 Bewertung der Gesundheitssysteme

n variiert
eigene Abbildung

Das deutsche Gesundheitssystem wurde in allen Kategorien besser als das französische eingestuft. Bei der technischen Ausstattung empfanden die Befragten die größten Unterschiede. Während für Deutschland das Kriterium „Modernität“ die beste Bewertung von allen Kriterien erhielt, wurde sie für Frankreich eher mittelmäßig bewertet. Umgekehrt wurde die Patientenorientierung als eine Stärke des französischen Systems identifiziert, während sie in Deutschland eher als Schwäche wahrgenommen wurde. Die Effizienz beider Gesundheitssysteme ist nach Ansicht der Patienten am ehesten ein Schwachpunkt. Neben dieser abstrakten Bewertung der Gesundheitsversorgung wurde nach konkreten Unterschieden zwischen erlebten Behandlungen im Saarland und in Lothringen gefragt. 22 Personen konnten jedoch keine Unterschiede ausmachen (n = 55). Die 33 Patienten, die Unterschiede sahen, machten keine konkreten Angaben dazu, worin diese genau bestehen. Zu den Gründen für die von ihnen empfundene Verschiedenartigkeit äußerten sich jedoch alle von ihnen. Harte Einflussfaktoren wie finanzielle Ressourcen und die Personalsituation (22 Nennungen, n = 33, Mehrfachnennungen) und Infrastrukturen (14 Nennungen) wurden als wichtigste Ursachen der Andersartigkeit genannt. Aber auch Unterschiede beim beruflichen Selbstverständnis (14 Nennungen), bei der Bewertung von bestimmten Erkrankungen (neun Nennungen) und beim Patientenbild (acht Nennungen) wurden von

den Patienten verantwortlich gemacht. Dabei handelt es sich weniger um harte Rahmenbedingungen als vielmehr um weiche Einflussfaktoren, die auf eine kulturelle Prägung der Gesundheitsversorgung und von Einzelpersonen zurückgehen können (BODE 2002: 553f., HERRMANN 2000). Sowohl harte als auch weiche Einflussfaktoren bringen Unterschiede hervor, aus denen Motive für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen entstehen. Insgesamt ist es schwierig, Motive isoliert voneinander zu betrachten, weil sie sich gegenseitig beeinflussen.

8.3.2 Probleme bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen

Es wird hier bewusst nicht von Barrieren, sondern von Problemen oder Hemmnissen bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen gesprochen, denn die Befragten haben sich durch diese nicht von einer Behandlung im Ausland abhalten lassen. Mehr als die Hälfte der Befragten (30 Personen, $n = 56$) fühlten sich von keinem der im Fragebogen vorgegebenen Hemmnisse behindert. Von den verbleibenden 26 Teilnehmern nannten 25 ein oder zwei Probleme, lediglich eine Person führte vier Probleme an. In der Befragung kristallisierten sich mangelnde Sprachkenntnisse und entstehende Kosten als Hauptprobleme heraus. Sie wurden mit zehn Nennungen mehr als doppelt so oft wie die nachfolgenden Probleme genannt ($n = 56$). Der Vergleich mit der Gesamtzahl der Befragten macht jedoch deutlich, dass deren Bedeutung nicht überschätzt werden darf, denn die Probleme betreffen jeweils nur jeden Fünften.

Sprache wird in Studien zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität in Europa oft pauschal als Barriere angeführt. In der Befragung empfand der Großteil der Befragten die Sprache nicht als Hemmnis, obwohl ein Teil von ihnen nur über Grundkenntnisse oder gute Kenntnisse des Deutschen verfügt. Um die Hypothese „Personen mit schlechten Sprachkenntnissen empfinden die Sprachbarriere als Problem, während Personen mit guten Sprachkenntnissen die Sprachbarriere als unwichtig empfinden“ zu überprüfen, wurden die Sprachkenntnisse, die Bewertung der Sprachbarriere und die bei der Behandlung im Saarland genutzten Sprachen gemeinsam betrachtet (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7 Sprache als Hindernis für französische Patienten

Französischkenntnisse	Muttersprache			Mind. gut	Muttersprache
	Grundk.	Gut	Sehr gut		
Deutschkenntnisse				Muttersprache	Muttersprache
Sprache ist ein Hemmnis	3	2	3	0	1
Sprache ist kein Hemmnis	4	13	11	4	5
Verständigung mit dem Arzt					
Patient spricht Deutsch	5	14	13	4	6
Arzt spricht Französisch	3	9	1	0	1
mit Hilfe regionaler Dialekte	1	4	1	0	0
Personal spricht Französisch	0	0	1	0	0
auf Englisch	1	0	1	0	0
Verständigung schwierig	1	0	0	0	0

Grundk. = Grundkenntnisse mind. = mindestens
 nur französische und deutsche Muttersprachler, n = 46, bei Verständigung Mehrfachnennungen möglich
 eigene Tabelle

Auf den ersten Blick lassen sich logische Zusammenhänge erkennen. Bei den französischen Muttersprachlern, die nur über Grundkenntnisse des Deutschen verfügen, ist der Anteil derjenigen, die Sprache als Hemmnis sehen, am höchsten (drei von sieben Personen). In vielen Fällen spricht der Arzt Französisch. In dieser Kategorie wurde auch einmal angegeben, dass die Verständigung schwierig sei. Sprache wird mit zunehmenden Sprachkenntnissen aber als Problem nicht weniger wichtig, wie der Vergleich von guten (für zwei von 15 Personen ein Hemmnis) und sehr guten (für drei von 13 Personen ein Hemmnis) Deutschkenntnissen zeigt. Möglicherweise besteht hier ein Zusammenhang mit den Französischkenntnissen des Arztes. Wenn das Deutschniveau des Patienten gut war, sprachen die Ärzte in mehr als der Hälfte der Fälle Französisch, bei sehr gutem Niveau nur selten (vgl. Tabelle 7). Das könnte zum einen daran liegen, dass die Personen, die sehr gut Deutsch sprechen, bei Ärzten in Behandlung sind, die kein Französisch sprechen. Das kann Zufall sein oder die Französischkenntnisse werden bei der Arztwahl als weniger wichtig erachtet. Zum anderen wenden Ärzte ihre Französischkenntnisse möglicherweise nicht an, wenn sie merken, dass der Patient sehr gut Deutsch spricht. Insgesamt sechsmal wurden regionale Dialekte als Form der Verständigung genannt, Englisch spielt lediglich bei zwei Befragten eine Rolle.

Für Personen mit deutscher Muttersprache funktioniert die Verständigung erwartungsgemäß am besten, allerdings sieht ein Patient trotzdem Probleme (vgl. Tabelle 7).

Interessant wäre die Information, ob die deutschen Muttersprachler auch in Frankreich zum Arzt gehen und wie sie sich dort verständigen.

Bei den nicht in Tabelle 7 dargestellten Personen, die weder Deutsch noch Französisch als Muttersprache beherrschen, waren die größten Probleme zu erwarten. Die vier Betroffenen gaben jedoch alle an, dass sie keine Probleme haben. In den meisten Fällen kommen sowohl ihre Deutschkenntnisse als auch die Französischkenntnisse von Arzt und Personal zum Einsatz. Erstaunlicherweise kann also zwischen den zweisprachigen Patienten und den Patienten, die weder französische noch deutsche Muttersprachler sind, aufgrund der Stichprobe in Bezug auf die Frage, ob Sprache die grenzüberschreitende Behandlung erschwert, kein Unterschied festgestellt werden. Die Annahme, dass für Personen mit geringeren Deutschkenntnissen Sprachprobleme bei der grenzüberschreitenden Behandlung eine größere Rolle spielen, kann in dieser Eindeutigkeit nicht aufrechterhalten werden. Nicht nur das Sprachniveau des Patienten, sondern z. B. auch Sprachkenntnisse des Arztes entscheiden darüber, ob die Verständigung funktioniert.

Genauso oft wie Sprachprobleme sprechen Kosten gegen eine Behandlung im Saarland (zehn Nennungen, $n = 56$). Die Antworten der Befragten zur Kostensituation sind für Außenstehende nicht immer nachzuvollziehen, weil z. B. gleichzeitig angegeben wird, dass keine Kosten entstanden sind, Kosten aber ein Hindernis für die Behandlung im Saarland sind. Für zwei Personen waren die höheren Kosten im Saarland kein Hindernis, sondern wurden hingenommen, vermutlich weil andere Vorteile diesen Nachteil ausgleichen. Die Entscheidungen beruhen nicht auf einer rein finanziellen Kosten-Nutzen-Abwägung, ein nicht-monetärer Vorteil kann die grenzüberschreitende Behandlung z. B. zur besten Handlungsoption machen (DIEKMANN & VOSS 2009: 19f.). Für acht Befragte war die finanzielle Belastung im Saarland geringer und ein Grund für die grenzüberschreitende Behandlung, wie z. B. der bereits erwähnte Kommentar „gratis für Kinder“ belegt. Die Bedeutung der Kostenproblematik wird insgesamt durch die Aussage von mehr als zwei Dritteln der Teilnehmer der Befragung, dass bei der Behandlung im Saarland keine Kosten entstanden sind, relativiert (38 Personen, $n = 54$).

Auf insgesamt sechs Nennungen kommt das Problem von Informationsdefiziten ($n = 56$), worunter fehlende Informationen über Rechte und Möglichkeiten, über Ärzte, Krankenhäuser und deren Angebote sowie über die Behandlungsqualität fallen. Allerdings kommentierte ein Befragter, dass dieses Problem auch auf Frankreich zutreffe (Fragebogen P60). Ob hier kein Unterschied zwischen Behandlungen in Frankreich und im Saarland besteht, wird in den Patienteninterviews noch einmal thematisiert werden. Fest steht, dass

wie von den neueren *Rational-Choice*-Theorien (KIRCHGÄSSNER 2008: 13-17) und dem Transaktionskostenansatz (ZACHARAKIS 1997: 25) angenommen, bei den Patienten keine vollständige Information besteht.

Viermal wurden administrative Prozeduren wie z. B. Genehmigungen der Krankenkasse als Problem genannt (n = 56). Alle Betroffenen sind Grenzpendler, so dass diese Antwort eher erstaunt. In einem Fall erklären die private Krankenversicherung und der damit verbundene Aufwand für die Abrechnung mit der Krankenkasse möglicherweise die Bewertung. Die Frage der Nachbetreuung und eventueller Komplikationen stellt nur für zwei Befragte ein Hemmnis dar.

Bei den Problemen konnte ein leichter Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. Für Frauen bestanden etwas mehr Probleme bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen als für Männer.

Es wurde abschließend eine vergleichende Betrachtung von Dauer und Häufigkeit der grenzüberschreitenden Behandlung und der Nennung von Problemen bei der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen im Saarland vorgenommen (vgl. Tabelle 8). Grundsätzlich wird in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass die Probleme mit zunehmender Erfahrung abnehmen (WILLIAMSON 1990: 69).

Tabelle 8 Zusammenhang von Erfahrung mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Saarland und Problemen bei der grenzüberschreitenden Behandlung

Erfahrung (Behandlungsbeginn)	Gering (2013-2010)	Mittel (2009-2000)	Lang (vor 2000)
Anzahl Befragte	16 Befragte	14 Befragte	20 Befragte
Probleme bei der grenzüberschreitenden Behandlung			
Kosten	4	4	2
Administrative Prozeduren	0	1	3
Sprache	4	5	1
Fehlende Informationen über Rechte und Möglichkeiten	2	1	0
Fehlende Informationen über Ärzte, Krankenhäuser	1	0	1
Fehlende Informationen über Behandlungsqualität	1	0	0
Frage der Nachbetreuung u. eventueller Komplikationen	0	2	0
Probleme gesamt	12	13	7

n = 50, Mehrfachnennungen möglich
eigene Tabelle

Zur Analyse wurden die Patienten in drei Gruppen mit geringer (Behandlungsbeginn im Saarland zwischen den Jahren 2010 und 2013), mittlerer (Behandlungsbeginn 2000 bis 2009) und langer Erfahrung (Behandlungsbeginn 1999 und früher) eingeteilt. Der angenommene Zusammenhang zwischen Erfahrung und Problemen wird einerseits durch die Befragung bestätigt: Die Patienten mit langen Erfahrungen sind für weniger Nennungen von Problemen verantwortlich als es angesichts ihres Anteils an der Stichprobe zu erwarten wäre. Insbesondere der Aspekt der Sprache scheint für sie weniger relevant zu sein. Dies kann einerseits an den tendenziell besseren Sprachkenntnissen der älteren Interviewten, aber auch an der Erfahrung mit medizinischen Gesprächen auf Deutsch liegen. Andererseits werden administrative Prozeduren von ihnen auffällig häufig genannt. Vermutlich erhöht die langjährige Behandlung im Saarland die Wahrscheinlichkeit, dass auch speziellere Angebote und Behandlungen in Anspruch genommen werden. Es ist vorstellbar, dass in Einzelfällen dann z. B. Genehmigungen erforderlich sind und sich daraus Probleme ergeben. Zwischen geringer und mittlerer Erfahrung können sowohl in Bezug auf die Anzahl der Probleme als auch auf deren Verteilung auf die verschiedenen Aspekte keine Unterschiede festgestellt werden.

Da angenommen wird, dass die Patientenentscheidung für oder gegen eine grenzüberschreitende Behandlung häufig nicht nur von objektiv rationalen Aspekten beeinflusst wird (DIEFENBACH 2009: 242-248, COLEMAN 1991: 22), wurde nach Bedenken und Ängsten bei einer grenzüberschreitenden Behandlung im Saarland gefragt. Allerdings hatte mehr als die Hälfte der Befragten keine Bedenken (31 Personen, n = 56). Mehrere Befragte bekräftigten ihre Antwort mit Kommentaren. Diese Patienten haben bei der Behandlung im Saarland keine Befürchtungen, weil sie z. B. in Approbationen und europäische Diplome vertrauen oder zu einem bestimmten Arzt ein starkes Vertrauensverhältnis haben (z. B. Fragebogen P60). Wenn Bedenken bestehen, beruhen diese häufiger auf konkreten Ängsten wie sich nicht verständigen zu können (neun Nennungen, Mehrfachnennungen) oder wegen des unbekanntem Gesundheitssystems (sieben Nennungen) als auf einem schlechten Bauchgefühl (vier Nennungen). Insgesamt ist die Bedeutung der Bedenken aber nicht sehr groß, denn nur für drei Befragte waren die Bedenken größer, als wenn sie in Frankreich einen Arzt aufgesucht hätten. Die Unsicherheit ist deshalb bei den meisten nicht höher als bei einer Behandlung in Lothringen.

Insgesamt bestehen, wenn die Entscheidung für die grenzüberschreitende Behandlung gefallen ist, relativ wenige Probleme. Diese Aussagen zu den Problemen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung können nicht für die Gesamtbevölkerung Frankreichs

oder die Großregion verallgemeinert werden, denn es handelt sich um Personen, die die Option der grenzüberschreitenden Behandlung bereits nutzen und als Grenzgänger nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung sind.

Die Konzentration der Hemmnisse auf Sprache und Kosten birgt Potenzial für Maßnahmen zur Erleichterung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen, da nicht zu viele unterschiedliche Probleme angegangen werden müssen.

8.3.3 Informationsbeschaffung und Arztsuche

Dass es überhaupt zu einer Abwägung von Vor- und Nachteilen einer grenzüberschreitenden Behandlung kommt, setzt voraus, dass der Patient die Möglichkeit der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Leistungen überhaupt kennt. Jeder Vierte der Befragten hat dies durch eigene Recherche herausgefunden (24 Nennungen, $n = 55$, Mehrfachnennungen). Ein Drittel hat von anderen Patienten von dieser Option gehört (18 Nennungen). Der Hinweis eines französischen Arztes (zwei Nennungen), der Vorschlag durch die deutsche oder französische Krankenkasse (je eine Nennung) oder Informationen am Arbeitsplatz (zwei Nennungen) sind Sonderfälle. Eine Person hat früher in Deutschland gelebt, war dort krankenversichert und hat ihre Gewohnheiten nach dem Umzug weitergeführt.

Personen aus dem Umfeld beeinflussen den Entscheidungsprozess, weil sie definieren, was eine akzeptierte Handlungsoption ist (WEICHHART 2008: 261f.). Im Fall der Befragten traten v. a. Familienmitglieder als Fürsprecher einer Konsultation im Saarland auf (sieben Nennungen). Lediglich einer Person ($n = 53$) wurde von der Behandlung in Deutschland abgeraten.

Empfehlungen haben zudem bei der Suche nach einem konkreten Arzt im Saarland eine große Bedeutung. Zwar fanden 31 Befragte ($n = 55$, Mehrfachnennungen) ihren Arzt im Saarland durch eigene Recherche, 23 verließen sich jedoch auf die Erfahrungen und Empfehlungen anderer Patienten. Allerdings wurde bei dieser Frage nicht danach differenziert, ob der Tipp von einem Franzosen oder von einem Deutschen kam. Nur zweimal war der Rat eines Arztes in Lothringen entscheidend. In einigen Fällen kamen auch zwei Informationsquellen zusammen. Das Vertrauen in Empfehlungen als rationaler Weg der Entscheidungsfindung (DIXON et al. 2010: 12f.) ist in den Patienteninterviews noch intensiver zu thematisieren. Durch den Bezug auf Empfehlungen kann die schlechte Informationslage entschärft und Unsicherheiten verringert werden.

Für 19 Patienten war die Qualifikation das wichtigste Kriterium für die Wahl des Arztes (n = 33, Mehrfachnennungen). An zweiter Stelle folgt die Erfahrung des Arztes mit der Behandlung von französischen Patienten (neun Nennungen). Die Aussage der Ärzte, dass sie nicht speziell um Patienten aus den Nachbarregionen werben, wurde durch die Befragten bestätigt. Lediglich ein Befragter (n = 44) fand ein spezielles Angebot für französische Patienten vor.

8.4 Zwischenfazit II

Oberflächlich betrachtet entsprechen die Ergebnisse der Patientenbefragung den Erkenntnissen zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität in Europa allgemein. Ein detaillierter Vergleich deckt jedoch Abweichungen auf, die einerseits durch die Eigenheiten des französischen und deutschen Gesundheitssystems und andererseits durch regionale Besonderheiten verursacht werden. Während im Untersuchungsraum Kosten sowohl ein Problem als auch ein Motiv der grenzüberschreitenden Behandlung darstellen können, sind sie in anderen Grenzregionen eindeutig ein Motiv, weil dort ein einseitiges und größeres Preisgefälle besteht. Aus der strukturellen Unterschiedlichkeit des deutschen und des französischen Gesundheitssystems ergeben sich Vorteile bei einer grenzüberschreitenden Behandlung, wie z. B. bei der Durchführung von Untersuchungen in hausärztlichen Praxen, die an anderen EU-Grenzen nicht bestehen. Der hohe Anteil von Grenzgängern unter den Patienten und die Besonderheit der (früheren) Zweisprachigkeit in Lothringen relativieren im Vergleich zu anderen Grenzregionen die Bedeutung der Sprache als reines Problem.

Die quantitative Patientenbefragung bestätigt einige Aussagen aus den Experteninterviews, andere Aspekte stellen sich aus Patientensicht anders dar. Wie die Experten sind auch die Patienten dem Saarland gegenüber sehr positiv eingestellt. Die Angaben der Patienten belegen die Aussagen der Experten, dass im Saarland fast alle Fachgebiete und viele unterschiedliche Leistungen grenzüberschreitend in Anspruch genommen werden. Bei den Motiven ist eine große Übereinstimmung der Ergebnisse von Experteninterviews und Patientenbefragung zu beobachten, z. B. dass die technische Ausstattung im Saarland besser sei. Das von den Experten häufig angesprochene fehlende Angebot macht sich aus Patientensicht weniger darin bemerkbar, dass Angebote in Lothringen komplett fehlen. Es wirkt sich v. a. durch geringe Kapazitäten und in einer räumlichen Konzentration aus, die

zu langen Wartezeiten und Anfahrtswegen führen. In den Experteninterviews war umstritten, ob es Qualitätsunterschiede zwischen der lothringischen und der saarländischen Gesundheitsversorgung gibt. Die Mehrzahl der Patienten sieht für ihre Bedürfnisse Qualitätsvorteile im Saarland, die sie an der Ausstattung und der Qualifikation festmachen. Wie die Experten fühlen sich auch die Patienten nicht gut informiert.

Aus der Patientenbefragung ergibt sich folgende Anpassung der Hypothesen I bis VIII:

I Umfang der grenzüberschreitenden Patientenmobilität:

Es gibt im Untersuchungsraum grenzüberschreitende Mobilität: Lothringische Patienten suchen das Saarland zum Zweck der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen auf. Die überwältigende Mehrheit derer, die diese Option nutzt, sind Grenzgänger. Die meisten Grenzgänger haben Zugang zu beiden Gesundheitssystemen. Die Gruppe der Befragten ist bezüglich einer Reihe von Merkmalen wie Geschlecht und Alter sehr heterogen. Es ist keine auffällige Konzentration auf bestimmte Teilgruppen zu beobachten. Die Zahl derer, die sich im Saarland behandeln lässt, nimmt mit der Entfernung des Wohnortes von der Grenze ab. Die grenzüberschreitende Patientenmobilität reicht bis mindestens in die 1950er-Jahre zurück. Die französischen Patienten suchen im Saarland sowohl Haus- als auch Fachärzte auf und nehmen die gesamte Bandbreite ambulanter Leistungen in Anspruch.

II Rechtsgrundlagen:

Dass sich im Untersuchungsraum fast ausschließlich Grenzgänger grenzüberschreitend behandeln lassen, liegt auch an den Rechtsgrundlagen zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität. Im Alltag bestehen bei der Überquerung der Grenzen im Untersuchungsraum für die Befragten kaum Hürden.

III Rechtliche Situation der Grenzpendler:

Die Hypothese, dass für Grenzgänger keine rechtlichen Barrieren bestehen, ist in Ausnahmefällen in Frage zu stellen. Es gibt Fälle, in denen französische Grenzgänger zur Behandlung im Saarland verpflichtet sind.

Bei den gesetzlichen Rahmenbedingungen für Grenzgänger ist zwischen gesetzlich und privat Versicherten zu unterscheiden. Aus den unterschiedlichen Versicherungsmodellen ergeben sich andere Ressourcen und Zwänge.

IV Gesundheitssysteme und medizinische Infrastrukturen:

Die medizinischen Infrastrukturen spielen als Auslöser der grenzüberschreitenden Patientenmobilität eine große Rolle. Die Unterschiede zwischen den beiden Systemen stellen für die befragten Patienten Motive der grenzüberschreitenden Patientenmobilität dar. Aus Patientensicht ist weniger das Nichtvorhandensein bestimmter Angebote in Lothringen entscheidend als vielmehr die zu geringen Kapazitäten, aus denen sich lange Wartezeiten ergeben. Dazu wirkt die in Lothringen oft große Entfernung medizinischer Angebote vom Wohnort als Push-Faktor. Wichtiger ist allerdings der Pull-Faktor, der aus der Nähe des saarländischen Angebots zum Arbeitsplatz entsteht. Für Nichtgrenzgänger gilt dieser Zusammenhang logischerweise nicht. Die Bedingungen für die Inanspruchnahme von Leistungen sind im Saarland teilweise angenehmer als in Lothringen.

Insgesamt wird die saarländische Gesundheitsversorgung von den Befragten besser als das französische Gesundheitssystem bewertet. Dabei wird die modernere und umfangreichere technische Ausstattung saarländischer Anbieter hervorgehoben.

Hinweise darauf, dass die Unterschiede zwischen der Gesundheitsversorgung in Lothringen und im Saarland nicht nur auf der Verfügbarkeit materieller Ressourcen beruhen, sondern möglicherweise kulturell bedingt sind, geben lediglich die von den Befragten wahrgenommenen Unterschiede beim Selbstverständnis der Ärzte und Fachkräfte.

V Sprachkenntnisse:

Die Zusammenhänge zwischen dem Niveau der Deutschkenntnisse und Verständigungsproblemen sind nicht eindeutig. Mit besseren Sprachkenntnissen nehmen sprachbedingte Probleme nicht automatisch ab und schlechte Deutschkenntnisse schließen eine Behandlung im Saarland nicht aus. Die Sprachkenntnisse der Ärzte und Fachkräfte sind ebenfalls relevant dafür, ob die Verständigung ein Problem ist. Die Sprachproblematik ist für die Patienten im Untersuchungsraum weniger relevant als für Europa insgesamt angenommen wird.

VI Persönliche Rahmenbedingungen:

Von den persönlichen Rahmenbedingungen spielen v. a. die Sprache und der Versicherungsschutz eine Rolle für grenzüberschreitende Behandlungen. Das Alter hat indirekt – über die Lebensphasen Ausbildung, Berufstätigkeit und Ruhestand – Auswirkungen auf den Versicherungsstatus.

VII Individuelle Gesundheitskultur und *psychische Distanz*:

Trotz der vielen Besuche und überdurchschnittlich vielen Kontakte im Saarland ist bei vielen Befragten nicht von einer geringeren *psychischen Distanz* auszugehen, da in den meisten Fällen im Saarland nur eingekauft oder getankt wird. Der Kontakt zu Saarländern wird weniger gepflegt. Unabhängig vom Umfang der grenzüberschreitenden Aktivitäten ist für die Mehrheit die Grenze im Alltag keine Hürde. Die befragten Lothringer haben ein sehr positives Bild vom Saarland und den Saarländern.

Die persönlichen Rahmenbedingungen und das grenzüberschreitende Handeln der untersuchten Gruppe unterscheiden sich in zwei Punkten von der Gesamtbevölkerung Lothringens: Es bestehen mehr persönliche Kontakte ins Saarland und die Deutschkenntnisse sind besser. Dies kann auf die Grenznähe der Wohnorte der Befragten und ihre Grenzgängertätigkeit zurückgeführt werden.

VIII Vorteile und Aufwand der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen:

Die befragten Patienten lassen sich im Saarland grenzüberschreitend behandeln, obwohl dies für sie nicht immer problemlos möglich ist. Die Probleme werden von vielfältigen Vorteilen ausgeglichen. Die Vorteile können praktischer Natur oder medizinisch begründet sein. Die Wahrscheinlichkeit für eine Behandlung im Saarland ist dann besonders groß, wenn dem Push-Faktor in Lothringen der entsprechende Pull-Faktor im Saarland gegenübersteht. Das Beispiel Wartezeit zeigt, dass auch ein messbares Motiv nicht auf objektiven bzw. logischen Fakten beruhen muss. Irrationale Begründungen bzw. ein schlechtes Bauchgefühl spielen insgesamt jedoch eine vernachlässigbare Rolle und führen kaum zu Unsicherheit. In den meisten Fällen handelt es sich um ein Bündel von Aspekten, das für die Behandlung im Saarland spricht.

Am Beispiel der Kosten wird deutlich, dass einzelne Aspekte in Abhängigkeit von der Person oder von der Art der Behandlung sowohl Motiv als auch Problem sein können. Die Befragungsergebnisse deuten darauf hin, dass einige Probleme mit zunehmender Erfahrung mit grenzüberschreitenden Behandlungen an Bedeutung verlieren. Bei einer intensiven Nutzung der Möglichkeit der Behandlung im Saarland können neue Probleme entstehen. Für viele Patienten ist die grenzüberschreitende Behandlung im Saarland Routine und dadurch der einfachste Weg der Gesundheitsversorgung.

Die bemängelten Informationsdefizite gleichen die Befragten in vielen Fällen durch das Zurückgreifen auf die Erfahrungen und Empfehlungen von Familienmitgliedern und Bekannten aus. Sie senken somit die bei einer Behandlung im Saarland größeren Transaktionskosten und minimieren den Entscheidungsaufwand.

Die Vorteile und Nachteile einer Behandlung im Saarland werden von den Experten und den Patienten nicht unbedingt gleich eingeschätzt. Nicht eindeutige oder sogar widersprüchliche Ergebnisse machen deutlich, dass die Gesundheitsversorgung ein von sehr individuellen Bedingungen geprägter Lebensbereich ist, dem eine standardisierte Befragung nur bedingt gerecht werden kann. Neben den vorgestellten Ergebnissen konnte die Befragung Hinweise auf in der qualitativen Hauptuntersuchung zu vertiefende und neu aufzunehmende Aspekte geben.

Im Bereich der Sprache besteht weiterer Differenzierungsbedarf. Das Zusammenspiel der Sprachkenntnisse aller Beteiligten und die Erwartungshaltung der Patienten sind stärker zu berücksichtigen. Da elf Personen deutsche Muttersprachler oder zweisprachig sind, ist davon auszugehen, dass Sprache auch der Grund für eine Behandlung im Saarland sein kann. Dieser Zusammenhang konnte in der Befragung nicht nachgewiesen werden, wurde im Fragebogen aber auch nicht explizit thematisiert und muss deshalb in den Patienteninterviews stärker berücksichtigt werden. Es muss noch einmal genauer untersucht werden, ob bzw. welche rechtlichen und administrativen Probleme für Grenzgänger bestehen. Es ist zu überprüfen, ob die von den Befragten bemängelten Verfahrensweisen spezifisch für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen sind. Es könnte sich z. B. auch um Prozeduren handeln, die auch für deutsche Patienten gelten oder bei einer Behandlung in Lothringen ebenfalls auftreten würden. Sie wären dann störend, aber nicht auf den Grenzgängerstatus bzw. das Überqueren der Grenze zurückzuführen.

Es ist genauer zu erfragen, worauf genau die Patienten ihre Aussagen, dass die Qualität der medizinischen Versorgung und die Qualifizierung der Ärzte im Saarland besser seien, stützen. Ein möglicher Erklärungsansatz sind einzelne Ärzte. Es ist zu untersuchen, ob Patienten ihre Erfahrungen mit einem bestimmten Arzt auf das gesamte System übertragen bzw. ihre Einstellung zum saarländischen Gesundheitssystem dadurch geprägt wird. Das individuelle Vertrauen würde dann eine größere Rolle als objektive Tatsachen spielen. Weitere Erkenntnisse zur ersten Behandlung im Saarland, für die die Transaktionskosten am höchsten sind, wären wünschenswert. Zu untersuchen ist auch die Bedeutung schlechter Erfahrungen im Saarland.

Aufgrund der Tatsache, dass fast ausschließlich Grenzgänger zur Gesundheitsversorgung ins Saarland kommen, konzentriert sich die weitere Untersuchung auf diese Personengruppe. Ihr Krankenversicherungsstatus unterscheidet sich so stark von dem anderer Franzosen, dass ein Vergleich der beiden Gruppen nicht zielführend wäre. Weiterhin macht es diese Begrenzung möglich, die juristischen Barrieren auszuklammern und den Schwerpunkt auf die Bedeutung der vorhandenen Gesundheitssysteme und -infrastrukturen im Grenzraum und auf die Auswirkungen des persönlichen Hintergrunds zu legen.

9 Ergebnisse der qualitativen Patientenbefragung: Der Entscheidungsprozess für die grenzüberschreitende Behandlung

Die qualitative Patientenbefragung stellte noch nicht bearbeitete Hypothesen und Gesichtspunkte, die sich in vorangegangenen Untersuchungsschritten als besonders relevant erwiesen hatten, in den Fokus. Zunächst werden die persönlichen Rahmenbedingungen noch einmal detaillierter thematisiert (Kapitel 9.1). Da einzelne Aspekte sowohl eine förderliche als auch eine hemmende Wirkung entfalten können, wird die in den vorangegangenen Kapiteln gewählte Unterscheidung in Motive und Probleme im weiteren Verlauf aufgegeben. Die Struktur orientiert sich stattdessen an der Differenzierung von praktischen und medizinischen Aspekten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Die praktischen Aspekte (Kapitel 9.2) umfassen alle konkret benennbaren Vor- und Nachteile, die nicht direkt die Behandlung, sondern die organisatorischen, strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen betreffen. Sie gehen aus den Eigenarten der Gesundheitssysteme und dem vorhandenen Angebot hervor. Die medizinischen Aspekte (Kapitel 9.3) beziehen sich direkt auf die Behandlung, also z. B. auf die Untersuchungsmethoden, den Behandlungserfolg und die Rolle des Arztes. Das Unterkapitel 9.4 geht auf die empirische Bedeutung der kulturellen Beeinflussung der Gesundheitsversorgung und der *psychischen Distanz* ein. Das Unterkapitel 9.5 thematisiert die Rolle von Informationen und Empfehlungen. Als Zwischenfazit der qualitativen Patientenbefragung werden die Hypothesen aktualisiert (Kapitel 9.6). Die abschließende Definition von Typen grenzüberschreitender Patienten baut darauf auf (Kapitel 9.7).

9.1 Der Einfluss persönlicher Rahmenbedingungen

Die 25 Interviewten weisen, wie aus methodischen Gründen angestrebt, sehr unterschiedliche persönliche Rahmenbedingungen auf (vgl. Tabelle 9). Auch Sonderfälle, wie z. B. mitversicherte Familienangehörige, und seltene Merkmalsausprägungen, wie z. B. privat versicherte Grenzgänger, konnten erfasst werden.

Die einzelnen Aspekte werden im Folgenden auf ihre Bedeutung für Hypothese VI, die den Einfluss der persönlichen Rahmenbedingungen betont, analysiert.

Tabelle 9 Zusammensetzung der Stichprobe der qualitativen Patientenbefragung

Merkmal	Ausprägungen	Anzahl Interviewpartner
Geschlecht	weiblich	9
	männlich	16
Alter	20-29 Jahre	1
	30-39 Jahre	4
	40-49 Jahre	8
	50-59 Jahre	7
	60 Jahre und älter	5
Sozialrechtlicher Status	Arbeitnehmer	21
	mitversicherter Angehöriger	1
	Rentner	3
Versicherungsschutz	gesetzlich versichert ohne französische Zusatzversicherung	13
	gesetzlich versichert mit französischer Zusatzversicherung	11
	privat versichert	1
Berufsgruppe	ohne	4
	Arbeiter	12
	Verwaltungsangestellter	4
	Einzelhandelsangestellter	3
	Techniker	2
Größe des Wohnortes	>100 000 Einwohner	1
	10 000-99 999 Einwohner	3
	1 000-9 999 Einwohner	19
	< 999 Einwohner	2
Entfernung des Wohnortes von der Grenze	20-49 km	4
	10-19 km	0
	1-9 km	17
	<1 km	4
Deutschkenntnisse	muttersprachlich	11
	sehr gut	4
	gut	4
	mittel	4
	Grundkenntnisse	2

eigene Tabelle

Der Abschnitt 9.1.1 geht auf den Versicherungsschutz und die finanziellen Ressourcen ein. Außerdem wird überprüft, ob Hypothese III, die eine versicherungsrechtlich unproblematische grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung von Grenzpendlern annimmt, modifiziert werden muss. Wann der Wohn- und Arbeitsort der Patienten und die Entfernung zu den Angeboten eine förderliche oder hemmende Rolle spielen, wird in Abschnitt 9.1.2 untersucht. Von der Betrachtung der Sprache als unüberwindbares Hindernis wurde auf-

grund der Ergebnisse der zwei vorangegangenen Kapitel bereits Abstand genommen. Um die angestrebte Relativierung und Differenzierung der Bedeutung der Sprachbarriere im Untersuchungsraum zu erreichen, werden die Muttersprache und die Bedeutung von Familienstrukturen analysiert (Kapitel 9.1.3). Als neuer Aspekt wird im Abschnitt 9.1.4 der Gesundheitszustand und der damit verbundene Bedarf an medizinischen Dienstleistungen miteinbezogen.

9.1.1 Versicherungsschutz und finanzielle Ressourcen

Alle Interviewten unterliegen den Grenzgängerregelungen zur Krankenversicherung. Bis auf drei bereits verrentete Grenzgänger und eine mitversicherte Hausfrau sind alle aktiv als Grenzgänger im Saarland tätig, auch die Hausfrau war zeitweise Grenzgängerin. Die meisten Gesprächspartner sind schon sehr lange Grenzgänger. 13 Personen haben direkt nach ihrem Schulabschluss eine berufliche Tätigkeit im Saarland aufgenommen und sind dort seit acht bis 40 Jahren tätig. Die anderen zwölf Personen haben zu Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit in Frankreich gearbeitet. Dennoch kommen sie, bis auf eine Ausnahme, auf eine Grenzgängertätigkeit von mindestens 19 Jahren. Ab welchem Zeitpunkt die Interviewpartner die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen im Saarland nutzen, wird in den Abschnitten 9.1.4 und 9.5.1 detaillierter thematisiert.

Wenn Grenzgänger bei grenzüberschreitenden Behandlungen Probleme mit dem Versicherungsschutz haben, hängt das überwiegend mit einer Veränderung des sozialrechtlichen Status zusammen. Dies kommt bei eintretender Arbeitslosigkeit vor, der häufigste Fall ist der Wechsel in den Ruhestand. Drei Gesprächspartner sind bereits verrentet und nutzen die Möglichkeit einer Weiterbehandlung im Saarland auf Antrag (Interview V, X, Y). Dass die Neuerungen in Anspruch genommen werden, weist auf eine große persönliche Relevanz der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung für die Betroffenen hin. Der Informationsstand über die Veränderungen und Möglichkeiten nach dem Renteneintritt ist bei den übrigen Interviewten schlecht. Mehrere Gesprächspartner gehen davon aus, dass sie sich im Ruhestand nicht mehr im Saarland behandeln lassen dürfen. Viele kennen die Detailregelungen nicht, dadurch werden grenzüberschreitende Behandlungen verhindert oder komplizierter (Interview B, U, T). Dabei zeigen einige Beispiele, dass eine Genehmigung ohne großen Aufwand zu erhalten ist (Interview J, X, V, X, Y). Unvollständige bzw. falsche Informationen haben direkte Auswirkungen und bestätigen die Annahme von *Rational-Choice-Theorie* und *Handlungszentrierter Sozialgeographie*, dass Individuen nicht auf der Grundlage perfekter Information entscheiden (vgl. Kapitel 2.1 und 2.2).

Auch für mitversicherte Familienangehörige kann der Versicherungsschutz im Saarland entfallen, z. B. beim Eintreten der Volljährigkeit oder bei der Aufnahme einer eigenen Berufstätigkeit in Frankreich (Interview F, K, M, O). Dies wird von den Betroffenen als Verlust wahrgenommen.

Daneben sind auch in Frankreich abgeschlossene Zusatzversicherungen bei der Entscheidung wichtig. Wenn z. B. die Eigenleistungen für Medikamente und Zahnarztbehandlungen von der privaten Versicherung übernommen werden, ist dies ein Argument für die Behandlung in Frankreich (Interview D, J, H). Ob eine Zusatzversicherung abgeschlossen wird, hängt vom persönlichen Gesundheitszustand und dem individuellen Umgang mit dem Risiko hoher Eigenbeteiligungen zusammen. Während sie im jungen Alter und bei guter Gesundheit oft als unattraktiv eingeschätzt wird, ist sie in der zweiten Lebenshälfte sinnvoller. Mit dem Abschluss ändern sich die Bedingungen des Handelns, anstatt für jede Art von Konsultation und Behandlung ins Saarland zu gehen, wird in Abhängigkeit von den anfallenden Kosten einzelfallbezogen entschieden (Interview J, M, N, P, DIEKMANN & VOSS 2004: 16).

Nicht alle Interviewten wissen, ob bzw. dass ihre französische Zusatzversicherung in Deutschland entstandene Kosten übernimmt, obwohl dies zunehmend üblicher wird (Interview F, S, U). Die Versicherungen werben mit dieser Ausdehnung ihrer Leistungen intensiv in Publikationen, die sich an Grenzgänger richten. Sie versprechen in Anzeigen „an die französischen und deutschen medizinischen Praktiken angepasste Erstattungen“, z. B. für Zahnersatz und bei der Selbstbeteiligung an Medikamenten (CDTFM 2014: 11, 14, Übersetzung IF). Wenn die Zusatzversicherung Kosten für in Deutschland in Anspruch genommene Leistungen übernimmt und dies den Versicherten auch bekannt ist, kann sie die grenzüberschreitende Patientenmobilität fördern.

Von den Grenzgängern sind aufgrund der Beschäftigungsstruktur nur wenige in Deutschland privat versichert. Für privat Versicherte ergibt sich aus der Versicherungssituation ein über finanzielle Aspekte hinausgehender Vorteil, weil sie in Deutschland oft schneller als gesetzlich Versicherte einen Arzttermin bekommen. Der Unterschied zwischen der Wartezeit in Lothringen und im Saarland vergrößert sich dadurch (Interview A). Die Bedingungen des Handelns unterscheiden sich von denen der gesetzlich Versicherten und sprechen für eine Behandlung im Saarland.

Neben dem Versicherungsschutz sind auch die finanziellen Ressourcen, die dem Patienten zur Verfügung stehen, zu berücksichtigen. Die meisten Interviewpartner sind Arbeiter oder Angestellte im Einzelhandel sowie in der Verwaltung und können den unteren bis mittleren

Einkommensgruppen zugeordnet werden. Das in mehreren Interviews deutlich werdende Preisbewusstsein beim Einkaufen lässt vermuten, dass die meisten Interviewpartner über begrenzte finanzielle Mittel verfügen (z. B. Interview K, N, Q). Dies schränkt ihre Handlungsoptionen auch bei der Gesundheitsversorgung ein.

Insbesondere bei zahnärztlichen und kieferorthopädischen Behandlungen übersteigen entstehende Kosten teilweise die finanziellen Möglichkeiten der Patienten (z. B. Interview S, U). Angesichts der medizinischen Notwendigkeit einer für sie zu teuren Behandlung suchen Patienten nach bezahlbaren Optionen. Durch die Grenzgängertätigkeit besteht in solchen Fällen eine Alternative, die den Handlungsspielraum vergrößert. Gleichzeitig können bei Patienten mit begrenztem Budget bereits relativ geringe Mehrkosten in Deutschland die grenzüberschreitende Inanspruchnahme verhindern (Interview C).

Andererseits gibt es Patienten, die sich Mehrkosten leisten können und wollen, um auf eine bestimmte Form von Komfort nicht verzichten zu müssen (z. B. Interview A, L). Solche Patienten sind unter den Verwaltungsangestellten und Technikern zu finden. Die Versicherungssituation und die finanziellen Ressourcen wirken sich auf die Priorität der Kosten bei der Entscheidung über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung aus.

9.1.2 Wohnort

Die Wohnorte der meisten Interviewpartner konzentrieren sich in den grenznahen Gebieten des Departements Moselle. Zudem wurden vier Interviewpartner ausgewählt, die mindestens 20 Kilometer von der Grenze entfernt leben (vgl. Abbildung 17).

In jedem Wohnort eines Interviewten oder im nahen Nachbarort ist mindestens ein Allgemeinmediziner zu finden. Die meisten Interviewten leben allerdings in Orten, die weniger als 10 000 Einwohner haben und über keine oder nur wenige Fachärzte, wie z. B. einen Zahnarzt, verfügen (Interview G, I, J, L, M, N, T). Für die meisten Interviewten ist Metz die nächste französische Großstadt, in der es ein großes Angebot an Fachärzten und Krankenhäusern gibt. Lediglich für die drei Interviewten, die an der Grenze zum Elsass leben, ist Straßburg näher.

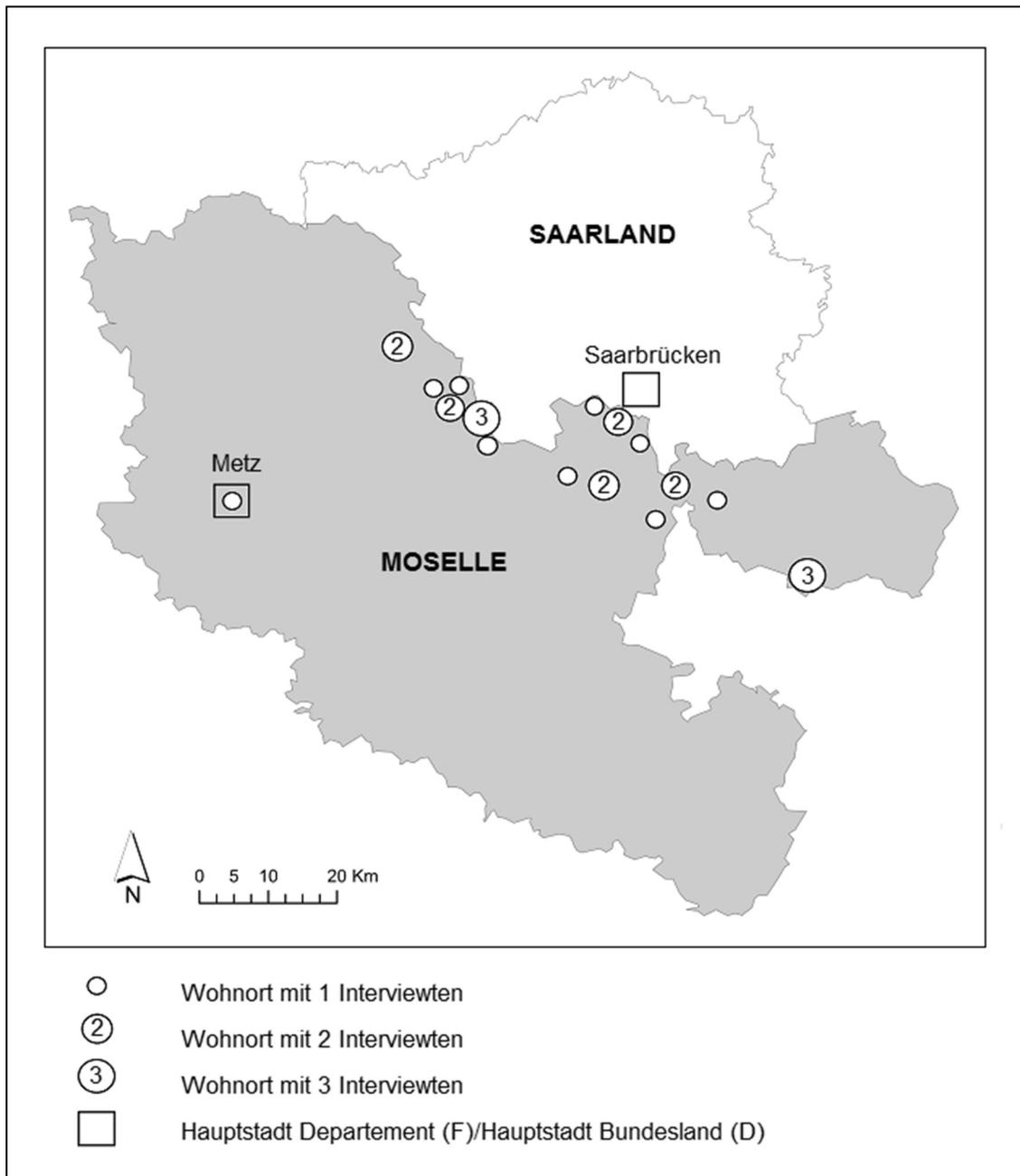


Abbildung 17 Wohnorte der Interviewpartner

aus Gründen des Datenschutzes werden die Wohnorte nicht benannt
eigener Entwurf, Karte: F. Marsal

In Bezug auf die Entfernung stellen die interviewten Grenzgänger sehr rationale Überlegungen an. In einigen Fällen ist die Entfernung das einzige Entscheidungskriterium, in anderen wird sie gemeinsam mit anderen Aspekten in die Bestimmung des Gesamtnutzens einbezogen (DIEFENBACH 2009: 246). Ob die Entfernung des Wohnortes von der Grenze bzw. von den Angeboten im Saarland eine Rolle spielt, ist davon abhängig, wann die Arztbesuche stattfinden. Insbesondere für die Behandlung kleinerer Beschwerden wird der

weite Weg ins Saarland vermieden. Wenn es um den Besuch eines Hausarztes geht, wird beispielsweise eine Strecke von ca. zehn Kilometern bis zur saarländischen Praxis von einem Teil der Interviewten bereits als zu weit eingeschätzt (Interview G, N). Die weite Entfernung des Wohnortes spielt keine hindernde Rolle, wenn der Arztbesuch mit dem Arbeitsweg verbunden wird oder während der Arbeitszeit stattfindet (Interview A, B, F, R). Viele Arztbesuche finden dementsprechend am Arbeitsort statt, um den Aufwand möglichst gering zu halten. Eine kürzere Wartezeit oder das Vertrauen in einen deutschen Arzt können wichtiger als die kürzere Anfahrt zum französischen Arzt sein (Interview F, H, N). Ausschlaggebend ist, dass aus subjektiver Sicht die Vorteile überwiegen.

9.1.3 Sprachkenntnisse und Familienstruktur

Bei einigen Gesprächspartnern gibt es enge Verbindungen zwischen den Deutschkenntnissen, der Familienstruktur und der Routine der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Die Eltern und Großeltern vieler Interviewter sind bzw. waren ebenfalls Grenzgänger, einige sind auch deutsche Muttersprachler (Interview D, F, J, K, L, M, N, O, R, T). Zudem gibt es in mehreren Familien französische Familienmitglieder, die aufgrund der historischen Grenzverschiebungen besser Deutsch als Französisch sprechen (Interview C, U). Daneben wuchsen viele Interviewte mit dem Lothringer oder Elsässer Dialekt auf, der dem Deutschen sehr ähnlich ist (Interview H, I, O). Deutsch war aus diesen Gründen für viele Interviewpartner seit der Kindheit fester Bestandteil des Alltags, die Kenntnisse wurden mit Beginn der Grenzgängertätigkeit oftmals ausgebaut.

Mehrere der Interviewpartner wurden von ihren Eltern als Kinder zu deutschen Ärzten mitgenommen. Für die Elternteile, die ausschließlich Deutsch beherrschen, war die Behandlung der Kinder in Deutschland die einzige Option (Interview L, J, N, R, T). In diesen Fällen basierten die ersten Erfahrungen mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung nicht auf eigener Initiative. Sie prägen die aktuelle Entscheidungsfindung aber nachhaltig, weil die Personen das „kulturelle Muster“ (ESSER 2001: 261) der Gruppe, der sie angehören, übernommen haben. Aus der Erfahrung der frühen grenzüberschreitenden Behandlungen entwickelte sich meist eine Gewohnheit. Diese ist inzwischen so wirkmächtig, dass andere Argumente kaum mehr eine Rolle spielen. Die Vorteile einer Behandlung im Saarland sind nur angenehme Nebeneffekte. Gewohnheit und Sprache werden zum Grund der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen, weil sich die sprachlichen Einschränkungen der Eltern auf die betroffenen

Interviewpartner übertragen haben (Interview L, R, T). Trotz ihrer Zweisprachigkeit ergeben sich z. B. für Frau T Probleme bei der Behandlung in Frankreich:

„Für mich wäre es, oder ist es heute noch seltsam, wenn ich nach Frankreich zum Arzt gehe. [...] Weil ich manche französischen Begriffe einfach nicht kenne. [...] Wie soll ich sagen, das Größte kenne ich schon. Wenn es irgendwie eine Erkältung ist oder wenn der Arzt zu mir sagt: Ihr Kind ist ziemlich verschleimt. – Das sind halt Begriffe, die ich kenne. Nur ist es halt wirklich so, wenn es die Lymphknoten sind oder was weiß ich, dann habe ich schon das ein oder andere Problem. [...] Und vor allem kommt halt wieder diese Sprachproblematik, für mich schon eine Sprachbarriere“. (Interview T)

Neben der geschilderten Sprachbarriere ergibt sich noch eine weitere Hürde. Den Betroffenen fehlen Kenntnisse über das französische Gesundheitssystem und über den konkreten Ablauf von Konsultationen. Daraus ergibt sich eine zusätzliche Unsicherheit, weil die Patienten nicht wissen, was sie erwartet (Interview L). Die Routine der Behandlung im Saarland erhöht damit den Aufwand eines Arztbesuchs in Lothringen.

Viele Interviewpartner nehmen ihre Kinder nun selbst mit zu saarländischen Ärzten (Interview C, D, F, K, M, U, V). Das „Vererben“ der für eine Behandlung in Frankreich nicht ausreichenden Französischkenntnisse wird dabei durch die schlechteren Deutschkenntnisse der nächsten Generation aufgebrochen (Interview L, P, T). Auch einige Interviewte brachen die grenzüberschreitenden Behandlungen in einem bestimmten Alter ab, weil ihre eigenen Sprachkenntnisse für Arztbesuche nicht ausreichten. Die Personen nahmen die Arztbesuche im Saarland wieder auf, als sie selbst Grenzgänger geworden waren, sie ihre Sprachkenntnisse verbessert hatten oder ein spezifischer Bedarf auftrat (Interview J, N).

Neben der Großeltern- und Elterngeneration beeinflussen auch deutsche Partner die Wahrnehmung der Möglichkeit einer grenzüberschreitenden Behandlung. Sie können auf die Vorteile von Arztbesuchen im Saarland hinweisen oder als Dolmetscher fungieren (Interview F, P, T). Ihre Empfehlungen haben besonderes Gewicht, weil zu ihnen großes Vertrauen besteht und sie als Experten für das Saarland angesehen werden. Deutsche (Groß-)Eltern oder ein deutscher Partner tragen zudem zu einer geringen *psychischen Distanz* zum Saarland bei (vgl. Kapitel 9.4).

Sehr gute oder muttersprachliche Deutschkenntnisse führen nicht automatisch zu regelmäßigen Behandlungen in Deutschland. Ebenso wenig kann der Umkehrschluss, dass schlechte Deutschkenntnisse zu weniger grenzüberschreitenden Behandlungen führen, verallgemeinert werden. Für Interviewpartner, die gut oder sehr gut deutsch sprechen, ist die Verständigung teilweise ein wesentlich größeres Problem als für Patienten mit geringen Deutschkenntnissen. Insgesamt sehen die Interviewpartner in fehlenden Deutschkenntnissen die größte Barriere für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung (Interview

A, B, G, E, I, J, L, N, O, R). Drei Faktoren beeinflussen, welche Rolle die Deutschkenntnisse für die individuelle Entscheidung spielen:

1. Die Priorität der Sprache gegenüber anderen Faktoren: Nicht bei jedem Patienten und bei jedem Bedarf hat die Verständigung die gleiche Bedeutung. Mittelmäßige Deutschkenntnisse verlieren z. B. ihre hemmende Wirkung, wenn die Behandlung in Deutschland in medizinischer Hinsicht wesentliche Vorteile bietet (Interview D). Bei kleineren Beschwerden ist die Angst von Verständigungsproblemen geringer (Interview A, J).
2. Die subjektive Bewertung, ob die Deutschkenntnisse ausreichend sind: Bei Interviewpartnern, die wesentlich besser als andere Deutsch sprechen, sind größere Ängste und eine größere Unsicherheit zu beobachten (z. B. beim Vergleich zwischen Herr A und B oder Herrn Q und Frau S). Herr A ist bewusst, dass er sehr gut Deutsch spricht, dennoch hat er Angst vor dramatischen Folgen von Missverständnissen:

„Ich will, dass das Richtige entfernt wird. Es ist dann immer eine kleine Angst, wenn man falsch beschreibt. Oder beim Zahnarzt, man kriegt die falschen Zähne weggenommen. [...] Ich rede Deutsch, also Standarddeutsch. Wir können uns ohne Probleme unterhalten. Aber wenn eine solche Fachdiskussion, zum Beispiel Husten, Lunge, Niere, diese Vokabeln kenne ich ein bisschen. Aber viel zu wenig. Die ganzen Krankheiten, also Krebs und solche Geschichten, da kenne ich mich nicht aus. Und deswegen, ich würde mich zu unwohl fühlen. Und wenn ich krank bin, muss ich ganz schnell an die Info kommen, beziehungsweise die Info geben. [...] Sogar ich, der fließend Deutsch spricht, werde nur leichte Sachen in Deutschland tun“. (Interview A)

Die Konsequenz der Unsicherheit ist, dass Herr A ständig überprüfen müsste, ob kein Missverständnis vorliegt. Damit würden die Transaktionskosten stark ansteigen. Wenn die eigenen Sprachkenntnisse als unzureichend empfunden werden, wird einzelfallbezogen entschieden, ob eine Behandlung im Saarland die bessere Option ist (Interview J).

3. Die Französischkenntnisse des Gegenübers: Wenn Ärzte oder auch Mitarbeiter Französisch sprechen, bewältigen auch Patienten mit geringeren Deutschkenntnissen die grenzüberschreitende Konsultation. Die vorhandenen Französischkenntnisse im Saarland sind deshalb als Chance zu begreifen (Interview D, N, U). In Praxen, in denen diese Bedingung gegeben ist, konzentrieren sich französische Patienten (Interview E). Die Interviewpartner betonen, dass nicht alleine das tatsächliche Fremdsprachenniveau, sondern auch die beidseitige Bereitschaft, die Kenntnisse anzuwenden, über den Erfolg entscheidet.

Wirkliche Verständigungsprobleme entstehen nach der Erfahrung der Interviewpartner nur, wenn der saarländische Arzt lediglich über geringe Deutschkenntnisse verfügt. Dieser Fall trat v. a. in Notfallambulanzen saarländischer Krankenhäuser auf. Dort trafen die Patienten auf Ärzte, die erst seit kurzem in Deutschland tätig waren und nur wenig Deutsch sprachen (Interview D, T, B). Dennoch berichtete keiner der Interviewten, dass er eine Behandlung wegen Verständigungsproblemen abgebrochen hat. Diejenigen, die auf Ärzte mit schlechten Deutschkenntnissen trafen, bewerteten dies als Ausnahmeerscheinung und meiden den Anbieter zukünftig, ohne dass dies der Grund für eine Rückkehr ins französische System wäre (Interview T). Das Problem wird nicht auf das gesamte Gesundheitssystem übertragen und es wird angemerkt, dass es die gleichen Probleme auch in Frankreich gibt, weil dort ebenfalls zunehmend Ärzte aus dem Ausland angeworben werden (Interview D).

Wie aufgezeigt wurde, ist die Bedeutung von Sprache für die grenzüberschreitende Patientenmobilität im Untersuchungsraum sehr ambivalent. Für die Mehrzahl der Interviewten ist Sprache kein Problem, das die Entscheidung für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen im Einzelfall beeinflusst (z. B. Interview D, E, F, G, H, I, K, M). Wenige Gesprächspartner entscheiden von Fall zu Fall, ob ihre Sprachkenntnisse für eine Behandlung im Saarland ausreichen (Interview A, J, S). Die Deutschkenntnisse der lothringischen Bevölkerung und die Sprachkenntnisse der in den saarländischen Krankenhäusern tätigen Ärzte verändern sich. Damit verändern sich die Rahmenbedingungen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität und neue Bedingungen des Handelns entstehen.

9.1.4 Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand und die Krankengeschichte sind für den Bedarf an medizinischen Leistungen relevant. Ziele, Präferenzen und die Kriterien für die Wahl der subjektiv besten Handlungsoption werden dadurch geprägt. Einige der interviewten Patienten sind kaum krank und suchen Ärzte v. a. zur Vorsorge und bei kleineren Erkrankungen, wie z. B. grippalen Infekten, auf. Sie haben kaum Bedenken, dass ein Arzt ihren Beschwerden nicht gewachsen sein könnte und setzen deshalb Prioritäten bei praktischen Motiven. Für Patienten, die schwere gesundheitliche Beschwerden haben, sind medizinische Aspekte wichtiger und meist das Hauptargument für die Behandlung im Saarland (z. B. Interview C, D). Bei komplexeren Krankheitsbildern steigen die sprachlichen Anforderungen und die Suche einem geeigneten Arzt wird komplizierter, was den Aufwand steigen lässt.

Mehrere Patienten nutzten die Möglichkeit der grenzüberschreitenden Behandlung im Saarland jahrelang nicht, weil für sie kein Bedarf bestand. Erst durch neu auftretende Beschwerden, die in Lothringen nicht zufriedenstellend behandelt wurden, kam es zur Behandlung im Saarland (z. B. Interview D, F, N). Ohne die akuten und z. T. schwerwiegenden Probleme wäre bei diesen Gesprächspartnern die grenzüberschreitende Behandlung nie zur Option geworden und die Routine der Behandlung in Lothringen nicht aufgebrochen worden. Auch erzwungene Behandlungen im Saarland kommen aufgrund des Gesundheitszustands in Form der langen Erkrankungsdauer und der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit zustande.

Dennoch gibt es keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Schwere einer Erkrankung und der Wahl des Behandlungsortes. Die Patienten folgen gegensätzlichen Entscheidungslogiken. Einige Patienten suchen das Saarland nur für leichte Beschwerden auf, weil praktische Vorteile überwiegen und die Verständigung kein Problem darstellt (Interview A, J). Andere trauen ihrem französischen Arzt zwar die Behandlung von Routineangelegenheiten zu, bei ernsteren Anliegen vertrauen sie jedoch eher saarländischen Spezialisten. Dafür nehmen sie in Kauf, dass sie sich auf Deutsch verständlich machen müssen (Interview C, D, F). Was als die subjektiv beste Behandlungsoption wahrgenommen wird, ist durchaus widersprüchlich und für Außenstehende nicht unbedingt nachvollziehbar (COLEMAN 1991).

Es konnte gezeigt werden, dass die persönlichen Rahmenbedingungen – wie von den *Rational-Choice-Ansätzen* und der *Handlungszentrierten Sozialgeographie* angenommen – den Handlungsspielraum der Patienten erweitern oder begrenzen. Die meisten der analysierten Aspekte können in Abhängigkeit vom Einzelfall sowohl Ressource als auch *constraint* der grenzüberschreitenden Patientenmobilität sein.

9.2 Praktische Aspekte der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen

Zu den praktischen Aspekten gehört die Zugänglichkeit der Gesundheitsinfrastrukturen, die von der räumlichen Verteilung bzw. Entfernung des Angebots (Kapitel 9.2.1) und der Wartezeit (Kapitel 9.2.2) abhängt. Daneben sind Kosten und Kostenerstattung (Kapitel 9.2.3) sowie gesetzliche Rahmenbedingungen (Kapitel 9.2.4) entscheidungsrelevant.

9.2.1 *Physisch-materielle Welt: Räumliche Strukturen und Entfernung*

In Ergänzung zur Lage des Wohnortes ist die räumliche Struktur des Angebotes in Lothringen und im Saarland zu betrachten. Insgesamt bewerten die Interviewten die Erreichbarkeit medizinischer Infrastrukturen in Lothringen als schlechter als im Saarland. Dies wird zum einen auf finanzielle und strukturelle Probleme des nationalen Gesundheitssystems zurückgeführt, die zu einem Mangel an Spezialisten und zum Abbau von Krankenhauspersonal führen (Interview A, B, D, N). Zum anderen verhindern regionale Problemlagen, wie die Bergbauvergangenheit und das Vorherrschen von kleinen Dörfern entlang der Grenze, die Niederlassung von Ärzten. Mediziner ziehen größere Städte und andere Regionen dem Departement Moselle vor (Interview A, J). Gleichzeitig verschlechtert sich das medizinische Angebot zunehmend, weil das vom *régime de sécurité sociale dans les mines* – der Sozialversicherung der im Bergbau tätigen Personen – unterhaltene Versorgungsangebot eingeschränkt wird (Interview J, R, P, V).

Bei den Hausärzten zeichnen sich bis jetzt keine Probleme im Departement Moselle ab, sie sind schnell zu erreichen. Bei den Fachärzten ist die Situation schwieriger, da sie in größeren Städten konzentriert sind und nach der Wahrnehmung der Patienten nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Um einen Facharzt zu erreichen, müssen die meisten Patienten größere Strecken zurückzulegen und mindestens die nächstgrößere Stadt aufsuchen. Je spezialisierter Fachärzte und Ausstattung sind, desto weiter ist der zurückzulegende Weg. Diese Situation wird von fast allen Interviewpartnern als sehr negativ empfunden. Die Versorgung sei nicht ausreichend, wenn man für einen Spezialisten nach Nancy oder Straßburg fahren müsse. In Saarbrücken oder in Homburg werden die gleichen Leistungen wie in den französischen, aber weiter entfernten Städten erbracht (Interview A, C, D, G, H, I, J, M, N, O, P, U). Eine Behandlung im Saarland bedeutet nicht nur einen geringeren Aufwand für den Patienten, sondern auch, dass er bei stationären Aufenthalten eher Besuch bekommt (Interview E, V).

Wenn die Angebote in Frankreich und Deutschland gleich weit entfernt sind, entscheiden andere Faktoren über die Wahl (z. B. Interview U). Wenn der Weg ins Saarland länger ist, spricht dies aus rationaler Sichtweise eigentlich gegen eine grenzüberschreitende Behandlung. Aus der Sicht der Patienten ist der Arztbesuch im Saarland teilweise trotzdem gerechtfertigt, weil andere Vorteile Priorität für sie haben. Die Rangordnung der Kriterien kann sich von Entscheidung zu Entscheidung unterscheiden. Je spezieller der Bedarf ist, desto größere Entfernungen werden akzeptiert (Interview D, E, O).

Neben der räumlichen Distanz spielt auch die Ortskenntnis der Patienten eine Rolle. Die Angst, in einer unbekannteren größeren Stadt eine Praxis oder ein Krankenhaus suchen zu müssen, ist eine Hürde. Dies spielt sowohl bei der Behandlung im Heimatland als auch im Nachbarland eine Rolle. Bedenken bei einer Überweisung zu einem unbekanntem Arzt im Saarland ergeben sich vor allem, wenn der Anbieter nicht im Arbeitsort ansässig ist (Interview A, G, U, P, T). Die Ängste werden in vielen Fällen durch Wegbeschreibungen der überweisenden Ärzte im Saarland entkräftet, die als sehr hilfreich und patientenorientiert wahrgenommen werden (Interview C, K). Schlechte Ortskenntnisse wirken durch die entstehende Unsicherheit wie eine Verlängerung der zurückzulegenden Distanz und erhöhen dadurch die Transaktionskosten.

9.2.2 Wartezeit

Die beschriebene Knappheit bei Ärzten führt z. T. auch zu beträchtlichen Wartezeiten in Lothringen, die am häufigsten als praktisches Motiv genannt wurden. Dies mag daran liegen, dass die Wartezeit leicht quantifizierbar und vergleichbar und damit ein scheinbar objektives Entscheidungskriterium ist. Auch Personen, die keine eigene Erfahrung mit der Wartezeit in Lothringen haben, ziehen die Wartezeit zur Begründung heran, indem sie auf Beispiele aus dem persönlichen Umkreis verweisen (Interview D, F, K, R, V). Die Wartezeit ist für einige Patienten das entscheidende Kriterium bei der Wahl des Behandlungsortes. Sie gehen deshalb grundsätzlich im Saarland zum Arzt (z. B. Interview R) oder vergleichen von Fall zu Fall (z. B. Interview B).

Das Problem längerer Wartezeiten in Lothringen betrifft nicht die Hausärzte, die in den meisten Fällen mit kurzfristigen Terminen oder ohne Anmeldung aufgesucht werden. Da französische Hausärzte weniger Untersuchungen und Behandlungen selbst durchführen, kommt es in Frankreich zu einer großen Zahl von Überweisungen zu Spezialisten. Bei ihnen fallen lange Wartezeiten an, die von allen Interviewpartnern als extrem negativ empfunden werden. Mit den Ergebnissen des Facharztbesuches kehrt der Patient wieder zum Hausarzt zurück. In der Summe entsteht dadurch häufig eine Wartezeit von mehreren Wochen (Interview B, C, D, E, J, K, M, O, P, Q, R, S, U, Y). Die Interviewten sind sowohl bei kleineren, schmerzhaften Beschwerden als auch bei potenziell lebensbedrohlichen Erkrankungen über lange Wartezeiten verärgert (Interview A, D, K, N, O, T, U). Das Problem tritt nicht bei allen Fachärzten gleichermaßen auf. Als Fachärzte mit besonders langen Wartezeiten wurden Gynäkologen, Haut-, Augen- und Ohrenärzte genannt (Interview J, L, R, T, U, V, X).

Die Unterschiede zwischen Lothringen und dem Saarland sind bei der Wartezeit für diagnostische Verfahren mit medizinisch-technischen Großgeräten besonders groß. Im Saarland bekommt man drei bis sechs Monate früher einen Termin (Interview B, C, E, F, M). Neben der reinen Wartezeit können in Lothringen noch weitere Unannehmlichkeiten auftreten, wie z. B. dass Termine nicht telefonisch vereinbart werden können oder bereits vor dem Termin Zahlungen zu leisten sind (Interview D, R). Die Hemmschwelle für eine grenzüberschreitende Behandlung ist bei den diagnostischen Verfahren am geringsten, weil es sich um eine einmalige, klar umrissene Leistung handelt. Zudem sind diese Konsultationen auch mit geringeren Sprachkenntnissen zu bewältigen. MRT- oder CT-Untersuchungen sind deshalb oft der Anlass für die erste grenzüberschreitende Behandlung (Interview G, H, U). Die langen Wartezeiten in Lothringen lösen bei den Patienten Enttäuschung und Wut über das französische Gesundheitssystem aus. In der Zwischenzeit zu ertragende Schmerzen und die Ungewissheit über die Ursache der Beschwerden sind eine große Belastung. Beispiele für extrem lange Wartezeiten und damit verbundene Auswirkungen prägen die Wahrnehmung der Interviewten nachhaltig (Interview D, G, O, P, T, U).

Ein Vergleich der Wartezeiten im Wartezimmer der Praxis fällt weniger eindeutig aus. Einerseits wird hervorgehoben, dass man in Frankreich zwar lange auf einen Termin warten müsse, sich dafür aber auf die ausgemachte Uhrzeit verlassen könne (Interview T). Andererseits käme es bei an Krankenhäuser angegliederten Fachärzten in Frankreich immer wieder zu langen Verzögerungen, weil sie auch für Notfälle im Krankenhaus zuständig sind (Interview J, R). Für Wartezeiten, die aus Notfällen und einen unvorhersehbar großen Patientenandrang resultieren, wird z. T. Verständnis geäußert (Interview B, G). Lange Wartezeiten, die in Lothringen regelmäßig anfallen und auf die Organisation der Praxis zurückgeführt werden, stellen hingegen einen Kritikpunkt dar. Um Wartezeiten zu vermeiden, würden sich Patienten beim französischen Hausarzt im Extremfall zwei Stunden vor der Praxisöffnung anstellen (Interview M). Als Grund für die kürzeren Wartezeiten im Saarland werden die Praxisangestellten hervorgehoben, die viele administrative Aufgaben übernehmen und die Ärzte dadurch entlasten. In Lothringen sei es üblich, dass der Arzt auch für die Terminvergabe, die Dokumentation und die Abrechnung zuständig ist (Interview C, D, F, M, N, P, S).

Mit dem Gang ins Saarland sparen sich die Patienten Wartezeit und zeitaufwendige Wege, insgesamt sei das ein „riesiger Vorteil“ (Interview U). Die Unterschiede bei der Organisation der Gesundheitsversorgung fördern in dieser Hinsicht die grenzüberschreitende Patientenmobilität.

9.2.3 Kosten und Kostenerstattung

Die Kosten sind als Gegenstück zur Versicherungssituation und zu den finanziellen Ressourcen (vgl. Kapitel 9.1.1) zu sehen. Kosten entstehen v. a. für Eigenbeteiligungen und nicht erstattungsfähige Behandlungen.

Die in Frankreich bei größeren Eingriffen, längeren Krankenhausbehandlungen oder teurem Zahnersatz entstehenden Eigenbeteiligungen können die finanziellen Möglichkeiten der Patienten übersteigen (Interview K, R, V, E, Y). Bei Zahnbehandlungen und Zahnersatz kommen oft hohe Summen zustande, was Kosten zum wichtigsten Entscheidungsmotiv macht. Die Mehrheit der Gesprächspartner ist der Meinung, dass zahnärztliche Behandlungen im Saarland günstiger sind bzw. die Eigenbeteiligung geringer ist (Interview B, H, J, K, M, O, S, X, Y). Durch das Preisgefälle sind zahnärztliche Behandlungen, die in Frankreich außerhalb der finanziellen Möglichkeiten einiger Patienten liegen, in Deutschland für sie möglich (Interview S). Bei Massagen, Hörgeräten und Vorsorgeuntersuchungen wird von der deutschen Krankenversicherung ein deutlich größerer Anteil übernommen (Interview K, O, P, Y).

Neben den tatsächlichen Kosten ist das System der Kostenerstattung in Frankreich für einige Interviewte ein Grund, ins Saarland auszuweichen, weil dort der Abrechnungsaufwand entfällt (Interview F).

Die Praxisgebühr verursachte zeitweise zusätzliche Kosten im Saarland. Die Interviewten bewerten sie widersprüchlich, allerdings brach kein Interviewter die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen deshalb ab (Interview C, F, H, I, K, M, N, P, S). Für Privatrezepte und frei erhältliche Medikamente fallen in Deutschland höhere Kosten an. Interviewte, denen die höheren Kosten bekannt sind, entscheiden deshalb sich in einigen Fällen beim Medikamentenkauf entgegen ihrer Gewohnheit und Präferenz für die Versorgung in Lothringen (Interview C, D, Q). Hier liegen rationale Entscheidungen vor, die alleine auf der Grundlage finanzieller Überlegungen beruhen und damit den Annahmen der „harten“ *Rational-Choice*-Theorien genügen.

Wenn dagegen ein anderes Motiv, z. B. das Vertrauen in einen Arzt, die Gewohnheit oder die kurze Wartezeit, sehr wichtig ist, wird die Behandlung im Saarland trotz der höheren Kosten gewählt (Interview A, L). Diese Wahl genügt den Anforderungen der *subjektiven Rationalität*, da die Präferenz dieser Personen die bequemste und nicht die günstigste Behandlungsvariante ist. Menschen können zudem Nachteile einer Handlungsoption auch umdeuten und ihre Entscheidung als „richtig“ rechtfertigen (WEICHHART 1986: 87f.).

9.2.4 Gesetzliche Rahmenbedingungen und administrative Regelungen

Wenn in Deutschland ein Versicherungsschutz besteht, gibt es mit der deutschen Krankenversicherung keine Probleme (Interview B, D, J, L, M, P, T, U). Der Leistungsumfang wird als positiv bewertet, da die gewährten Leistungen in einigen Bereichen über die in Frankreich gewährte Unterstützung hinausgehen. Das betrifft z. B. die Kostenübernahme für Lohnkosten des Ehepartners im Krankheitsfall, für Mutter-Kind-Kuren oder regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen (Interview C, F, P). Schwierigkeiten treten auf, wenn Leistungen deutscher Anbieter und nach deutschem Recht in Form von Personen nach Frankreich exportiert werden sollen. Hausbesuche deutscher Ärzte oder die Inanspruchnahme einer zustehenden Haushaltshilfe scheitern daran, dass die entsprechenden Fachkräfte die Grenze nicht überschreiten dürfen (Interview F, K, V). Größere Probleme entstehen zudem bei der Anerkennung des Rechtes auf bestimmte Sozialleistungen, die für das Sozialsystem eine langfristige finanzielle Belastung bedeuten. Die deutschen und französischen Richtlinien für die Anerkennung von Erwerbsunfähigkeit und Schwerbehinderung sind nicht harmonisiert, Ansprüche werden gegenseitig nicht anerkannt (Interview I, H, N, O). Während Arbeitnehmer in Deutschland nach 18-monatiger Krankheit den Anspruch auf Krankengeld verlieren, gelten sie in Frankreich noch als Langzeitkranke, was bei Grenzgängern auf Unverständnis stößt und Probleme verursachen kann (Interview C, J, N).

In normalen Krankheitsfällen werden französische Krankenscheine in saarländischen Unternehmen akzeptiert. Viele französische Praxen in Grenznähe verwenden für Grenzgänger das deutsche Formular zur Krankschreibung, sodass sich die Krankmeldung formal nicht von einer deutschen unterscheidet (Interview L, O, S). Nur ein Arbeitgeber bevorzugt in Deutschland ausgestellte Krankenscheine, weil in Frankreich leichter krankgeschrieben würde (Interview K). Probleme mit französischen Krankenscheinen gibt es bei verordneten Einschränkungen der Tätigkeit, die der deutsche Arbeitgeber aufgrund mangelnder Französischkenntnisse nicht versteht. Bei langwierigen Krankschreibungen französischer Ärzte kommt es vor, dass der deutsche Arbeitgeber oder die deutsche Krankenversicherung die Diagnose überprüfen möchte und sie deshalb französische Grenzgänger zur Behandlung in Deutschland zwingen (Interview J, W).

Eine Gesprächspartnerin entscheidet sich manchmal bewusst für einen französischen Krankenschein, weil der Arbeitgeber dann nicht von der Krankschreibung erfahre und keine Informationen über die Diagnose erhalte (Interview J). Die Begründung kann aufgrund der Regelungen zur Krankschreibung in Deutschland nicht nachvollzogen werden. Ausschlaggebend ist jedoch, dass die Interviewpartnerin aufgrund dieser Argu-

mentation, die sie als rational empfindet, entscheidet (COLEMAN 1991: 22, WEICHHART 1986).

Umgekehrt ist die Wahlfreiheit in einigen Situationen dahingehend eingeschränkt, dass Patienten quasi zur Behandlung in Frankreich gezwungen sein können. So müssen Schwangere mindestens einmal einen französischen Arzt aufsuchen, um später Anrecht auf Leistungen der *Caisse d'allocations familiales* zu haben (Interview F). Der Zugang zum französischen Versorgungssystem ist dagegen versperrt oder zumindest durch Strafzahlungen erschwert, wenn man keinen französischen *médecin traitant* festgelegt hat. Dies ist allerdings keine grenzgängerspezifische Regelung (Interview C, D, F, K, U, Y).

Eine Verschlechterung der gesetzlichen und administrativen Rahmenbedingungen kann in Bezug auf Überweisungen festgestellt werden. Früher konnte mit einer französischen Überweisung direkt ein deutscher Radiologe aufgesucht werden, seit zwei bis drei Jahren ist das nicht mehr möglich (Interview O). Für den Besuch eines Radiologen in Deutschland ist eine Überweisung zwingend notwendig (BMV-Ä § 13 (4)); eine Überweisung eines französischen Arztes ist dabei nicht gültig (E-Mail C. Buntru, vgl. Anhang 11.3). Deutsche Krankenkassen erstatten deshalb radiologischen Praxen, die auf der Grundlage einer französischen Überweisung einen Patienten behandeln, keine Kosten mehr. In den saarländischen Praxen werden französische Überweisungen deswegen seit einiger Zeit nicht mehr akzeptiert (Telefonat mit Frau Z, vgl. Anhang 11.3). Damit wurde eine neue Hürde für die grenzüberschreitende Patientenmobilität geschaffen.

Die praktischen Aspekte betreffen nicht direkt die Behandlung, sie tragen aber in hohem Maß dazu bei, ob sich Patienten gut versorgt fühlen. Die Grenzen zu den medizinischen Aspekten sind nicht immer eindeutig. Praktische Aspekte haben v. a. bei häufigen, als unkritisch eingeschätzten, Behandlungen und Bedarfen eine hohe Priorität für die Patienten. Den praktischen Aspekten ist eine große Bedeutung beizumessen, weil sie auch für Patienten mit geringen Deutschkenntnissen und mit einer größeren *psychische Distanz* ein Anreiz für eine Behandlung im Saarland sind.

9.3 Medizinische Aspekte der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen

Die Frage, warum sich französische Patienten im Saarland „besser versorgt“ (Interview D, O) fühlen und von einer besseren medizinischen Qualität im Saarland sprechen, konnte bis jetzt noch nicht zufriedenstellend beantwortet werden. Die Beurteilung der medizinischen Qualität beruht auf mehreren Aspekten. Aus der Verschiedenartigkeit der Gesundheitssysteme ergeben sich Behandlungsunterschiede (Kapitel 9.3.1). Zur Bewertung tragen auch negative Erfahrungen in Frankreich und im Saarland bei (Kapitel 9.3.2). Den Hinweisen auf die große Relevanz einzelner Ärzte und des Vertrauens zu ihnen wird im Abschnitt 9.3.3 nachgegangen. Der Abschnitt 9.3.4 erläutert, welche Rolle die Einstellung des Einzelnen zur saarländischen Gesundheitsversorgung spielt.

9.3.1 Behandlungsunterschiede

Viele Interviewpartner verneinten die Frage, ob es Behandlungsunterschiede zwischen Lothringen und dem Saarland gibt oder konnten keine konkreten Beispiele für Unterschiede nennen. Ihre Berichte machen jedoch deutlich, dass sie sehr wohl Unterschiede wahrnehmen und aus diesen Vor- und Nachteile der Behandlung dies- und jenseits der Grenze ableiten.

Nach Frau J spricht die Tatsache, dass in Frankreich Amalgamfüllungen, die in Deutschland teilweise noch üblich sind, nicht mehr von Zahnärzten eingesetzt werden, gegen eine grenzüberschreitende Behandlung. Vorgaben zum Umweltschutz in Frankreich und die Festlegung der erstattungsfähigen Leistungen in Deutschland führen zu unterschiedlichen Behandlungsprioritäten, bei denen die Patientin Vorteile in Lothringen sieht (ADF 2009, Patientenbeauftragter 2014).

Ansonsten dominieren nach Ansicht der Interviewten Behandlungsvorteile im Saarland, die auf die bessere technische Ausstattung der Haus- und Facharztpraxen zurückgehen (Interview A, D, O, U, X, Y). Den Patienten vermittelt die Verwendung moderner Technologien das Gefühl, genauer untersucht und deshalb erfolgreicher behandelt zu werden. Zudem stehen auch einzelne Medikamente zur Verfügung, die in Frankreich nicht zugelassen sind, was schon seit mehreren Jahrzehnten ein Motiv für grenzüberschreitende Arztbesuche ist (Interview I, M). Daneben werden verfügbare Verfahren zur Diagnostik sowie Überweisungen zu Fachärzten in Lothringen nach dem Gefühl einiger Patienten zu spät

eingesetzt. Französische Hausärzte verschreiben ihrer Ansicht nach oft zunächst ohne genaue Diagnose Medikamente und hofften, dass sie anschlagen (Interview C, P).

Dass in Frankreich schneller, mehr und stärkere Medikamente verschrieben werden, bestätigten mehrere Interviewte. Bei Erkältungen werden schnell Antibiotika und neben dem eigentlichen Hauptmedikament oft zusätzliche Tropfen oder Salben und meist große Packungsgrößen verschrieben (Interview E, J, K, O, P, R, X, Y). Dies stimmt mit Statistiken zum weltweiten Medikamentenverbrauch überein (vgl. Kapitel 4.3.2). In einigen Orten in der Grenzregion wird der hohe Medikamentenverbrauch durch die Bergbauvergangenheit verstärkt, deren großzügige Verschreibungs- und Erstattungspraxis sich bis heute erhalten hat (Interview R). Viele Interviewte lehnen das in Frankreich praktizierte Vorgehen ab (Interview E, K, O, P, R). Ihre Vorstellungen einer guten Gesundheitsversorgung stimmen eher mit der vom deutschen Gesundheitssystem favorisierten Vorgehensweise überein. Die grenzüberschreitende Behandlung im Saarland ist dann die subjektiv bessere Wahl. Allerdings wurde bezüglich des Verschreibungsverhaltens auch angemerkt, dass nicht das Gesundheitssystem, sondern der einzelne Arzt relevant sei. Seine Entscheidungen bestimmen den Ablauf der Behandlung (Interview M, Q). Somit beeinflusst weniger die Kompatibilität der individuellen Gesundheitskultur des Patienten mit dem Gesundheitssystem die Entscheidung über die subjektiv beste Behandlungsoption. Ausschlaggebend ist vielmehr das Übereinstimmen der Vorstellungen des Patienten mit dem – innerhalb des Handlungsspielraums des Gesundheitssystems möglichen – Vorgehen des Arztes. Dieser Zusammenhang beeinflusst auch die Arztwahl im nationalen Kontext und weist auf die große Bedeutung einzelner Ärzte hin.

9.3.2 Negative Erfahrungen in Lothringen und im Saarland

Verantwortlich für die negative Bewertung der Behandlungsqualität in Lothringen sind größtenteils schlechte Erfahrungen in Frankreich. Ursache für die Probleme war meist, dass in Lothringen keine korrekte Diagnose gestellt wurde und damit auch keine adäquate Behandlung möglich war. Da es sich bei vielen Beispielen um schwere Erkrankungen handelt, wäre es zu starken gesundheitlichen Einschränkungen oder lebensbedrohlichen Situationen gekommen, wenn keine Behandlung im Saarland erfolgt wäre. Für die Bewertung spielt es keine Rolle, ob die Interviewten selbst oder enge Familienangehörige wie Ehepartner oder Kinder betroffen waren (Interview D, F, K, O, P). Die Patienten fühlten sich bei der Behandlung in Frankreich nicht ernstgenommen. Als besonders schlimm empfanden sie, dass die Ärzte nicht eingestanden, dass sie die Ursache nicht finden oder

keine Erfahrung mit der Behandlung haben. Die Unzufriedenheit der Betroffenen mit der Behandlung in Frankreich verstärkte sich durch die erfolgreiche Diagnose und Behandlung in Deutschland. Die negativen Erfahrungen hinterlassen ein großes Misstrauen in die französische Gesundheitsversorgung und eine große Enttäuschung. Daraus ergibt sich eine starke Neigung zu grenzüberschreitenden Arztbesuchen und Behandlungen. Wenn im Nachhinein klar wird, welche schlimmen Konsequenzen die Versäumnisse in Frankreich hätten haben können, reagieren die Patienten wütend (Interview D, F). Allerdings gibt es unter den interviewten Patienten auch viele, die noch nie schlechte Erfahrungen im Heimatland gemacht haben. Sie kennen Beispiele dafür nur aus Erzählungen oder aus den Medien (Interview E, L, M, Q, R).

Ursachen für die falschen Diagnosen und Behandlungen deuten sich in den Einzelfallbeschreibungen an. Einerseits scheint es an bestimmten Merkmalen des französischen Gesundheitssystems zu liegen, andererseits spielt auch der einzelne Arzt eine Rolle. Die Patienten erkennen, dass die Ärzte durch das jeweilige Gesundheitssystem in ihrer Entscheidungsfreiheit eingeschränkt sind, was ihrer Ansicht nach in Frankreich schwerwiegende Folgen hat (Interview D, E, Q). Zunehmend stehe in beiden Ländern weniger Zeit pro Patient zur Verfügung. Fast alle Patienten sehen aber in einem zumindest kurzen persönlichen Gespräch die Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Ein solches findet im Saarland eher statt (Interview B, D, I, K, M, O, P, V).

Interessant ist die Gegenüberstellung, welche Bedeutung negative Erfahrungen im Saarland für die Fortführung der Behandlung in Deutschland haben. Denkbar wäre, dass schlechte Erfahrungen zu einer Rückkehr nach Frankreich führen. Insgesamt wurden wenige schlechte Erfahrungen in Deutschland thematisiert. Sie betreffen meist Behandlungen, die aus Sicht der Patienten keine Verbesserung oder sogar Nachteile mit sich brachten, wie keine Schmerzlinderung oder bleibende Narben (Interview A, B, C, E, K, S). Auffällig ist, dass die Interviewpartner die negativen Erfahrungen in den meisten Fällen dem einzelnen Arzt oder ihrer falschen Wahl zuschreiben (Interview A, G, E, P). Wenn sie von den Vorteilen einer Behandlung im Saarland überzeugt sind, suchen sie sich deshalb einen anderen Arzt im Saarland. Wenn der Verdacht besteht, dass nicht der Arzt persönlich für die Unzufriedenheit verantwortlich ist, wird für bestimmte Konsultationen oder Fachgebiete auf den Gang ins Saarland verzichtet. Je länger und je häufiger sich jemand im Saarland behandeln lässt, desto schlimmer müsste die negative Erfahrung im Saarland sein, damit es zu einer Rückkehr nach Lothringen kommen würde (Interview T). Kleine oder einmalige Probleme, die nicht direkt mit der medizinischen Kompetenz zu tun haben und

die sich nicht dauerhaft auswirken, werden kaum beachtet, wenn die Behandlung erfolgreich war (Interview D, F). Störende Kleinigkeiten werden auch damit entschuldigt, dass es in Frankreich oder anderswo nicht besser sei und solche Dinge bei jedem Arzt passieren können (Interview B, D). Oft gleichen viele gute Erfahrungen eine einzelne Enttäuschung aus (Interview E). Schlechte Erfahrungen werden nicht auf die Gesundheitsversorgung im Saarland allgemein übertragen. Für acht Interviewte stellt sich die Frage nicht, weil sie explizit sagen, dass sie keinerlei negative Erfahrungen im Saarland gemacht haben (Interview G, H, I, J, L, M, R, Y). Die Erfahrung vorangegangener Behandlungen, sowohl in Lothringen als auch im Saarland, wird in den Entscheidungsprozess einbezogen.

9.3.3 Ärztliche Qualifikation und das Vertrauen zu Ärzten

Ob ein Arzt innerhalb seines Spielraums das bestmögliche Ergebnis für den Patienten erzielt, hängt von zwei Faktoren ab: erstens von seiner Qualifikation und zweitens von seinem Bemühen um den Patienten. Die Beurteilung der Qualifikation der Ärzte durch die Patienten zeigt die bereits bei vielen Aspekten deutlich gewordene Ambivalenz. Eine Gruppe von Interviewten vertraut dem Titel „Arzt“ und geht davon aus, dass er international für die gleiche Qualifizierung steht. Deutsche, französische und andere europäische Mediziner seien deshalb gleichermaßen kompetent (Interview B, E, I, G, M, T). Durch das Vertrauen in die Bezeichnung „Arzt“ erspart sich diese Gruppe den Aufwand für die Überprüfung der Qualifikation des Mediziners und senkt damit die Entscheidungskosten (ZACHARAKIS 1997: 26). Die zweite Gruppe macht für ihre schlechten Erfahrungen in Frankreich, insbesondere mit mangelhaften Diagnosen und Behandlungen, auch die schlechtere Qualifikation und die fehlende Erfahrung der Mediziner verantwortlich (Interview C, D, F, I, O, Q). Allerdings relativieren viele ihre Aussagen, indem sie wie Frau T darauf hinweisen, dass es „überall auch schwarze Schafe gibt“. Den meisten Interviewten gelingt es zwischen systembedingten Unterschieden und Einzelpersonen zu differenzieren. Sie gehen zudem nicht davon aus, dass ihre persönlichen Erfahrungen generell gültig sind. Die größte Priorität hat die als besser empfundene saarländische Behandlungsqualität bei schwereren Erkrankungen. Um davon zu profitieren, nehmen Patienten auch größere Nachteile, wie z. B. kleinere Verständigungsprobleme in Kauf (Interview C, D).

Wichtiger als die Frage der Qualifikation ist für Betroffene, dass der Arzt ihre Beschwerden und auffällige Werte ernst nimmt und ihnen nachgeht, bis er deren Ursache gefunden hat. Hier sehen einige Interviewte Vorteile in Deutschland, wo man sorgfältiger sei und

z. B. regelmäßige Kontrollen durchführe (Interview C). Als besonders unangebracht empfinden die Patienten allgemeine Ratschläge oder Schuldzuweisungen französischer Ärzte an den Patienten, wenn keine andere Diagnose gestellt werden konnte.

Die Patienten erkennen es an, wenn ein Arzt sich persönlich für das Wohlergehen seiner Patienten engagiert. Saarländische Ärzte kümmern sich nach Meinung vieler Interviewter stärker um ihre Patienten und fragen z. B. nach, wenn Patienten Beschwerden herunterspielen oder verschweigen möchten. Französische Ärzte seien eher erleichtert, sich nicht weiter mit einem Problem beschäftigen zu müssen (Interview C, J, K). Mehrere Interviewte berichteten, dass sie das Gefühl haben, dass sie mit deutschen Ärzten eher auf Augenhöhe sprechen können (Interview D). Herr E sieht bei saarländischen Ärzten eher die Bereitschaft, Diagnosen und Behandlungsmethoden zu erläutern und kritische Nachfragen zu akzeptieren.

„Der französische Arzt, [...] was er sagt, ist Gesetz. Sie können ihm Fragen stellen, er sagt ihnen einfach: So ist es und nicht anders. Er erklärt nicht. Er erklärt einfach nicht. [...] Also sie sind so ein bisschen Halbgötter. Das empfinde ich jetzt in Deutschland nicht. Sind mehr auf der Patientenebene. Nah dran, die, die ich kenne. Das ist der Unterschied. [...] Das ist ein anderes Gefühl, ich sage, das ist einfach ein anderes Gefühl von einem deutschen Arzt behandelt zu werden wie von einem französischen. Das sind zwar Landsmänner von mir, aber das ist nun mal so“. (Interview E)

Das Arzt-Patienten-Verhältnis in Deutschland wird im Zitat als weniger asymmetrisch beschrieben. Dieser Aspekt geht über die rein medizinischen Kompetenzen hinaus. Ebenso gehören zur Versorgung nicht nur Ärzte, sondern auch medizinische Fachkräfte, bei denen einige Interviewte in Deutschland eine stärkere Patienten- und Serviceorientierung feststellten (Interview C, D, G, J).

Positive Erfahrungen mit einzelnen Personen sind für viele Patienten fast ebenso wichtig wie der Behandlungserfolg (Interview C, D). Dieser Aspekt entwickelt seine Bedeutung v. a. bei häufigem und intensivem Kontakt zwischen Patient und Arzt. Diejenigen, die z. B. nur für ein MRT ins Saarland gekommen sind, sehen den gesamten Arztbesuch zwar als positive Erfahrung, ohne dass dieser aber zu weiteren grenzüberschreitenden Behandlungen führt (Interview G, H). Es entsteht kein festeres Arzt-Patienten-Verhältnis, weil der Kontakt zu kurz und zu stark auf praktische Vorteile ausgelegt ist. Bei längerer Erfahrung im Saarland ist die gute Bewertung der medizinischen Qualität in Deutschland teilweise an einen bestimmten Arzt und das Vertrauensverhältnis zu ihm gebunden. Ein solches starkes Vertrauen kann v. a. bei Hausärzten beobachtet werden: Sie werden häufig aufgesucht und wirken als Manager der gesamten Gesundheitsversorgung. Die Patienten vertrauen ihnen in diesem Zusammenhang auch persönliche und psychische Probleme an (Interview K, V).

Ein enges Vertrauensverhältnis entsteht dann, wenn der Arzt in medizinischer Hinsicht überzeugt und z. B. Probleme lösen kann, die andere Ärzte nicht in den Griff bekommen haben. Daneben trägt aber v. a. das bereits erwähnte persönliche Engagement dazu bei, z. B. die Reaktion in Notfällen oder die Unterstützung in schwierigen Lebensphasen. Das Vertrauen entsteht einerseits aus Gewohnheit und andererseits aus positiven Erfahrungen. Der Aufwand für eine grenzüberschreitende Behandlung sinkt dadurch stark, weil keine Unsicherheit besteht und Such-, Verhandlungs- und Kontrollkosten gering sind. Da das Vertrauen personengebunden ist, spielt es eigentlich keine Rolle, in welchem Land der Arzt praktiziert. Das Handlungsziel ist nicht die Behandlung im Nachbarland, sondern die Behandlung durch einen bestimmten Arzt. Frau L ist überzeugt, dass einzelne Personen ausschlaggebend sind: „Es liegt am Arzt, am Vertrauen, niemals am Land“.

Die Patienten wissen – auch aus ihrer Erfahrung in Lothringen –, dass der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses aufwendig ist und nicht bei jedem Arzt gelingt. Sie nehmen deshalb auch kleinere Nachteile ihres Vertrauensarztes in Kauf, wie z. B. die schwere telefonische Erreichbarkeit oder höhere Kosten (Interview K, L). Das Vertrauen in einen Arzt kann alle anderen Vor- und Nachteile in den Hintergrund drängen und zum entscheidenden Motiv für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen werden. Wenn ein solches Vertrauensverhältnis zu einem deutschen Hausarzt besteht, finden die Behandlungen fast ausschließlich im Saarland statt, weil er seine Patienten an deutsche Kollegen überweist.

Dieser Mechanismus ist keine Besonderheit grenzüberschreitender Behandlungen, sondern auch im nationalen Kontext zu finden. Die Tatsache, dass es grenzüberschreitende Vertrauensverhältnisse zu Ärzten gibt, vereinfacht grenzüberschreitende Behandlungen im Einzelfall enorm und wirkt sich insgesamt förderlich aus, da von den betroffenen Patienten viele Empfehlungen ausgehen.

9.3.4 Einstellung zum saarländischen Gesundheitssystem

Aus dem Vertrauensverhältnis zu einem Arzt oder mehreren Ärzten, die in der Versorgung eine wichtige Rolle einnehmen, entsteht oft eine generell positive Einstellung zum saarländischen Gesundheitssystem. Eine solche Überzeugung kann sich aber auch ohne die enge Bindung an einen Arzt entwickeln. Es hängt von den Erwartungen, Präferenzen und Erfahrungen des Einzelnen ab, wie das deutsche Gesundheitssystem bewertet wird. Wenn in Lothringen viele negative Erfahrungen gemacht wurden und die Beschwerden im Saarland schnell und erfolgreich behandelt werden, kommt der Patient zu der Überzeugung,

dass die Behandlung im Saarland besser ist. Diese Überzeugung ist dann nicht personenbedingt, sondern wird durch die Annahme, dass das System besser ist oder es eine generell andere „Mentalität der Ärzte“ gibt, verursacht (Interview C, D, F, O). Aus der Erleichterung über die Diagnose und erfolgreiche Behandlung im Saarland entwickelte sich in einigen Fällen eine Begeisterung für die gesamte deutsche Gesundheitsversorgung. Herr D formuliert dies sehr prägnant: „Ich, wie kann man das sagen? Ich vergöttere Deutschland“ (Übersetzung IF).

Aus vielen verschiedenen Faktoren entsteht ein sehr komplexes individuelles Bild, das sich stark von dem anderer Patienten unterscheiden kann. Es bildet die Entscheidungsgrundlage für die Wahl der subjektiv besten Behandlungsmöglichkeit. Auf welche Art und Weise dieses Bild zustande kommt und aus welchen Einzelkomponenten es besteht, ist den Patienten nicht oder nur teilweise bewusst. So antwortete Frau J auf die Frage nach Motiven für die Behandlung im Saarland zunächst folgendermaßen: „Weil, ... einfach so. Kann ich nicht wirklich sagen warum“. Denjenigen, die aus Gewohnheit seit langer Zeit ausschließlich im Saarland zum Arzt gehen, fallen der Vergleich und die Nennung von konkreten Motiven zunächst besonders schwer. Anhand der Erfahrungen, die sie mit ihren Kindern in Frankreich gemacht haben, oder Erzählungen von Kollegen gelingt es ihnen jedoch, im Gespräch ihre Gewohnheit zu erklären. Sie rechtfertigen ihr Handeln vor sich selbst und der Interviewerin (Interview L, I, T). Sie vergleichen die Folgen ihres Handelns mit den verfolgten Zielen. Da sie das Ergebnis für gut befinden, ist ihre Wahl aus ihrer Sicht logisch.

9.4 Der Einfluss von Kultur und *psychischer Distanz*

In diesem Unterkapitel wird der Frage, ob Gesundheitssysteme und das Handeln der Ärzte durch kulturelle Prägungen beeinflusst werden, differenzierter nachgegangen. Dies dient der Überprüfung von Hypothese VII. Sie geht davon aus, dass jedes Individuum über eine individuelle Gesundheitskultur verfügt und die *psychische Distanz* die grenzüberschreitenden Aktivitäten beeinflusst. Es werden vier Aspekte erfasst:

- die Wahrnehmung von kultureller Heterogenität (Kapitel 9.4.1),
- die *psychische Distanz* zum Saarland (Kapitel 9.4.2),
- kulturelle Einflüsse auf die Gesundheitsversorgung (Kapitel 9.4.3) und
- die grenzüberschreitende Behandlung als von den kulturellen Gewohnheiten in Lothringen abweichendes Handeln (Kapitel 9.4.4).

9.4.1 Kulturelle Heterogenität im Untersuchungsraum

Ohne zuvor durch die Formulierung der Frage darauf aufmerksam gemacht worden zu sein, griffen drei Interviewpartner in verschiedenen Zusammenhängen auf den Begriff „Kultur“ zurück. Zweimal wurde „Kultur“ in Bezug auf die Zukunftsperspektiven der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung angesprochen. Die „verschiedenen Mentalitäten, Kulturen“ stellen nach Meinung der Patienten nach „riesige Probleme“ für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung dar (Interview E). Die Grenze zwischen den Kulturen verläuft nach Herrn A durch den Untersuchungsraum (vgl. Kapitel 4.1):

„Schauen Sie auf eine Karte. Sie haben Metz und Saarbrücken und Sie haben in der Mitte Boulay. Rechts von Boulay ist Ost-Moselle mit deutschem Einfluss. Links von Boulay ist Metzger Einfluss, Frankreich. Sie haben noch die alte Grenze. Für mich liegt hier eine interne Grenze. Die Leute sind auch anders, merke ich. Deswegen haben Sie hier ein Deutsch beeinflusstes Gebiet. [...] Saarbrücken und Metz sind zwei Magnete. [...] Die Freunde, die in Ost-Moselle wohnen, die gehen in die Diskotheken und alles in Saarbrücken und sie sprechen kaum Deutsch. Aber die gehen dorthin. Und links gehen alle nach Metz, weil das eine große Stadt ist, die auch alles hat. [...] Sagen wir, ich habe früher in [Wohnort] gewohnt, weil es direkt an der Grenze lag. Weiterhin noch liegt. Und nun, das Problem war der deutsche Einfluss. Nicht böse gemeint, aber ich bin Franzose, ich mag Französisch schwätzen. Kultur, Theater, Opern mag ich auf Französisch. Also nicht in Deutsch“. (Interview A)

Die Unterschiede sind nach Meinung von Herrn A offensichtlich und äußern sich durch eine Polarisierung der räumlichen Aktivitäten auf die Städte Saarbrücken und Metz. Herr A formuliert am deutlichsten, dass für ihn kulturelle Unterschiede bestehen und er Frankreich präferiert. Er versucht seine Aussage so zu formulieren, dass er nicht das Saarland negativ bewertet, sondern seine Bevorzugung Frankreichs und der französischen Sprache ausdrückt. Das deutet daraufhin, dass er keine ausschließlich negative Einstellung zum Saarland hat.

Auf Nachfrage bestätigten weitere Gesprächspartner kulturelle Unterschiede zwischen Lothringen und dem Saarland, ohne allerdings auf die beschriebene Teilung Lothringens einzugehen (Interview J, P, Q). Für sie persönlich geht daraus keine Barriere hervor. Die Unterschiede werden zumeist an der „Mentalität“ (vgl. Kapitel 4.1), z. B. am Verhalten im Straßenverkehr oder an der Zielstrebigkeit und Pünktlichkeit der Deutschen, festgemacht

(Interview H, Q, T, U). Die Bewertung der Unterschiede fällt gemischt aus. Größtenteils wird das Saarland neutral bis positiv beschrieben. Die Einschätzung wird häufig durch die Aussage, dass es sowohl in Frankreich als auch in Deutschland „gute und schlechte“ Menschen (Interview Q) gebe, relativiert.

Mehrere Interviewpartner betonen, dass sie die „saarländische Mentalität“ vorziehen. Die weniger strengen Hierarchien machen sich im Arbeitsleben positiv bemerkbar (Interview E) und die Saarländer hätten „mehr Spaß“ (Interview J). Sie seien zudem toleranter, weniger ichbezogen als Franzosen und nehmen größere Rücksicht auf andere (Interview J, K). Nach den Erfahrungen und der Wahrnehmung dieser Patienten passt ihre Einstellung besser zum Saarland, ihre Werte sehen sie dort eher verwirklicht. Dies hat im Einzelfall nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die grenzüberschreitenden Aktivitäten. Die als größer empfundene Übereinstimmung der eigenen Position mit den saarländischen Werten führt dazu, dass viele Aktivitäten ins Saarland verlegt werden.

Mehrere Gesprächspartner zeigen sich verwundert darüber, dass nach ihrer Ansicht Vorurteile in der Grenzregion nicht ab-, sondern teilweise sogar zunehmen. Sie beklagen, dass sich daraus durchaus Probleme beim Zusammentreffen von Lothringern und Saarländern ergeben (Interview L, M).

9.4.2 *Psychische Distanz zum Saarland*

Diese meist positive Einstellung der Interviewten zum Saarland wurde bereits deutlich. Bei einigen geht die Beziehung zum Saarland darüber hinaus, sie stehen dem Saarland näher oder genauso nah wie Lothringen (Interview L). Diese Gruppe von Interviewten empfindet keine *psychische Distanz* zum Saarland und identifiziert sich mit der Nachbarregion. Die Betroffenen fühlen sich in beiden Regionen „daheim“ (Interview J) oder sogar „eher so komplett deutsch“ (Interview T). Wenn Teile der Familie deutsch sind, kommt es zu einer besonders geringen *psychischen Distanz* zum Saarland, familiäre Beziehungen sind aber keine Bedingung (Interview J, K, V). Das große Zugehörigkeitsgefühl zum Saarland steht in Wechselwirkung mit den grenzüberschreitenden Aktivitäten. Diese Personen verbringen einen Großteil ihres Alltags im Saarland. Wie bei den anderen interviewten Patienten steht das Einkaufen an erster Stelle. Allerdings spielen die als besser eingeschätzte Qualität oder bestimmte saarländische Spezialitäten oft eine größere Rolle als der Preis. Das Einkaufsverhalten ist bei einigen Personen stark von der langjährigen Gewohnheit geprägt. Allerdings gehen die grenzüberschreitenden Aktivitäten weit über die Versorgung hinaus. Freizeitaktivitäten im Saarland, wie z. B. der Besuch von Diskotheken oder

Unternehmungen mit Kollegen, sind üblich. Die Inanspruchnahme von spezielleren Dienstleistungen, wie z. B. Krediten, kommt ebenfalls vor. Das Überqueren der Grenzen wird nicht als solches wahrgenommen, weil der gesamte Grenzraum beiderseits der Grenze der gewohnte Aktionsraum ist (Interview J, K, R, T, V). Die Sprachkenntnisse der Familienmitglieder beeinflussen sehr stark, welche Aktivitäten im Saarland stattfinden. Personen mit deutschen Partnern, die nur wenig Französisch sprechen, sind gezwungen bestimmte Unternehmungen ins Saarland zu verlegen (Interview J, V). Diese Personen-Gruppe wird später als Patienten bezeichnet werden, bei denen *keine psychische Distanz vorhanden* ist.

Zu einer zweiten Gruppe gehören Personen, die seit mehreren Jahrzehnten im Saarland als Grenzgänger arbeiten, perfekt Deutsch sprechen und gegenüber dem Saarland eine sehr positive Einstellung haben. Dazu gehören auch zwei mit Deutschen verheiratete Interviewpartner (Interview I, F, P). Die Interviewten besitzen aufgrund ihrer langjährigen grenzüberschreitenden Erfahrungen ein großes Wissen über das Saarland und fallen z. T. in ihrem Arbeitsleben nicht als Franzosen auf. Formulierungen, die ein starkes Zugehörigkeitsgefühl zum Saarland ausdrücken, fehlen in den Interviews jedoch oder werden durch die Betonung von Unterschieden entwertet (z. B. Interview F). Neben der Versorgung sind z. B. auch Kontakte zu Kollegen ein Grund, in der Freizeit ins Saarland zu kommen. Die Personen erreichen den oben beschriebenen Grad grenzüberschreitender Aktivitäten aber nur in Einzelfällen. Das liegt zum Beispiel daran, dass sie weiter entfernt von der Grenze leben und der Wunsch, für bestimmte Aktivitäten ins Saarland zu gehen, nicht groß genug ist, um den Aufwand dafür zu billigen. Die Grenzlage und das Saarland werden sehr positiv bewertet, ohne dass es zur Entwicklung eines Zugehörigkeitsgefühls kommt (Interview E, P). Diese Gruppe wird bei der späteren Typenbildung als Personen mit einer *geringen psychischen Distanz* zum Saarland bezeichnet.

Die dritte Gruppe kommt nicht wegen ihres Zugehörigkeitsgefühls oder ihrer allgemein positiven Einstellung für Aktivitäten ins Saarland, sondern weil es Vorteile verspricht. Die grundsätzlich positive Einstellung gegenüber der Nachbarregion führt nicht zu den engen Kontakten, wie sie die zwei ersten Gruppen pflegen. Die dominierende Aktivität im Saarland ist das Einkaufen. Gründe dafür sind die günstigeren Preise, die größere Auswahl sowie die freundlichere und kompetentere Beratung. Der Preisaspekt steht dabei jedoch im Vordergrund, es werden z. B. die Preise für das exakt gleiche Produkt in den beiden Nachbarregionen verglichen. Dazu können die Einkäufe oft mit dem Heimweg vom Arbeitsort verbunden werden und sind deshalb bequemer zu erledigen als in Lothringen. Dann finden

es auch Personen aus weiter von der Grenze entfernten Wohnorten sinnvoll, Besorgungen im Saarland zu machen, die sonst wegen des weiten Weges darauf verzichten (Interview B, C, E, G, H, I, M, N, O). Die Vorteile eines Besuchs im Saarland müssen größer als bei den ersten zwei Gruppen sein, damit es zu einer Überquerung der Grenze kommt. Es gibt in der Gruppe auch Personen, die das Saarland für Freizeitaktivitäten aufsuchen, jedoch in begrenztem Umfang oder auf eine bestimmte Unternehmung beschränkt. Bei ihnen verhindert ein bestimmter Faktor, dass engere Kontakte entstehen, z. B. das Gefühl trotz langjähriger grenzüberschreitender Aktivitäten im Saarland „trotz allem immer Ausländer“ (Interview Q, Übersetzung IF) zu sein (Interview A, N). Es besteht eine *mittlere psychische Distanz* zum Saarland.

In der vierten Gruppe bestehen, abgesehen von der Arbeitstätigkeit, keine weiteren Kontakte ins Saarland. Die schlechten Deutschkenntnisse erschweren grenzüberschreitende Aktivitäten. Das Interesse an der Nachbarregion ist gering. Es liegt eine *große psychische Distanz* zum Saarland vor.

Aus der Kombination von Zugehörigkeitsgefühl, Einstellung zur saarländischen Kultur und „Mentalität“, Umfang und Art der grenzüberschreitenden Aktivitäten, Sprachkenntnissen und Familienkonstellation wird im Abschnitt 9.7.2 die *psychische Distanz* der einzelnen Patienten zum Saarland bestimmt. Die Interviews zeigen deutlich, dass eine Differenzierung von *kultureller Distanz* auf nationaler Ebene und *psychischer Distanz* auf Ebene der Individuen notwendig ist. Wer häufig persönliche und vielfältige Kontakte ins Saarland pflegt, hat oft eine geringere *psychische Distanz* zum Saarland. Die Ausprägung der *psychischen Distanz* wirkt sich darauf aus, welche Aktivitäten im Saarland durchgeführt werden. Wenn sie zum Saarland geringer als zu Lothringen ist, reicht dies als Argument für das Überqueren der Grenze aus. Wenn die *psychische Distanz* zum Saarland und zu Lothringen gleich groß ist, entscheiden andere Argumente. Von den meisten Interviewten wird die Distanz zum Saarland als größer wahrgenommen, sie wird bei grenzüberschreitenden Aktivitäten durch Vorteile ausgeglichen.

Für die Gesundheitsversorgung spielt die *psychische Distanz* dahingehend eine Rolle, dass die Interviewten als „saarländische Mentalität“ bezeichnete Verhaltensweisen sehr positiv bewerten oder vorziehen. Beispiele dafür sind die Einbeziehung der Patienten durch die Ärzte oder die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft von Praxismitarbeitern. Mit zunehmender grenzüberschreitender Erfahrung steigt das Wissen über solche Unterschiede.

9.4.3 Der Einfluss von Kultur auf die Gesundheitsversorgung

Die Bewertung, inwiefern Kultur die Gesundheitsversorgung beeinflusst und dadurch Unterschiede zwischen Lothringen und dem Saarland verursacht, fiel den Interviewten schwer. Ein Gesprächspartner äußerte sich zwar dahingehend, dass die „Kultur der deutschen Medizin ein wenig fortgeschrittener als die französische ist“ (Interview C, Übersetzung IF). Allerdings ist zu vermuten, dass sich der Gesprächspartner wenig Gedanken über seine Wortwahl gemacht hat. Die von ihm gewählte Formulierung ist durch die Interviews kaum mit Leben zu füllen. Die Behandlungsunterschiede werden von den Interviewten weniger auf andere Paradigmen oder Prioritäten zurückgeführt, sondern vielmehr als das Ergebnis finanzieller Engpässe und der Persönlichkeit der Ärzte gesehen.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Entscheidung, für welche Bereiche der Gesundheitsversorgung wie viel Geld ausgegeben wird, durchaus das Ergebnis kulturell geprägter Vorstellungen von einer guten Gesundheitsversorgung ist. Drei Interviewte nannten Beispiele, anhand derer die unterschiedliche Akzeptanz von bestimmten Behandlungen festgemacht werden kann. In Deutschland werden z. B. Kosten für Behandlungen mit Akupunktur oder Besuche beim Heilpraktiker unter Umständen von den Krankenkassen bezuschusst. In Frankreich wird dies als persönlicher „Luxus“ angesehen, der nicht von der Allgemeinheit zu tragen ist (Interview A). Umgekehrt wird in Frankreich teilweise mehr Wert auf Ästhetik gelegt und auch Behandlungen, die keiner medizinischen Notwendigkeit folgen, durch die Krankenversicherung bezuschusst (Interview S). Die Behandlung von Suchtproblemen oder psychosomatischen Erkrankungen hat in Deutschland eine größere Bedeutung als in Frankreich und wird deshalb von der Kranken- und Rentenversicherung unterstützt (Interview H). Es geht hier also um die Frage, was als Krankheit angesehen wird und deshalb in den Kanon der Gesundheitsversorgung aufgenommen wird. Die in einer Gesellschaft ausgehandelten Definitionen behandlungsbedürftiger Erkrankungen sind die Grundlagen der ihr eigenen Gesundheitskultur. Zumindest in den genannten Punkten unterscheiden sich Frankreich und Deutschland voneinander (HELMAN 2007, QUAH 2010). Der auffälligste Behandlungsunterschied ist der Umgang mit Medikamenten. Allerdings ist weder aus den Interviews noch aus anderen Quellen ersichtlich, was die Ursachen des großen Vertrauens in Arzneimittel in Frankreich sind. Der Umgang mit Medikamenten verdeutlicht, dass die individuellen Vorstellungen einer guten Gesundheitsversorgung und das im Gesundheitssystem praktizierte Vorgehen nicht immer kompatibel sind (ANTHAMATTEN & HAZEN 2011: 105, STRAUB & ZIELKE 2007: 717-19). Mehrere Interviewpartner kritisieren die französische Verschreibungspraxis stark, viele der verschriebe-

nen Medikamente seien nicht nötig und belasteten das Gesundheitssystem finanziell (Interview E, K, O, P). Die Vorstellungen der Patienten kollidieren mit dem *Sozialsystem* im Heimatland, das Ausweichen in das Nachbarland ist dadurch interessant.

Einige Interviewte nutzen den Begriff „Mentalität“, um Verhaltensweisen und Eigenschaften zu beschreiben, die der gesamten Gruppe der französischen oder deutschen Ärzte zugeschrieben werden. Mehrere Gesprächspartner gehen sogar darüber hinaus: Sie machen die gesamte „französische Mentalität“ für die Probleme des französischen Gesundheitssystems verantwortlich. Gemeint ist insbesondere die mangelnde Sorgfalt bei der Ursachensuche und dass Patienten und ihre Beschwerden nicht ernstgenommen werden (Interview D, E, J). Herr E formuliert die Zusammenhänge folgendermaßen:

„Also bei den Ärzten ist es ganz flagrant. [...] Qualitativ, vom Wissen her, von den Behandlungen her, denke ich, sind sie genauso gut wie die Deutschen oder wie ein Belgier oder ein Holländer oder ein Spanier oder was weiß ich was. Aber es ist dieses ‚da-komme-ich‘. Und was ich sage, stimmt. Du machst, was ich dir sage. Da kann man fünfmal die gleiche Frage stellen und ... – Ich habe so gesagt. Punkt aus. – [...]

Diese Hierarchie, immer diese Hierarchisierung. Das ist verrückt. Da müssen sie [in Frankreich, IF] noch viel lernen. Das ist wirklich so. [...] Mit den Ärzten kannst du reden, was du willst. Die sagen: So ist es und es ist normal, dass sie Schmerzen haben. Und da müssen sie jetzt auf die Zähne beißen. – Und wenn man den dann fragt: Ja wie lange kann das denn dauern? Oder: Ab wann wird es denn kritisch? – Oder wenn die Schmerzen nicht weggehen. Das ist ja normal, man hat man hat ja ein bisschen Angst, man ist ja unsicherer. Das wird, wie soll ich sagen, übersehen. Oder überhört. Sagen wir mal so. – Machen sie sich keine Sorgen. Es wird schon. – Punkt aus. Zack“ (Interview E)

Wenn „Mentalität“ als Teil einer Kultur angesehen wird, sehen die interviewten Patienten eine kulturelle Beeinflussung der Gesundheitsversorgung, die sich auf ihre Entscheidung auswirkt. Das mögliche Auseinanderklaffen der individuellen Vorstellung, was eine gute Gesundheitsversorgung ist, und dem, was im Gesundheitssystem vorgesehen ist oder praktiziert wird, wird deutlich. Auch ein Arzt kann vom durch das nationale Gesundheitssystem vorgegebenen Handeln und den üblichen Verhaltensweisen der Ärzteschaft abweichen. Das gilt im positiven wie im negativen Sinn. So werden z. B. von den Interviewten französische Ärzte gelobt, die sich mit mehr Engagement als andere um ihre Patienten kümmern (z. B. Interview J). Die Schilderungen zum Vertrauensverhältnis im Abschnitt 9.3.3 belegten die große Wichtigkeit von Einzelpersonen bereits.

Aussagen zur Wirkkraft kultureller Prägungen sind aus zweierlei Gründen schwer zu treffen: Erstens wurde in den Interviews deutlich, dass sie meist unbewusst und schwer von anderen Einflussfaktoren abzugrenzen sind. Zweitens repräsentieren nicht alle Ärzte und sonstige Akteure der Gesundheitsversorgung die nationale Gesundheitskultur gleichermaßen.

9.4.4 Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung als von den kulturellen Gewohnheiten abweichendes Handeln

In Zusammenhang mit der konzeptionellen Diskussion des individuellen Entscheidungsprozesses wurden kulturelle Routinen thematisiert, die oft als Handlungsmuster mit dem geringsten Entscheidungsaufwand dienen. Daneben geht die *Handlungszentrierte Sozialgeographie* davon aus, dass nicht alle Handlungsoptionen gesellschaftlich akzeptierte Handlungsakte darstellen (WEICHHART 1986: 86). Die grenzüberschreitende Patientenmobilität könnte in Lothringen sowohl eine tolerierte Behandlungsoption sein als auch als abweichendes Handeln wahrgenommen werden. Die gesellschaftliche Akzeptanz in Lothringen ist als Rahmenbedingung der Patientenentscheidung nicht zu vernachlässigen. Sie bestimmt z. B. darüber, ob Ärzte das grenzüberschreitende Handeln von Patienten unterstützen.

Die Anzahl der lothringischen Patienten, die nicht in Deutschland arbeiten und sich im Saarland behandeln lassen, ist nach Ansicht aller interviewten Patienten sehr gering (Interview A). Die Aussagen zu den Grenzgängern sind weniger eindeutig, die meisten gehen aber von einem geringen Anteil aus (Interview A, E, F, I). Viele Grenzgänger, die die Interviewten kennen, lassen sich selbst dann nicht im Saarland behandeln, wenn ihnen die grenzüberschreitende Behandlung empfohlen wurde (Interview F, G, M).

Es gibt mehrere Gründe für die geringe quantitative Bedeutung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Die Interviewten gehen davon aus, dass die meisten Lothringer gar nicht darüber nachdenken, sich in einem anderen Land als Frankreich behandeln zu lassen (Interview J). Das größte Hindernis sind die schlechten Deutschkenntnisse. Die grenzüberschreitende Patientenmobilität und die saarländischen Gesundheitsinfrastrukturen sind in Lothringen wenig bekannt und z. T. negativ besetzt oder mit Ängsten verbunden. Zum schlechten Ruf tragen negative Erfahrungen von Grenzgängern aufgrund von erzwungenen Behandlungen beim betriebsärztlichen Dienst bei, die sich schnell unter den Mitarbeitern verbreiten (Interview A, B, F, I, J, K, M, N). Allerdings gibt es auch Anzeichen für ein gutes Renommee der deutschen Gesundheitsversorgung (Interview I, L, M, O). Vereinzelt gibt es lothringische Patienten, die nicht in Deutschland versichert sind, aber in bestimmten Fällen eine Behandlung im Saarland vorziehen. Sie greifen gegebenenfalls zu außergewöhnlichen Maßnahmen, um dies zu ermöglichen. Sie täuschen z. B. vor, dass ihre Beschwerden auf deutschem Boden aufgetreten sind, um unbürokratisch als Notfall versorgt zu werden (Interview L, U, V).

Aufseiten der lothringischen Ärzte, Krankenkassen und Behörden beobachten die Interviewpartner tendenziell eine Ablehnung von grenzüberschreitenden Behandlungen im Saarland. Die Krankenkassen weisen z. B. nicht auf die Möglichkeit der Behandlung im Saarland hin oder verzögern die Bearbeitung von Genehmigungsanträgen (Interview A, D, I). Dass französische Ärzte eine Behandlung in der Nachbarregion vorschlagen, haben die meisten Interviewten noch nie erlebt oder gehört (z. B. Interview E, J, L, O, P, S). In Ausnahmefällen, z. B. bei langen Wartezeiten für bildgebende Verfahren, haben lothringische Ärzte von sich aus einigen Interviewten die Behandlung im Saarland vorgeschlagen (Interview D, G, H, U). Einem Patienten hat ein Arzt in einem lothringischem Krankenhaus die Überweisung ins Saarland verweigert, obwohl er explizit danach fragte (Interview D).

Als Grund für die ablehnende Haltung lothringischer Ärzte wird die Angst vor einem Verlust von Patienten und die Bedrohung der Daseinsberechtigung, wenn klar wird, dass Leistungen auch im Saarland erbracht werden können, vermutet. Zudem mangelt es den lothringischen Ärzten auch an Informationen über saarländische Ärzte und Krankenhäuser. Die französische Krankenkasse würde eine starke Zunahme grenzüberschreitender Behandlungen wahrscheinlich verhindern, weil für sie Abweichungen von der Normalität einen Mehraufwand bedeuten (Interview D, G, I, J).

Die grenzüberschreitende Behandlung ist in Lothringen weder in der Bevölkerung noch im System der Gesundheitsversorgung eine fest verankerte Handlungsoption. Eine nicht akzeptable Handlungsoption ist sie jedoch nur für Personen, für die dadurch Nachteile, z. B. in Form von zusätzlichem Arbeitsaufwand oder von finanziellen Mindereinnahmen, entstehen. Der Großteil der Bevölkerung hat keine Meinung zum Thema. Aus dieser Konstellation ergibt sich nur in absoluten Ausnahmefällen aktiver Widerstand gegen grenzüberschreitende Behandlungen.

9.5 Die Rolle von Informationen und Empfehlungen

Am Beispiel der unvollständigen Informationen über die Rechte als verrenteter Grenzgänger und den Gültigkeitsbereich von Zusatzversicherungen wurde bereits deutlich, dass Informationen eine wichtige Rolle bei der Wahl der besten Handlungsoption spielen. Es werden nun die Rolle von Informationen und Empfehlungen – hier festgemacht am ersten Arztbesuch im Saarland (Kapitel 9.5.1) – und deren Einfluss auf die Wahl eines konkreten Arztes im Saarlandes (Kapitel 9.5.2) untersucht.

9.5.1 Die Rolle von Informationen und Empfehlungen für die erste Behandlung im Saarland

Die erste Behandlung im Saarland lässt Rückschlüsse auf das Motiv für den Wechsel ins Saarland zu. Die Entscheidung für das Saarland ist gleichbedeutend mit dem Bruch der Routine der Behandlung in Lothringen und kann gleichzeitig der Beginn einer neuen Routine sein. Bei der ersten grenzüberschreitenden Behandlung sind zudem die zu überwindenden Transaktionskosten am größten, weil keine Erfahrungen vorliegen, die Unsicherheit groß ist und hohe Suchkosten anfallen.

Grundsätzlich sind zwei Arten von „ersten grenzüberschreitenden Behandlungen“ zu unterscheiden. Im ersten Fall findet die erste grenzüberschreitende Konsultation statt, sobald ein Versicherungsschutz im Deutschland entsteht. Dies geschieht, wenn eine Arbeit im Saarland aufgenommen wird oder ein Elternteil bzw. der Ehepartner im Saarland zu arbeiten beginnt. Die Option, grenzüberschreitend medizinische Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, kann nur sofort genutzt werden, wenn der Versicherte sein Recht auf Behandlungen im Saarland kennt. Grenzgänger erfahren dies häufig bei der Einstellung vom Arbeitgeber oder durch die Anmeldung zur deutschen Krankenversicherung (Interview C). Es ist jedoch davon auszugehen, dass nicht alle über diese Information verfügen (z. B. Interview D, F).

Grenzüberschreitende Behandlungen, die direkt nach dem Beginn des Versicherungsschutzes durchgeführt werden, gehen weniger auf einen in Frankreich nicht zu befriedigenden medizinischen Bedarf zurück. Vielmehr besteht ein Interesse an der Nutzung der neuen Möglichkeit der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Der Wunsch nach einer Behandlung im Saarland kann durch Empfehlungen, den Umzug in einen grenznahen Ort oder durch die Öffnung einer neuen Praxis entstehen. Die betroffenen Personen haben eher selten schlechte Erfahrungen in Frankreich gemacht und es besteht deshalb kein besonderer Druck zur Suche nach einer Alternative zur Behandlung im Heimatland (Interview I, M, Q, V). Erkennbar ist diese Art der ersten Behandlung häufig daran, dass sich der Patient einen Hausarzt für Routinebehandlungen sowie Vorsorgeleistungen sucht und seine komplette medizinische Versorgung ins Saarland verlegt. Die Entscheidung beruht v. a. auf praktischen Aspekten. In vielen Fällen entwickelte sich auf diese Art und Weise eine langjährige Gewohnheit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

Im zweiten Fall erfolgt die erste Behandlung im Saarland zeitversetzt nach der Aufnahme der Arbeitstätigkeit im Saarland. Das kann zum einen daran liegen, dass die Möglichkeit

nicht bekannt war oder es zunächst keinen Anlass für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Leistungen gab (z. B. Interview G, H). Erst ein akuter gesundheitlicher Bedarf bringt Motive hervor, die Entscheidung ist dann meist von medizinischen Kriterien geprägt. Eine vom Patienten als nicht zufriedenstellend wahrgenommene Versorgung in Frankreich ist meist der Auslöser. Die Nachteile, die mit der Fortsetzung der Behandlung in Frankreich verbunden gewesen wären, gleichen die Transaktionskosten für eine Behandlung im Saarland nun aus. Des Weiteren können sich die Rahmenbedingungen durch eine Empfehlung oder die Veränderung der Beziehung zum Saarland, z. B. durch das Kennenlernen eines deutschen Partners, verändern und eine grenzüberschreitende Behandlung begünstigen (Interview C, F, D, K, N, U). Nicht die Präferenzen oder das Ziel haben sich verändert, sondern die Bedingungen, unter denen die Entscheidung getroffen wird.

Personen, die schon als Kind im Saarland zum Arzt gingen, entschieden über ihre erste grenzüberschreitende Behandlung nicht selbst (Interview L, J, N, R, T). Auch bei Erwachsenen gibt es die Möglichkeit, dass die Entscheidung für die erste grenzüberschreitende Konsultation nicht aktiv gefällt wird, z. B. wenn ein enger Angehöriger die Entscheidung für sie trifft oder sie zur grenzüberschreitenden Behandlung gezwungen werden (Interview M, Q, U, W). Ein Entscheidungsaufwand (*ex-ante*-Kosten) fällt dann nicht an. Suchkosten und Probleme mit der ungewohnten Situation treten aber möglicherweise auf (*ex-post*-Kosten) (ZACHARAKIS 1997: 26). Umgekehrt ist der Aufwand bei der ersten Behandlung im Saarland sehr groß, wenn sie gegen den Widerstand eines französischen Arztes durchgesetzt werden muss (Interview D). Dies wird nur geschehen, wenn ein sehr hoher persönlicher Nutzen der grenzüberschreitenden Behandlung dafür spricht.

Bei einigen Gesprächspartnern überwogen die Vorteile nur bei einer einzigen Konsultation (Interview G, H, N.). Obwohl die Patienten mit dem grenzüberschreitenden Arztbesuch zufrieden waren und das Ziel der Konsultation in der Nachbarregion erreicht wurde, entwickelte sich aus der ersten grenzüberschreitenden Behandlung keine Routine. Es fand keine Ausweitung auf andere medizinische Dienstleistungen statt, weil der Anlass fehlte und die Zufriedenheit in Frankreich hoch war (Interview G, H).

Bei vielen anderen Interviewpartnern kam es nach der ersten Behandlung im Saarland zu einer Ausdehnung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Leistungen auf andere Ärzte und Behandlungen (z. B. Interview C, D, F, K, U, X, Y). Dafür sind einerseits die Überweisungen des ersten saarländischen Arztes verantwortlich. Andererseits sinkt aber

auch der Aufwand für weitere Arztbesuche im Saarland, weil die Scheu vor einem unbekanntem Gesundheitssystem und vor dem Ablauf einer Konsultation bei einem fremden Arzt geringer wird.

Ob die Behandlung im Saarland zur Option für andere Behandlungen und eine dauerhafte grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung wird, ist abhängig davon, wie der erste Arztbesuch im Saarland verlief. Zum einen ist entscheidend, ob das verfolgte Ziel erfüllt wurde, d. h. wie der in der *Handlungszentrierten Sozialgeographie* beschriebene Vergleich von Handlungsintention und -folgen ausfällt. Die positive Erfahrung hat Herrn F zu weiteren Behandlungen im Saarland animiert: „Das hat mir dann richtig mehr Mut gegeben, um nach Deutschland zu gehen“. Zudem können durch den Besuch Vor- und Nachteile aufgedeckt werden, die zuvor nicht bekannt waren. Auf diese Art und Weise kann sich das Ergebnis der Kosten-Nutzen-Abwägung verändern (Interview U). Wenn der Patient mit der Versorgung in Deutschland zufrieden ist, besteht wiederum kein Anlass nach Lothringen zurückzukehren und es entsteht eine Routine der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Interview B, C, E, F).

Empfehlungen spielen bei der grundsätzlichen Entscheidung, dass eine medizinische Dienstleistung im Saarland in Anspruch genommen wird, eine große Rolle. Wenn jemand davon überzeugt ist, dass das deutsche Gesundheitssystem an sich Vorteile birgt, empfiehlt er diese Handlungsoption oft an Kollegen oder Familienangehörige weiter (z. B. Interview B, D, F, J). Der Übergang zwischen der grundsätzlichen Empfehlung einer Behandlung im Saarland und der Empfehlung eines bestimmten Arztes ist fließend. Die reine Empfehlung einer grenzüberschreitenden Behandlung führt seltener zu einer grenzüberschreitenden Behandlung, weil der Aufwand für die Suche nach einem konkreten Arzt hoch ist. Wenn ein konkreter, vertrauenswürdiger Arzt empfohlen wird, ist der Grund der Empfehlung nicht unbedingt die Tatsache, dass er in einem anderen Land tätig ist (z. B. Interview C). Oft fallen beide Empfehlungen zusammen, es werden z. B. organisatorische Vorteile und ein bestimmter Arzt genannt (z. B. Interview M).

Ob die grenzüberschreitende Behandlung für jemanden eine geeignete Art der Behandlung ist, lässt sich nach Meinung der Interviewten nur durch Ausprobieren herausfinden (Interview I, N). Empfehlungen und Informationen lösen nicht automatisch grenzüberschreitende Patientenmobilität aus, es muss ein Anlass bestehen und der Aufwand darf nicht zu hoch sein (Interview F).

9.5.2 Die Rolle von Informationen und Empfehlungen für die Arztwahl

Die meisten Interviewten haben ihre saarländischen Ärzte durch Empfehlungen gefunden. Die Empfehlung einzelner Ärzte führt zu einer Art *Kettenmigration* und zu einer Konzentration von Grenzgängern in bestimmten Praxen. Die meisten Empfehlungen erfolgen zwischen Kollegen – sowohl deutschen als auch französischen – und innerhalb der Familie (Interview A, C, D, F, K, N, Q, S, U, V). Allerdings bieten Empfehlungen – auch unter nahen Familienangehörigen – keine Garantie, dass der Patient mit dem gewählten Arzt zufrieden ist (Interview N, T). Ein Interviewpartner vertraut auf die Empfehlungen seiner deutschen Krankenkasse (Interview O). Das Vertrauen in diese Empfehlungen beruht nicht auf einer engen persönlichen Bekanntschaft, sondern auf der Annahme, dass es sich berufsbedingt um Experten handelt. Empfehlungen französischer Ärzte spielen, außer bei den diagnostischen Verfahren, keine Rolle. Sie kennen meist gar keine deutschen Ärzte (Interview G, H, O). Umgekehrt müssen Patienten, die fast ausschließlich im Saarland in Behandlung sind, bei seltenen Behandlungen in Lothringen auf Empfehlungen von Franzosen zurückgreifen (Interview T).

Nur wenige Interviewte haben bei der Arztsuche auf Empfehlungen verzichtet und per Zufall einen Arzt gewählt, z. B. durch die Suche nach Schildern auf der Straße oder im Telefonbuch. Ihre Wahl hat sich aus ihrer Sicht und für ihre Bedürfnisse als gelungen herausgestellt (Interview A, I, P). Mit diesen Verfahren lässt sich der Suchaufwand reduzieren, weil sie auf Zufall basieren.

Die Suche nach einem Arzt im Saarland ist nicht nur bei der ersten Konsultation im Saarland ein Thema, sondern auch wenn der bisherige Arzt in Rente geht oder die erste Wahl nicht zufriedenstellend war (Interview K, L, Q, R, T, U). Bei Unzufriedenheit sind die Patienten wechselwillig. „Eine zweite Chance“ bekommen Ärzte selten (z. B. Interview L, M). Umgekehrt halten sie, wenn sie sich einmal entschieden haben und in medizinischer sowie menschlicher Hinsicht zufrieden sind, oft lange die Treue (Interview B, E, K, T, U). Wenn der erste Arzt im Saarland gefunden ist, sinkt die Bedeutung von Empfehlungen anderer Patienten, weil der Arzt geeignete Kollegen empfiehlt. Dies ist bei der Ausweitung der Inanspruchnahme von Leistungen im Saarland ausschlaggebend (Interview E, K, M, Q).

Der Grund für die hohe Relevanz von Empfehlungen ist der Mangel an Informationen über das saarländische Gesundheitssystem und einzelne Anbieter. Französische Grenzgängervereinigungen und deutsche Krankenkassen bieten spezielle Sprechstunden für Grenzgänger an. Diese beziehen sich jedoch auf versicherungsrechtliche Aspekte, wie z. B.

Ansprüche auf bestimmte Leistungen, und nicht auf die Wahl von Behandlungen und Anbietern (Interview J, L, O). Das hat zur Folge, dass die französischen Patienten nicht wissen, welche Krankheitsbilder wo behandelt werden, und dieser Umstand bremst die grenzüberschreitende Patientenmobilität (Interview D).

Personen, die aufgrund ihrer Erfahrung und ihres Wissens Empfehlungen aussprechen können, verfügen über Informationen, die nicht dokumentiert sind und die somit nur über den persönlichen Austausch zugänglich sind. Dieses *stille Wissen* stellt eine große Ressource für die grenzüberschreitende Patientenmobilität dar, die aber nicht jedem zugänglich ist. Je spezieller der Bedarf ist, desto schwerer ist es, Informationsdefizite durch Empfehlungen anderer Patienten auszugleichen. Die hohe Relevanz von Empfehlungen führt zu einer Konzentration auf wenige Anbieter, aus der Patienten angesichts mangelnder Informationen nur selten ausbrechen.

Einige wenige Gesprächspartner verfügen über einen erstaunlich guten Informationsstand zu den Regelungen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität in der EU allgemein und den Problemen der Zusammenarbeit in der Großregion (Interview A, B, D, F, O, P). Zwei Interviewte kennen die Schwierigkeiten bei der Umsetzung des *Deutsch-Französischen Rahmenabkommens* aus der Tätigkeit im Rettungsdienst. Sie waren mehrfach mit der Frage konfrontiert, ob Patienten über die Grenze gebracht werden können (Interview C, D).

9.6 Zwischenfazit III

In den vorangegangenen Unterkapiteln wurden auf Grundlage der Patienteninterviews die wichtigsten Einflussfaktoren für die Patientenentscheidung analysiert. An dieser Stelle werden die Hypothesen II bis VII aktualisiert und erste Ergebnisse zu den Hypothesen VIII und IX zusammengefasst. Damit wird die Zusammenführung der Einzelaspekte zu einem Gesamtbild der Patientenentscheidung im folgenden Unterkapitel vorbereitet.

II Rechtsgrundlagen:

In Bezug auf die Rechtsgrundlagen wurden im Untersuchungsraum nicht nur Fortschritte erzielt. Die neue Regelung grenzüberschreitender Überweisungen zum Radiologen bedeutet einen Rückschritt und erhöht den Aufwand für grenzüberschreitende Untersuchungen. Bei der Umsetzung der Vereinbarungen zur grenzüberschreitenden Kooperation besteht noch Verbesserungsbedarf, z. B. bei der Versorgung von Notfällen. Probleme entstehen

durch Rechtsgrundlagen, welche die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen und den Aktionsradius von Akteuren der Gesundheitsversorgung auf deutsches Gebiet beschränken.

III Rechtliche Situation der Grenzpendler:

Für die interviewten Grenzgänger entfalten rechtliche Regelungen nur in Ausnahmefällen eine hemmende Wirkung. Es gibt Situationen, in denen Grenzgängern aus sozialrechtlichen Gründen nicht freigestellt ist, ob sie sich in Frankreich oder in Deutschland behandeln lassen. Da die Sozialsysteme nicht harmonisiert sind, kann es für Grenzgänger zu Problemen kommen, weil Leistungsansprüche nicht einheitlich geregelt sind und nicht gegenseitig anerkannt werden. Die neugeschaffenen Regelungen für Grenzgänger im Ruhestand werden genutzt. Dies spricht für die große persönliche Relevanz der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

Nicht allen Grenzgängern ist die Möglichkeit der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu Beginn ihrer Arbeitstätigkeit im Saarland bekannt. Zu Detailregelungen gibt es Informationslücken.

IV Gesundheitssysteme und medizinische Infrastrukturen:

Die Konzentration spezialisierter medizinischer Angebote auf größere städtische Zentren und die Siedlungsstruktur im Departement Moselle führen dazu, dass die Nutzung saarländischer Gesundheitsinfrastrukturen für die interviewten Grenzgänger attraktiv ist. Neben der Fahrtzeit entscheiden auch die Ortskenntnisse darüber, welcher Behandlungsort aus ihrer Sicht am besten zu erreichen ist. Die Patienten wissen, ob bzw. wo die Leistungen, die sie im Saarland in Anspruch nehmen, in Lothringen angeboten werden. Grenzgänger, die grenzüberschreitend Leistungen in Anspruch nehmen, sind gut über die Wartezeiten in Lothringen und im Saarland informiert und vergleichen diese. Nicht nur die knappen Kapazitäten, sondern auch das französische Überweisungssystem führen zu Verzögerungen, die nicht nur unangenehm sind, sondern auch als gefährlich eingestuft werden. Es ist kein eindeutiges Kostengefälle zwischen Lothringen und dem Saarland erkennbar. Ob die vom Patienten zu tragenden Kosten in Frankreich oder Deutschland höher sind und finanzielle Aspekte fördern oder hemmen, ist fallabhängig. Das aufwendigere Kostenerstattungsprinzip in Frankreich begünstigt die grenzüberschreitende Patientenmobilität.

Es bestehen wenige konkrete Behandlungsunterschiede zwischen dem Saarland und Lothringen, die bestehende Verschiedenartigkeit kann im Einzelfall hemmend oder fördernd wirken. Unterschiedliche Prioritäten in den beiden Gesundheitssystemen bestehen z. B. beim Umgang mit Medikamenten. Die interviewten Patienten vertrauen darauf, dass der deutsche und französische Arzttitel die gleiche fachliche Kompetenz bescheinigt. Schlechte Erfahrungen in Frankreich haben das Vertrauen allerdings bei einigen Patienten erschüttert. Negativerlebnisse sind ein wichtiger medizinischer Aspekt, der zur Aufnahme einer Behandlung im Saarland führt. Dabei reicht es aus, wenn sie einem Patienten aus dem nahen Umfeld widerfahren sind. Ob ein Arzt als gut oder schlecht empfunden und ihm vertraut wird, hängt von seinem Handeln innerhalb des im Gesundheitssystem vorhandenen Spielraums und von seiner Persönlichkeit ab. Das Vertrauen zu einem Arzt reduziert den Aufwand für eine grenzüberschreitende Behandlung. Der Person des Arztes kann ein höherer Stellenwert als kulturellen Unterschieden beigemessen werden. Das liegt auch daran, dass nach Ansicht der Interviewten die Unterschiede im Gesundheitsbereich zwischen Lothringen und dem Saarland nicht eklatant sind. Qualitätsvorteile im Saarland gehen aus der sorgfältigeren Diagnostik und dem Arzt-Patienten-Verhältnis hervor, das durch eine größere Gleichberechtigung geprägt ist. Welcher Arzt und welches System vorgezogen werden, ist von den subjektiven Erwartungen und Präferenzen abhängig.

V Sprachkenntnisse:

Die Sprachkenntnisse sind nicht nur beim direkten Arzt-Patienten-Kontakt wichtig, sondern auch wenn z. B. Krankschreibungen oder Überweisungen grenzüberschreitend anerkannt werden sollen. Ob die eigenen Sprachkenntnisse ausreichend für eine grenzüberschreitende Behandlung sind, hängt von der subjektiven Wahrnehmung ab. Für Patienten, die nach ihrem Empfinden nicht ausreichend Deutsch sprechen, erhöhen sich die Unsicherheit und die Transaktionskosten bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Aus dem Niveau der Sprachkenntnisse alleine kann nicht auf den Grad der Nutzung der Möglichkeit der grenzüberschreitenden Behandlung geschlossen werden. Da Deutschkenntnisse nicht bei jeder Behandlung gleich wichtig sind, können keine allgemeinen Aussagen zum erforderlichen Sprachniveau getroffen werden. Sprache kann durchaus ein Entscheidungskriterium bei Einzelfallentscheidungen sein. Zum Problem für die grenzüberschreitende Patientenmobilität könnte zukünftig werden, dass im Saarland zunehmend Mediziner aus dem Ausland angeworben werden, die keine deutschen Muttersprachler sind.

Sehr gute Deutschkenntnisse stehen in engem Zusammenhang mit der Familienstruktur und der Routine der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Muttersprachliche Deutschkenntnisse gehen oft mit einer sehr geringen *psychischen Distanz* zum Saarland einher. Wenn gute Deutschkenntnisse und eine lange Gewohnheit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zusammenkommen, kann Sprache das entscheidende Motiv des grenzüberschreitenden Arztbesuchs sein.

VI Persönliche Rahmenbedingungen:

Die dominierende persönliche Rahmenbedingung sind Deutschkenntnisse. Eine französische Zusatzversicherung wirkt sich hemmend auf die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung aus. Dies gilt nicht, wenn sie auch in Deutschland gültig ist und das dem Versicherungsnehmer bekannt ist. Die große Entfernung des Wohnortes von der Grenze ist dann hinderlich, wenn Arztbesuche nicht mit dem Arbeitsweg verbunden werden und die Vorteile der Behandlung im Saarland klein sind. Der Gesundheitszustand spielt eine nicht unerhebliche, aber widersprüchliche Rolle. Bei gewöhnlichen Gesundheitsproblemen stehen praktische Vorteile im Vordergrund und Sprachprobleme spielen eine geringere Rolle. Bei ernsteren Krankheiten kann die medizinische Qualität ausschlaggebend sein und Nachteile wie z. B. Verständigungsschwierigkeiten werden eher hingenommen. Andererseits ist die Angst vor Kommunikationsproblemen aufgrund der größeren Komplexität häufiger ein Hinderungsgrund.

VII Individuelle Gesundheitskultur und *psychische Distanz*:

Die Interviewten erkennen, dass Kulturunterschiede ein Problem für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung darstellen können. Sie können diese oder ihre Auswirkungen aber kaum konkret benennen, es ergibt sich daraus keine negative Einstellung zum Saarland. Vorurteile, die sie bei anderen Personen beobachten, werden kritisiert. Wahrgenommene Mentalitätsunterschiede zwischen Lothringern und Saarländern werden teilweise auch auf Ärzte übertragen. Saarländische Ärzte werden z. B. als zugänglicher, an den Patienten interessierter sowie als weniger hierarchisch denkend eingeschätzt. Wenn die eigene Einstellung besser mit den im Saarland vertretenen Positionen übereinstimmt, sind die wahrgenommenen Unterschiede förderlich. Es sind jedoch im Einzelfall auch hemmende Wertkonflikte sichtbar.

Unter den Patienten sind alle Abstufungen *psychischer Distanz* vertreten. Die *psychische Distanz* und die Kenntnisse über die Nachbarregion sowie das Interesse an ihr stehen in

Wechselwirkung zueinander. Bei Patienten, die keine oder eine sehr große *psychische Distanz* zum Saarland aufweisen, bestehen Zusammenhänge zum Umfang der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Abgesehen von diesen Extremfällen sind die Bezüge zwischen *psychischer Distanz* und Umfang weniger eindeutig und von anderen Faktoren beeinflusst.

Ein Teil der interviewten Grenzgänger steht dem Saarland genauso nahe wie Lothringen oder näher. Dafür sind deutsche Elternteile oder Partner verantwortlich. Vielfältige und intensive Kontakte ins Saarland sind Routine, es besteht eine *interkulturelle Kompetenz*. Für diese Personen muss die grenzüberschreitende Behandlung keine offensichtlichen Vorteile haben. Der Großteil der Interviewten steht dem Saarland positiv bis neutral gegenüber, es gibt viele grenzüberschreitende Kontakte, die sich aber oft auf die Arbeitstätigkeit und das Einkaufen beschränken. Die Interviewten möchten durch ihre grenzüberschreitenden Aktivitäten von der Grenzlage profitieren. Dies spiegelt sich auch bei der grenzüberschreitenden Gesundheit wider: Sie muss eindeutige Vorteile bieten. Bei einer großen *psychischen Distanz* beschränkt sich der grenzüberschreitende Kontakt auf die Arbeit. Deshalb ist auch eine grenzüberschreitende Behandlung nur bei sehr großen Vorteilen oder im Fall eines unfreiwilligen Arztbesuches denkbar.

In der Gesamtbevölkerung ist die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung nicht verankert. Das bedeutet nicht, dass sie eine im Sinne der *Handlungszentrierten Sozialgeographie* sozial nicht akzeptierte Handlungsoption ist. Ärzte und andere Akteure fördern sie aber nicht, weil bei ihnen Ängste bestehen und es sich um einen individuellen Weg der Gesundheitsversorgung handelt.

VIII Vorteile und Aufwand der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen:

Grundsätzlich können zwei subjektive Argumentationsmuster unterschieden werden, die zu einer Behandlung im Saarland führen. Wenn jemand schlechte Erfahrungen und/oder gute Erfahrungen in Deutschland gemacht hat und/oder großes Vertrauen zu einem bestimmten Arzt im Saarland hat, ergibt sich eine positive Bewertung der Gesundheitsversorgung im Saarland. Die medizinischen Aspekte, von vielen Patienten als „Qualität“ bezeichnet, sind dann das entscheidende Kriterium für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen. Praktische Vorteile sind zweitrangig. Aus der positiven Grundeinstellung entsteht die Tendenz, medizinische Dienstleistungen grundsätzlich im Saarland in Anspruch zu nehmen. Das wird nur durch konkrete Nachteile

bei bestimmten Bedarfen verhindert. Wenn der Patient dagegen zum Ergebnis kommt, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung in beiden Ländern gleich ist, entscheidet er sich v. a. aus praktischen Gründen für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Saarland. Die Entscheidung wird dann eher von Fall zu Fall getroffen.

Die Bewertung der Option der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Leistungen beruht fast nie nur auf einem Aspekt, sondern auf dem sich aus mehreren Faktoren ergebenden Gesamtnutzen.

IX Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen als subjektiv beste Handlungsoption:

In einigen Fällen wird die subjektiv beste Handlungsoption anhand „harter“ Kriterien ausgewählt. Ein Patient kann für unterschiedliche Bereiche der Gesundheitsversorgung (z. B. das Verschreiben von Medikamenten, die Beratung oder die Durchführung von Diagnoseverfahren) unterschiedliche Entscheidungskriterien heranziehen, die zu einer Aufteilung der Gesundheitsversorgung auf Lothringen und das Saarland führen. Patienten gelingt es, für Außenstehende unlogisch erscheinende Entscheidungen als beste Wahl zu rechtfertigen.

9.7 Der Entscheidungsprozess für die grenzüberschreitende Behandlung

In den vorangegangenen Unterkapiteln wurden die für den Entscheidungsprozess relevanten Einflussfaktoren identifiziert und analysiert. Die Abwägung von Vorteilen und Aufwand wird in Abschnitt 9.7.1 untersucht. Hypothese IX besagt, dass die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen gewählt wird, weil sie die subjektiv beste Handlungsoption ist. Ziel des Abschnitts 9.7.2 ist die Identifizierung der individuellen Kriterien für die Wahl der grenzüberschreitenden Behandlung als beste Handlungsoption. Darauf aufbauend werden Typen grenzüberschreitender Patienten definiert.

9.7.1 Die Abwägung von Vorteilen und Aufwand

Die Wahlmöglichkeit zwischen der Behandlung in Lothringen und im Saarland wird von den Gesprächspartnern prinzipiell als „Geschenk“ angesehen (Interview B, D E, F, N, S). In welchen Fällen und wie häufig sie die Wahlmöglichkeit nutzen, unterscheidet sich stark. Es können drei unterschiedliche Entscheidungsformen voneinander abgegrenzt werden:

1. *Grundsätzliche Entscheidung für die grenzüberschreitende Behandlung im Saarland:*

Wenn die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen eine langjährige Gewohnheit und dadurch eine Routine ist, kommt es nicht bei jedem Anlass für einen Arztbesuch zu einer Abwägung von Vor- und Nachteilen. Dennoch ist diese Entscheidung im Sinne von *rational choice* rational, weil sie den geringsten Aufwand erfordert. Die grenzüberschreitende Behandlung beruht auf der grundsätzlichen Entscheidung, sich immer im Saarland behandeln zu lassen. Das betrifft Personen, die von Kind an oder seit mehreren Jahrzehnten fast ausschließlich im Saarland Leistungen in Anspruch nehmen (Interview C, E, I, K, L, R, T, V). Diese Personen folgen der kulturellen Routine der Gruppe, der sie sich zugehörig fühlen, d. h. ihrer Familie. Die Behandlung im Saarland ist eine Gewohnheit, aus der langjährigen Erfahrung ist Vertrauen entstanden. Ein solches Zustandekommen grenzüberschreitender Behandlungen kann als *Quasi-Verhalten* (WEICHHART 1986: 86) bezeichnet werden, weil keine bewusste Entscheidung getroffen wird.

Aufgrund der sehr seltenen Behandlung in Lothringen bestehen geringe Kenntnisse über das französische Gesundheitssystem. Der Aufwand für eine Konsultation im Saarland ist in diesen Fällen geringer als bei einer Behandlung in Lothringen. Das Vertrauen in das saarländische System ist hoch (Interview E, I, L, R).

Der Startpunkt einer solchen Gewohnheit kann eine unbewusste bzw. passive Wahl, z. B. als Kind, oder eine sehr bewusst getroffene Entscheidung – nach WERLEN (2008: 285f.) auf *diskursivem Bewusstsein* basierend – sein. Herr E kann seine Entscheidung z. B. erläutern:

„Ich versuche viel zu analysieren und manchmal auch sehr pragmatisch zu sein und zu sagen: Das ist gut für dich. Das da ist nicht gut für dich. Und so bin ich irgendwie zu deutscher Medizin gekommen“. (Interview E)

Aus einer solchen Entscheidung kann sich die gleiche Gewohnheit wie aus der passiven Mitnahme als Kind ergeben. Für die Gruppe der Gesprächspartner, die immer das Saarland wählen, ist die Routine das entscheidende Motiv. Erfahrungen sind wichtiger als kommunizierbare Vor- und Nachteile; auf Nachfrage und bei

genauerem Überlegen können meist auch konkrete Vorteile genannt werden. Praktische und medizinische Vorteile werden ebenfalls geschätzt, sind aber die selbstverständlichen Folgen der Gewohnheit. Durch die Gewohnheit ist im Normalfall auch ein geeigneter Arzt bekannt, zu dem bereits ein Vertrauensverhältnis besteht, d. h. Such-, Verhandlungs- und Kontrollkosten sind gering.

In bestimmten Fällen wird aus der Routine ausgebrochen. Ein erster Grund dafür sind Notfälle. Statt des üblichen Arztes am saarländischen Arbeitsort, wird aus Zeitgründen das nächste Krankenhaus aufgesucht, das sich in Lothringen befindet (Interview Q). Der zweite Grund sind sich verändernde Rahmenbedingungen oder neue Informationen. Die Abkehr von der Routine der grenzüberschreitenden Behandlung kommt nur vor, wenn im Einzelfall große praktische Vorteile bestehen. Französische Praxen sind z. B. abends oder samstags geöffnet, wenn im Saarland kein Arzt erreichbar ist (Interview L, T). Bei inneren Konflikten zwischen dem Gefühl, dass die Behandlung in Deutschland besser ist, und dem Wissen, dass eine Behandlung in Frankreich Vorteile hat, kann es zu einer bewussten Abwägung der Argumente kommen (Interview T). Die Entscheidung fällt nicht immer zugunsten des objektiven Vorteils aus (Interview L). Für einen Außenstehenden mag diese Entscheidung nicht rational erscheinen. Sie ist es aber aus der Sicht des Patienten und damit rational im Sinne der neueren *Rational-Choice*-Ansätze.

Wenn aufgrund eines solchen bewussten Entscheidungsprozesses von der bisherigen Routine abgewichen wird, werden Arztbesuche in Frankreich von den Interviewpartnern durchaus als „seltsam“ empfunden (Interview T). Das Gefühl der Unsicherheit beruht z. B. auf der mangelnden Kenntnis von Abläufen. Um dieses zu überwinden, muss sich der Patient davon überzeugen, dass die Andersartigkeit keinen Nachteil für ihn bedeutet. Dies kann ihm z. B. dadurch gelingen, dass er einen Vergleich mit dem gewohnten Vorgehen anstellt, Informationen einholt oder sich bei anderen Patienten, die sich besser auskennen, erkundigt. Dadurch entsteht ein zusätzlicher Aufwand.

2. *Einzelfallentscheidung für die grenzüberschreitende Behandlung im Saarland:*

In diesem Fall besteht keine Vorentscheidung für das Saarland. Für die aktuelle Entscheidungssituation existiert keine Routine, weil sie sich z. B. durch veränderte Rahmenbedingungen oder einen anderen Bedarf von den üblichen unterscheidet. Eine solche bewusste Entscheidung ist im Alltag eher ungewöhnlich und der Aufwand nur gerechtfertigt, wenn sich Vorteile daraus ergeben (ESSER 2001). Da

beide Behandlungsoptionen denkbar sind, kommt es zu einer auf den aktuellen Bedarf bezogenen bewussten Entscheidung. Von der Routine unterscheidet sich dieses Vorgehen dadurch, dass die grenzüberschreitende Behandlung nicht das selbstverständliche, ohne nachzudenken gewählte Handlungsmuster ist. Bei vielen Interviewten fällt die Wahl häufig auf den Behandlungsort Saarland. Bei einigen hat die Abwägung von Aufwand und Nutzen dagegen nur ein einziges Mal für die Behandlung im Saarland gesprochen (Interview A, B, J, M, O, X, Y).

Bei den Einzelfallunterscheidungen sind zwei unterschiedliche Entscheidungsmuster zu erkennen, die verdeutlichen, wie die Abwägung von Vor- und Nachteilen bzw. Aufwand abläuft. Die erste Gruppe von Patienten lässt Routineanliegen im Saarland behandeln, wenn die praktischen Vorteile überwiegen. Die Angst vor Verständigungsproblemen verhindert aber das Aufsuchen eines deutschen Anbieters bei komplexeren Problemen. Eine zweite Gruppe von Patienten handelt nach der umgekehrten Argumentation. Einfache Dinge erledigen sie in Lothringen, v. a. Hausarztbesuche, weil sie französische Ärzte dafür ausreichend fähig halten. Bei komplizierteren Problemen vertrauen sie der medizinischen Kompetenz im Saarland. Sie nehmen dabei praktische Nachteile, wie das unbekannte Gesundheitssystem, Sprachschwierigkeiten oder einen weiteren Weg, in Kauf. Die zwei Entscheidungsregeln stehen für einen unterschiedlichen Umgang mit Unsicherheit und Risiko, der von unterschiedlichen Zielen, Präferenzen und Bedürfnissen abhängt. Jede Regel verfolgt eine in sich konsistente rationale Wahl. Bei einigen Patienten kann ein Wandel des Argumentationsmusters erkannt werden, nachdem sie erste Erfahrungen im Saarland gesammelt und ihre Bedenken wegen möglicher Verständigungsprobleme dadurch abgenommen haben.

Bei Einzelfallentscheidungen entscheiden praktische Aspekte sowohl in Ausnahmefällen als auch in Normalfällen über den Behandlungsort (Interview B, D, F, J, M, Y). Eine solche Ausnahme ist z. B. der Besuch eines Schlaflabors, um eine Atemmaske und -gerät anzupassen. Der Patient befürchtet, dass sich Probleme ergeben könnten, wenn er ein deutsches Produkt in Frankreich nutzt und z. B. technische Unterstützung benötigt (Interview D). Umgekehrt kann bei langen Wartezeiten in Frankreich ausnahmsweise einmalig ein deutscher Arzt aufgesucht werden (Interview G, H, N). Praktische Aspekte sind sehr häufig ausschlaggebend für die Wahl eines deutschen Hausarztes. Damit hat oft schon eine Vorfestlegung für das deutsche Gesundheitssystem stattgefunden, denn Überweisungen finden fast immer innerhalb des Gesund-

heitssystems des überweisenden Arztes statt. Grenzüberschreitende Überweisungen sind z. T. gar nicht möglich, wie das Beispiel der Radiologie belegt. Abweichungen von den nationalen Behandlungspfaden gibt es, wenn der Patient explizit einen Wechsel in die Nachbarregion vorschlägt oder einen Facharzt ohne vorherige Konsultation des Hausarztes aufsuchen kann (Interview E, K, M, O, Q). Andererseits finden Hausarztbesuche häufig in Lothringen statt, weil fast alle Interviewten einen Hausarzt als *médecin traitant* angegeben haben (Interview C, R). Mehrere Patienten haben gleichzeitig einen deutschen und einen französischen Hausarzt, die sie abwechselnd aufsuchen. Der französische Arzt wird aufgesucht, wenn Medikamente verschrieben werden, aufgrund der Öffnungszeiten oder weil er den Patienten schon sehr lange kennt. Der deutsche Arzt bietet Vorteile, wenn eine bestimmte Praxisausstattung benötigt wird. Es bestehen also zwei Routinen nebeneinander. Bei einem akuten Anliegen werden teilweise auch beide Praxen kontaktiert, um die Wartezeit zu vergleichen und ggf. auch beide aufgesucht, um eine Zweitmeinung einzuholen (Interview A, B, D, J, K, O, P, S). Diese Form des von Fall-zu-Fall-Abwägens anhand sehr konkreter und z. T. auch objektiver Kriterien genügt den Annahmen einer rationalen Entscheidung in hohem Maße.

Medizinische Aspekte sind bei Fachärzten etwas wichtiger als bei Hausärzten, es wird danach entschieden, „wo es bessere Ärzte gibt“ (Interview J). Die Kriterien für die Wahl des besten Arztes sind sehr individuell. Ein Gesprächspartner legt z. B. Wert auf eine schnelle Linderung seiner Schmerzen und weniger darauf, dass sich der Arzt ausführlich mit ihm unterhält (Interview B). Er handelt sehr ergebnisorientiert. Andere betonen dagegen, dass es ihnen sehr wichtig sei, dass der Arzt sich Zeit für ein Gespräch nehme (Interview D, I, K). Medizinische Aspekte sind v. a. bei schweren Krankheiten wichtiger als praktische Aspekte (Interview D, C). In vielen Fällen kann jedoch nicht eindeutig bestimmt werden, ob praktische oder medizinische Aspekte einen höheren Stellenwert bei der Entscheidung für die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen im Saarland haben. Sie stehen vielmehr in Wechselbeziehung zueinander. Die Einzelfallentscheidungen sind stark nutzenorientiert und können damit als *rational choice* bezeichnet werden.

3. *Arztbedingte Entscheidung für die grenzüberschreitende Behandlung im Saarland:*

In einigen Fällen beruht die Entscheidung für eine grenzüberschreitende Behandlung nicht auf den Vorteilen im Saarland, sondern alleine auf der Wahl eines Arztes oder Anbieters. Dieser ist zufällig im Saarland ansässig, aber aufgrund der Versicherungs-

situation zugänglich. Das ausschlaggebende Kriterium der Wahl sind nicht Vorteile, die sich aus der Überquerung der Grenze ergeben. Die Rationalität besteht darin, den nach den subjektiven Kriterien besten Arzt zu wählen. Sobald ein Vertrauensverhältnis zu einem Arzt im Saarland besteht, nimmt der Aufwand für jede weitere grenzüberschreitende Behandlung ab. Ein bestimmter Arzt kann deshalb großen Einfluss auf den Entscheidungsprozess haben.

Dass ein Wechsel der Entscheidungsform und Routine möglich ist, wenn das „Rezept“ (ESSER 2001: 155) nicht mehr passt, wird am Beispiel von Frau M deutlich. Solange sie noch relativ weit von der Grenze entfernt lebte, war die Behandlung im Saarland kaum eine Option, weil der Aufwand in Form der zurückzulegenden Strecke zu groß war. Nach dem Umzug in einen grenznahen Ort nahm sie medizinische Dienstleistungen fast ausschließlich im Saarland in Anspruch. Bei ihrem deutschen Hausarzt ist sie inzwischen seit 30 Jahren Patientin, die grenzüberschreitende Behandlung wurde zur Routine. Aus Angst vor zunehmenden gesundheitlichen Beschwerden im fortgeschrittenen Alter und dadurch entstehenden finanziellen Belastungen hat sie kürzlich in Frankreich eine Zusatzversicherung abgeschlossen. Die Entscheidung zwischen Lothringen und dem Saarland wird nun in Abhängigkeit von den entstehenden Kosten einzelfallbezogen getroffen. Arztbesuche im Saarland werden dadurch seltener. Dieser Wandel und die drei daraus entstehenden Phasen wurden bei ihr durch Veränderungen der versicherungsrechtlichen Situation und der räumlichen Bezüge ausgelöst. In anderen Fällen sind solche Schlüssel-momente, in denen sich die Entscheidungsform ändert, das Auftreten einer schweren Krankheit und damit medizinisch bedingt (z. B. Interview D, O).

Neben der Differenzierung der drei Entscheidungsformen können für den Entscheidungsprozess auch einige allgemeinere Beobachtungen festgehalten werden. Es wurde deutlich, dass die Einbeziehung der Option der grenzüberschreitenden Behandlung den Entscheidungsaufwand in der Phase des *Handlungsentwurfs* in die Höhe treibt, aber auch den *Handlungsvollzug* verkompliziert. Fehlende Sprachkenntnisse, Unkenntnis des Gesundheitssystems und Informationsmangel machen die Kosten-Nutzen-Abwägung in der Phase des *Handlungsentwurfs* aufwendiger. Empfehlungen spielen bei einzelfall- und arztbedingten Entscheidungen eine große Rolle, um den Aufwand für die Wahl der Behandlungsoption zu senken. Die eigenständige Kosten-Nutzen-Abwägung tritt in den Hintergrund. Dass die Empfehlung einer grenzüberschreitenden Behandlung umgesetzt wird, setzt voraus, dass die persönlichen Rahmenbedingungen neutral bis fördernd sind. Der Patient muss dem Saarland und der grenzüberschreitenden Behandlung positiv oder

zumindest offen gegenüberstehen. Zudem spielt das Vertrauen in die Person, welche die Empfehlung ausspricht, eine große Rolle. Je größer das Vertrauen in die Person ist, desto geringer sind Such- und Kontrollkosten.

Beim *Handlungsvollzug* macht sich die Unsicherheit als Nachteil der grenzüberschreitenden Behandlung bemerkbar. Die Angst vor Verständigungsproblemen, aber v. a. auch davor, dass die Konsultation vom gewohnten und einschätzbaren Ablauf abweichen könnte, ist nicht zu vernachlässigen. Dieser Mechanismus verhindert die Behandlung komplizierterer Fälle im Saarland, wenn ein Patient nicht mit dem deutschen System und der deutschen Sprache vertraut ist (Interview A). Umgekehrt werden bei langer Gewohnheit der Behandlung im Saarland Arztbesuche in Lothringen erschwert, weil den Patienten bewusst ist, dass sie das andersartige System nicht kennen und ihm deshalb weniger vertrauen (Interview T).

Eine geringe *psychische Distanz* wirkt sich positiv auf die Höhe der Transaktionskosten aus. Die Tatsache, dass sich jedoch nicht nur Personen ohne oder mit einer sehr geringen *psychischen Distanz* regelmäßig und in schwierigen Fällen im Saarland behandeln lassen, deutet darauf hin, dass eine größere *psychische Distanz* in vielen Fällen durch praktische und medizinische Vorteile ausgeglichen wird. Dies kann z. B. geschehen, wenn der Leidensdruck sehr groß ist und die Behandlung im Saarland Linderung verspricht (Interview D). Die *psychische Distanz* reicht nicht als alleinige Erklärung für die individuelle Entscheidung aus, sondern ist immer in Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen und v. a. den Motiven zu sehen. Gewohnheiten, Empfehlungen und das Vertrauen in einen deutschen Arzt haben die größte Bedeutung für die Reduzierung der Transaktionskosten. Sie können dazu führen, dass die Transaktionskosten für eine Behandlung im Saarland genauso groß wie bei einem Arztbesuch in Lothringen sind oder sogar darunter liegen. Damit ist diese die beste Behandlungsoption im Sinne von *rational choice*.

Wenn eine erste Behandlung positiv verlaufen ist, können weitere Behandlungen im Saarland als Ergebnis eines selbstständigen und bewussten Entscheidungsprozesses folgen. Mit jeder weiteren gelungenen Behandlung und durch Lernprozesse nehmen Unsicherheit und Transaktionskosten ab.

9.7.2 Typen grenzüberschreitender Patienten

Unter den Interviewpartnern herrscht Konsens darüber, dass die grenzüberschreitende Behandlung im Saarland nicht für alle Grenzgänger die geeignetste Handlungsoption ist, weil sie sehr stark von den individuellen Voraussetzungen und Erwartungen abhängig ist (Interview A, B, D, E, O, Q). Auch die vorangegangenen Kapitel zeigen, wie unterschiedlich die Definition der besten Behandlung bei den Patienten ausfällt. Ein Faktor, der bei einem Patienten eine grenzüberschreitende Behandlung verhindert, kann bei einem anderen der Grund für einen Arztbesuch im Saarland sein. Eine Aussage darüber, ob ein Einflussfaktor generell förderlich oder hemmend ist, kann nur in zwei Fällen getroffen werden. Empfehlungen sind eine Ressource der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle, während die Informationsdefizite als *constraint*, im Sinne von beschränkend, wirken. Wenn Empfehlungen als Sonderform von Informationen verstanden werden, kann lediglich festgestellt werden, dass Informationen eine den Entscheidungsprozess beeinflussende Bedingung – ein neutraler *constraint* – sind (vgl. Kapitel 2.2). Als Folge der großen Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung und der Individualität des Entscheidungsprozesses musste bei der Analyse einzelner Faktoren sehr oft auf Relativierungen und Differenzierungen zurückgegriffen werden sowie auf gegensätzliche Aussagen hingewiesen werden. Trotz dieser Ambivalenzen und scheinbaren Widersprüche weisen die Entscheidungsprozesse der einzelnen Patienten gewisse Gemeinsamkeiten auf, die auf eine ähnliche Handlungslogik oder übereinstimmende Prioritäten zurückgehen.

Diese in sich konsistenten Muster können durch eine Typenbildung aufgedeckt werden. Typenbildungen eignen sich dafür, unübersichtliche und widersprüchliche Ergebnisse zu komplexen Sachverhalten zu strukturieren, ohne deren Vielfältigkeit zu ignorieren (vgl. Kapitel 6.4.2). Bei einer Typenbildung werden möglichst homogene Fallgruppen aufgrund von relevanten Merkmalen voneinander abgegrenzt. Nach KELLE & KLUGE (2010) sind dazu folgende Arbeitsschritte notwendig:

1. Auswahl erster Merkmale, die aufgrund theoretischer Erkenntnisse als relevant angesehen werden,
2. Überprüfung der gewählten Merkmale, des Merkmalraums und der Sinnzusammenhänge anhand der empirischen Ergebnisse,
3. Erstellen eines endgültigen Merkmalraums und Charakterisierung der Typen,
4. Zuordnung der Fälle zu den Typen.

Die Erarbeitung der relevanten Merkmale beruht sowohl auf deduktiven als auch induktiven Arbeitsschritten. Der Kreislauf aus der Festlegung von Merkmalen, deren Überprüfung und Überarbeitung kann mehrfach durchlaufen werden. Die in der vorliegenden Arbeit vorgenommene Typenbildung orientiert sich an diesem iterativen Ablauf. Sie beruht auf der Identifizierung der Einflussfaktoren, die für die Entscheidung hinsichtlich der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen relevant sind. Dabei folgt sie der subjektiven Logik der Patienten. Die Typenbildung verlief folgendermaßen:

1. Auswahl erster Merkmale, die aufgrund theoretischer Erkenntnisse als relevant angesehen werden:

Auf der Grundlage des theoretischen Vorwissens – dargelegt in den Hypothesen und in Abbildung 9 – wurden die folgenden Aspekte als relevant für die Entscheidung über die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen betrachtet:

- die persönlichen Rahmenbedingungen,
- die Häufigkeit der grenzüberschreitenden Behandlung,
- die Motive und
- die *psychische Distanz* zum Saarland.

2. Überprüfung der gewählten Merkmale und der Sinnzusammenhänge anhand der empirischen Ergebnisse:

Auf Grundlage der *codierten* Transkripte und der Einzelfallanalysen wurden für die vier Merkmale die Ausprägungen definiert und diese für jeden Interviewten bestimmt.

Die persönlichen Rahmenbedingungen wurden anhand der fünf Faktoren „Sprache“, „Familienstruktur“, „Wohnort“, „Versicherung“ und „Gesundheitszustand“ bewertet (vgl. Tabelle 10). Für jeden Faktor wurden die Ausprägungen „förderlich für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen“, „neutral“ oder „hemmend“ vergeben. Die Unterscheidung der Ausprägungen beruht nicht auf einer Messung, sondern auf den qualitativen Ergebnissen der Einzelfallanalysen. Positiv sind z. B. muttersprachliche Deutschkenntnisse oder ein Wohnort in Grenznähe, negativ eine französische Zusatzversicherung, die in Deutschland nicht gültig ist.

Eine objektive Bewertung ist nicht immer möglich, aber v. a. auch nicht zielführend. Entscheidend ist die subjektive Bewertung durch die Patienten selbst, z. B. ob das Niveau der Deutschkenntnisse als hemmend wahrgenommen wird oder nicht. Das bedeutet auch, dass aufgrund der subjektiven Priorisierung die Einzelaspekte nicht bei jedem Interviewten

gleich gewichtet und nicht für jeden Interviewten alle Aspekte bewertet wurden. Die Gesamtbewertung darf deshalb nicht als Durchschnitt der Einzelaspekte oder als Messwert verstanden werden. Das Vorgehen orientiert sich an einem Beispiel von KELLE & KLUGE (2010: 97f.).

Tabelle 10 Bewertung der persönlichen Rahmenbedingungen der Interviewpartner

Interviewpartner	Sprache	Familie	Wohnort	Versicherung	Gesundheitszustand	gesamt*
A	o		-	+		o
B	o		+			+
C	+		+			+
D	o		+	-	+	+
E	+		+			+
F	+	+	-	-	+	+
G	+		-			-
H	+		-	-		-
I	+		+			+
J	o	+	+	-		+
K	+	+	+			+
L	+	+	-			+
M	o		+	-		o
N	o		o		+	o
O	+		+	+	+	+
P	o	+	+			+
Q	o		o			o
R	+	+	o			+
S	o		o	o	+	o
T	+	+	-			+
U	o		o	o		o
V	+	+	+			+
W	-					-
X	+		+			+
Y	+		+			+

+ = förderlich für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen

o = neutral für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen

- = hemmend für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen

* die Gesamtbewertung ist nicht das arithmetische Mittel der Bewertung der einzelnen Faktoren

eigene Tabelle

Die Häufigkeit der Behandlung im Saarland ließ sich aufgrund der Interviews problemlos bestimmen. Es wurden fünf Merkmalsausprägungen unterschieden: ausschließlich, vorzugsweise (in mehr als der Hälfte der Fälle, immer wenn es möglich ist), oft (annähernd so oft im Saarland wie in Lothringen), vereinzelt (im Saarland seltener als in Lothringen) und einmalig (vgl. Tabelle 11).

Die in den theoretischen Überlegungen (vgl. Kapitel 3.4) genannten Motive Entfernung, Vertrautheit mit der Nachbarregion, Verfügbarkeit des Angebots, Kostenersparnis und Behandlungsqualität wurden auf Grundlage der empirischen Ergebnisse überarbeitet. Es wurden sechs Hauptmotive der Patientenmobilität im Untersuchungsraum identifiziert (vgl. Kapitel 9.1 bis 9.5): Gewohnheit, Überzeugung, praktische Aspekte, medizinische Aspekte, ein bestimmter Arzt und Zwang. Diejenigen, die aus Gewohnheit im Saarland zum Arzt gehen, tun dies seit ihrer Kindheit oder sehr langer Zeit. Das Motiv steht in engem Zusammenhang mit den persönlichen Rahmenbedingungen. Die Entscheidung für die erste grenzüberschreitende Behandlung wurde nicht bewusst bzw. selbst gefällt, die Art der Behandlung zieht sich durch das ganze Leben. Es kommt deshalb nicht zu einer bewussten Entscheidung, wenn eine medizinische Dienstleistung benötigt wird. Auch bei einer Entscheidung aus Überzeugung ist die konkrete Benennung von Vorteilen im Saarland schwierig. Es handelt sich um eine Art Gesamtpaket, das v. a. auf prägenden Erfahrungen und weniger auf einer langen Dauer der Behandlung im Saarland beruht. Das Motiv „Überzeugung“ wurde im Unterkapitel 9.3 als Teil der medizinischen Aspekte aufgeführt. Es wird nun getrennt betrachtet, weil es über eine sachliche Beurteilung hinaus auch eine emotionale Komponente der Bewertung beinhaltet. Die Motive „praktische Aspekte“ und „medizinische Aspekte“ bleiben ansonsten unverändert bestehen. Als Sonderfall wurde „ein bestimmter Arzt“ aufgenommen. Dieses Motiv kann alle anderen überstrahlen, ist aber personengebunden und somit kein auf die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung beschränktes Motiv. Das Motiv „Zwang“ unterscheidet sich fundamental von den anderen Ausprägungen, weil der Patient sich nicht selbst für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen entscheidet.

Die *psychische Distanz* wurde zunächst über die zwei konkreteren Aspekte „Art der grenzüberschreitenden Kontakte“ und „Bezug zum Saarland“ operationalisiert. Es wurde erfasst, wie oft und zu welchem Zweck das Saarland aufgesucht wird und welche persönlichen Beziehungen sich daraus ergeben. Für jeden Interviewten wurde untersucht, ob er Familie oder Bekannte im Saarland hat, dort seine Freizeit verbringt, Einkäufe erledigt oder über die Arbeitstätigkeit hinaus keine grenzüberschreitenden Beziehungen hat. Neben eigenen

Erfahrungen prägen indirekte Informationen, wie z. B. über Medien, den Bezug zum Saarland, der die Ausprägungen „fühlt sich als Saarländer“, „sehr eng“, „neutral“, „vorteilsorientiert“ oder „negativ“ annehmen kann.

Aus den gewählten Merkmalen und den festgelegten Merkmalsausprägungen ergab sich der in Tabelle 11 dargestellte Merkmalsraum. Jeder Einzelfall wurde in dieses Raster eingeordnet. Danach wurde durch eine *Fallkontrastierung* (KELLE & KLUGE 2010) nach ähnlichen Kombinationen von Merkmalsausprägungen gesucht. Mehrere Fallgruppen, zwischen denen Gemeinsamkeiten bestehen, wurden identifiziert. Beispielfhaft werden drei davon genannt (vgl. Tabelle 11):

- Fallgruppe 1 (Fälle C, D, O):

Förderliche persönliche Rahmenbedingungen + Behandlung oft/vorzugsweise im Saarland + Überzeugung/medizinische Gründe/praktische Gründe + wenige grenzüberschreitende Kontakte + vorteilsorientierter Bezug zum Saarland

- Fallgruppe 2 (Fälle L, R, T):

Förderliche persönliche Rahmenbedingungen + Behandlung vorzugsweise/ausschließlich im Saarland + Gewohnheit als Motiv + intensive grenzüberschreitende Kontakte ins Saarland

- Fallgruppe 3 (Fälle M, N, S):

Neutrale persönliche Rahmenbedingungen + vereinzelt/oft Behandlung im Saarland + praktische Gründe + wenige grenzüberschreitende Kontakte + vorteilsorientierter Bezug zum Saarland

Tabelle 11 Vorläufiger Merkmalsraum zur Bestimmung von Typen grenzüberschreitender Patienten

Fall	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	
Merkmale/-ausprägungen																										
Persönliche Rahmenbedingungen																										
- förderlich		x	x	x	x	x			x	x	x	x		x	x			x		x		x			x	x
- neutral	x												x				x		x							
- hemmend							x	x																x		
Häufigkeit der Behandlung im Saarland																										
- ausschließlich					x				x									x		x						
- vorzugsweise		x	x							x		x		x	x											
- oft	x			x						x			x												x	x
- vereinzelt							x	x						x					x							
- einmalig																								x		
Motive für die Behandlung im Saarland																										
- Gewohnheit									x	x		x						x		x					x	x
- Überzeugung			x	x	x					x	x	x			x	x							x			
- medizinische Gründe	x		x	x	x					x	x	x			x	x							x			x
- praktische Gründe	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x		x	x							x			x
- ein bestimmter Arzt					x						x															
- Zwang																										
Grenzüberschreitende Kontakte																										
- innerhalb der Familie										x	x	x						x		x						?
- innerhalb des Bekanntenkreises	x				x	x	x			x	x	x					x									
- Freizeitgestaltung	x					x				x	x	x														
- Versorgung	x	x	x		x				x	x	x	x	x													
- Saarland nur der Arbeitsort																										
Bezug zum Saarland																										
- fühlt sich als Saarländer										x	x	x														?
- sehr eng					x						x							x								
- neutral							x	x																		
- vorteilsorientiert	x	x	x	x			x	x					x	x												
- negatives Saarlandbild													x													

Fallgruppe 1
 Fallgruppe 2
 Fallgruppe 3
 x = Fall wird dieser Merkmalsausprägung zugeordnet ? = aus dem Kurzinterview nicht bestimmbar, eigene Tabelle

Typenbildungen beruhen nicht alleine auf Häufigkeitsverteilungen, sondern gehen in erster Linie von Sinnzusammenhängen aus, die durch Vergleiche der einzelnen Fälle und der gebildeten Gruppen überprüft werden (KELLE & KLUGE 2010: 101-104). Die Suche nach solchen Zusammenhängen deckte auf, dass sich die in Tabelle 11 andeutenden Zusammenhänge in den Interviews nicht ausreichend bestätigen. Zudem hatten die gewählten Merkmale nicht alle den gleichen Erklärungsgehalt für das Handeln der Patienten. Die Zahl der einbezogenen Merkmale wurde deshalb reduziert und die Merkmalsausprägungen folgendermaßen überarbeitet:

Die persönlichen Rahmenbedingungen an sich sind weniger aufschlussreich als ihre Auswirkungen auf die Motive und Probleme grenzüberschreitender Behandlungen sowie die *psychische Distanz*. Verschiedene Beispiele verdeutlichen die Zusammenhänge: Aus muttersprachlichen Deutschkenntnissen und fehlender Erfahrung mit der französischen Gesundheitsversorgung ergibt sich ein Motiv für die grenzüberschreitende Behandlung. Der Wohnort ist relevant für die Bewertung der metrischen Distanz als Motiv. Die finanzielle Situation kann hemmend oder fördernd wirken. Die Familienstruktur beeinflusst die *psychische Distanz* stark. Die persönlichen Rahmenbedingungen wurden deshalb als Selektionsfaktor gestrichen. Sie werden allerdings implizit über die anderen Kategorien zur Typenbildung herangezogen und zudem bei der Beschreibung der Typen verwendet.

Das Merkmal „Häufigkeit“ ist kein Bestimmungsfaktor für die Typenbildung, weil die Häufigkeit der Behandlung im Saarland die Folgeerscheinung anderer Aspekte ist. Sie ist damit ein beschreibendes Merkmal der Typen, aber kein Selektionsfaktor.

Die Motive beeinflussen den Entscheidungsprozess stark und sind deshalb ein relevantes Merkmal. Die identifizierten Hauptmotive geben wichtige Hinweise auf den Entscheidungsprozess. Lediglich beim Motiv „ein bestimmter Arzt“ sind Modifikationen notwendig. Arztbedingte Entscheidungen, die im vorangehenden Abschnitt definierte dritte Entscheidungsform, kommen in allen Gruppen vor und sind deshalb für die Typenbildung nicht relevant. Das Motiv wird losgelöst von den anderen betrachtet, weil es zwar zu einer grenzüberschreitenden Behandlung führt, ohne aber die Grenzüberschreitung an sich zu intendieren. Aufgrund der großen individuellen Bedeutung sollte es jedoch nicht vernachlässigt werden. Der Wunsch, sich beim Arzt des Vertrauens behandeln zu lassen, der sozusagen zufällig im Saarland tätig ist, tritt an die Stelle der Abwägung zwischen Vorteilen der Behandlung im Heimat- und im Nachbarland.

Die *psychische Distanz* ist ein relevantes Merkmal der Typenbildung. Zur Bestimmung müssen jedoch über die grenzüberschreitenden Kontakte und die Einstellung zum Saarland

hinaus weitere Aspekte einbezogen werden. Dazu zählen Muttersprache, familiäre Beziehungen oder persönliche Erfahrungen im Saarland (vgl. Kapitel 9.4.2).

Zwischen den Einzelaspekten bestehen Zusammenhänge: Personen, bei denen *keine psychische Distanz vorhanden* ist, haben familiäre Beziehungen zum Saarland, z. B. durch ein Elternteil oder einen deutschen Partner, und/oder sprechen Deutsch als Muttersprache. Sie fühlen sich genauso als Deutsche wie als Franzosen oder fühlen sich eher dem Saarland zugehörig. Ein Großteil ihres Alltags spielt sich im Saarland ab. Interviewpartner, die eine *geringe psychische Distanz* zum Saarland aufweisen, haben nicht von Kind an bzw. nicht in der Familie eine so starke Bindung an das Saarland. Trotzdem haben sie enge persönliche Kontakte im Saarland und eine positive Einstellung gegenüber der Nachbarregion, die sie für viele Bereiche des Lebens aufsuchen. Im Gegensatz dazu ist das Handeln der Gesprächspartner mit einer *mittleren psychischen Distanz* von der Suche nach Vorteilen geprägt. Sie stehen dem Saarland positiv bis neutral gegenüber, überqueren die Grenzen aber nur, wenn dies Vorteile bietet. Bei einer *großen psychischen Distanz* liegt der Arbeitsplatz im Saarland, ansonsten finden aber keine Aktivitäten im Saarland statt.

Um das Merkmal „*psychische Distanz*“ für die Typenbildung nutzen zu können, wurde für jeden Interviewten aufgrund der erstellten Einzelfallanalysen die *psychische Distanz* (vgl. Kapitel 9.4.2) bestimmt und die Fälle den Ausprägungen zugeordnet (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12 *Psychische Distanz* bei den Interviewten

<i>Psychische Distanz zum Saarland</i>	Interviewpartner
nicht vorhanden	J, K, L, R, T, V
gering	E, F, I, P
mittel	A, B, C, D, G, H, M, N, O, Q, S, U, X, Y
groß	W

eigene Tabelle

In den zwei Extremkategorien „nicht vorhanden“ und „groß“ treten die Zusammenhänge zwischen *psychischer Distanz* und grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen relativ eindeutig hervor. Die Personen, bei denen *keine psychische Distanz vorhanden* ist, lassen sich bis auf eine Ausnahme nur in dringenden Ausnahmefällen in Lothringen behandeln. Die einzige Person, die eine *große psychische Distanz* zum Saarland hat, ist der Patient, der zur Behandlung im Saarland gezwungen wurde.

Die Beziehungen in den beiden mittleren Kategorien „gering“ und „mittel“ sind komplexer. Die Personen, die eine *geringe psychische Distanz* zum Saarland aufweisen, suchen „häufig“ bis „fast ausschließlich“ Ärzte im Saarland auf. In dieser Gruppe gibt es Personen, die einen deutschen Partner haben, jedoch niemanden mit einem deutschen Elternteil. Die meisten Interviewten gehören der Gruppe „*mittlere psychische Distanz*“ an. Unter ihnen sind Personen, die sich fast ausschließlich im Saarland behandeln lassen, aber auch Patienten, die nur einziges Mal für einen Arztbesuch ins Saarland kamen. Die Motive und Entscheidungsmuster sind heterogen. Enge familiäre Beziehungen ins Saarland bestehen nicht. Die persönlichen Rahmenbedingungen nehmen alle Ausprägungen an und werden zudem sehr unterschiedlich bewertet. Das bedeutet, dass auch bei gleichen Voraussetzungen, z. B. sehr guten Deutschkenntnissen, ganz unterschiedliche Entscheidungen getroffen werden.

Als entscheidende Faktoren für die Entscheidung für oder gegen die grenzüberschreitende Behandlung bleiben nach der Überprüfung anhand der empirischen Ergebnisse die Merkmale „Motiv“ und „*psychische Distanz*“. Die *psychische Distanz* bildet einen eher stabilen, jedoch nicht unveränderlichen, Rahmen der Entscheidung, während sich die Motive von Behandlung zu Behandlung ändern können.

3. Erstellen eines endgültigen Merkmalraums und Charakterisierung der Typen:

Es ergibt sich damit ein endgültiger Merkmalraum zur Bestimmung grenzüberschreitender Patienten, aus dem vier Typen hervorgehen (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13 Typen grenzüberschreitender Patienten im Untersuchungsraum

<i>Psych. Distanz</i> zum SL	nicht vorhanden	gering	mittel	groß
Motiv				
Gewohnheit	I	II		
Überzeugung				
praktische Gründe				III
medizinische Gründe		IV		
Zwang				

SL = Saarland
eigene Tabelle

Die quantitative Verteilung der Interviewpartner auf die Merkmalsausprägungen bestätigt die im Folgenden beschriebenen inhaltlichen Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Merkmalsausprägungen. Sie kann aber z. B. die Abstufung der Relevanz von Motiven für einen Typ nicht sichtbar machen und ist aufgrund der geringen Fallzahlen wenig belastbar. Relevant sind die aus den Einzelfallanalysen abgeleiteten Sinnzusammenhänge, die in den folgenden Typenbeschreibungen dargestellt werden:

Typ I Routinier der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Für Routiniers ist das Ziel der grenzüberschreitenden Behandlung die Fortsetzung der Gewohnheit einer gut funktionierenden Gesundheitsversorgung. Sie handeln aus ihrer Sicht rational, weil sie einer Routine folgen und den Entscheidungsaufwand damit minimieren. Die Behandlung in Lothringen steht oftmals gar nicht zur Diskussion. Sie haben eine grundsätzliche Entscheidung für die Behandlung im Saarland getroffen (erste Entscheidungsform im vorangehenden Abschnitt).

Die *nicht vorhandene psychische Distanz* zum Saarland und die langjährige Gewohnheit der Behandlung im Saarland sind entscheidend für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen. Sie sind überzeugt, mit der Behandlung im Saarland die richtige Wahl zu treffen. Die praktischen und medizinischen Vorteile der Konsultation im Saarland werden wahrgenommen und auch geschätzt. Sie sind aber sozusagen die angenehmen Nebenerscheinungen der eher intuitiv getroffenen Entscheidung und der Befolgung der Routine. Es werden teilweise sogar Nachteile der Behandlung im Saarland hingenommen, um nicht vom vertrauten Vorgehen abweichen zu müssen. Die Gesundheitsversorgung findet, wie auch viele andere Bereiche des alltäglichen Lebens, (fast) ausschließlich im Saarland statt. Es ist normal, dass der Aktionsraum grenzüberschreitend ist, die Grenzlage wird kaum oder positiv wahrgenommen. Der Wegfall der Behandlungsmöglichkeit im Saarland wäre ein schwerwiegender Verlust.

Das Überqueren der Grenze im Gesundheitsbereich stellt für den *Routinier* kein Problem dar. Die persönlichen Rahmenbedingungen sind aufgrund der sehr guten bis muttersprachlichen Deutschkenntnisse, die auf familiären Beziehungen zu Saarländern basieren, sehr förderlich. Die Sprache kann ein Motiv für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen sein. Aufgrund der vielfältigen und langjährigen Kontakte ins Saarland besteht eine große *interkulturelle Kompetenz*. Die Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems und das Angebot medizinischer Dienstleistungen im Saarland

sind bekannt. Empfehlungen spielen für die Patienten eine geringe Rolle. Sie geben ihre positiven Erfahrungen jedoch an andere Grenzgänger weiter.

Für die *Routiniers* besteht bei einer Behandlung im Saarland keine Unsicherheit, das Vertrauen ist groß. Such-, Verhandlungs- oder Kontrollkosten fallen nicht an. Die Transaktionskosten sind deshalb bei einer Behandlung im Saarland gering, z. T. sogar geringer als bei einer Konsultation in Lothringen. Es müssen keine konkreten Vorteile bestehen, damit es zur grenzüberschreitenden Behandlung kommt. Die subjektiv beste Behandlungsoption ist für diesen Typ in den allermeisten Fällen die grenzüberschreitende Behandlung im Saarland. Frau L verkörpert den Typ I.

Fallbeispiel Typ I

Frau L, 43 Jahre, Büroangestellte

Frau L lebt mit ihrer Familie in einem Dorf, weniger als zehn Kilometer von der deutsch-französischen Grenze entfernt. Sie ist zweisprachig aufgewachsen, da ihre Mutter Deutsche ist. Diese hat sie schon in der Kindheit zum deutschen Arzt mitgenommen. Frau L hat eine Ausbildung im Saarland absolviert und ist seitdem Grenzgängerin. Ihre persönlichen Rahmenbedingungen sind sehr förderlich für die grenzüberschreitende Patientenmobilität.

Frau L hat keine größeren gesundheitlichen Probleme, Ärzte sucht sie nur für Vorsorgeuntersuchungen und die Behandlungen kleinerer Beschwerden wie z. B. Grippe auf. Sie geht aus persönlichen Gründen fast ausschließlich im Saarland zum Arzt, hat aber keine negative Einstellung zur französischen Gesundheitsversorgung.

Die langjährige Gewohnheit macht sich bei Frau L in zweifacher Hinsicht bemerkbar. Erstens ist Sprache für sie kein Hemmnis, sondern ein Motiv. Arztbesuche in Frankreich sind für sie mit Unsicherheit verbunden, weil sie nicht alle Begriffe kennt und dies gegenüber dem Arzt nicht immer zugeben möchte. Zweitens spielt das über einen langen Zeitraum entwickelte Vertrauen in deutsche Ärzte, das ihr „wohl in die Wiege gelegt“ wurde, eine wichtige Rolle bei ihrer Entscheidung. Das Vertrauen ist nicht bei allen Ärzten gleich wichtig, aber für eine Behandlung beim deutschen Zahnarzt oder Gynäkologen nimmt sie sogar die höheren Kosten in Kauf.

Frau L zieht wegen des Vertrauens prinzipiell das Saarland vor, die Organisationsunterschiede zwischen den zwei Gesundheitssystemen sprechen ihrer Meinung nach aber nicht eindeutig für ein Land. Sie nutzt in Einzelfällen das französische System, wenn sie keine andere Wahl hat, z. B. weil deutsche Hausarztpraxen am Samstagvormittag nicht geöffnet sind.

Frau L ließ auch ihre Kinder im Saarland behandeln. Sie ziehen wegen ihrer geringeren Deutschkenntnisse inzwischen Arztbesuche in Lothringen vor. Die Begleitung ihrer Kinder zu französischen Ärzten führte Frau L einige Unterschiede vor Augen, die sie aus eigener Erfahrung nicht kannte, und die für sie eine „riesige Umstellung“ bedeuten.

Frau L findet es erstaunlich, dass sich die „Mentalität“ von Lothringern und Saarländern noch immer unterscheidet, obwohl kriegerische Auseinandersetzungen lange zurückliegen und viele Kontakte bestehen. Sie kann Vorurteile über die Nachbarregion und Ängste, die Grenze zu überqueren, nicht nachvollziehen. Sie sieht sich als zwischen beiden Ländern stehend und fühlt sich „eigentlich so geteilt.“

Typ II Anhänger der saarländischen Gesundheitsversorgung

Die *Anhänger der saarländischen Gesundheitsversorgung* verfolgen mit der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen die Ziele einer kompetenten Versorgung und einer sorgfältigen Diagnostik. Sie wollen als Patienten ernstgenommen werden. Diese Ansprüche werden aus ihrer Sicht eher im Saarland als in Lothringen erfüllt. Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist deshalb für sie eine rationale Wahl.

Die positive Sichtweise der saarländischen Gesundheitsversorgung beruht nicht auf einer langen Gewohnheit, sondern auf einer Mischung aus Überzeugung sowie praktischen und medizinischen Vorteilen. Dabei stehen die Überzeugung, dass die Gesundheitsversorgung im Saarland besser ist, und damit medizinische Vorteile im Vordergrund. Negative Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung in Frankreich, aus denen sich eine Begeisterung für die Gesundheitsversorgung im Saarland entwickelt hat, spielen z. T. eine große Rolle. Die Erfahrungen mit der Behandlung im Saarland sind vielfältig und zumeist positiv.

Die Gesundheitsversorgung findet zu fast gleichen Teilen in Lothringen und im Saarland statt. Die Wahl des Behandlungslandes wird meist nicht für jede Konsultation erneut getroffen, denn es bestehen Erfahrungen für unterschiedliche Arten von medizinischen Dienstleistungen. So kann z. B. für ein Fachgebiet grundsätzlich das Saarland gewählt, für andere Behandlungen aber Lothringen präferiert werden. Ähnliche Vorabentscheidungen können z. B. in Abhängigkeit von der Dringlichkeit oder von den anfallenden Kosten existieren. Es handelt sich um eine Mischung aus grundsätzlichen Entscheidungen für die Behandlung im Saarland und Einzelfallentscheidungen. Es ist sowohl die erste im vorangehenden Abschnitt definierte Entscheidungsform als auch die zweite vertreten. Bei der Wahl des Arztes greifen die Patienten auf Empfehlungen zurück und recherchieren auch selbstständig. Da viele von ihnen regelmäßig bei deutschen Ärzten in Behandlung sind, informieren sie sich dort über geeignete Mediziner und Anbieter.

Die persönlichen Rahmenbedingungen der *Anhänger der saarländischen Gesundheitsversorgung* sind förderlich bis neutral. Die positive und aufgeschlossene Einstellung gegenüber dem Saarland geht mit einer *geringen bis mittleren psychischen Distanz* einher. Die Grenzlage wird als Chance für viele Lebensbereiche und als Ressource gesehen. Es finden vielfältige grenzüberschreitende Kontakte statt. Die Sprachkenntnisse variieren, es wird jedoch mindestens ein mittleres Niveau erreicht. Bei vielen Patienten besteht ein Bewusstsein für Unterschiede zwischen Lothringen und dem Saarland. Gleichzeitig sind sie bereit,

diese zu akzeptieren und können damit umgehen. Es gibt keine größeren Probleme bei grenzüberschreitenden Konsultationen, sie sind Routine.

Durch die Gewohnheit und eine gewisse Vorfestlegung sind die Transaktionskosten relativ gering. Ein bestimmter Aufwand, z. B. für die Überwindung der Sprachbarriere oder für das Einholen einer Genehmigung im Ruhestand, wird in Kauf genommen, weil die grenzüberschreitende Behandlung große Vorteile verspricht. Es besteht ein großes Vertrauen in die Qualität der saarländischen Gesundheitsversorgung, die den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu einzelnen Anbietern erleichtert. Die subjektiv beste Behandlungsoption ist in medizinischer Hinsicht häufig die grenzüberschreitende Behandlung im Saarland. Das große Vertrauen in das saarländische Gesundheitssystem von Typ II wird am Beispiel von Herrn D sehr deutlich.

Fallbeispiel Typ II

Herr D, 33, Arbeiter

Herr D ist seit 15 Jahren Grenzpendler. Er spricht mittelmäßig gut Deutsch und hat durchschnittlich viele Kontakte ins Saarland. Seine persönlichen Rahmenbedingungen sind neutral.

Herr D bekam ca. zwei Jahre vor dem Interview ernste gesundheitliche Beschwerden, wie Übelkeit und Herzrasen. Zu diesem Zeitpunkt fand seine gesamte Gesundheitsversorgung in Lothringen statt. Sein Hausarzt konnte keine Auffälligkeiten feststellen, bei mehreren Besuchen bei Fachärzten, wurde ebenfalls keine Diagnose gestellt. Die Suche nach der Ursache erstreckte sich über Monate, die Beschwerden blieben. Ein Facharzt empfahl, die Lebensweise umzustellen. Herr D hatte das Gefühl, dass seine Beschwerden nicht ernst genommen werden.

Nach einem weiteren Anfall suchte Herr D die Notaufnahme eines Krankenhauses im Departement Moselle auf. Er wurde auf die Intensivstation eines anderen Krankenhauses verlegt und sollte sich dort einem kleineren Eingriff unterziehen und später in einem größeren Krankenhaus in Nancy oder Straßburg operiert werden. Er bat um die Verlegung ins Saarland, nachdem er sich über die Diagnose und die geplante Behandlung informiert hatte. Er hatte das Gefühl, dass die festgelegte Behandlung nicht die beste Wahl war. Er wollte v. a. nicht drei bis vier Monate auf die Operation in Frankreich warten. Herr D fühlte sich nicht gut versorgt, weil es offensichtlich war, dass im Krankenhaus die Erfahrung für den bei ihm durchgeführten Eingriff fehlte. Der zuständige Krankenhausarzt verweigerte ihm die Verlegung ins Saarland.

Der französische Hausarzt von Herrn D war gegenüber der Behandlung im Saarland aufgeschlossener und überwies ihn an einen deutschen Hausarzt, der die Operation im deutschen Krankenhaus initiierte. Als wieder Beschwerden auftraten, suchte Herr D mehrmals die Notaufnahme in Lothringen auf. Dort wurde keine Diagnose gestellt und ihm stattdessen ein Besuch beim Psychologen empfohlen. Als die Beschwerden wieder auftraten, ließ er sich über den betriebsärztlichen Dienst wieder in das deutsche Krankenhaus einliefern. Durch eine größere Anzahl aufwendiger Diagnosemaßnahmen wurde die für seine unterschiedlichen Beschwerden ursächliche Krankheit diagnostiziert. Aufgrund seiner schlechten Erfahrungen in Lothringen entschied er sich dafür, diese in Deutschland behandeln zu lassen. Er ist der Ansicht, dass er heute noch immer nicht wüsste, welche Krankheit er hat, wenn er nicht ins Saarland gekommen wäre. Aus der Erleichterung darüber, dass die Ursache seiner Beschwerden gefunden wurde und eine gezielte Behandlung nun möglich ist, hat sich Herr D zum Anhänger der saarländischen Gesundheitsversorgung entwickelt.

Herr D. fühlt sich im Saarland gut aufgehoben. Die Versorgung sei „phänomenal“, weil seine Beschwerden ernstgenommen werden, die Ärzte zuhören und die notwendigen Untersuchungen und Behandlungen schnell durchgeführt werden. Besuche bei weiteren deutschen Fachärzten haben seine positive Erfahrung bestätigt. Für Routineangelegenheiten geht Herr D noch zu seinem französischen Hausarzt, weil er dort z. B. die Kosten für Medikamente von seiner Zusatzversicherung erstattet bekommt. Er hat jedoch auch einen deutschen Hausarzt. Auch seine Töchter lässt Herr D in Deutschland auf die bei ihm diagnostizierte Erbkrankheit untersuchen. Seinem Schwiegervater und seiner Frau hat er empfohlen, ihre Beschwerden ebenfalls im Saarland behandeln zu lassen.

Es gibt viele Punkte, die Herrn D an der französischen Gesundheitsversorgung stören, wie z. B. die langen Wartezeiten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser oder die geringe Zahl von medizinischen Großgeräten. Herr D macht die finanzielle Knappheit in der französischen Gesundheitsversorgung für viele Probleme verantwortlich. Aber auch die Einstellung der Ärzte führt seiner Meinung nach zu Problemen, weil Patienten weniger in Entscheidungen einbezogen werden.

Herrn D halten seine mittelmäßigen Deutschkenntnisse nicht von komplizierten Konsultationen im Saarland ab. Er kommt auch deshalb zurecht, weil viele Ärzte und Pflegekräfte im Saarland zumindest ein wenig Französisch sprechen. Hemmend ist für ihn, dass ihm Informationen über das saarländische Angebot fehlen. Er weiß nicht, wo er bei welchen Beschwerden Hilfe findet.

Typ III *Border surfer*

Als *border surfer* werden Personen bezeichnet, die in einer Grenzregion leben und ihren grenzüberschreitenden Alltag an den Vorteilen dies- und jenseits der Grenze ausrichten. Sie überqueren die Grenze nicht, weil sie sich mit der Nachbarregion identifizieren, sondern weil sie von Unterschieden aller Art – z. B. einem Preisgefälle – profitieren möchten (TERLOUW 2012). Sie treffen ihre Entscheidungen auf der Grundlage rationaler Abwägungen. Bei der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle nutzen die *border surfer* die Grenzlage, um ihr Ziel einer schnellen und erfolgreichen Behandlung mit möglichst geringem Aufwand zu erreichen.

Die Behandlung im Saarland wird aus praktischen und medizinischen Gründen gewählt, wenn die konkreten Vorteile der grenzüberschreitenden Konsultation den Aufwand übersteigen. Dabei überwiegen meist die praktischen Motive. Alle drei Ausprägungen der persönlichen Rahmenbedingungen sind vertreten. Die Sprachkenntnisse variieren und können bestimmte Konsultation im Saarland verhindern. Grenzüberschreitende Konsultationen kommen in Abhängigkeit von den persönlichen Rahmenbedingungen vereinzelt bis oft vor. Der Wegfall der Möglichkeit der Behandlung im Saarland wäre für den *border surfer* mit Unbequemlichkeiten verbunden, könnte aber in Frankreich kompensiert werden. Die Beziehung zum Saarland ist positiv bis neutral. Es fehlt jedoch teilweise das bei den Typen I und II zu beobachtende Verständnis für das Nachbarland, es besteht eine *mittlere psychische Distanz* zum Saarland. Grenzüberschreitende Aktivitäten finden im Alltag statt, wenn sie praktische oder ökonomische Vorteile bieten. Empfehlungen, v. a. unter Kollegen, spielen bei der Entscheidung für die Behandlung im Saarland und bei der Wahl des Arztes eine sehr große Rolle. Die Grenzlage wird nicht als Problem betrachtet, sondern als Potenzial, aus dem sich neue Handlungsoptionen ergeben.

Die Entscheidung für die Behandlung im Saarland wird öfter als bei Typ II einzelfallbezogen (zweite Entscheidungsform) und aufgrund einer Kosten-Nutzen-Abwägung getroffen. Die Transaktionskosten, die durch die sprachliche Unsicherheit bestehen, können nicht immer durch Vorteile aufgewogen werden. Praktische Aspekte bestimmen, ob die grenzüberschreitende Behandlung im Saarland zur subjektiv besten Behandlungsoption für Typ III wird. Wie stark die Entscheidung bei Typ III von Einzelfallentscheidungen und der Suche nach konkreten Vorteilen geprägt ist, zeigt das Beispiel von Herrn B.

Fallbeispiel Typ III

Herr B, 56 Jahre, Arbeiter

Herr B ist seit 32 Jahren Grenzpendler und genauso lange grenzüberschreitend in Behandlung. Er spricht mittelmäßig gut Deutsch. Ein Kollege machte Herrn B auf die Möglichkeit der Behandlung im Saarland aufmerksam. Als er zum ersten Mal einen saarländischen Arzt aufsuchte, waren seine Deutschkenntnisse noch wesentlich schlechter als heute. Dass der damalige Arzt Deutsch sprach und in seiner heutigen Hausarztpraxis eine französischsprachige Mitarbeiterin beschäftigt ist, war bzw. ist sehr hilfreich für ihn. Das Vokabular für Krankheiten, die Herr B in Deutschland behandeln lässt, kennt er auf Deutsch besser als auf Französisch. Seine mittelmäßigen Deutschkenntnisse sind dann ein Problem, wenn es sich um sehr komplexe Sachverhalte handelt, wie z. B. nach seinem Herzinfarkt, oder wenn ein Arzt im Saarland nicht gut Deutsch spricht. Seine persönlichen Rahmenbedingungen sind neutral.

Herr B entscheidet von Fall zu Fall und lässt sich zu etwa 75 % im Saarland behandeln. Er hat einen deutschen und einen französischen Hausarzt. Er konsultiert auch saarländische Fachärzte und war für Operationen und Kuren im Saarland.

Die praktischen Vorteile sind für Herrn B entscheidend. Er stellte z. B. in Frankreich und Deutschland gleichzeitig einen Antrag auf eine Rehabilitation und trat sie dort an, wo dies schneller möglich war. In den meisten Fällen ist die Behandlung im Saarland praktischer: Er geht direkt nach der Arbeit zu seinem deutschen Hausarzt, der sich im Arbeitsort befindet, und spart auf diese Art und Weise Zeit. Die Organisation des deutschen Gesundheitssystems bedeutet für ihn, dass er einen geringeren Anteil seiner Freizeit in Arztpraxen verbringen muss. Er kann viele Dinge in der Hausarztpraxis erledigen, für die er in Frankreich ein Labor oder einen Facharzt aufsuchen müsste und spart so Zeit. Die Qualität in beiden Ländern schätzt Herr B als gleichwertig ein, weil die Ärzte gleich gut qualifiziert seien. Er hat deshalb keine Bedenken, sich im Saarland behandeln zu lassen. Dass Herr B weniger aus Überzeugung im Saarland medizinische Dienstleistungen in Anspruch nimmt, wird auch daran deutlich, dass er es nicht schlimm findet, wenn er nach dem Renteneintritt nicht mehr dort zum Arzt gehen dürfte. Das wichtigste Motiv, der Zeitvorteil, wird im Ruhestand weniger wichtig.

Den Saarländern steht er positiv gegenüber, sieht aber deutliche Mentalitätsunterschiede. Er hat wenig Kontakt zu Saarländern, weil an seiner Arbeitsstelle fast ausschließlich Franzosen beschäftigt sind. Er kauft jedoch zum Großteil auf dem Heimweg von der Arbeit im Saarland ein, weil viele Produkte günstiger sind. Auch im Alltag richtet er sein Handeln an Vorteilen aus.

Typ II und III scheinen zunächst nicht immer klar voneinander zu unterscheiden zu sein. Anhand der Motive und des handlungsleitenden Ziels ist aber eine eindeutige Zuordnung möglich. Bei Typ II dominieren der Wunsch nach einer qualitativ hochwertigen Behandlung sowie das Vertrauen und die Begeisterung für die saarländische Gesundheitsversorgung. Typ III geht stärker von praktischen Aspekten aus und ist darauf bedacht, dass die Vorteile der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen größer als der Aufwand sind.

Typ IV Unfreiwilliger grenzüberschreitender Patient

Der Typ des *unfreiwilligen grenzüberschreitenden Patienten* ist angesichts des fehlenden eigenen Handlungsziels als Sonderfall zu betrachten. Zu den persönlichen Rahmenbedingungen können keine verallgemeinerbaren Aussagen getroffen werden. Die *psychische Distanz* kann theoretisch jede Ausprägung annehmen. Ausschlaggebend ist, dass beim Patienten kein Anlass und keine Motive für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen bestehen. Das Motiv für die grenzüberschreitende Konsultation liegt bei seinem Arbeitgeber oder seiner Krankenversicherung, die ihn zum Arztbesuch im Saarland verpflichtet. Von deren subjektivem Standpunkt aus handelt es sich um eine rationale Entscheidung, weil aus dem Urteil des Arztes aus der Nachbarregion eine finanzielle Belastung entsteht.

Die persönlichen Rahmenbedingungen und die Transaktionskosten haben in diesem Fall keine Bedeutung, weil der *unfreiwillige grenzüberschreitende Patient* nicht zwischen zwei Handlungsoptionen entscheiden kann. Dem *unfreiwilligen grenzüberschreitenden Patienten* bleibt nur Spielraum bei der Wahl des konkreten Arztes im Saarland. Die subjektiv beste Behandlungsoption wäre für den Typ IV die Behandlung im Heimatland, die ihm jedoch verwehrt bleibt. Diese Form der grenzüberschreitenden Patientenmobilität hat in quantitativer Hinsicht nur eine geringe Bedeutung. Der einzige Vertreter des Typs IV in der Stichprobe ist Herr W.

Fallbeispiel Typ IV

Herr W, 57 Jahre, Arbeiter

Herr W ist seit 37 Jahren Grenzgänger. Er spricht kaum Deutsch.

Zum Zeitpunkt des Interviews ist Herr W seit 14 Monaten von einem französischen Arzt krankgeschrieben. Er hat Probleme, die in Frankreich anfallenden Behandlungskosten zu bezahlen.

Sein deutscher Arbeitgeber hat Herrn W einige Wochen vor dem Interview aufgefordert, einen Arzt im Saarland aufzusuchen. Gezwungenermaßen ging er zum ersten Mal im Saarland zum Arzt. Er ist nun Patient bei einem deutschen Hausarzt in Grenznähe, der Französisch spricht. Herr W findet es gut, dass die Arztbesuche in Deutschland kostenlos sind. Nach Meinung des deutschen Mediziners sind die Befunde und die Medikamente, die in Frankreich verschrieben wurden, nicht stimmig.

Herr W ist enttäuscht, weil er so lange bei seinem Arbeitgeber beschäftigt ist und sich nun niemand um ihn kümmert, sondern er zur Behandlung in Deutschland gezwungen wird. Er hofft, dass ein geplantes Treffen zwischen seinem Arbeitgeber, dem Betriebsrat und der Krankenkasse eine Lösung bringt.

4. Zuordnung der Fälle zu den Typen:

Die Extremfälle Typ I und IV sind erwartungsgemäß seltener vertreten als Typ II und III (vgl. Tabelle 14). Fünf der sechs Patienten des Typs I sind Frauen. Daraus kann jedoch nicht geschlossen werden, dass v. a. Frauen diesem Typ zuzuordnen sind. Die Häufung ist der Tatsache geschuldet, dass alle Personen mit einem deutschen Elternteil in der Stichprobe Frauen sind. Es gibt keine geschlechts- oder altersspezifischen Konzentrationen auf einen bestimmten Typ. Rentner, die schon seit sehr langer Zeit die Möglichkeit der grenzüberschreitenden Behandlung haben, sind sowohl bei Typ I als auch bei Typ III zu finden. Ob sie sich noch im Saarland behandeln lassen, ist von der persönlichen Relevanz der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung abhängig. Es können auch keine Zusammenhänge zwischen Typ und finanziellen Möglichkeiten festgestellt werden. Die Patienten mit den schwersten gesundheitlichen Problemen finden sich bei Typ II. Die Auswirkungen des Gesundheitszustands lassen sich jedoch nicht verallgemeinern, deshalb sind keine eindeutigen Bezüge zu den Typen herstellbar.

Tabelle 14 Zuordnung der Interviewpartner zu den Typen grenzüberschreitender Patienten

Typ	Interviewpartner
I	Frau J, Frau K, Frau L, Frau R, Frau T, Herr V
II	Herr A, Herr C, Herr D, Herr E, Herr F, Herr I, Frau J, Herr O, Frau P, Herr Q, Frau U
III	Herr B, Herr G, Herr H, Frau M, Herr N, Frau S, Herr X, Herr Y
IV	Herr W

eigene Tabelle

Bis auf eine Gesprächspartnerin konnten alle Fälle eindeutig einem Typ zugeordnet werden. Bei Frau J ist die Zuordnung komplex, denn sie zeigt Charakteristika zweier Typen. Sie ist die Behandlung im Saarland schon seit ihrer Kindheit gewohnt, hat enge familiäre Bindungen ins Saarland und steht dem Saarland sehr nahe. Sie ist zudem von der Kompetenz saarländischer Ärzte überzeugt. Ihre Sprachkenntnisse sind jedoch weniger gut als die der anderen Interviewten, die Typ I zugeordnet wurden. Das führt dazu, dass Frau J weniger häufig und nur bei einfachen Anliegen im Saarland in Behandlung ist. Sie steht deshalb zwischen Typ I und Typ II.

Einzelfallanalyse: Frau J, 33 Jahre, Arbeiterin

Frau J ist seit dem Abitur Grenzgängerin und hat dadurch ihren deutschen Partner kennengelernt. Ihr Vater war lange Zeit Grenzgänger, ihre Mutter spricht sehr gut Deutsch, ihre Großmutter ist Deutsche.

Frau J war schon als Kind bei saarländischen Ärzten in Behandlung, weil sie bei ihrem Vater mitversichert war. Als sie alt genug war, um alleine zum Arzt zu gehen, suchte sie nur noch Ärzte in Frankreich auf, weil ihre Deutschkenntnisse nicht für Arztbesuche ausreichten. Durch die Arbeit in Deutschland und ihren Partner haben sich ihre Deutschkenntnisse verbessert und sie geht wieder zum Teil in Deutschland zum Arzt.

Arztbesuche in Deutschland sind für sie Routine – auch wegen der Gewohnheit als Kind. Allerdings prägt die Sprachkompetenz noch immer ihre Entscheidung. Für kompliziertere Anliegen geht sie nach Lothringen, um sicherzugehen, dass es keine Verständigungsprobleme gibt. Bei kleineren Beschwerden besteht diese sprachliche Unsicherheit nicht. Für die Behandlung im Saarland sprechen die kürzeren Wartezeiten auf einen Termin und dass „die Ärzte in Deutschland ein bisschen besser“ seien.

Da ihr Partner nur wenig Französisch spricht, verbringen sie den Großteil ihres Alltages im Saarland. Bei Frau J ist *keine psychische Distanz* zum Saarland *vorhanden*. Sie bemerkt kaum Unterschiede zwischen dem Departement Moselle und dem Saarland und fühlt sich in beiden Regionen „daheim“.

Die positive Einstellung zum Saarland von Frau J und ihr Zugehörigkeitsgefühl wirken sich auch auf ihre Meinung zum saarländischen Gesundheitssystem aus und sind förderlich für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. Die persönlichen Rahmenbedingungen in Form ihrer Sprachkenntnisse sind jedoch ein Hemmnis für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen.

In einem zweiten Fall gab es widersprüchliche Motive. Ein Typ III zugeordneter Interviewpartner erlebte nach seinem selbstgewählten grenzüberschreitenden Arztbesuch auch eine erzwungene Behandlung im Saarland. Er musste eine Erkrankung in Deutschland behandeln lassen, damit sie als Berufskrankheit anerkannt wurde. Bei der Zuordnung zu den Typen wurde der zuerst erfolgten Behandlung Priorität eingeräumt und Herr G Typ III zugeordnet.

Die Zuordnung aller Gesprächspartner stellt eine Momentaufnahme dar. In den Interviews wurde deutlich, dass z. B. Wechsel zwischen Typ III und Typ II vorkommen können. Das Eintreten einer schweren Krankheit oder die Verlegung des Wohn- oder Arbeitsplatzes können einen Wechsel verursachen. Es wäre auch vorstellbar, dass jemand bei einer unfreiwilligen Behandlung im Saarland Vorteile entdeckt und danach auf eigene Initiative weitere grenzüberschreitende Arztbesuche unternimmt. Ein Wechsel kann sich sehr schnell oder über einen längeren Zeitabschnitt schrittweise vollziehen.

9.7.3 Zwischenfazit IV

Die Annahme, dass es einen einzigen typischen grenzüberschreitenden Patienten gibt, wird der Komplexität der grenzüberschreitenden Patientenmobilität nicht gerecht. Die vorgenommene Typenbildung trägt dieser Erkenntnis Rechnung. Sie orientiert sich an der subjektiven Bewertung der Rahmenbedingungen und ihrer persönlichen Entscheidungslogik. Sie hat folgende Konsequenzen für die Hypothesen VIII und IX:

VIII Vorteile und Aufwand der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen:

Wenn die grenzüberschreitende Behandlung eine Routine ist, findet nicht bei jedem Arztbesuch eine erneute Abwägung von Vor- und Nachteilen statt. Eine Routine kann darauf basieren, dass bereits im Kindesalter die Gesundheitsversorgung grenzüberschreitend stattfand. Sie kann jedoch auch das Ergebnis einer bewussten Entscheidung sein, die auf der Bewertung, dass die Behandlung im Saarland grundsätzlich die bessere Option ist, basiert. Auch wenn die grenzüberschreitende Behandlung aufgrund der langen Gewohnheit eigentlich ein *Quasi-Verhalten* ist, kann es zu einer bewussten Abwägung von Vor- und Nachteilen kommen. Dies geschieht, wenn erkannt wird, dass objektive Fakten gegen die Fortführung der bisherigen Gewohnheit sprechen. In einem solchen Fall sind die Transaktionskosten für einen Wechsel in das andere Land hoch, weil Erfahrungen und Wissen fehlen. Patienten können mehrere Routinen haben – z. B. für verschiedene Krankheiten oder Fachgebiete. Nicht alle Behandlungen finden dann im gleichen Land statt, der Entscheidungsaufwand ist dennoch relativ gering.

Die erste grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen erfolgt direkt nach dem Zustandekommen des Versicherungsschutzes, wenn Vorteile erkannt werden. Wenn die Entscheidung erst später fällt, können ein dringender Bedarf, schlechte Erfahrungen in Lothringen oder sich verändernde Rahmenbedingungen dafür verantwortlich sein. Aus der ersten Behandlung muss sich keine Routine ergeben, wenn sich die Vorteile nur auf diese eine Behandlung beziehen. Es kann sich eine Gewohnheit entwickeln, wenn zuvor nicht bekannte allgemeine Vorteile bei der ersten Konsultation in der Nachbarregion aufgedeckt werden.

Patienten führen die Abwägung zwischen der Behandlung in Lothringen und im Saarland nicht auf der Grundlage vollständiger Information durch. Bei der Entscheidung für oder gegen die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen können die für Transaktionskosten theoretisch angenommenen Mechanismen bestätigt werden.

Unsicherheit erhöht die Transaktionskosten, Häufigkeit senkt sie im Normalfall. Allerdings können mit größerer Gewohnheit auch spezifischere medizinische Leistungen grenzüberschreitend in Anspruch genommen werden und dadurch ein erhöhter Aufwand entstehen. Je spezifischer ein medizinischer Bedarf ist, desto unwahrscheinlicher ist es, dass ein anderer Patient mit einer Empfehlung weiterhelfen kann.

Viele grenzüberschreitende Behandlungen kommen zustande, weil Empfehlungen die Transaktionskosten senken. Dabei muss zwischen zwei Arten von Empfehlungen unterschieden werden: auf den Unterschieden zwischen dem deutschen und dem französischen Gesundheitssystem basierende Empfehlungen und Hinweise auf einen konkreten Arzt, der sich sozusagen zufällig im Saarland befindet. Die Empfehlung eines bestimmten Arztes ist nicht immer erfolgreich, weil die Bewertung, was ein guter Arzt ist, sehr subjektiv ist. Allerdings führt sie eher als der allgemeine Ratschlag zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen, weil der Suchaufwand entfällt. Nur eine Minderheit der grenzüberschreitenden Patienten sucht saarländische Ärzte nach dem Zufallsprinzip aus.

Die Entscheidung für einen Hausarzt im Saarland ist häufig gleichzeitig die Vorentscheidung für den Besuch saarländischer Spezialisten. Ein Verlassen des Gesundheitssystems infolge einer Überweisung ist aufgrund der geringen Neigung der französischen und saarländischen Hausärzte grenzüberschreitende Behandlungen vorzuschlagen, unwahrscheinlich. Bei der Wahl des Hausarztes spielen praktische Aspekte eine größere Rolle als bei der Wahl von Fachärzten.

IX Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen als subjektiv beste Handlungsoption:

Die Entscheidung, was die subjektiv beste Behandlungsoption ist, kann grundsätzlich oder einzelfallbezogen getroffen werden. Ob ein Faktor für oder gegen die grenzüberschreitende Behandlung spricht, unterscheidet sich von Patient zu Patient und Behandlung zu Behandlung. Wenn eine grundsätzliche Entscheidung getroffen wurde, ist im konkreten Fall nicht mehr relevant, ob es sich dabei tatsächlich um die beste Lösung handelt.

Die persönlichen Rahmenbedingungen, Ziele, Erwartungen, Werte und die Wahrnehmung der Gesundheitsinfrastrukturen und -systeme beeinflussen die Entscheidungsfindung gleichermaßen. Das Handlungsziel, aufgrund dessen die beste Handlungsoption definiert wird, kann eine möglichst schnelle, bequeme, sorgfältige Behandlung in einer bestimmten Sprache oder eine bestimmte Behandlung sein. Ein Vergleich, wo diese Ziele besser erfüllt

werden, setzt bestimmte Kenntnisse voraus. Diese liegen jedoch nicht immer in vollem Umfang vor, sodass Entscheidungen nicht auf vollständigen Informationen basieren.

Die Bewertung der besten Handlungsoption ist veränderlich. Ein Wendepunkt sind z. B. negative Erfahrungen in Frankreich. Schlechte Erfahrungen im Saarland führen selten zu einer Rückkehr nach Lothringen, weil nicht das gesamte Gesundheitssystem als Problem eingestuft wird. Die beste Handlungsoption ist nicht immer frei von Nachteilen. Diese werden toleriert, weil die Vorteile ausschlaggebend sind oder die Nachteile im Nachhinein als positiv umgedeutet werden.

Trotz der großen Bedeutung des individuellen Kontextes und der subjektiven Wahrnehmung sind Entscheidungsmuster erkennbar. Sie liegen der Definition von verschiedenen Typen grenzüberschreitender Patienten zugrunde. Für die Typen bestehen jeweils andere Prioritäten bei der Wahl der besten Behandlungsoption. Die persönlichen Rahmenbedingungen machen sich dabei anhand der Motive bemerkbar. Die *psychische Distanz*, sowohl in allgemeiner Hinsicht als auch auf die Gesundheitsversorgung bezogen, ist für das Zustandekommen der Entscheidung wichtig.

10 Zusammenfassende Diskussion

10.1 Charakterisierung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle und des individuellen Entscheidungsprozesses

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den drei durch die Hypothesen operationalisierten Fragestellungen noch einmal zusammenfassend betrachtet.

1. Unter welchen – auf verschiedenen räumlichen Ebenen geschaffenen – Rahmenbedingungen findet grenzüberschreitende Patientenmobilität im Untersuchungsraum statt?

Die grenzüberschreitende Patientenmobilität hat in der EU quantitativ gesehen eine geringe Bedeutung – trotz der Aktualität des Themas und zahlreicher internationaler, europäischer und nationaler Förderinitiativen. Es gibt in der EU verschiedene Formen grenzüberschreitender Patientenmobilität; die grenzüberschreitende Behandlung in Grenzregionen hat davon die größte Bedeutung.

Insgesamt haben sich die rechtlichen Voraussetzungen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung durch Richtlinien der EU und bilaterale Abkommen seit den 1970er-Jahren verbessert. Es gibt mehrere Gründe für die im Bereich der Gesundheitsversorgung – auch im Untersuchungsraum – geringen grenzüberschreitenden Ströme: Hürden für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen wurden nicht vollständig abgebaut und neue sind entstanden, wie z. B. bei der Anerkennung von Leistungsansprüchen oder bei Überweisungen. Sowohl bei den Patienten als auch bei den Anbietern bestehen Informationsdefizite bezüglich der geltenden Detailregelungen. Zudem befürchten Anbieter und politische Akteure teilweise finanzielle Nachteile und einen Bedeutungsverlust der eigenen Einrichtung oder Region. Dies macht sich dadurch bemerkbar, dass an der saarländisch-lothringischen Grenze im Gesundheitsbereich nur einige wenige gut funktionierende Kooperationen bestehen und existierende Vereinbarungen nur begrenzt genutzt werden. Außerdem haben die meisten Patienten kein Interesse an einer grenzüberschreitenden Behandlung bzw. werden sie von unterschiedlichen Faktoren, wie der Angst vor Verständigungsproblemen oder vor einem unbekanntem Gesundheitssystem, abgeschreckt.

Die Heterogenität der nicht harmonisierten europäischen Sozial- und Gesundheitssysteme ist zwar einerseits ein Problem für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, andererseits aber auch deren Motor und muss deshalb als Potenzial angesehen werden.

Dieser Zusammenhang wird im saarländisch-lothringischen Grenzraum sehr deutlich. Die Wahrscheinlichkeit für eine grenzüberschreitende Behandlung ist am größten, wenn dem vom Patienten in Lothringen wahrgenommenen Nachteil der entsprechende Vorteil im Saarland gegenübersteht.

Die große Zahl von Grenzgängern sowie die vielfältigen und intensiven grenzüberschreitenden Verflechtungen stellen förderliche Faktoren für die grenzüberschreitende Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle dar. Demographisch und finanziell bedingte Herausforderungen für die Gesundheitssysteme sind ein Anreiz für die Förderung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

Insgesamt wird deutlich, dass die vermeintlich objektiven Rahmenbedingungen nicht als solche betrachtet werden können. So lassen z. B. Rechtsgrundlagen Interpretationsspielräume, die dies- und jenseits der Grenze und von verschiedenen Akteuren unterschiedlich ausgelegt werden. Patienten nutzen die Möglichkeit der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Leistungen nicht auf die gleiche Art und Weise, weil sie die Rahmenbedingungen unterschiedlich interpretieren.

Die Rahmenbedingungen können sich schnell verändern, ihre Beschreibung und Analyse haben deshalb keinen dauerhaften Charakter. Die subjektive Wahrnehmung der Bedingungen ist aber von einer gewissen Persistenz geprägt. Akteure treffen Entscheidungen auf der Grundlage von Bewertungen, die nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten entsprechen müssen.

2. Gibt es grenzüberschreitende Patientenmobilität im Untersuchungsraum und wie kann diese charakterisiert werden?

Aus sozialrechtlicher Perspektive besteht im saarländisch-lothringischen Grenzraum größtenteils eine grenzüberschreitende Scheinmobilität, da v. a. Grenzgänger medizinische Leistungen im Nachbarland in Anspruch nehmen. Aus Patientensicht finden dagegen grenzüberschreitende Behandlungen statt, da sie sich nicht in ihrem Heimatland behandeln lassen. Der Umfang der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Untersuchungsraum ist größer als bislang dokumentiert, weil Behandlungen von Grenzgängern und ambulante Leistungen nicht erfasst wurden. Der Anteil der Bevölkerung, der diese Art der Gesundheitsversorgung wählt, ist jedoch sehr klein. Eine exakte quantitative Bestimmung der grenzüberschreitenden Patientenströme ist aufgrund methodischer Probleme und wegen des Datenschutzes, der den Zugang zur Grundgesamtheit der grenzüberschreitenden Patienten beschränkt, nicht möglich.

Grenzüberschreitende Patientenmobilität gibt es im Grenzraum Saarland-Moselle schon seit mehreren Jahrzehnten. Der Umfang veränderte sich im Zeitverlauf in Abhängigkeit von der Zahl der Grenzgänger und den gesetzlichen Regelungen. Patienten aus Lothringen nehmen alle Arten von ambulanten Leistungen im Saarland in Anspruch, suchen sowohl Hausärzte als auch niedergelassene Fachärzte auf und lassen sich in Krankenhäusern ambulant behandeln. Die grenzüberschreitende Patientenmobilität konzentriert sich auf bestimmte saarländische Anbieter, die sich in sehr grenznaher Lage befinden, über Französischkenntnisse verfügen oder besondere Leistungen anbieten. Bei einem Teil dieser Anbieter ist die Behandlung französischer Patienten Normalität.

Die grenzüberschreitende Patientenmobilität ist in mehrerlei Hinsicht sehr selektiv. Es sind keine nennenswerten Patientenströme vom Saarland nach Lothringen zu beobachten, sondern nur in umgekehrter Richtung. Es handelt sich bei den grenzüberschreitenden Patienten fast ausschließlich um Grenzgänger oder deren mitversicherte Familienangehörige. Dies hat mehrere Ursachen: Für Grenzgänger bestehen kaum rechtliche Hürden, sie verfügen über bessere Deutschkenntnisse als die lothringische Bevölkerung insgesamt, haben mehr Kontakte ins Saarland und kennen sich dort besser aus.

Die Gruppe der grenzüberschreitenden Patienten ist bezüglich der persönlichen Merkmale und der Motive sehr heterogen. Es gibt Patienten, die lediglich für eine einzige Behandlung ins Saarland kommen, und andere, die sich ausschließlich im Saarland betreuen lassen. Die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung ist nur bei einem kleinen Teil der Grenzgänger als gleichberechtigte Handlungsoption neben der Behandlung im Heimatland etabliert. Für einige Grenzgänger hat die grenzüberschreitende Behandlungsmöglichkeit eine große persönliche Bedeutung. Es kommen nicht mehr Grenzgänger für ärztliche Konsultationen ins Saarland, weil es bei ihnen keinen Bedarf gibt, Informationen fehlen und Sprachprobleme bestehen.

Die Ergebnisse können nicht problemlos auf die Gesamtbevölkerung Lothringens übertragen werden, da bei ihr eine andere versicherungsrechtliche Situation vorliegt und sie in der Regel über geringere Deutschkenntnisse verfügt. Für die Gesamtbevölkerung hat die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung deshalb momentan nur eine geringe Relevanz.

Der Fokus der empirischen Untersuchung lag auf der folgenden Frage:

3. Wie kommt die individuelle Entscheidung für eine grenzüberschreitende Behandlung zustande?

Mit der Einbeziehung der grenzüberschreitenden Behandlung erhöht sich die Zahl der Handlungsoptionen, aus denen der Patient die aus seiner Sicht beste Behandlung auswählt. Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen ist eine individuelle rationale Strategie zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Der Beantwortung der Frage “Should I stay or should I go” liegt ein sehr individueller Entscheidungsprozess zugrunde. Bei allen Einflussfaktoren ist auf die große Relevanz der individuellen Wahrnehmung und Bewertung hinzuweisen. Auch vermeintlich objektive Rahmenbedingungen wirken sich ambivalent auf den Entscheidungsprozess aus.

Dennoch können allgemeine Aussagen zur Wirkung der persönlichen Rahmenbedingungen, der *physisch-materiellen Welt* und des *Sozialsystems* getroffen werden. Die persönlichen Rahmenbedingungen beeinflussen die Motive und Hemmnisse stark. Dabei kann ein einzelner Aspekt bei einem Patienten für die Behandlung im Saarland sprechen und bei einem anderen die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Leistungen verhindern. Das wahrgenommene Niveau der Deutschkenntnisse ist oft das ausschlaggebende Kriterium dafür, ob es im konkreten Fall zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im Saarland kommt. Auch wenn Sprache einer der wichtigsten Gründe für den geringen Umfang der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle ist, muss ihre hemmende Wirkung im Vergleich zu anderen Grenzregionen relativiert werden. Der hohe Anteil von Grenzgängern, die historisch bedingten Deutschkenntnisse in Lothringen und die Französischkenntnisse auf saarländischer Seite wirken sich positiv aus. Die Wechselwirkungen zwischen *psychischer Distanz*, individueller Gesundheitskultur und den kulturell geprägten Gesundheitssystemen beeinflussen in Form von Ziel- und Wertkonflikten die Entscheidung der befragten und interviewten Patienten. Die Patienten im Untersuchungsraum nehmen Mentalitätsunterschiede zu den Nachbarn wahr, sie verbinden diese jedoch meist mit positiven oder neutralen Konnotationen. Enge Zusammenhänge zwischen *psychischer Distanz*, Sprachkenntnissen und Familienstruktur sind erkennbar. Die Häufigkeit und Art der grenzüberschreitenden Kontakte – die wiederum von den persönlichen Rahmenbedingungen abhängig sind – sind wichtig für den Grad der *psychischen Distanz*. Es sind alle Abstufungen *psychischer Distanz* bei den Patienten vertreten, wobei eine *große psychische Distanz* die Ausnahme ist. Je größer die *psychische*

Distanz zum Saarland ist, desto wichtiger werden konkrete Vorteile der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Die *physisch-materielle Welt* im Untersuchungsraum, v. a. die Siedlungsstruktur und die vorhandenen Gesundheitsinfrastrukturen, ist vorteilhaft für die grenzüberschreitende Patientenmobilität. Die Entscheidung, ob eine Konsultation im Saarland durchgeführt wird, ist in ein komplexes *Sozialsystem* eingebettet. Die Rechtsgrundlagen sind für Grenzgänger prinzipiell ermöglichend, in Ausnahmefällen hemmend. Für alle anderen Patienten gibt es theoretisch ebenfalls ermöglichende Rechtsgrundlagen, die aber in der Realität aufgrund von Detailregelungen meist hemmend wirken. Die Patienten nehmen Unterschiede zwischen den beiden Sozial- und Krankenversicherungs- sowie Gesundheitssystemen ambivalent wahr. Patienten, die sich ausschließlich im Saarland behandeln lassen, stellen dabei mehr Vorteile im Saarland fest bzw. ziehen die deutschen Regelungen generell vor. Die meisten sehen jedoch Vor- und Nachteile auf beiden Seiten, die es in Abhängigkeit vom eigenen und veränderlichen Bedarf zu nutzen gilt.

Die Unterschiede machen sich in Form von praktischen und medizinischen Aspekten bemerkbar. Die wichtigsten praktischen Motive sind die Wartezeit, die unterschiedliche Organisation und Ausstattung der Hausarztpraxen sowie der im Saarland in zeitlicher und organisatorischer Hinsicht oft vorteilhaftere Zugang zu Leistungen. Kosten sind im Vergleich zu anderen Grenzregionen ein weniger eindeutiges Motiv, weil sie stark einzel-fallabhängig sind. Da im Vergleich zu anderen Grenzregionen ein geringes Preisgefälle besteht, handelt es sich gleichsam um ein weniger starkes Motiv. Bei den medizinischen Aspekten zeichnen sich drei relevante Motive ab:

1. in Abhängigkeit von den subjektiven Erwartungen und Erfahrungen im Saarland wahrgenommene Qualitätsvorteile,
2. eine als anders und positiv empfundene Einstellung der Mediziner, die dazu führt, dass sich die Patienten bei saarländischen Ärzten ernster genommen fühlen, sowie
3. schlechte Erfahrungen auf lothringischer Seite.

Das Vertrauen zu einem speziellen Arzt kann weder den praktischen noch den medizinischen Vorteilen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zugeordnet werden. Es beruht nicht auf der Möglichkeit, in einem anderen Staat Leistungen in Anspruch zu nehmen, sondern auf der Persönlichkeit des Mediziners. Die Staatsangehörigkeit des Arztes und wo er praktiziert, spielt kaum eine Rolle.

Insgesamt ist darauf hinzuweisen, dass Patienten bei der Entscheidung für eine grenzüberschreitende Behandlung nicht völlig andere Ziele und Entscheidungskriterien verfolgen als

bei einer Behandlung im Heimatland. Ihre Ziele können nur auf andere Art und Weise erfüllt werden, weil eine Handlungsoption besteht, die sich in vielen Punkten von der Behandlung im Heimatland unterscheidet.

Die Patienten hinterfragen wahrgenommene Unterschiede häufig nicht, sondern sehen sie als Möglichkeit zur Verbesserung ihrer persönlichen Gesundheitsversorgung. Die erlebten Unterschiede werden von den Patienten eher auf gesetzliche Rahmenbedingungen oder finanzielle Gründe als auf kulturelle Prägungen zurückgeführt. Ob von Ärzten und Patienten wahrgenommene Behandlungs- oder Verhaltensunterschiede auf kulturelle Prägungen oder auf die Persönlichkeit von Ärzten zurückzuführen sind, ist auf Grundlage der durchgeführten Untersuchung nicht immer feststellbar.

Es können im Untersuchungsraum drei Entscheidungsformen für die Behandlung im Saarland unterschieden werden:

1. eine grundsätzliche Entscheidung für die Behandlung im Saarland, aus der sich eine Gewohnheit entwickelt,
2. auf Kosten-Nutzen-Abwägungen basierende Einzelfallentscheidungen sowie
3. arztbedingte Entscheidungen.

Bei der Abwägung von Vor- und Nachteilen setzen Patienten unterschiedliche Prioritäten, nicht alle Aspekte sind für jeden und immer relevant. Es wird die subjektiv beste Handlungsoption gewählt, die nicht immer gänzlich frei von Problemen ist, aber den größten Gesamtnutzen verspricht. Mangelnde Sprachkenntnisse und eine große Spezifität der nachgefragten Behandlung erhöhen die Transaktionskosten. Je spezieller der Bedarf des Patienten ist, desto aufwendiger ist die Suche nach einem passenden Anbieter. Gewohnheit und das Vertrauen in einen Arzt senken die Transaktionskosten. Empfehlungen oder eine Auswahl nach dem Zufallsprinzip bieten einen Weg, sie zu reduzieren.

Die *subjektive Rationalität* des Handelns besteht darin, dass aufgrund der Bewertung der persönlichen Rahmenbedingungen sowie des sozialen und physischen Kontextes die als richtig empfundene Handlungsoption zur Zielerreichung gewählt wird. Der Entscheidungsprozess ist für Außenstehende nicht unbedingt nachvollziehbar, weil er z. B. auf Bewertungen von veralteten oder unvollständigen Informationen und unbewussten Routinen beruht. Er kann zudem von kognitiven Dissonanzen geprägt sein. Trotz der vielen unterschiedlichen und sehr individuellen Einflussfaktoren können bestimmte Entscheidungsmuster erkannt werden, die von den Motiven und der *psychischen Distanz* geprägt sind. Anhand dieser beiden Merkmale können vier Typen grenzüberschreitender Patienten definiert werden, die sich bezüglich ihres Entscheidungsprozesses und der

Definition der besten Behandlungsoption unterscheiden. Von Typ I zu Typ IV nimmt die persönliche Relevanz der Möglichkeit der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ab, die Bilanz aus Vor- und Nachteilen der grenzüberschreitenden Behandlung wird differenzierter betrachtet bzw. als schlechter bewertet.

Die Typenbildung beruht auf Interviews mit französischen Grenzgängern, die im Saarland Leistungen in Anspruch nehmen. Weitergehende Befragungen von Grenzpendlern, die sich nicht oder nicht mehr im Saarland behandeln lassen, und der lothringischen Gesamtbevölkerung sind für allgemeinere Aussagen notwendig. Diese Personen haben eine völlig andere Sichtweise auf das Thema und würden z. B. wesentlich mehr Probleme benennen.

Dennoch können einige Bezüge zur Gesamtbevölkerung hergestellt werden. Der Großteil der Motive ist nicht vom Grenzgängerstatus, sondern von den Gesundheits- und Versicherungssystemen und den physisch-materiellen Strukturen abhängig. Alle Personen, die mit der Gesundheitsversorgung in Lothringen unzufrieden sind, dem Saarland positiv gegenüber stehen oder von der Grenzlage profitieren möchten, sind potenzielle grenzüberschreitende Patienten. Allerdings müssen die Vorteile einer grenzüberschreitenden Behandlung für sie größer sein als für Grenzgänger, weil umfangreichere Probleme überwunden werden müssen. Bei Nichtgrenzgängern kommt es möglicherweise gar nicht erst zur Kosten-Nutzen-Abwägung, weil die persönlichen Rahmenbedingungen und die Informationsdefizite dies verhindern. Da weniger Kontakte zum Saarland und zu Saarländern sowie zu grenzüberschreitenden Patienten bestehen, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie auf die Vorteile einer grenzüberschreitenden Behandlung aufmerksam werden, geringer. Wenn es Nichtgrenzgänger gibt, deren persönlichen Rahmenbedingungen – bis auf die Grenzgängertätigkeit – mit denen von Typ I übereinstimmen, ist es gut vorstellbar, dass sie die Nachteile auf sich nehmen und sich im Saarland behandeln lassen. Bei Typ II und III sind große Vorteile notwendig, damit es zu grenzüberschreitenden Konsultationen kommt. Typ IV ist auf Grenzgänger beschränkt, weil Personen ohne sozialrechtlichen Bezug zu Deutschland nicht zu einer Behandlung im Saarland gezwungen werden können.

Die vorliegende Arbeit zielte auch auf eine konzeptionelle Fundierung für die Untersuchung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität ab. Ein zu diesem Zweck entwickeltes Entscheidungs- und Handlungsmodell muss der großen Individualität der Entscheidung für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen Rechnung tragen. Die gewählten Ansätze haben sich in ihrer Kombination als für die Analyse aus Patientensicht geeignet erwiesen. Das entwickelte Modell macht es möglich, die Einfluss-

faktoren auf die Patientenentscheidung zu systematisieren und ihr Zusammenspiel darzustellen.

Die aus den *Rational-Choice*-Theorien übernommenen Annahmen, dass Patientenentscheidungen auf einer subjektiven Entscheidungsregel basieren, von unvollständiger Information und nicht nur von finanziellen Überlegungen geprägt sind, bestätigten sich in der empirischen Untersuchung. Auch die Bedeutung von Routinen findet sich wieder. Der Bezug auf die *Handlungszentrierte Sozialgeographie* ermöglichte die Einbeziehung des sozialen und räumlichen Kontextes, der sich als sehr relevant erwiesen hat. Ebenso unverzichtbar ist die Berücksichtigung der *Handlungsfolgen*, die sich als Erfahrungen auswirken. Die Tatsache, dass die Entscheidung für eine grenzüberschreitende Behandlung sowohl unbewusst als auch als bewusste Einzelfallentscheidung getroffen werden kann, verdeutlicht die praktische Relevanz der von WERLEN unterschiedenen Bewusstseins Ebenen. Die Patienten, die sich grenzüberschreitend behandeln lassen, sind ein Beispiel für das „Geographie machen“. Sie schaffen sich ihren individuellen und flexiblen grenzüberschreitenden Gesundheitsraum, der von bestehenden Strukturen abhängt. Diese werden wiederum durch das Handeln der Patienten verändert. Sowohl der Ansatz der *Normorientierten* als auch der *Verständigungsorientierten Handlungstheorie* sind aufschlussreich für die grenzüberschreitende Patientenmobilität. Normen – in Form von gesetzlichen Regelungen, aber auch von gesellschaftlichen Vorstellungen – schränken die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung ein. Die Rolle subjektiver Interpretationen für das individuelle Handeln wird am Beispiel der untersuchten Patientenentscheidung deutlich.

Durch den Bezug auf Transaktionskosten ist es möglich, den grenzüberschreitenden Charakter der Entscheidung durch die Berücksichtigung des zusätzlichen Aufwandes für die Suche nach Informationen, die Überwindung der Unsicherheit und für den Aufbau von Vertrauen in das Handlungsmodell zu integrieren. Die hohe Relevanz von Empfehlungen zur Reduzierung der Transaktionskosten führt zu einem Schnellballeffekt: Wo Pioniere grenzüberschreitend medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen, folgen andere.

Die Erfassung der kulturellen Prägung der Gesundheitssysteme bedarf weiterer Untersuchungen und Überlegungen zur Operationalisierung. Patienten können dazu nur begrenzt Auskunft geben, weil sie die Funktionsweise von Gesundheitssystemen und Krankversicherungen zwar aus ihrer Erfahrung kennen, aber zu wenig Einblick in historische Entwicklungen und gesetzliche Grundlagen haben. Der Bezug auf die *psychische Distanz* bietet die Möglichkeit einer konzeptionell fundierten Analyse der Bedeutung kultureller Unterschiede für die grenzüberschreitende Patientenmobilität. Im Gegensatz zur Verwen-

derung der *kulturellen Nähe* ermöglicht das Konzept eine Differenzierung zwischen kulturellen Unterschieden auf der individuellen und auf der regionalen bzw. nationalen Ebene. Für die empirische Operationalisierung der *psychischen Distanz* erwiesen sich mehrere Aspekte als geeignet. Dazu zählen familiäre Beziehungen und private Kontakte ins Saarland, grenzüberschreitende Alltagsaktivitäten und v. a. auch der Grund für die Besuche im Saarland, Deutschkenntnisse und die Einstellung zum Saarland. Allerdings könnte z. B. die Analyse von unbewussten Stereotypen ausgebaut und stärker auf die Identität der Interviewten eingegangen werden (wie z. B. in SCHÖNWALD 2012).

Das entwickelte Handlungsmodell lässt sich aufgrund seiner Offenheit, der Berücksichtigung des individuellen Kontextes und den von regionalen Gegebenheiten unabhängigen Annahmen auch zur Analyse in anderen Grenzregionen einsetzen. Es werden sich dort jedoch in Abhängigkeit von den regionsspezifischen Rahmenbedingungen – wenn dort z. B. ein anderes Kosten-, Qualitäts- oder Angebotsgefälle existiert oder weniger historische Beziehungen und familiäre Verflechtungen bestehen – andere Typen ergeben. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung können deshalb nicht ohne weiteres auf andere Grenzregionen übertragen werden.

10.2 Ausblick

Die Handlungslogik der einzelnen Typen grenzüberschreitender Patienten bietet sich als Ausgangspunkt für Empfehlungen zur Förderung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle an. Die grenzüberschreitende Patientenmobilität im Untersuchungsraum wird durch die vier Typen in unterschiedlicher Art und Weise geprägt. Typ I stellt die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung vor keine Probleme. Die Patienten werden von den Anbietern teilweise gar nicht als Franzosen wahrgenommen, weil sie deutsche Muttersprachler sind. Die Anzahl der Patienten dieses Typs ist begrenzt, weil ihre persönlichen Rahmenbedingungen vom Durchschnitt abweichen. Da bei Typ I die sehr förderlichen persönlichen Rahmenbedingungen ausschlaggebend sind, bestehen kaum Möglichkeiten einer externen Einflussnahme. Typ I ist als Extremfall jedoch nicht zu vernachlässigen, da er die bestehenden Möglichkeiten ausreizt und dadurch auf Probleme und Potenziale der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung hinweist.

Die Entscheidung von Typ II und III beruht auf einem Vergleich zwischen den lothringischen und saarländischen Gesundheitsinfrastrukturen und den beiden Gesund-

heitssystemen. Die Gesundheitssysteme in Lothringen und im Saarland stehen damit in einem Wettbewerb zueinander. Diese beiden Typen stellen das größte quantitative Potenzial für den Ausbau der grenzüberschreitenden Patientenmobilität dar. Für Typ II wäre der Ausbau der Informationsmöglichkeiten die geeignete Maßnahme, um die Zahl der grenzüberschreitenden Behandlungen zu steigern. Bei den Patienten besteht die Bereitschaft zur Behandlung im Saarland, sie wird aber in komplizierteren Fällen durch den schlechten Zugang zu Informationen behindert. Bei Typ III verhindern vor allem Sprachprobleme häufigere grenzüberschreitende Konsultationen.

Der Ausbau der Französischkenntnisse bei den saarländischen Anbietern wäre mit großem Aufwand verbunden. Französischsprachige Informationen könnte die Suche nach einem geeigneten saarländischen Arzt mit Französischkenntnissen erleichtern. Voraussetzung für eine rege Nutzung sind ein niedrigschwelliger Zugang und die ausreichende Bekanntmachung solcher Angebote. Angesichts der großen Rolle von Empfehlungen scheint die Fruchtbarmachung von Erfahrungen und Tipps französischer Patienten für Personen, denen die entsprechenden Kontakte fehlen, der vielversprechendste Ansatz zu sein. Einzelne Personen können als Intermediäre durch ihr *tacit knowledge* einen großen Beitrag zur Förderung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität leisten. Sie spielen eine große Rolle bei der Überwindung hemmender Faktoren und sind insbesondere bei der Bildung von grenzüberschreitendem Vertrauen sehr wertvoll.

Der Gewinnung französischer Ärzte als Türöffner zur grenzüberschreitenden Behandlung kommt große Bedeutung zu. Bei Anbietern, Versicherungen und Gesundheitspolitikern bestehen Ängste vor dem Verlust von Patienten und zusätzlichem Aufwand, deren Abbau in Angriff genommen werden muss. Anstelle eines grenzüberschreitenden Wettbewerbes um Patienten sollte eine Zusammenarbeit angestrebt werden, die eine Win-win-Situation für Anbieter und Patienten auf beiden Seiten der Grenze bedeutet und die Potenziale der Grenzlage stärker nutzt.

Typ IV ist eine absolute Ausnahmerecheinung. Da die Patienten nicht freiwillig ins Saarland kommen und die persönlichen Rahmenbedingungen hemmend sein können, bereiten ihre grenzüberschreitenden Arztbesuche den Praxen am ehesten Probleme. Durch die geringe quantitative Bedeutung dieses Typs werden diese Probleme jedoch relativiert. Auch diesen Patienten würden Informationsangebote grenzüberschreitende Arztbesuche erleichtern.

Von diesen Empfehlungen kann auch die Gesamtbevölkerung profitieren, eine zielgerichtete Förderung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität ist dadurch möglich. Dass

die Ausweitung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität im Grenzraum Saarland-Moselle angestrebt wird, zeigen aktuelle Initiativen.

Laut der saarländischen Landesregierung ist „der Ausbau der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ein wichtiger Baustein im Rahmen der Frankreich-Strategie“ (MSGFF 2015). Während sich erst zukünftig zeigen wird, inwiefern diese Ambitionen umgesetzt werden, gibt es aktuell sehr konkrete Planungen für eine grenzüberschreitende Gesundheitszone an der Grenze zwischen dem Departement Moselle und dem Saarland.

In Anlehnung an Vorbilder an der französisch-belgischen Grenze soll sie *ZOAST MOSAR* heißen. In einer *ZOAST (zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers)* besteht für die Bewohner grenzüberschreitender Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. In der *ZOAST MOSAR* sollen alle Einwohner ohne jegliche Vorabgenehmigung grenzüberschreitend medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen können (Eurodistrict 2015, MAZZUCOTELLI 2015, Regionalverband 2015). Damit hätten sie bei grenzüberschreitenden Behandlungen faktisch die gleichen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen wie Grenzgänger. Die *ZOAST* umfasst mit den Arrondissements Sarreguemines und Forbach sowie dem Regionalverband Saarbrücken den Kernbereich des in der vorliegenden Arbeit untersuchten Grenzraums. Die Zone ist auf wechselseitige Patientenströme ausgerichtet, saarländische Patienten können z. B. Rehabilitationsangebote in Lothringen nutzen. In einer zweijährigen Testphase können sich die Einwohner in zwei deutschen und vier französischen Krankenhäusern behandeln lassen, danach sollen weitere Anbieter dazukommen. Da bei den Krankenkassen zahlreiche Bedenken bestehen und mehrere nationale Entscheidungsträger miteinbezogen werden müssen, verzögert sich der Abschluss der Verhandlungen. Es wird davon ausgegangen, dass die *ZOAST MOSAR* Anfang 2016 eingeführt werden kann. Ob nach der Testphase die geplante Ausweitung erfolgen wird, ist davon abhängig, wie die ersten grenzüberschreitenden Behandlungen verlaufen und ob das Projekt politische Priorität hat (Gespräch mit K. Mertens, vgl. Anhang 11.3).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen auf Möglichkeiten hin, wie die Nutzung dieser grenzüberschreitenden Gesundheitszone gefördert werden kann. Mit der Öffnung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung für alle Einwohner können die positiven Effekte der grenzüberschreitenden Patientenmobilität gesteigert werden. Die grenzüberschreitende Patientenmobilität ist als zukunftsweisendes Konzept im Grenzraum Saarland-Lothringen einzuschätzen, das sich in Zukunft dynamisch entwickeln wird.

11 Anhang

11.1 Abkürzungen

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARH	<i>Agence régionale de l'hospitalisation</i> = Regionale Agentur für stationäre Versorgung
ARS	<i>Agence régionale de santé</i> = Regionale Gesundheitsagentur (Nachfolgeorganisation der ARH seit 2009)
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CNSE	<i>Centre national de remboursement des soins à l'étranger</i> = Nationales Erstattungszentrum für Behandlungen im Ausland
CT	Computertomograph/Computertomographie
Einw.	Einwohner
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GR	Großregion Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz-Wallonie-Französische und Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
KVS	Kassenärztliche Vereinigung Saarland
MRT	Magnetresonanztomograph
PET	Positronen-Emissions-Tomograph
PKV	Private Krankenversicherung
PTMG	<i>Praticien territorial de médecine générale</i> = Allgemeinmediziner, der sich durch einen Vertrag mit der ARS verpflichtet, sich in einem Gebiet mit schlechter Versorgungslage niederzulassen und dafür in den ersten zwei Jahren finanziell unterstützt wird
SIOS	<i>Schéma interrégional d'organisation sanitaire</i> = Interregionaler Organisationsplan für das Gesundheitswesen
SROS	<i>Schéma régional d'organisation des soins</i> = Regionaler Organisationsplan für das Gesundheitswesen
TK	Techniker Krankenkasse
ZOAST	<i>Zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers</i> = Zone mit grenzüberschreitendem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen

11.2 Französische Begriffe

<i>Caisse d'allocations familiales</i>	Familienkasse
<i>Caisse primaire d'assurance maladie</i>	Ortskrankenkasse
<i>Caisse régionale d'assurance maladie</i>	Regionale Krankenkasse
<i>Carte vitale</i>	Französische Krankenversicherungskarte
<i>Centre hospitalier régional</i>	Regional-/Landesklinik
<i>Centre hospitalier universitaire</i>	Universitätsklinik
<i>Certificat d'aptitude professionnelle</i>	Französischer Berufsabschluss, entspricht in etwa dem deutschen Gesellenbrief
<i>Code de la sécurité sociale</i>	Sozialgesetzbuch
<i>Conférence nationale de santé</i>	Nationale Gesundheitskonferenz
<i>Conseil régional</i>	Regionalrat
<i>Direction départementale des affaires sanitaires et sociales</i>	Departementdirektion für Gesundheits- und Sozialangelegenheiten
<i>Direction régionale des affaires sanitaires et sociales</i>	Regionaldirektion für Gesundheits- und Sozialangelegenheiten
<i>Haut conseil de la santé publique</i>	Hoher Rat für Öffentliches Gesundheitswesen
<i>Laboratoire d'analyse médicale</i>	Labor für medizinische Analysen
<i>Médecin traitant</i>	Fester Referenzarzt
<i>Ministère de la santé et de la solidarité</i>	Ministerium für Gesundheit und Solidarität
<i>Mission régionale de santé</i>	Regionale Gesundheitsmission
<i>Mutuelle complémentaire</i>	Private Zusatzversicherung
<i>Régime de sécurité sociale dans les mines</i>	Sozialversicherung der im Bergbau tätigen Personen
<i>Régime général</i>	Allgemeine Krankenversicherung
<i>Régime local d'assurance maladie</i>	Lokale Krankenversicherung in Lothringen und im Elsass
<i>Régime particulier</i>	Krankenversicherung für bestimmte Gruppen
<i>Sécurité sociale</i>	Französische Sozial- und Krankenversicherung
<i>Union nationale des caisses d'assurance maladie</i>	Union der nationalen Krankenkassen
<i>Zone d'emploi</i>	Arbeitsmarktregion

11.3 Interview- und Gesprächspartner

Experteninterviews

Code	Tätigkeit des Interviewten	Art des Interviews	Datum
E1	Angehörige der Öffentlichen Verwaltung	persönlich	22.11.2011
E2	Wissenschaftlerin	Persönlich	23.11.2011
E3	Angestellter Facharzt im Krankenhaus, Ansprechpartner eines grenzüberschreitenden Projektes	per E-Mail telefonisch	24.12.2011 26.01.2012
E4	Angestellter einer Krankenkasse	telefonisch	19.01.2012
E5	Angestellter einer Krankenkasse	telefonisch	21.02.2012
E6	Projektbeauftragte eines grenzüberschreitenden Projektes Beauftragte für grenzüberschreitende Kontakte in einem Krankenhaus Mitglied einer Arbeitsgruppe der GR	persönlich	27.02.2012
E7	Leitende Angestellte Krankenhaus	persönlich	16.03.2012
E8	Niedergelassener Hausarzt	persönlich	14.03.2012
E9	Niedergelassener Facharzt	telefonisch	20.03.2012
E10	Niedergelassene Fachärztin	persönlich	23.03.2012
E11	Niedergelassene Hausärztin	persönlich	29.03.2012
E12	Niedergelassene Fachärztin	persönlich	10.04.2012
E13	Niedergelassene Hausärztin	persönlich	17.04.2012
E14	Niedergelassene Hausärztin	persönlich	17.04.2012
E15	Niedergelassener Hausarzt	persönlich	25.04.2012
E16	Leitender Angestellter einer Initiative zur Gesundheitsförderung Beteiligter an grenzüberschreitenden Projekten	persönlich	25.05.2012
E17	Niedergelassener Hausarzt	persönlich	15.06.2012
E18	Leitender Angestellter Krankenhaus	persönlich	22.08.2012
E19	Angestellter einer Krankenkasse (Grenzgänger-Beauftragter)	telefonisch telefonisch	14.11.2012 04.04.2013

Patienteninterviews

Code	Tätigkeit	Geschlecht	Art des Interviews	Datum
A	berufstätig	männlich	persönlich	28.02.2013
B	berufstätig	männlich	persönlich	08.03.2013
C	berufstätig	männlich	persönlich	26.03.2013
D	berufstätig	männlich	persönlich	02.05.2013
E	berufstätig	männlich	persönlich	07.05.2013
F	berufstätig	männlich	persönlich	23.05.2013
G	berufstätig	männlich	persönlich	23.05.2013
H	berufstätig	männlich	persönlich	23.05.2013
I	berufstätig	männlich	persönlich	23.05.2013
J	berufstätig	weiblich	persönlich	31.05.2013
K	berufstätig	weiblich	persönlich	31.05.2013
L	berufstätig	weiblich	persönlich	12.06.2013
M	berufstätig	weiblich	persönlich	12.06.2013
N	berufstätig	männlich	persönlich	13.06.2013
O	berufstätig	männlich	persönlich	17.06.2013
P	Hausfrau	weiblich	persönlich	20.06.2013
Q	berufstätig	männlich	persönlich	28.06.2013
R	berufstätig	weiblich	persönlich	02.07.2013
S	berufstätig	weiblich	persönlich	03.07.2013
T	berufstätig	weiblich	persönlich	03.07.2013
U	berufstätig	weiblich	persönlich	11.07.2013
V	Rentner	männlich	Kurzinterview, persönlich	14.03.2012
W	berufstätig	männlich	Kurzinterview, telefonisch	22.03.2012
X, Y	Rentner	männlich	Kurzinterview, persönlich, 2 Pers.	12.04.2013

Gespräche zur Klärung von in den Patienteninterviews genannten Sachverhalten/aktuellen Entwicklungen

Name	Tätigkeit	Art des Kontaktes	Datum
Dr. C. Buntru	Landesvorsitzender Saarland des Berufsverbands Deutscher Radiologen	telefonisch, per E-Mail	15.05.-12.9.2014
Frau Z	Angestellte einer radiologischen Praxis	telefonisch	05.01.2015
K. Mertens	Projektverantwortliche ZOAST MOSAR	persönlich	13.05.2015

11.4 Fragebogen (deutsche Version)

Universität des Saarlandes – I. Krumm – Projekt „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Großregion“ 1
Nr. P. _____

Bei Antwortmöglichkeiten mit Kästchen bitte so ankreuzen
Für weitere Erläuterungen kann die Rückseite genutzt werden.

1. **Wo wohnen Sie?** _____
Land, PLZ, Ort
2. **Wo in Deutschland lassen Sie sich/ließen Sie sich behandeln?**
_____ PLZ, Ort, evtl. Name des Arztes/der Praxis
3. **(Seit) Wann lassen/ließen Sie sich dort behandeln?** _____
Jahr(e)
4. **Wie oft haben Sie sich dort behandeln lassen?**
 1 Mal mehrfach regelmäßig
5. **a. Wie lange war die Wartezeit für einen Termin?** _____ Tage
b. Wie lange hätten Sie in Ihrem Heimatland warten müssen? (falls bekannt) _____ Tage
c. Welchen Patientenstatus haben/hatten Sie bei der Behandlung?
 gesetzlich Versicherter Privatpatient
d. Was ist/war der Grund der Konsultation? (Mehrfachnennungen möglich)
 Vorsorge ambulante Operation
 akute Beschwerden Diagnostik
 chronische Beschwerden Rehabilitation
 anderer: _____
e. Auf welches Fachgebiet ist der Arzt spezialisiert? (z.B. Kardiologie, Urologie, Diagnostik, ...)

6. **Wie haben Sie zum ersten Mal von der Möglichkeit der Behandlung jenseits der Grenze erfahren?**
 behandelnder Arzt im Heimatland eigene Recherche
 durch andere Patienten andere Möglichkeit: _____
7. **Hat jemand Ihre Entscheidung zur Behandlung in Deutschland beeinflusst?**
a. Hat Sie jemand ermuntert? nein ja, und zwar: _____
b. Hat Ihnen jemand abgeraten? nein ja, und zwar: _____
8. **Wie haben Sie Ihren behandelnden Arzt in Deutschland gefunden?**
 eigene Recherche
 durch andere Patienten
 Empfehlung des behandelnden Arztes im Heimatland
↳ **Was war der Grund für die Empfehlung?**
 Erfahrung mit grenzüberschreitender Behandlung
 persönliche Kontakte fachliche Qualifikation
 unbekannt andere: _____
 andere: _____

9. Hat der gewählte Arzt/die gewählte Praxis Interesse daran gezeigt, Sie zu behandeln?

- nein ja zum Teil

10. Warum haben Sie sich für eine Behandlung in Deutschland entschieden?

(Mehrfachnennungen möglich)

- als Grenzpendler dazu verpflichtet
 geringere Entfernung als bei Behandlung im Heimatland
 geringere Wartezeit als bei Behandlung im Heimatland
 kein entsprechender Facharzt/Einrichtung in der Heimatregion vorhanden
 Behandlung/Methode wird im Heimatland nicht angeboten
 Nähe zu Arbeitsplatz
 Qualität der Behandlung in Deutschland
 Ausstattung der Praxen/Kliniken in Deutschland
 Qualifikation der Ärzte/des Personals in Deutschland
 positiver Ruf der Gesundheitsversorgung in Deutschland
 gute Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung in Deutschland
 persönliche Empfehlung
 individuellere Behandlung
 anderer Grund: _____

11. Welche Gründe haben gegen eine Behandlung in Deutschland gesprochen?

(Mehrfachnennungen möglich)

- entstehende Kosten
 administrative Prozeduren (z.B. Genehmigung der Krankenkasse)
 mangelnde Sprachkenntnisse
 fehlende Informationen über Rechte und Möglichkeiten
 fehlende Informationen über Ärzte, Krankenhäuser und deren Angebote
 fehlende Informationen über Behandlungsqualität
 Frage der Nachbetreuung und eventueller Komplikationen
 anderer Grund: _____

12. Welche Bedenken hatten Sie bei der Entscheidung für eine Behandlung in Deutschland?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Bedenken wegen des unbekanntem Gesundheitssystems
 Bedenken wegen anderer Behandlungs- und Untersuchungsmethoden
 Bedenken, sich nicht verständigen zu können
 Bedenken, weniger gut informiert zu werden als im Heimatland
 Bedenken, weniger in Entscheidungen einbezogen zu werden als im Heimatland
 Bedenken, dass mit Patienten anders als im Heimatland umgegangen wird
 Bedenken, anders als inländische Patienten behandelt zu werden
 Bedenken, dass besondere Situation der Patienten aus dem Ausland nicht berücksichtigt wird
 Bedenken, dass ausländische Patienten nur als Verdienstmöglichkeit gesehen werden
 weniger Vertrauen in Ärzte und Personal als im Heimatland
 Bedenken bezüglich der Behandlungsqualität
 schlechtes Bauchgefühl
 andere oder Erläuterungen: _____

13. Hatten Sie vor der Konsultation/Behandlung mehr Bedenken als wenn sie im Heimatland stattgefunden hätte?

- nein ja weiß nicht

14. Haben Sie vor der Behandlung eine ärztliche Meinung im Heimatland eingeholt?

- nein ja

15. Unterscheidet/unterschied sich die Konsultation/Behandlung von der in Ihrem Heimatland?

- nein ja, und zwar folgendermaßen: _____

↳ **Was sind Ihrer Meinung nach Gründe für diese Unterschiede?**

(Mehrfachnennungen möglich)

- andere technische Ausstattung andere Personalsituation
 andere Kostensituation anderes Patientenbild
 andere Bewertung bestimmter Symptome/Krankheiten
 anderes Selbstverständnis der Ärzte und des Personals
 andere Gründe : _____

16. Werden die in Deutschland in Anspruch genommenen Leistungen in Ihrem Heimatland angeboten?

- nein ja, im folgenden Ort: _____

17. Wie verständigen Sie sich/haben Sie sich verständigt?

- ich spreche deutsch der Arzt spricht meine Sprache
 mit Hilfe regionaler Dialekte es gab Personal, das meine Sprache spricht
 auf Englisch die Verständigung war schwierig, da keine der drei zuvor genannten Antworten zutrifft

18. Gibt/gab es in der Praxis besondere Angebote für Patienten aus dem Ausland?

- nein ja, und zwar: _____

19. Entstehen/entstanden für Sie Kosten für die Behandlung?

- nein ja, und zwar genauso hoch wie bei einer Behandlung im Heimatland
 ja, und zwar höher als bei einer Behandlung im Heimatland
 ja, und zwar niedriger als bei einer Behandlung im Heimatland

20. Wurden Sie zur Weiterbehandlung/zur Nachbehandlung an eine weitere Einrichtung/an einen weiteren Arzt verwiesen?

- nein ja, und zwar im Heimatland
 ja, und zwar im Behandlungsland

21. Waren Sie zuvor schon einmal bei einem anderen Arzt/in einem anderen Krankenhaus in Deutschland in Behandlung?

- nein ja → **Wie oft?** 1 Mal mehrfach regelmäßig

22. Wie bewerten Sie die Gesundheitsversorgung in Ihrem Heimatland und in Deutschland bezüglich der folgenden Punkte? (1 Kreuz pro Zeile)

		sehr schlecht					sehr gut
		-2	-1	0	1	2	
Qualität	Heimatland	<input type="checkbox"/>					
	Deutschland	<input type="checkbox"/>					
Modernität	Heimatland	<input type="checkbox"/>					
	Deutschland	<input type="checkbox"/>					
Patientenorientierung	Heimatland	<input type="checkbox"/>					
	Deutschland	<input type="checkbox"/>					
Effizienz	Heimatland	<input type="checkbox"/>					
	Deutschland	<input type="checkbox"/>					
Technische Ausstattung	Heimatland	<input type="checkbox"/>					
	Deutschland	<input type="checkbox"/>					
Qualifikation des Personals	Heimatland	<input type="checkbox"/>					
	Deutschland	<input type="checkbox"/>					

23. Falls Sie berufstätig sind/waren, in welchem Land liegt Ihr Arbeitsplatz?

Frankreich Luxemburg Deutschland anderes: _____

24. Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

Deutsch Französisch Luxemburgisch andere: _____

25. In welchem Land sind Sie krankenversichert?

Frankreich Luxemburg Deutschland anderes: _____

26. Haben Sie Erfahrung mit der Überquerung von Grenzen im Grenzraum Saarland-Lothringen-Luxemburg? (Mehrfachnennungen möglich)

nein ja, als Grenzpendler ja, beruflich
 ja, durch Familie ja, durch Bekannte/Freunde
 ja, beim Einkaufen ja, beim Tanken
 ja, im Urlaub ja, durch Freizeitaktivitäten
 sonstiges: _____

Wie oft kommt das vor?

täglich an allen Werktagen mehrmals wöchentlich
 mehrmals monatlich 1 Mal im Monat seltener

27. Welche Nachbarregion besuchen Sie am häufigsten?

Saarland Lothringen Luxemburg

28. Kamten Sie den Behandlungsort bereits zuvor?

nein ja

29. Kennen Sie die folgenden Begriffe?

Saar-Lor-Lux nein ja
 Großregion nein ja

30. Stellen die Staatsgrenzen im Grenzraum für Sie im alltäglichen Leben eine Hürde dar?

nein ja zum Teil

31. Unterscheiden sich die Menschen im Behandlungsland von denen in Ihrer Heimat?

nein ja, folgendermaßen: _____

32. Nutzen Sie Medien aus den Nachbarstaaten? (Mehrfachnennungen möglich)

nein ja, und zwar: Zeitung Radio Internet
 Zeitschriften Fernsehen

33. Prägen die folgenden Aspekte Ihre Einstellung zu Deutschland? Falls ja, inwiefern?

(Mehrfachnennungen möglich)

Erfahrungen mit einzelnen Menschen → negativ positiv keine Angabe möglich
 Erfahrungen durch private Besuche → negativ positiv keine Angabe möglich
 Erfahrungen durch berufliche Kontakte → negativ positiv keine Angabe möglich
 Besuch von Kulturveranstaltungen → negativ positiv keine Angabe möglich
 Berichterstattung der Medien → negativ positiv keine Angabe möglich
 Erfahrungen mit Gesundheitssystem → negativ positiv keine Angabe möglich
 Ruf des Gesundheitssystems → negativ positiv keine Angabe möglich

34. Haben Sie schon einmal an einem anderen Ort als in Ihrem jetzigen Wohnort gelebt?

nein ja, und zwar: in der gleichen Region im gleichen Land
 in der Großregion international

35. Haben Sie regelmäßig Kontakt zu Menschen aus anderen Ländern?

(Mehrfachnennungen möglich)

nein ja, und zwar: beruflich durch Freundschaften
 im Urlaub durch Auslandsaufenthalte
 andere: _____

36. Welche Sprachen, auch Dialekte, beherrschen Sie?

Sprache	Niveau
_____	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> Muttersprache
_____	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> Muttersprache
_____	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> Muttersprache
_____	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> Muttersprache
_____	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> Muttersprache

Was ist der höchste Bildungsabschluss, den Sie erlangt haben? _____

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Geburtsjahr: _____ **Geschlecht:** weiblich männlich

Falls Sie zu einem ausführlicheren Gespräch über Ihre Erfahrungen bereit sind, können Sie hier Ihre Kontaktdaten angeben. Diese Angabe ist selbstverständlich **freiwillig**. Der Fragebogen kann auch ohne diese Angabe ausgefüllt werden.

11.5 Interview-Leitfäden

Leitfaden Experteninterviews

- **Umfang:** Seit wann und wie viele Patienten aus Lothringen werden bei Ihnen behandelt? Werden auch Patienten aus Luxemburg behandelt?
- **Merkmale:**
 - o Kommen die Patienten aus der direkten Grenzregion oder auch aus weiter entfernten Gegenden Lothringens? (d. h. Nähe entscheidend?)
 - o Für welche Behandlungen bzw. zur Behandlung in welchen Fachgebieten kommen französische Patienten zu Ihnen?
 - o Gibt es Patienten, die regelmäßig behandelt werden, oder handelt es sich um einmalige Behandlungen?
- **Gründe:** Was ist entscheidend bei den Patienten: keine andere Behandlungsmöglichkeit, Qualität, Beziehung zum Saarland, Ruf, ...?
- **Hindernisse:** Was sind dabei Hindernisse? (politisch unerwünscht, Konkurrenzdenken, Krankenversicherungen: Genehmigung, Sprache, Abrechnung)
- **Unterschiede:** Wie unterscheidet sich Gesundheitsversorgung in Lothringen und im Saarland? Unterschiedliche Gesundheitskulturen?
- **Information:** Woher haben die Patienten die Idee, sich im Saarland behandeln zu lassen bzw. Informationen darüber? (weisen Ärzte sie darauf hin, wie geschieht Kontaktaufnahme/Überweisung?)
- **Angebote für Patienten aus Frankreich:**
 - o Hält das Klinikum besondere Angebote für Patienten aus Frankreich bereit? (zweisprachiges Personal, besonderer Ansprechpartner, Informationsmaterial)
 - o Wirbt das Klinikum in irgendeiner Form um Patienten aus Frankreich oder hat das Klinikum Interesse an der Behandlung?) Sind Aktionen in diese Richtung geplant?
- **Grenzüberschreitende Zusammenarbeit:**
 - o Gibt es bestimmte Regelungen/Vereinbarungen/Ereignisse/Personen, die die grenzüberschreitende Patientenmobilität vorangetrieben haben oder erschweren? (z. B. Rahmenabkommen, Fälle, die in die Öffentlichkeit getragen wurden)
 - o Kooperieren Sie in irgendeiner Form mit Einrichtungen oder Ärzten in Lothringen bzw. Luxemburg? (als Grundlage für Behandlung, z. B. Austausch von Fachkräften) Sind Kooperationen geplant? Gibt es Initiativen von französischer Seite?

Leitfaden Patienteninterviews (deutsche Version)

1. Wie kommt es dazu, dass Sie sich im Saarland behandeln lassen?

- Gründe: Versicherungssituation, Angebot, Lage, Ruf der Ärzte/des Gesundheitssystems
- Seit wann? Wie oft?
- Bei welchen Ärzten/Spezialisten/Fachgebiet? In welchem Ort? Warum dieser Arzt?
- Vermittlung/Empfehlung
- Behandlung nur im Saarland oder je nach Bedarf? Routineerkrankungen vs. kompliziertere Fälle/z. B. stationäre Behandlung?
- Ist die Behandlung im Saarland für Sie Routine?

2. Welche Probleme entstehen bei der Behandlung im Saarland?

- Versicherung, Kosten
- Sprache, Verständigung; reichen Sprachkenntnisse oder muss man auch System, Kultur kennen? Dialekt?
- Information: Gibt es Informationsmöglichkeiten? Wie haben Sie sich informiert?
- Bedenken
- Verbesserungsvorschläge

3. Unterscheiden sich die Behandlung und das Gesundheitssystem in Lothringen und im Saarland? Z. B. in Bezug auf ...

- Angebot: Infrastruktur, Qualität, Breite des Angebot, Quantität/Wartezeit, Erreichbarkeit, technische Ausstattung
- Organisation: Praxen (Mitarbeiter), Labor/Krankenschwestern, durchgeführte Untersuchungen, Überweisungen, Zugang zu Fachärzten
- Umgang mit Patienten, Arzt-Patienten-Verhältnis, Prioritäten bei Behandlung: schnelle Behandlung, Finden der Ursache, Risiken, Nebenwirkungen
- Überwiegen praktische oder medizinische Aspekte bei der Entscheidung? Ist es Ihnen egal in welchem Land eine Behandlung stattfindet?

4. Welche Rolle spielt die Möglichkeit der grenzüberschreitenden Behandlung in Lothringen?

- Ist Behandlung im Saarland die Ausnahme? Z. B. in Familien, Bekanntenkreis, Altersgruppen? Vertrauen in deutsches System und Ärzte?
- Sind Grenzpendler froh, dass sie sich im Saarland behandeln lassen können? Ruf des saarländischen Gesundheitssystems?

- Kennen Sie Projekte oder Regelungen, auch der Krankenversicherungen, Grenzgängerorganisationen, die Patientenmobilität fördern? Z. B. EU-Richtlinie zur Patientenmobilität?
- Ist Patientenmobilität in Lothringen (politisch) gewollt? Z. B. als Ausgleich für den Abbau von Krankenhausbetten?
- Überweisung: Stellen Ärzte Wahl des Landes frei?
- Kennen Sie Ärzte/Krankenhäuser im Saarland, das saarländische Gesundheitssystem?

5. Welche Beziehung haben Sie zum Saarland?

- Familie, persönliche Kontakte
- Beruf
- Versorgung, Freizeit, Medien, Veranstaltungen
- Grenze als Hürde
- Unterschiede, Mentalität, Kultur

6. Angaben zur Person: Alter, Beruf, Nationalität, Wohnort, Arbeitsort (seit wann/auch schon in Frankreich?)

7. Weitere Interviewpartner

11.6 Literatur- und Quellenverzeichnis

- AA & RF – Auswärtiges Amt der Bundesrepublik Deutschland & République Française (2013): Erklärung von Saarbrücken zur deutsch-französischen Zusammenarbeit in den Grenzregionen vom 15.07.2013, Stand: 15.07.2013, verfügbar unter: http://www.saarland.de/dokumente/thema_frankreichjahr/Erklaerung_DEU_final.pdf, Abruf: 30.09.2013
- Ärzttekammer des Saarlandes (2015): Jeder zweite berufstätige Arzt ist älter als 50 Jahre, Stand: 15.04.2015, verfügbar unter: <http://www.aerztekammer-saarland.de/Aktuelles/Eintrag/1411883983>, Abruf: 20.04.2015
- AGASI, S. (2002): Cross-border Healthcare in Europe. A Perspective from German Patients, in: Eurohealth, Bd.8, H.1, S.37-40
- AGEG – Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (2006): Positionspapier grenzübergreifendes Gesundheitswesen, Gronau: AGEG, Stand: Juni 2006, verfügbar unter: <http://www.aebr.eu/files/publications/PositionspapierDE.pdf>, Abruf: 12.12.2012
- AHRBERG, S. (2004): Französisch-deutsche Grenzregion. Grenz Wahrnehmung von Jugendlichen, in: BANSE, C. & STOBBE, H. (Hg.): Nationale Grenzen in Europa. Wandel der Funktion und Wahrnehmung nationaler Grenzen im Zuge der EU-Erweiterung, Frankfurt a. M. u. a.: Lang, S.67-96
- AK – Arbeitskammer des Saarlandes (Hg.) (2010¹¹): Ratgeber für Grenzgänger aus Deutschland und Frankreich/Guide pour les frontaliers d'Allemagne et de France, Saarbrücken: Arbeitskammer
- ANDERSON, J. & O'DOWD, L. (1999): Borders, Border Regions and Territoriality. Contradictory Meanings, Changing Significance, in: Regional Studies, Bd.33, H.7, S.593-604
- ANTHAMATTEN, P. & HAZEN, H. (2011): An Introduction to the Geography of Health, London u. a.: Routledge
- ARNOLD, H. (1998): Kritik der sozialgeographischen Konzeption von Benno Werlen, in: Geographische Zeitschrift, Bd.86, H.3, S.135-157
- ARROW, K. J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Health Care, in: American Economic Review, Bd.53, H.5, S.941-973
- ARS – Agence Régionale de Santé de Lorraine (2014): Médecins Généralistes. Récemment ou bientôt installés ? Comment ça marche ? Le contrat de praticien territorial de médecine générale, Stand: Januar 2014, verfügbar unter: http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/PUBLICATIONS/PUBLICATIONS_2014/GuidePTMG-Lorraine2014-web.pdf, Abruf: 10.02.2014
- ARS – Agence Régionale de Santé de Lorraine (2013a): Dossier de presse. Un « Pacte territoire-santé » pour lutter contre les déserts médicaux, Stand: Februar 2013, verfügbar unter: http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/ACCES_SANTE/PACTE_SANTE_TERRITOIRE/DP_Pacte_territoire_sante_REGIONAL.pdf, Abruf: 21.02.2013

- ARS – Agence Régionale de Santé de Lorraine (2013b): Praticien territorial de médecine générale Carte zones éligibles, Stand: 13.12.2013, verfügbar unter:
http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/ACCES_SANTE/PTMG/Zones_eligibles_PTMG_LORRAINE.jpg, Abruf: 10.02.2014
- ARS – Agence Régionale de Santé de Lorraine (2013c): Statistique Annuelle des Etablissements de santé lorrains 2013, Stand: 2013, verfügbar unter:
http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/SAE_01/ARS_Lorraine-BrochureSAE2013.pdf, Abruf: 22.11.2015
- ARS – Agence Régionale de Santé de Lorraine (2012a): Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS-PRS), Stand: Januar 2012, verfügbar unter:
http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/PRS/Le_SROS-PRS.pdf, Abruf: 27.06.2013
- ARS – Agence Régionale de Santé de Lorraine (2012b): Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS-PRS). II.5.d. Annexes relatives au SROS-PRS, Stand: Januar 2012, verfügbar unter: http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/PRS/II.5.d._annexes__SROS-PRS_.pdf, Abruf: 28.06.2013
- ARS – Agence Régionale de Santé de Lorraine (2012c): Statistique Annuelle des Etablissements de santé lorrains 2011, Stand: 2011, verfügbar unter:
http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/SAE_01/SAE2011_misenligne.pdf, Abruf: 05.07.2013
- ARS – Agence Régionale de Santé de Lorraine (o. J.): Rapport sur la mise en œuvre de la coopération sanitaire transfrontalière franco-allemande 2010, Stand: o. A., verfügbar unter:
http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/ars_alsace/Votre_sante/cooperation_transfrontaliere/Rapport_Com_mixte_AC_2010.pdf, Abruf: 19.03.2014
- Assemblée Nationale (2015): Compte rendu intégral première séance du mardi 02 juin 2015, Stand: 02.06.2015, verfügbar unter: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cri/2014-2015/20150246.asp#P543614>, Abruf: 30.06.2015
- ATTESLANDER, P. (2010¹³): Methoden der empirischen Sozialforschung, Berlin: Schmidt
- AUBURTIN, E. (2002): Langues régionales et relations transfrontalières dans l'espace Saar-Lor-Lux, in: La Découverte « Hérodote », Bd.105, S.102-122
- BAETEN, R., MCKEE M. & ROSENMÖLLER, M. (2006): Conclusions, in: ROSENMÖLLER, M., MCKEE, M. & BAETEN, R. (Hg.): Patient Mobility in the European Union. Learning from Experience, Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, S.179-187
- BARMEYER, C. (2010): Kulturdimensionen und Kulturstandards, in: ders, GENKOVA, P. & SCHEFFER, J. (Hg.): Interkulturelle Kommunikation und Kulturwissenschaft. Grundbegriffe, Wissenschaftsdisziplinen, Kulturräume, Passau: Karl Stutz, S.87-117
- BARMEYER, C. (2000): Mentalitätsunterschiede und Marktchancen im Frankreichgeschäft. Zur interkulturellen Kommunikation im Handwerk (mit Schwerpunkt Saarland/Lothringen). Studie und Handbuch, St. Ingbert: Röhrig (= Saarbrücker Studien zur interkulturellen Kommunikation mit Schwerpunkt Frankreich/Deutschland Bd.4)
- BATHELT, H. & GLÜCKLER, J. (2003²): Wirtschaftsgeographie. Ökonomische Beziehungen in räumlicher Perspektive, Stuttgart: UTB

- BAUCKHAGE-HOFFER, F. (2009): Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der EG und Europäisches Beihilferecht, in: Gesundheitsrecht, Bd.8, H.8, S.393-400
- BECK, J., DUSSAP-KÖHLER, A. & PRADIER, E. (2012): Evaluation de la mise en œuvre de l'accord-cadre franco-allemand sur la coopération sanitaire transfrontalière, Kehl: Euro-Institut, Stand: 31.10.2012 verfügbar unter: http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/Internet/Strategie_de_sante/cooperation_transfrontaliere/accord_cadre_franco_ald/Rapport_Final_Evaluation_AC_FA_2012.pdf, Abruf: 11.07.2015
- BECK, J. (2010): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit als Gegenstand interdisziplinärer Forschung. Konturen eines wissenschaftlichen Arbeitsprogramms, in: WASSENBERG, B. (Hg.): Les régions frontalières françaises, Stuttgart: Steiner (= Vivre et penser la coopération transfrontalière. Contributions du cycle de recherche sur la coopération transfrontalière de l'Université de Strasbourg et de l'Euro-Institut de Kehl Bd.1, Studien zur Geschichte der Europäischen Integration Bd.5), S.117-133
- BECKER, M. C. (2005): The Concept of Routines. Some Clarifications, in: Cambridge Journal of Economics, Bd.29, H.2, S.249-262
- BERNARD, M., SADIKMAN, J. & SADIKMAN, C. (2006): Factors Influencing Patients' Choice of Primary Medical Doctors, in: Minnesota Medicine, Bd.89, H.1, S.46-50
- BLATTER, K. (2006): Border Theory, in: BEVIR, M. (Hg.): Encyclopedia of Governance, Thousand Oaks u. a.: Sage, S.47-49
- BLOTEVOGEL, H. H. (2003): "Neue Kulturgeographie". Entwicklung, Dimensionen, Potenziale und Risiken einer kulturalistischen Humangeographie, in: Berichte zu Deutschen Landeskunde, Bd.77, H.1, S.7-34
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014): Zukunftssicher und gerecht. Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1.1.2015, Stand: März 2014, verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Infografiken/Krankenkassen/Infografik_Zukunftssicher_und_gerecht_-_Finanzierung_der_gesetzlichen_Krankenversicherung_ab_1.1.2015.pdf, Abruf: 12.06.2014
- BODE, I. (2002): Wandel in Grenzen. Charakter von Gesundheitssystemen wird von kulturellen Faktoren bestimmt, in: Die BKK, Bd.90, H.12, S.551-555
- BÖHMER, H. (1990): Entscheidungskriterien zur Arztwahl, Münster: Universität, Dissertation
- BOGNER, A., LITTIG, B. & MENZ, W. (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung, Wiesbaden: Springer
- BOLTEN, J. (2007a): Interkulturelle Kompetenz, Erfurt: Landeszentrale für politische Bildung Thüringen
- BOLTEN, J. (2007b): Internationalisierung und interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen, in: Kosmetische Medizin 2007, H.1, S.16-22
- BORNHOLDT-FRIED, H. & KOENIG, J. (2007): Das Projekt „Eurozone Saarbrücken-Forbach“. Ein konkretes Beispiel der Kooperation in der grenzüberschreitenden Agglomeration Saarbrücken-Moselle-Est, in: DÖRRENBÄCHER, P., KÜHNE, O. & WAGNER, J. M. (Hg.): 50 Jahre Saarland im Wandel, Saarbrücken: IfLiS (= Veröffentlichungen des Instituts für Landeskunde im Saarland Bd.44, Saarbrücker Geographische Arbeiten Bd.53), S.287-296
- BORNSTEIN, B., MARCUS, D. & CASSIDY, W. (2000): Choosing a Doctor. An Exploratory Study of Factors Influencing Patients' Choice of a Primary Care Doctor, in: Journal of Evaluation in Clinical Practice, Bd.6, H.3, S.255-262

- BOSCHMA, R. (2005): Proximity and Innovation. A Critical Assessment, in: *Regional Studies*, Bd.39, H.1, S.61-74
- BÖTTGER, K. (2006): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Europa. Erfolge und Misserfolge der Kooperation am Beispiel der EUREGIO (Rhein-Ems-Ijssel), der Euregio Maas-Rhein und der Euroregion Neisse-Nisa-Nysa, Tübingen: EZFF (= EZFF Occasional Papers Bd.32)
- BRAND, H., HOLLEDERER, A., WOLF, U. & BRAND, A. (2008): Cross-border Health Activities in the Euregios. Good Practice for Better Health, in: *Health Policy*, Bd.86, S.245-254
- BRAUN, B. & SCHULZ, C. (2012): *Wirtschaftsgeographie*, Stuttgart: Ulmer
- BRINK, U. (1999): *Arztwahlkriterien in der Allgemeinmedizin*, Marburg: Tectum
- BROUWER, W., VAN EXEL, J., HERMANS, B. & STOOP, A. (2002): Should I Stay or Should I Go? Waiting Lists and Cross-border Care in the Netherlands, in: *Health Policy*, Bd.63, S.289-298
- BROWN, T., MCLAFFERTY, S. & MOON, G. (Hg.) (2010): *A Companion to Health and Medical Geography*, Chichester, Malden: Wiley-Blackwell
- BRÜCHER, W. & DÖRRENBÄCHER, H. P. (2000): Grenzüberschreitende Beziehungen zwischen dem Saarland und Lothringen. Ausdruck einer Mischkultur? in: MARTI, R. (Hg.): *Grenzkultur – Mischkultur? Saarbrücken: SDV (= Veröffentlichungen der Kommission für Saarländische Landesgeschichte und Volksforschung Bd.35)*, S.17-34
- BRUNN, G. (2004): *Die Europäische Einigung von 1945 bis heute*, Stuttgart: Reclam
- BÜRKNER, H.-J. (1999): Werlen, Benno; *Sozialgeographie alltäglicher Regionalisierungen*, Band 2: *Globalisierung, Region und Regionalisierung*, Stuttgart 1997 (*Erdkundliches Wissen*, Bd.119). 464 S., Rezension, in: *Geographische Revue*, Bd.1, H.1, S.81-86
- Bundesregierung – Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland (2007): Answer from the German Federal Government in Co-operation with the Laender on the Commission Communication on Community Action on Health Services, Stand: 31.01.2007, verfügbar unter http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_col18_en.pdf, Abruf: 25.04.2013
- BURCH, S. (2008²): *Cultural and Anthropological Studies*, in: NAIDOO, J. & WILLS, J. (Hg.): *Health Studies. An Introduction*, Houndmills u. a.: Palgrave Macmillan
- BUSSE, R., BLÜMEL, M. & OGNANOVA, D. (2013): *Das deutsche Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen*, Berlin: MWV
- BUSSE, R., VAN GINNEKEN, E. & WÖRZ, M. (2011): Access to Health Care Services Within and Between Countries of the European Union, in: WISMAR, M., PALM, W., FIGUERAS, J., ERNST, K. & VAN GINNEKEN, E. (Hg.): *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and Analysing Practices and Policies*, Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies (= *Observatory Studies Series Bd.22*), S.47-90
- BUSSE, R., WÖRZ, M., FOUBISTER, T., MOSSIALOS, E. & BERMAN, P. (2006): *Mapping Health Services Access. National and Cross-border Issues (HealthACCESS). Final report*, Stand: November 2006, http://www.ehma.org/_fileupload/File/HealthACCESS/HealthAccess_FinalReport_20Nov.doc, Abruf: 04.12.2012
- CALNAN, M., PALM, W., SOHY, F. & QUAGHEBEUR, D. (1997): Cross-border Use of Health Care. A Survey of Frontiers Workers' Knowledge, Attitudes and Use, in: *European Journal of Public Health*, Bd.7, Suppl.3, S.26-32

- CARPENTIER, S. (2010): Gründe für den Umzug auf die andere Seite, in: ders. (Hg.): Die grenzüberschreitende Wohnmobilität zwischen Luxemburg und seinen Nachbarregionen, Luxemburg: Edition Saint-Paul (= Schriftenreihe Forum Europa Bd.6), S.37-62
- CARRERA, P. & LUNT, N. (2010): A European Perspective on Medical Tourism. The Need for a Knowledge Base, in: International Journal of Health Services, Bd.40, H.3, S.469-484
- CAVET, M., FEHLEN, F. & GENGLER, C. (2006): Leben in der Großregion. Studie der grenzüberschreitenden Gewohnheiten in den inneren Grenzräumen der Großregion SaarLorLux/Rheinland-Pfalz/Wallonien, Luxemburg: Saint Paul (= Schriftenreihe Forum Europa Bd.2)
- CDTFM – Comité de Défense des Travailleurs Frontaliers de la Moselle (2014): Le frontalière, H.2014/2, Spécial impôts
- CEPROS – Centre d’Etudes Prospectives (2005): Gesundheitswesen in der Großregion 2020, Luxemburg: CEPROS
- CESEL – Conseil Economique Social et Environnemental de Lorraine (2014): Stellungnahme des CESEL zur Frankreichstrategie des Saarlandes, Stand: 20.06.2015, verfügbar unter: http://www.ceseloraine.eu/img_base/ged_v2/278/2014-cesel-avis-strategie-france-sarre-auf-deutsch.pdf, Abruf: 08.07.2015
- CHEVREUL, K., DURAND-ZALESKI, I., BAHRAMI, S., HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. & MLADOVSKY, P. (2010): France Health System Review, Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies (= Health Systems in Transition Bd.12, H.6)
- CLTS/LAGS – Centre Lorrain des technologies de la Santé/Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland (2006): Programm Interreg IIIA. Vergleich der Gesundheitssysteme im Département Moselle und im Saarland. Befragung zu den Angeboten der Kliniken, Stand: 2006, verfügbar unter: http://sante.lags.de/fileadmin/external/sanitas_karten.pdf, Abruf: 12.02.2013
- CLTS/LAGS – Centre Lorrain des technologies de la Santé/Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland (2005): Santé Transfrontalière, Nr.7, Juni 2005
- CNAM – Caisse Nationale de l’Assurance Maladie (2009): La chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé français. Une évolution positive entre 2006 et 2008, Stand: 22.01.2009, verfügbar unter: <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/sites/chirurgie-ambulatoire.org/files/documents/public/chirurgie-ambulatoire-evolution-2006-2008.pdf>, Abruf: 10.07.2013
- CNSE – Centre national des soins à l’étranger (2014): Rapport d’activité, Vannes: CNSE, Stand: 2014, verfügbar unter: <http://www.apmnews.com/Documents/rapportactivitecnse2013.pdf>, Abruf: 11.02.2015
- COHEUR, A. (2003): Les zones frontalières sont-elles créatrices de nouvelles perspectives dans le domaine de la mobilité des patients ? in: Revue Médicale de l’assurance Maladie, Bd.34, H.3, S.183-189
- COLEMAN, J. (1991): Grundlagen der Sozialtheorie. Band 1: Handlungen und Handlungssysteme, München: R. Oldenbourg

- COUROUVE, L., BUREAU, I. & DETOURNAY, B. (2013): Les insuffisances en matière d'équipements d'imagerie médicale en France. Etude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM en 2013. Étude réalisée pour Imagerie Santé Avenir, Stand: April 2013, verfügbar unter: http://www.sfrnet.org/rc/org/sfrnet/htm/Article/2013/20130426-101458-362/src/htm_fullText/fr/2013-042%20ISA%20IRM%20Rapport%20v3-1.pdf, Abruf: 05.07.2013
- CYRUS, T. (2012): Cultural Distance and Bilateral Trade, in: *Global Economy Journal*, Bd.12, H.4, Article 3
- DENZIN, N. K. (1978²): *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*, New York u. a.: McGraw-Hill
- DEUTZ, W. (2010): *Interkulturelles Kooperationsmanagement. Struktur, konzeptionelle Gestaltung und empirische Untersuchung grenzüberschreitender Kooperationen im Gesundheitswesen*, Frankfurt a. M. u. a.: Peter Lang
- DIEFENBACH, H. (2009): Die Theorie der Rationalen Wahl oder „Rational Choice“-Theorie (RCT), in: BROCK, D., JUNGE, M., DIEFENBACH, H., KELLER, R. & VILLNÁYI, D. (Hg.): *Soziologische Paradigmen nach Talcott Parsons. Eine Einführung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.239-290
- DIEKMANN, A. (2010⁴): *Empirische Sozialforschung*, Reinbek: Rowohlt
- DIEKMANN, A. & VOSS, T. (2004): Die Theorie rationalen Handelns. Stand und Perspektiven, in: dies. (Hg.): *Rational-Choice-Theorie in den Sozialwissenschaften: Anwendungen und Probleme*, München: Oldenbourg, S.13-29
- DIXON, A., ROBERTSON, R., APPLEBY, J., BURGE, P., DEVLIN, N. & MAGEE, H. (2010): *Patient Choice. How Patients Choose and How Providers Respond*, London: The King's Found
- DÖRING, H. (1998): *Kritische Analyse der Leistungsfähigkeit des Transaktionskostenansatzes*, Göttingen: Universität, Dissertation
- DORY, D. (1995): La Géographie de la Santé comme Discipline Géographique, in: *Bulletin de la Société Neuchâteloise de Géographie*, Bd.39, S.9-22
- EC DG ECFIN – European Commission. Directorate for Economic and Financial Affairs (2010): *Joint Report on Health Systems. Prepared by the European Commission and the Economic Policy Committee (AWG)*, Brüssel: EC (= Occasional Papers Bd.74)
- EICHENHOFER, E. (1994): Französisch-deutsche Sozialrechtsbeziehungen, in: WISSING, G. & UMBACH, D. C. (Hg.): *40 Jahre Landessozialgerichtsbarkeit. Festschrift zum 40jährigen Bestehen der Landessozialgerichtsbarkeit in Rheinland-Pfalz*, Stuttgart u. a.: R. Boorberg, S.415-424
- EK DG EMPL – Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration, Referat B4 (2011): *Die Koordinierung der Gesundheitsfürsorge in Europa. Ansprüche der Versicherten und ihrer Familienangehörigen nach den Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009*, Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union
- ESG – Euregionales Servicezentrum für Gesundheit (2008): *Abschlussbericht Interreg IIIA Projekt „Cross Border Patient Mobility“/„Grenzenlose“ Gesundheit im deutsch-niederländischen Grenzgebiet*, Enschede: ESG

- ESPON (2010): Metroborder. Cross-border Polycentric Metropolitan Regions. Final Report 31/12/2010, Luxemburg: University of Luxemburg
- ESSER, H. (2001): Sinn und Kultur, Frankfurt a. M., New York: Campus (= Soziologie. Spezielle Grundlagen Bd.6)
- EU – Europäische Union (2011): Fragen und Antworten. Patientenrechte bei der Grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, MEMO/11/32, Stand: 19.01.2011, verfügbar unter: http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-11-32_de.pdf, Abruf: 05.02.2012
- EURES Transfrontalier (2001): Grenzüberschreitende Beschäftigung im Gesundheitswesen Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz, Saarbrücken: Eures-T
- Eurodistrict SaarMoselle (2015): Der Eurodistrict SaarMoselle spricht sich einstimmig für die Schaffung einer Zone mit grenzüberschreitendem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen (ZOAST) aus, Pressemitteilung vom 19.03.2015, Saarbrücken: Eurodistrict
- Eurostat (2013a): Ausgaben für ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung – in % des BIP, Stand: 10.12.2013, verfügbar unter: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/download>, Abruf: 13.12.2013
- Eurostat (2013b): Ausgaben für ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung – je Einwohner, Stand: 10.12.2013, verfügbar unter: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/download>, Abruf: 13.12.2013
- Euro-Institut (2007): Das Gesundheitssystem in Deutschland und Frankreich. Dokumentation erstellt im Rahmen der Veranstaltung „Europa wächst zusammen - Gesundheit ohne Grenzen. Deutsch-Französisches Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich“, Karlsruhe, 26.09.2007, Stand: 26.09.2007, verfügbar unter: <http://www.euroinstitut.org/pdf/Download-Unterlagen/2007-Gesundheit-ohne-Grenzen/Gesundheitswesen-D-u-F.pdf>, Abruf: 08.02.2013
- FELBERMAYR, G. & TOUBAL, T. (2006): Cultural Proximity and Trade, Tübingen: Universitätsbibliothek (= Tübinger Diskussionsbeitrag Nr.305)
- FILHON, G., TISSIER, F., CARIOU, M. & EUGÈNE, B. (2012): La mobilité des patients dans l'Union européenne. Les enjeux de la prise de décision, in: Pratiques et Organisation des Soins, Bd.43, H.4, S.285-294
- FLEBA, S. (2012): Internationales Gesundheitsmanagement. Effizienz im Dienst für das Leben, München: Oldenbourg
- FLEURET, S. (2011): Networks in Local Health Systems. Towards New Spaces? in: Geojournal, Bd.76, S.177-189
- FLOCH, J.-M. (2015): Résider en France et travailler à l'étranger. Une situation en plein essor, (= INSEE Première Nr.1537), Stand: Februar 2015, verfügbar unter: <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1537/ip1537.pdf>, Abruf: 27.03.2015
- FOOTMAN, K., KNAI, C., BAETEN, R., GLONTI, K. & MCKEE, M. (2014): Cross-border Health Care in Europe, Kopenhagen: WHO (= Policy Summary Bd.14)
- FOSS, N. J. & KLEIN, P. G. (2010): Critiques of Transaction Cost Economics. An Overview, in: KLEIN, P. G. & SYKUTA, M. E. (Hg.): The Elgar Companion to Transaction Cost Economics, Cheltenham u. Northampton: Edward Elgar, S.263-272

- FRÖHLICH, M., LAHANN, T. & TRAUTMANN, A. (2011): Gesundheitsdienstleistungen in der Großregion SaarLorLux. Die praktische Umsetzung der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs im Hinblick auf Krankenkassensystem im grenzüberschreitenden Kontext, Saarbrücken: Europa-Institut (= eVeröffentlichungen des Europa-Instituts Bd.2)
- FÜLLER, H. (2012): Workshop Gesundheitskulturen. Gesundheit zwischen Wahrnehmung, Repräsentation und globaler Steuerung, 20.-21.01.2011, Erlangen, Stand: 23.01.2012, verfügbar unter: <http://www.geographie.uni-erlangen.de/aktuell/tagungen/workshop-gesundheitskulturen.html>, Abruf: 01.12.2011
- FÜLÖP, G., KOPETSCH, T. & SCHÖPE, P. (2011): Catchment Areas of Medical Practices and the Role Played by Geographical Distance in the Patient's Choice of Doctor, in: *The Annals of Regional Science*, Bd.46, H.3, S.691-706
- GABBE, J. (2006): European Health Cooperations. The Role of Border and Cross-border Regions, in: BRAND, H., HOLLEDERER, A., WARD, G. & WOLF, U. (Hg.): *Cross-Border Activities – Good Practice for Better Health. Workshop of the Project “Evaluation of Border Regions in the European Union”*, 20/21 January 2006, Bielefeld: Iögd (= Iögd: Wissenschaftliche Reihe Bd.21), S.32-36.
- GATRELL, A. & ELLIOTT, S. (2009): *Geographies of Health. An Introduction*, Chichester u. a.: Wiley-Blackwell
- GBE – Gesundheitsberichterstattung Saarland (2011): Indikator (L) 6.22 Bestand an medizinischen Großgeräten in Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Saarland, 2011, Stand: 22.06.2011, verfügbar unter: http://www.gbe.saarland.de/medien/download/06_022_2011.htm, Abruf: 09.07.2013
- GBE – Gesundheitsberichterstattung Saarland (2009): Indikator (L) 8.8 Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen, Saarland im Regionalvergleich, 2009, Stand: 08.08.2009, verfügbar unter: http://www.gbe.saarland.de/medien/download/08_008_2009.htm, Abruf: 04.07.2013
- GEIGER-JAILLET, A. (2001): Nationale, regionale und sprachliche Grenzen. Das Saar-Lor-Lux-Modell, St. Augustin: Asgard (= Bausteine Europas VIII)
- GIS-GR – GeoPortal der Großregion (2014): Bevölkerungsdichte 2010 aggregiert nach territorialer Ebene, Stand: Februar 2014, verfügbar unter: http://www.gis-gr.eu/portal/fileadmin/user_upload/Download/Dokumente/REGR_DENS_POP_2010_A3.pdf, Abruf: 13.10.2015
- GLASER, B. & STRAUSS, A. (2010³): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*, Bern: Hans Huber
- GLINOS, I. (2011): Cross-border Collaboration, in: WISMAR, M., PALM, W., FIGUERAS, J., ERNST, J. & VAN GINNEKEN, E. (Hg.): *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and Analysing Practices and Policies*, Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies (= Observatory Studies Series Bd.22), S.217-254
- GLINOS, I., BAETEN, R., HELBLE, M. & MAARSE, H. (2010): A Typology of Cross-border Patient Mobility, in: *Health & Place*, Bd.16, S.1145-1155
- GLINOS, I. & BAETEN, R. (2006): A Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union, Brüssel: Observatoire social européen

- GOULET, V. (2014): L'“identité transfrontalière“ problématique de la Grande Région SaarLorLux, in: KOUKOUTSAKI-MONNIER, A. (Hg.): Identités (trans)frontalières au sein et autour de l'espace du Rhin supérieur, Nancy: Presses Universitaires
- GR – Großregion (2015): Pressemappe Großregion, Stand: 03.02.2015, verfügbar unter: http://www.granderegion.net/de/news/2015/02/Auftaktkonferenz/DOSSIER-DE-PRESSE-GR_DE.pdf, Abruf: 06.11.2015
- GR – Großregion (2013): Arbeitsgruppen des Gipfels der Großregion, Stand: 24.01.2013, verfügbar unter: <http://www.granderegion.net/de/news/2013/01/20130124-13-gipfel-der-grossregion/13-GIPFEL-BILANZ-ARBEITSGRUPPEN.pdf>, Abruf: 27.02.2013
- GR – Großregion (2011): Gemeinsame Erklärung 12. Gipfel/Déclaration commune 12ième Sommet 24.01.2011, Stand: 24.01.2011, verfügbar unter: http://www.saarland.de/dokumente/thema_SaarLorLux/1_Gemeinsame_Erklaerung_declaratation_commune.pdf, Abruf: 22.08.2011
- GR – Großregion (2007): Europäische territoriale Zusammenarbeit 2007-2013. Operationelles Programm zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit „Großregion“, Stand: 12.12.2007, verfügbar unter: http://www.saarland.de/dokumente/thema_interreg/DE_OP.pdf, Abruf: 16.05.2013
- GRABSKI-KIERON, U. & STINN, T. (2011): Ländliche Räume in der „Gesundheitsfalle“. Gesundheitsversorgung unter sich verändernden Rahmenbedingungen, in: Geographische Rundschau, Bd.63, H.2, S.50-53
- GRALL, J.-Y. (2007): Die grenzüberschreitende Gesundheitspolitik in Lothringen und der Großregion, Vortrag im Rahmen der Veranstaltung „Europa wächst zusammen - Gesundheit ohne Grenzen. Deutsch-Französisches Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich“, Karlsruhe, 26.09.2007, Stand: 26.09.2007, verfügbar unter: <http://www.euoinstitut.org/pdf/Download-Unterlagen/2007-Gesundheit-ohne-Grenzen/6-diaporama-ARH-Grall-D.pdf>, Abruf: 21.06.2013
- GROB, B., WILLE, C., GENGLER, C. & THULL, P. (Hg.) (2006): SaarLorLux von A-Z. Handbuch für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Großregion, Baden-Baden: Nomos (= Denkart Europa. Schriften zur europäischen Politik, Wirtschaft und Kultur Bd.3)
- GROBE HÜTTMANN, M. (2013): Multi-Level-Governance, in: ders. & WEHLING, H.-G. (Hg.): Das Europalexikon, Bonn: Dietz, S.277f.
- HARTZ, A., DAMM, G.-R. & KÖHLER, S. (2010): Großräumige grenzüberschreitende Verflechtungsräume. Ein „Modellvorhaben der Raumordnung“ (MORO) des Bundes, in: Raumforschung und Raumordnung Bd.68, S.499-513
- HAUBRICHS, W. (1987): Germanophone Dialekte in Lothringen, in: BRÜCHER, W. & FRANKE, P. (Hg.): Probleme von Grenzregionen. Das Beispiel Saar-Lor-Lux-Raum, Beiträge zum Forschungsschwerpunkt des Philosophischen Fakultät der Universität des Saarlandes, Saarbrücken: Universität, S.99-121
- HEINTEL, M. & WAACK, C. (2010): Beobachtungsraum, Labor oder politisches Handlungsfeld? Vergleichende Analysen und Analysepraktiken von Städten und Regionen an europäischen Staatsgrenzen im Vergleich, in: BELINA, B. (Hg.): Hier so, dort anders. Raumbezogene Vergleiche in der Wissenschaft und anderswo, Münster: Westfälisches Dampfboot, S.108-131

- HELPER, M. (2015): Die Industrialisierung der Großregion SaarLorLux, in: WILLE, C. (Hg.): Lebenswirklichkeiten und politische Konstruktionen in Grenzregionen. Das Beispiel der Großregion SaarLorLux: Wirtschaft – Politik – Alltag – Kultur, Bielefeld: transcript, S.3-20
- HELMAN, C. G. (2007⁵): Culture, Health and Illness, London: Hodder Arnold
- HEM, K.-G., KALSETH, B. & WILSON, A. (2011): Patient Mobility in the Nordic Countries. Volume and Obstacles, Oslo: Sintef
- HEMPEL, T. (2014): Bienvenue chers amis. Saarland könnte mit Frankreichkompetenz noch mehr punkten, in: SaarWirtschaft, H.2014/2, S.1
- HERMESSE, J., LEWALLE, H. & PALM, W. (1997): Patient Mobility within the European Union, in: European Journal of Public Health, Bd.7, Suppl.3, S.4-10
- HERNEKAMP, J. & JÄGER-LINDEMANN, S. (2011): Die neue Richtlinie zur Patientenmobilität. Vision oder Wirklichkeit. Grenzenlos mobile Patienten in der EU, in: Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht, Bd.10, H.10, S.403-412
- HERRMANN, M. (2000): Kulturspezifische Gesundheitskonzepte, in: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hg.): Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt, Berlin und Bonn: Universitäts-Buchdruckerei Bonn, S.27-30
- HOFFARTH, M. (2011): Grenzüberschreitende Handlungsansätze in der Wirtschaftsförderung. Herausforderungen und Chancen, in: Standort, Bd.35, H.4, S.165-168
- HOFFMANN, A. (2009): Der Anspruch der Unionsbürger auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. Die gemeinschaftsrechtlichen Grundlagen, die Rechtsprechung des EuGH und eine neue Rechtssetzungsinitiative der Europäischen Kommission, Bremen: ZERP (= ZERP-Arbeitspapier 2/2009)
- HOFSTEDE, G. (2001²): Culture's Consequences. Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations across Nations, Thousand Oaks u. a.: Sage
- HOORN, A. (2006): Wahrnehmungs- und Handlungsmuster an der deutsch-polnischen Grenze. Ergebnisse einer Untersuchung unter Jugendlichen in Guben-Gubin, in: Europa Regional, Bd.14, H.1, S.22-32
- HUTH, L. (2015): Auch Lothringen will eine Deutschlandstrategie, Stand: 18.02.2015, verfügbar unter: http://www.sr-online.de/sronline/sr3/uebersicht/sr_3_thema/deutschlandstrategie_lothringen100.html, Abruf: 07.07.2015
- IBA – Interregionale Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (2015): Der Pflegearbeitsmarkt in der Großregion. Berufe, Mobilität und Fachkräftesicherung. Abschlussbericht, Stand: Januar 2015, verfügbar unter: http://www.iba-oie.eu/fileadmin/user_upload/Berichte/Pflegearbeitsmarkt__2014_/150227_Der_Pflegearbeitsmarkt_der_GR_final.pdf, Abruf: 26.03.2015
- IBA – Interregionale Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (2014): Bericht zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der Großregion 2013/2014 für den Wirtschafts- und Sozialausschuss der Großregion (WSAGR), Saarbrücken: IBA (= Schriftenreihe der Regionalkommission SaarLorLux-Trier/Westpfalz-Wallonien Bd.20)
- IBA – Interregionale Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (2012): Die Arbeitsmarktsituation in der Großregion. 8. Bericht der Interregionalen Arbeitsmarktbeobachtungsstelle an den 13. Gipfel der Exekutive der Großregion, Saarbrücken: IBA

- IBA – Interregionale Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (2010): Atlas zur wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung der Großregion/Atlas du développement économique et Social en Grande Région, Saarbrücken: IBA (= Schriftenreihe der Regionalkommission SaarLorLux -Trier/Westpfalz-Wallonien Bd.18)
- IBA – Interregionale Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (2005): Grenzgänger und grenzüberschreitender Arbeitsmarkt in der Großregion. Themenheft im Rahmen des Gesamtvorhabens „Stand, Perspektiven und Handlungserfordernisse des Arbeitsmarkts der Großregion bis 2020“, Saarbrücken: IBA
- IBERT, O., MÜLLER, F. C. & STEIN, A. (Hg.)(2014): Produktive Differenzen. Eine dynamische Netzwerkanalyse von Innovationsprozessen, Bielefeld: Transcript
- INSEE – Institut national de la statistique et des études économiques (2015): Résider en France et travailler à l'étranger. Données complémentaires, Stand: Februar 2015, verfügbar unter: <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1537/ip1537.xls>, Abruf: 27.03.2015
- INSEE – Institut national de la statistique et des études économiques (2013a): Évolution de la population totale au 1er janvier 2012, Stand: März 2013, verfügbar unter: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/TABLEAUX/poptc02101.xls, Abruf: 10.07.2013
- INSEE – Institut national de la statistique et des études économiques (2013b): Économie Lorraine, Nr.299, Stand: Januar 2013, verfügbar unter: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/EL/EL299/EL299.pdf, Abruf : 05.11.2015
- IUNGAREVA, I. (2009): Grenzüberschreitende Gesundheitsnetzwerke im Lichte der EG-Grundfreiheiten und des europäischen Wettbewerbs-, Beihilfe- und Vergaberechts. Eine neuinstitutionsökonomische und evolutionsökonomische Analyse des Managements transnationaler Gesundheitsnetzwerke, Köln: Universität, Dissertation
- JURCZEK, P. (2006): Grenzüberschreitende Entwicklung und grenzübergreifende Kooperation, in: Europa Regional, Bd.14, H.2, S.50-60
- KAMM, J. (2010): Mentalität, Habitus und Lifestyle, in: BARMAYER, C., GENKOVA, P. & SCHEFFER, J. (Hg.): Interkulturelle Kommunikation und Kulturwissenschaft. Grundbegriffe, Wissenschaftsdisziplinen, Kulturräume, Passau: Karl Stutz, S.153-171
- KASSNER, K. & WASSERMANN, P. (2005²): Nicht überall, wo Methode draufsteht, ist auch Methode drin. Zur Problematik der Fundierung von Experteninterviews, in: BOGNER, A., LITTIG, B. & MENZ, W. (Hg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode Anwendung, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S.95-111
- KEARNS, R. & MOON, G. (2002): From Medical to Health Geography. Novelty, Place and Theory after a Decade of Change, in: Progress in Human Geography, Bd.26, H.5, S.605-625
- KELLE, U. (2008²): Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte, Wiesbaden: VS
- KELLE, U. & KLUGE, S. (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung, Wiesbaden: VS (= Qualitative Sozialforschung Bd.15)

- KILP, A. (1998): Regionale Identität in einem grenzüberschreitenden Raum. Die Wahrnehmung des Saar-Lor-Lux-Raumes durch lothringische Industriearbeiter in saarländischen Betrieben, Saarbrücken: Universität, Diplomarbeit
- KIRCH, D. (2014): Christoph 16 fliegt Verluste ein, Saarbrücker Zeitung 09.05.2014
- KIRCHGÄSSNER, G. (2008³): Homo oeconomicus. Das Modell individuellen Verhaltens und seine Anwendung in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Tübingen: Mohr Siebeck (= Die Einheit der Gesellschaftswissenschaften. Studien in den Grenzbereichen der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften Bd.74)
- KISTEMANN, T. & SCHWEIKART, J. (2010): Von der Gesundheitsökologie zur Geographie der Gesundheit, in: Geographische Rundschau, Bd.62, H.7/8, S.4-11
- KLAR, A. (2013): Gesundheitstourismus in Europa. Eine empirische Transaktionskosten-Analyse, Baden-Baden: Nomos
- KLEE, A. (2010): Räumliche Konsequenzen des demographischen Wandels. Worüber reden wir? in: BREU, C. (Hg.): Demographischer Wandel in Bayern, Hannover: ARL (= Räumliche Konsequenzen des demographischen Wandels Teil 12), S.4-21
- KLOSE, J. & REHBEIN, I. (2011): Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK
- KLUGE, S. (2000): Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung, in: Forum Qualitative Sozialforschung, Bd.1, H.1, o. S., verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001145>, Abruf: 16.07.2012
- KOLLER, D. (2012): Geographische Aspekte von Gesundheit und Versorgung, Bremen: Universität, Dissertation
- KOPETSCH, T. (2005): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus. Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung, Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung
- KOSLOWSKI, P. (2010): Ist ein grenzüberschreitendes Gesundheitswesen politisch denkbar und gewollt? in: SALLWEY, B. & MÜNDEL, W. (Hg.): Stetig im Wandel. Innovativer Wachstumspfad im Gesundheitsmarkt, Frankfurt a. M.: Societät, S.42-59
- KOSTERA, T. (2007): Unwelcome Europeanization. The Development of European Cross-border Patient Mobility, Brüssel: College of Europe, Masterthesis
- KOTZIAN, P. (2008): Gesundheitspolitik, in: HEINELT, H. & KNODT, M. (Hg.): Politikfelder im EU-Mehrebenensystem. Instrumente und Strategien europäischen Regierens, Baden-Baden: Nomos, S.235-252
- KRAJEWSKI, M. (2010): Grenzüberschreitende Patientenmobilität in Europa zwischen negativer und positiver Integration der Gesundheitssysteme, in: Europarecht, Bd.45, H.2, S.165-189
- KREIKEBAUM, H. (1998): Organisationsmanagement internationaler Unternehmen. Grundlagen und neue Strukturen, Wiesbaden: Gabler
- KRIWY, P. & AUMÜLLER, H. (2007): Präferenzen von Patienten bei der Hausarzt- oder Krankenhaussuche, in: Das Gesundheitswesen, Bd.69, H.8/9, S.464-469
- KROMREY, H. (2009): Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung, Stuttgart: Lucius & Lucius
- KRUMM, I. (2009): Medizinische Infrastrukturen in der Großregion vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, Saarbrücken: Universität, unveröffentlichte Diplomarbeit

- KUBIAK, Y. (2013): Santé – Lorraine, in: Institut national de la statistique et des études économiques (Hg.): Le bilan économique 2012 en Lorraine, o. S., Stand: Mai 2013, verfügbar unter: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=19933, Abruf: 26.06.2013
- KUCKARTZ, U. (2010³): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten, Wiesbaden: VS
- KUHLKE, O. (2006): Culture, in: WARF, B. (Hg): Encyclopedia of Human Geography, Thousand Oaks: Sage, S.80-82
- KULKE, E. (2008³): Wirtschaftsgeographie, Paderborn u. a.: UTB
- KVS – Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2013a): Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland. Erstellt von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS) im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Saarland (Krankenkassen). Anlage 2.2 Planungsblätter, Stand: 01.05.2013, verfügbar unter: http://www.kvsaarland.de/dante-cms/app_data/adam/repo/tempmedia/1374152395.OKCRGLDBDIASQXJJSPDKKMXYLUTBGNDE/24907_bed-pl_planungsblaetter.pdf, Abruf: 18.07.2013
- KVS – Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2013b): Medizinische und pflegerische Versorgung im ländlichen Raum sichern. Regionale Arbeitsgruppe in Merzig-Wadern entwickelt Aktionsprogramm, Pressemitteilung, vom 24.07.2013, verfügbar unter: http://www.kvsaarland.de/dante-cms/app_data/adam/repo/tempmedia/1374741651.BPBTNBTWMTITTPCBNLROPJDBSCHSFRZD/24990_pm_moro.pdf, Abruf: 25.07.2013
- KVS – Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2013c): 14 Arztpraxen im Saarland ohne Nachfolger, Pressemitteilung vom 28.11.2013, Stand: 28.11.2013, verfügbar unter: http://www.kvsaarland.de/dante-cms/app_data/adam/repo/tempmedia/1403852525.YRUYICIBEVXVLMWBDLJTAGVDGCVZKDZI/25891_pm_aerztemangel.pdf, Abruf: 26.06.2014
- LAMNEK, S. (2010⁵): Qualitative Sozialforschung, Weinheim, Basel: Beltz
- LAMOUR, C. (2010): Polarité hospitalière et intégration européenne. Le cas de l'agglomération du PED, in: MOULLE, F. & DUHAMEL, S. (2010): Frontières et santé. Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers, Paris: L'Harmattan, S.15-28
- Landesregierung – Landesregierung des Saarlandes (2015): Feuille de Route Frankreich-Strategie 2015/2016, Saarbrücken, Stand: Januar 2015, verfügbar unter: http://saarland.de/dokumente/ressort_finanzen/Feuille_de_route.pdf, Abruf: 13.05.2015
- LEGIDO-QUIGLEY, H., GLINOS, I., BAETEN, R., MCKEE, M. & BUSSE, R. (2012): Analysing Arrangements for Cross-border Mobility of Patients in the European Union. A Proposal for a Framework, in: Health Policy, Bd.108, S.27-36
- LEGIDO-QUIGLEY, H., GLINOS, I., WALSH, K., VAN BEEK, B., CUCIC, C. & MCKEE, M. (2011): Quality and Safety, in: WISMAR, M., PALM, W., FIGUERAS, J., ERNST, K. & VAN GINNEKEN, E. (Hg.): Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies, Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies (= Observatory Studies Series Bd.22), S.121-158

- LEGIDO-QUIGLEY, H., MCKEE, M., NOLTE, E. & GLINOS, I. (2008): Assuring the Quality of Health Care in the European Union. A case for Action, Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies (= Observatory Studies Series Bd.12)
- LEHNERS, J.-P. (1996): Zur historischen Legitimation einer Raum-Konstruktion. Die europäische Großregion Saar-Lor-Lux, in: Westfälische Forschungen, Bd. 46, S. 259-274
- LEIDL, R. & RHODES, G. (1997): Cross-border Health Care in the European Union. An Introduction, in: European Journal of Public Health, Bd.7, Suppl.3, S.1-3
- LEINEN, J. (2011): Schlagbäume fallen nun auch bei der Gesundheit, Saarbrücker Zeitung, 19.01.2011
- LORTHOIS, D. (2006): Régime local d'Alsace-Moselle. De Bismarck à la régionalisation de la gestion, in: Sève. Les tribunes de la santé, Nr.12, S.57-63
- LOSSAU, J. (2014): Kultur und Identität, in: dies., FREYTAG, T. & LIPPUNER, R. (Hg.) (2014): Schlüsselbegriffe der Kultur- und Sozialgeographie, Stuttgart: Ulmer, S.25-37
- LOSSAU, J. (2008): Kulturgeographie als Perspektive. Zur Debatte um den *cultural turn* in der Humangeographie. Eine Zwischenbilanz, in: Berichte zur Deutschen Landeskunde, Bd.82, H.4, S.317-334
- LÜSEBRINK, H.-J. (2008²): Interkulturelle Kommunikation. Interaktion, Fremdwahrnehmung, Kulturtransfer, Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler
- LUX, T. (2003): Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen. Ein ideengeschichtlicher Abriss, in: ders. (Hg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin, Medizinethnologie, Medical Anthropology, Berlin: Reimer, S.145-176
- LuxLorSan (Hg.) (2004): Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine - Grand-Duché de Luxembourg - Province de Luxembourg, Arlon: LuxLorSan
- MADHAVAN, G. (2015): Applied Minds. How engineers think, New York: W.W. Norton & Company
- MAINIL, T., VAN LOON, F., DINNIE, K., BOTTERILL, D., PLATENKAMP, V. & MEULEMANS, H. (2012): Transnational Health Care. From a Global Terminology Towards Transnational Health Region Development, in: Health Policy, Bd.108, S.37-44
- MARSCHALL, P. & BRÜMMER, D. (2014): Kosten- und Nutzenkomponenten grenzüberschreitender Patientenmobilität in der Europäischen Union. Theorie und Empirie, in: MATUSIEWICZ, D. & WASEM, J. (Hg): Gesundheitsökonomie. Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven, Berlin: Duncker & Humblot (= Schriften der Gesellschaft für sozialen Fortschritt Bd.30), S.315-330
- MATTHÄI, I. & MARSCHALL, J. (2008): Arbeit und Beschäftigung in der saarländischen Gesundheitswirtschaft. Studie im Auftrag der Arbeitskammer des Saarlandes, Saarbrücken
- MATZ, K. H. (2010): Europäische Gesundheitssysteme. Eine Darstellung der Gesundheitssysteme von 25 Ländern, Köln: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand: Februar 2010, verfügbar unter: <http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003761818>, Abruf: 11.06.2013
- MAURER, A. (2011): Rational Choice. Kultur als Mittel der Handlungsorientierung, in: QUADFLIEG, D. & MOEBIUS, D. (Hg.): Kultur. Theorien der Gegenwart, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S.683-695
- MAZZUCOTELLI, S. (2015): La Sarre et L'Est mosellan dans la même zone de soins, Républicain Lorrain, 20.03.2015

- MECHIN, C. (1999): *Frontière linguistique et frontière des usages en Lorraine*, Nancy: Presses Universitaires
- MEEUWESSEN, L., VAN DEN BRINK-MUINEN, A. & HOFSTEDE, G. (2009): Can Dimensions of National Culture Predict Cross-national Differences in Medical Communication? in: *Patient Education and Counseling*, Bd.75, H.1, S.58-66
- MERTEN, M. (2004): Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. Theoretisch wünschenswert, in: *Deutsches Ärzteblatt PP*, Bd.3, H.10, S.453
- MERTENS, K. (2007): Kurzdarstellung der Ergebnisse des Projektes 2003-2006 "Vergleich der Gesundheitssysteme Saarland-Moselle", Saarbrücken: LAGS
- MERTENS, K. (2006): Grenzgänger-Befragung im Rahmen des Projektes "Vergleich der Gesundheitssysteme Saarland-Moselle", Saarbrücken: LAGS
- MEUSBURGER, P. (1999) (Hg.): *Handlungszentrierte Sozialgeographie*. Benno Werlens Entwurf in kritischer Diskussion, Stuttgart: Franz Steiner
- MEUSER, M. & NAGEL, U. (2005²): ExpertInneninterview – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, in: BOGNER, A., LITTIG, B. & MENZ, W. (Hg.): *Das Experteninterview. Theorie, Methode Anwendung*, Wiesbaden: VS, S.71-93
- MGV – Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz des Saarlandes (Hg.) (2011): *Krankenhausplan für das Saarland 2011-2015*, Saarbrücken, Stand: 21.06.2011, verfügbar unter: http://saarland.de/dokumente/res_gesundheit/Krankenhausplan.pdf, Abruf: 18.07.2011
- Ministre de la Santé Luxembourg (2010): Réponse du Ministre de la Santé à la question parlementaire n° 0967 du 22 octobre 2010 de Monsieur le Député Ben Scheuer relative à la démographie médicale, Stand: 26.11.2010, verfügbar unter: http://www.chd.lu/wps/PA_RoleEtendu/FTSByteServletImpl/?path=/export/exped/sexdpdata/Mag/050/969/094698.pdf, Abruf: 18.07.2013
- MÖLLER, K. (2009): *Europäische Marktfreiheiten im Wettbewerb am Beispiel der stationären Patientenversorgung. Die Auswirkungen auf das mitgliedstaatliche Krankenversicherungsrecht unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsprechung des EuGH zu grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen*, Baden-Baden: Nomos
- MOREHOUSE, B. & SALIDO, P. (2004): Transboundary Health Care and the Production of Space on the Arizona-Sonora Border, in: PAVLAKOVICH-KOCHI, V., MOREHOUSE, B. & WASTL-WALTER, D. (Hg.): *Challenged Borderlands. Transcending Political and Cultural Boundaries*, Aldershot: Ashgate, S.269-292
- MOT – Mission Opérationnelle Transfrontalière (2004): *La coopération transfrontalière sanitaire*, Paris: MOT (= Les Cahiers de la MOT Bd.4)
- MOT – Mission Opérationnelle Transfrontalière (2001): *État des lieux de la coopération transfrontalière sanitaire*, Rennes: Éditions de l'école nationale de la Santé publique
- MOULLE, F. & DUHAMEL, S. (Hg.)(2010): *Frontières et santé. Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*, Paris: L'Harmattan
- MÜLLER, M. (2006): *Der Gesundheitssektor der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie. Strukturen und Optionen in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung*, Frankfurt a. d. O.: Universität, Dissertation
- NASCIMENTO SPIES, E. (2013): *Medizintourismus in Tijuana*, in: *Mitteilungen der Fränkischen Geographischen Gesellschaft*, Bd.59, S.189-203

- NEWMAN, D. (2006): The Lines that Continue to Separate us. Borders in our "Borderless" World, in: *Progress in Human Geography*, Bd.30, H.2, S.143-161
- NIEDERMEYER, M. (2008): Großregion SaarLorLux/Rheinland-Pfalz/Wallonien, in: GENGLER, C. (Hg.): *Best-practice-Austausch zwischen vier europäischen Grenzregionen/Echange de bonne pratiques entre quatre régions transfrontalières européennes*, Luxemburg: Saint-Paul (= Collection/Schriftenreihe „Forum Europa“ Bd.5), S.79-104
- NIEDERMEYER, M. & MOLL, P. (2007): SaarLorLux. Vom Montandreieck zur „Großregion“. Chancen und Möglichkeiten einer grenzüberschreitenden Regionalpolitik in Europa, in: DÖRRENBÄCHER, P., KÜHNE, O. & WAGNER, J. M. (Hg.): *50 Jahre Saarland im Wandel*, Saarbrücken: IfLiS (= Veröffentlichungen des Instituts für Landeskunde im Saarland Bd.44, Saarbrücker Geographische Arbeiten Bd.53), S.297-320
- NÜNNING, A. (Hg.)(2008⁴): *Metzler Lexikon Literatur- und Kulturtheorie. Ansätze – Personen – Grundbegriffe*, Stuttgart: Metzler
- NYS, H. & GOFFIN, T. (2011): Mapping National Practices and Strategies Relating to Patients' Rights, in: WISMAR, M., PALM, W., FIGUERAS, J., ERNST, K. & VAN GINNEKEN, E. (Hg.): *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and Analysing Practices and Policies*, Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies (= Observatory Studies Series Bd.22), S.159-216
- ODENDAHL, K. (2010): *Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Ausgewählte Rechtsfragen am Beispiel des Basler Pilotprojekts*, Zürich u. a.: Dike-Verlag
- OECD – Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hg.) (2012): *Health at a Glance*, Paris: OECD, Stand: 16.12.2013, verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>, Abruf: 04.07.13
- ONDPS – Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (2009): *Rapport de l'ONDPS 2006-2007 Région Lorraine. La médecine générale. Les internes en médecine. Les métiers de la périnatalité. Le bloc opératoire. Les métiers de la cancérologie*, Paris: ONDPS, Stand: Januar 2009, verfügbar unter: <http://www.lorraine.sante.gouv.fr/statetu/etud/doc/sante/ondps.pdf>, Zugriff: 04.08.2009.
- OZLER, Y. (2012): *Les critères de choix du médecin traitant. Étude au niveau de la population*, Amiens: Université, Dissertation
- PAYER, L. (1993): *Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande*, Frankfurt a. M. u. a.: Campus-Verlag
- PRIOR, L. (2003): *Using Documents in Social Research*, London u. a.: Sage
- QUAH, S. (2010): Health and Culture, in: COCKERHAM, W. (Hg.): *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, Malden u. a.: Wiley-Blackwell, o. S., Blackwell Reference Online, verfügbar unter: http://www.blackwellreference.com/subscriber/book.html?id=g9781405188685_9781405188685, DOI: 10.1111/b.9781405188685.2010.x, Abruf: 04.02.2013
- RAU, U. (2006): *Grenzgänger sparen viel Zeit*, Saarbrücker Zeitung, 19.04.2006
- RAUBER, K. (2007): *Perspektiven und Dimensionen internationaler Regionalpolitik. Zur Entwicklung der europäischen Region SaarLorLux*, in: LINSMAYER, L. (Hg.): *Die Geburt des Saarlandes. Zur Dramaturgie eines Sonderweges*, Saarbrücken: Vereinigung zur Förderung des Landesarchivs Saarbrücken, (= Echolot. Historische Beiträge des Landesarchivs Saarbrücken Bd.3), S.356-373

- RAUHOFF, S. (2005): Probleme der grenzüberschreitenden Rettungsdienste zwischen dem Saarland und Lothringen, Saarbrücken: Universität, unveröffentlichte Abschlussarbeit
- Regionalkommission – Regionalkommission Saarland-Lothringen- Luxemburg-Trier/Westpfalz (2000): Die Regionalkommission durch 25 Sitzungen. Motor der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit 1971-2000, Stand: Dezember 2000, http://www.granderegion.net/de/documents-officiels/reso-doc-commission-regionale/25_Sitzungen_der_Regionalkommission.doc, Abruf: 30.05.2011
- Regionalverband Saarbrücken (2015): Eurodistrict SaarMoselle einstimmig für ZOAST, Stand: 19.03.2015, verfügbar unter: <http://www.regionalverband-saarbruecken.de/magazin/drucken.php?artikel=3409&type=>, Abruf: 27.04.2015
- Représentation Permanente – Représentation Permanente de la France auprès de l’Union Européenne (2007): Consultation concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé. Communication de la Commission du 26 septembre 2006 Réponse de la France, Stand: März 2007, verfügbar unter: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co278_fr.pdf, Abruf: 25.04.2013
- RIEDEL, H. (1994): Wahrnehmung von Grenzen und Grenzräumen. Eine kulturpsychologisch-geographische Untersuchung im saarländisch-lothringischen Raum, Saarbrücken: Universität (= Arbeiten aus dem Geographischen Institut der Universität des Saarlandes Bd.41)
- RIEMER-HOMMEL, P. (2010): Gesundheitsworkshop der Großregion fördert neue Kooperationen, HTW-Online Nr.74, Stand: Dezember 2010, verfügbar unter: <http://www.htw-saarland.de/organisation/htwonline/htw-online-2010/75/grossregion>, Abruf: 08.02.2013
- RÖSLER, P. (2010): Patienten brauchen Hilfe ohne Schlagbaum, Saarbrücker Zeitung 16.04.2010
- ROLL, K., STARGARDT, T. & SCHREYÖGG, J. (2012): Effect of Type of Insurance and Income on Waiting Time for Outpatient Care, in: The Geneva Papers, Bd.37, S.609-632
- ROSENMÖLLER, M., MCKEE, M. & BAETEN, R. (2006a): Patient Mobility in the European Union. Learning from Experience, Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies
- ROSENMÖLLER, M., MCKEE, M., BAETEN, R. & GLINOS, I. (2006b): Patient Mobility. The Context and Issues, in: ROSENMÖLLER, M., MCKEE, M. & BAETEN, R. (Hg.): Patient Mobility in the European Union. Learning from Experience, Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, S.1-7
- ROßBACH, C., MARTH, S. & ZIMOLONG, A. (2010): Vorbereitendes Gutachten für den Saarländischen Krankenhausplan mit Geltungszeitraum ab dem Jahr 2011 für das Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz, Düsseldorf: GEBERA
- ROTH, F. (2014): Pays de la Sarre et Alsace-Moselle. Relations et interférences, 1850-1935, in: EL GAMMAL, J. (Hg.): Régions, courants, transferts. Historique et politique, Paris: Riveneuve, S.71-85
- ROTH, F. (1987): Espace Sarrois et Lorraine. Relations et Convergences 1815-1925, in: BRÜCHER, W. & FRANKE, P. (Hg.): Probleme von Grenzregionen. Das Beispiel Saar-Lor-Lux-Raum, Beiträge zum Forschungsschwerpunkt des Philosophischen Fakultät der Universität des Saarlandes, Saarbrücken: Universität, S.67-84

- RUFFRAY, S. & HAMEZ, G. (2010): L'accessibilité transfrontalière aux maternités. Enjeux territoriaux d'une coopération sanitaire dans la Grande Région, in: MOULLE, F. & DUHAMEL, S. (2010): Frontières et santé. Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers, Paris: L'Harmattan, S.29-41
- Saarländisches Ärztesyndikat (2009): Saar-Lor-Lux-Treffen 2009, Stand: 2009, verfügbar unter: <http://www.aerztesyndikat-saarland.de/archiv/15-saar-lor-lux-treffen-2009.pdf>, Abruf: 14.06.2013
- SANDER, M. (2008): Geschichte des Landes an der Saar, in: KÜNZEL, W. & RELLECKE, W. (Hg.): Geschichte der deutschen Länder. Entwicklungen und Traditionen vom Mittelalter bis zur Gegenwart, Münster: Aschendorff, S.303-3018
- SCHEFFER, J. (2010): Kulturgeographie als Geographie der Kultur, in: BARMMEYER, C., GENKOVA, P. & SCHEFFER, J. (Hg.): Interkulturelle Kommunikation und Kulturwissenschaft, Grundbegriffe, Wissenschaftsdisziplinen, Kulturräume, Passau: Karl Stutz, S.233-250
- SCHEFFER, J. (2009a): Die räumliche Verabsolutierung von kultureller Differenz. Konzeptionelle Probleme und Alternativen, in: MOOSMÜLLER, A. (Hg): Konzepte kultureller Differenz, Münster u. a.: Waxmann (= Münchener Beiträge zur Interkulturellen Kommunikation Bd.22), S.107-119
- SCHEFFER, J. (2009b): Entgrenzung durch neue Grenzen. Zur Pluralisierung von Kultur, in: Interculture Journal, Bd.8, H.8, S.8-33
- SCHEFFER, J. (2007): Den Kulturen Raum geben. Das Konzept selektiver Kulturräume am Beispiel des deutsch-tschechisch-österreichischen Dreiländerecks, Passau: Universität (= Passauer Schriften zur Geographie H.24)
- SCHERHAG, D. (2008): Europäische Grenzraumforschung, Hannover: ARL (= E-Paper der ARL Bd.2)
- SCHMITT, A. & VAN BIESEBROECK, J. (2011): Does Proximity (Still) Influence the Choice of External Suppliers? Effects of Distance, Cultural Proximity, and Clusters on Sourcing Relations. Evidence from the European Automotive Industry, Stand: November 2011, verfügbar unter: <http://www.econ.kuleuven.be/public/N07057/CV/svb11xx.pdf>, Abruf: 21.01.2013
- SCHMITT-EGNER, P. (2007): Grundlagen, Bestand und Modelle grenzüberschreitender Zusammenarbeit in den sechs Gründerstaaten der EG am Beispiel der transnationalen Region Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz-Wallonien, in: HUFELD, U., MÜLLER-GRAFF, P. & OKRUCH, S. (Hg.): Nachbarschaften innerhalb der Europäischen Union, Baden-Baden: Nomos, S.83-123
- SCHNEIDER, A. (2006): Rapport fait au de nom de la commission des affaires étrangères sur le projet de loi n° 3120, autorisant l'approbation de l'accord cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République Fédérale d'Allemagne sur la coopération sanitaire transfrontalière. Annexe II Calcul des distances entre les différentes communes de Sarre et Moselle et les services d'urgence les plus proches, Stand: 29.06.2006, verfügbar unter: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rapports/r3198.pdf>, Abruf: 07.11.12
- SCHNEIDER, M. (2014): Eurodistrict Saar-Moselle. Zuhause in Europas bester Lage, in: Der Landkreis, Bd.84, H.4, S.136-137

- SCHNELL, R., HILL, P. B. & ESSER, E. (2008⁸): Methoden der empirischen Sozialforschung, München, Wien: Oldenbourg
- SCHÖNHUTH, M. (2005): Glossar Kultur und Entwicklung. Ein Vademecum durch den Kulturschungel, Trier: Universität (= Trierer Materialien zur Ethnologie Bd.4), Stand: April 2005, verfügbar unter: <http://www.goethe.de/ges/pro/ent/de-glossar-kultur-und-entwicklung.pdf>, Abruf: 17.08.2015
- SCHÖNWALD, A. (2012): Identitäten und Stereotype in grenzüberschreitenden Verflechtungsräumen. Das Beispiel der Großregion, Wiesbaden: Springer
- SCHOLZ, G. (2011): Der SaarLorLux-Raum zwischen Realität, Illusion und Vision. Wahrnehmung und aktionsräumliches Verhalten aus der Sicht von Bewohnern einer europäischen Grenzregion, Saarbrücken: Institut für Landeskunde (= Veröffentlichungen des Instituts für Landeskunde im Saarland Bd.49)
- SCHULZ, C. & DÖRRENBÄCHER, P. (2005): Grenzraum Saarland Lothringen. Vom Montandreieck zur Automobilregion? In: Geographische Rundschau, Bd.57, H.12, S.20-28
- SCHULZ, C. (1998): Die kommunale grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Basis und Motor der europäischen Integration? Das Beispiel des Saar-Lor-Lux-Raumes, in: Berichte zur deutschen Landeskunde, Bd.72, H.4, S.267-290
- SCOTT, A. J. (1983): Industrial Organization and the Logic of Intra-Metropolitan Location: I. Theoretical Considerations, in: Economic Geography, Bd.59, H.3, S.233-250
- SIEVEKING, K. (2006): ECJ Rulings on Health Care Services and Their Effects on the Freedom of Cross-Border Patient Mobility in the EU, Bremen: Zentrum für Europäische Rechtspolitik (= ZERP-Diskussionspapier 3/2006)
- SIMON, M. (2013⁴): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Bern: Hans Huber
- SOUSA, C. M. P. & BRADLEY, F. (2008): Cultural Distance and Psychic Distance. Refinements in Conceptualization and Measurement, in: Journal of Marketing Management, Bd.24, H.5/6, S.467-488
- SOUSA, C. M. P. & BRADLEY, F. (2006): Cultural Distance and Psychic Distance. Two Peas in a Pod? in: Journal of Marketing Management, Bd.16, H.1, S.49-70
- SOYTÜRK, A. (2012): Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im Lichte der EuGH-Rechtsprechung und der Patientenrichtlinie, Hamburg: Dr. Kovač (= Studien zur Rechtswissenschaft Bd.284)
- Staatskanzlei – Staatskanzlei des Saarlandes (2014): Eckpunkte einer Frankreichstrategie für das Saarland, Stand: Januar 2014, verfügbar unter: http://www.saarland.de/dokumente/res_stk/D_Eckpunkte_Frankreich-Strategie_210114.pdf, Abruf: 13.05.2015
- Staatskanzlei – Staatskanzlei des Saarlandes (2007): Den demographischen Wandel gestalten. Demographiebericht der saarländischen Landesregierung, Saarland: Staatskanzlei, Stand: September 2007, verfügbar unter: http://www.saarland.de/dokumente/thema_bildung/DemographieberichtEndfassungSeptember07.pdf, Zugriff: 05.07.2013
- Statistik GR – Statistikportal der Großregion (2013): Bevölkerungsprojektion, Stand: 28.05.2013, verfügbar unter: <http://www.grande-region.lu/eportal/pages/StatDownload.aspx?id=312>, Abruf: 14.06.2013

- Statistik GR – Statistikportal der Großregion (2011): Bevölkerungsprojektion nach Altersgruppen, Stand: 11.07.2011, <http://www.grande-region.lu/eportal/pages/StatPrint.aspx?id=496>, Abruf: 09.08.2011
- Statistische Ämter GR – Statistische Ämter der Großregion (Hg.) (2014): Statistiques en bref/Statistische Kurzinformationen 2014, Saarbücken u. a.: Statistische Ämter
- Statistische Ämter GR – Statistische Ämter der Großregion (Hg.) (2013): Statistiques en bref/Statistische Kurzinformationen 2013, Saarbücken u. a.: Statistische Ämter
- Statistisches Amt – Statistisches Amt Saarland (2014): Pendlerverhalten der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmer des Saarlandes am 30. Juni 2013 (= Statistische Berichte A VI 5-S – j 2013), Stand: Juni 2014, verfügbar unter: http://www.saarland.de/dokumente/thema_statistik/STALA_BER_AVI5S-J-13.pdf, Abruf: 02.07.2014
- Statistisches Amt – Statistisches Amt Saarland (2013): Fortgeschriebener Bevölkerungsstand am Jahresende 1926 bis 2012, Stand: 10.10.2013, verfügbar unter: [http://www.saarland.de/dokumente/thema_statistik/staa_BEV2012_nach_Zensus\(1\).pdf](http://www.saarland.de/dokumente/thema_statistik/staa_BEV2012_nach_Zensus(1).pdf), Abruf: 05.11.2015
- Statistisches Amt – Statistisches Amt Saarland (2010): Bevölkerungsentwicklung im 1. Vierteljahr 2010 (= Statistische Berichte A I 1 - vj 1/2010), Stand: August 2010, verfügbar unter: http://www.saarland.de/dokumente/thema_statistik/STALA_BER_AI1_VJ1_10.pdf, Abruf: 05.11.2015
- Statistisches Amt – Statistisches Amt Saarland (2009): Immer mehr ambulante Operationen in den saarländischen Krankenhäusern (= presse-info Nr.045/2009), Stand: 03.09.2009, verfügbar unter: http://www.saarland.de/dokumente/thema_statistik/PD_045_Ambulante_Operationen.pdf, Abruf: 10.07.2013
- Statistisches Amt – Statistisches Amt Saarland (2003): Einpendler aus Frankreich und Luxemburg ins Saarland am 30. Juni 2001. Ergebnisse der Beschäftigtenstatistik (= Statistische Berichte A VI 5 - S/2001), Stand: Januar 2003, verfügbar unter: http://www.saarland.de/dokumente/thema_statistik/STALA_BER_AVI5S-J-01.pdf, Abruf: 04.08.2015
- STORZ-PFENNIG, P. (2012): Geografische Variationen in der stationären Versorgung. Internationale Erfahrungen, in: KLAUBER, J., GERAEDTS, M., FRIEDRICH, J. & WASEM, J. (Hg.): Krankenhaus-Report 2012. Schwerpunkt Regionalität, Stuttgart: Schattauer, S.33-44
- Strasbourg Conseil (2013): Etude de faisabilité relative à l'offre de formation paramédicale au sein de la région SaarMoselle. Rapport final, Stand: 01.02.2013, verfügbar unter: http://www.strasbourg-conseil.com/datas/files/eurodistrict_ formations_paramedicales_saarmoselle_projet_de_rapport_final.pdf, Abruf: 26.09.2013
- STRAUB, J. (2007): Kompetenz, in: STRAUB, J., WEIDEMANN, A. & WEIDEMANN, D. (Hg): Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder, Stuttgart, Weimar: J.B. Metzler, S.35-46
- STRAUB, J. & ZIELKE, B. (2007): Gesundheitsversorgung, in: STRAUB, J., WEIDEMANN, A. & WEIDEMANN, D. (Hg): Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder, Stuttgart, Weimar: Metzler, S.716-728

- STRAUSS, A. (1991): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung, München: Wilhelm Fink (= Übergänge. Texte und Studien zu Handlung, Sprache und Lebenswelt Bd.10)
- STRÜBING, J. (2014³): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils, Wiesbaden: Springer
- TEIXEIRA, A., SANTOS, P. & OLIVEIRA BROCHADO, A. (2008): International R&D Cooperation Between Low-tech SMEs. The Role of Cultural and Geographical Proximity, in: European planning studies, Bd.16, H.6, S.785-810
- TERLOUW, K. (2012): Border Surfers and Euroregions. Unplanned Cross-Border Behaviour and Planned Territorial Structures of Cross-Border Governance, in: Planning Practice and Research, Bd.27, H.3, S.351-366
- The Gallup Organization – The Gallup Organization im Auftrag der Europäischen Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (2007): Cross-Border Health Services in the EU. Analytical Report, Brüssel: Europäische Kommission (= Flash Eurobarometer Bd.210)
- THOMSON, S. & DIXON, A. (2004): Choices in Health Care. The European Experience, in: Euro Observer, Bd.6, H.4, S.1-4
- TK – Techniker Krankenkasse (2010): Die TK in Europa. TK-Europabefragung 2009: Deutsche Patienten auf dem Weg nach Europa, Hamburg: TK
- TONNELIER, F. & VIGNERON, E. (1999): Géographie de la Santé en France, Paris: Presses Universitaires de France
- VALLEJO, P., SUÑOL, R., VAN BEEK, B., LOMBARTS, M., BRUNEAU, C. & VLČEK, F. (2009): Volume and Diagnosis. An Approach to Cross-border Care in Eight European Countries, in: Quality & Safety in Health Care, Bd.18, Suppl.I, S.i8-i14
- VAN GINNEKEN, E. & BUSSE, R. (2011): Cross-border Health Care Data, in: WISMAR, M., PALM, W., FIGUERAS, J., ERNST, K. & VAN GINNEKEN, E. (Hg.): Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and Analysing Practices and Policies, Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies (= Observatory Studies Series Bd.22), S.287-340
- VAN DE GRONDEN, J. (2009): Cross-border health care in the EU and the Organization of the National Health Care Systems of the Member States. The Dynamics Resulting from the European Court of Justice's Decisions on Free Movement and Competition Law, in: Wisconsin international law journal, Bd.26, H.3, S.705-760
- VAN HOUTUM, H. (1998): The Development of Cross-Border Economic Relations. A Theoretical and Empirical Study of the Influence of the State Border on the Development of Cross-border Economic Relations Between firms in Border Regions of the Netherlands and Belgium, Amsterdam: ThelaThesis Publishers
- VOGEL, W. (2007): Transnationale Kooperation am Oberrhein. Empirische Ergebnisse zu Erfahrungen und Funktionslogik grenzüberschreitender Zusammenarbeit, in: HUFELD, U., MÜLLER-GRAFF, P. & OKRUCH, S. (Hg.): Nachbarschaften innerhalb der Europäischen Union, Baden-Baden: Nomos, S.251-271

- VON MALCHUS, V. (2007): Die Bedeutung der Euregios für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens, in: Observatorium für die Entwicklung der sozialen Dienste in Europa/Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (Hg.): Dokumentation der Tagung „Grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich“, Berlin, 28. September 2006, Frankfurt a. M.: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., S.36-44, Stand: Mai 2007, verfügbar unter: http://www.soziale-dienste-in-europa.de/Anlage23582/GUED_im_Gesundheits_und_Sozialbereich.pdf, Abruf: 17.01.2011
- WAACK, C. (2000): „Regionen“ an Staatsgrenzen und „Grenzregionen“. Ein Beitrag zur Diskussion konzeptioneller Elemente einer geographischen Grenzregionsforschung in Europa, in: Tübinger geographische Studien, H.128, S.169-185
- WAGENER, H.-J., EGER, T. & FRITZ, H. (2006): Europäische Integration. Recht und Ökonomie, Geschichte und Politik, München: Franz Vahlen
- WAGNER, B. (2005²): Arbeiten mit MAXqda. Kurze Einführung in die computergestützte Einführung qualitativer Daten, Bamberg: Universität (= Bamberger Beiträge zur empirischen Sozialforschung Nr.22)
- WAGNER, P. (2013): Nach zähem Ringen. Medizin ohne Grenzen, Saarbrücker Zeitung, 04.12.2013
- WEC – Wissenschafts- und Entwicklungszentrum des EURES-Transfrontalier Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz (Hg.) (2007): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitssektor in Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz. Bericht 2007, Saarbrücken: WEC Stand: 2007, verfügbar unter: http://www.wec-europa.org/download/gesundheitswesen_sllr_2007.pdf, Abruf: 07.01.2009
- WEC – Wissenschafts- und Entwicklungszentrum des EURES-Transfrontalier Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz (Hg.) (2006): Gesundheitswesen und grenzüberschreitende Beschäftigung in der Großregion. Bestandsaufnahme des Gesundheitssektors in Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz, Saarbrücken: WEC
- WEICHHART, P. (2008): Entwicklungslinien der Sozialgeographie. Von Hans Bobek bis Benno Werlen, Stuttgart: Franz Steiner
- WEICHHART, P. (1986): Das Erkenntnisobjekt der Sozialgeographie aus handlungstheoretischer Sicht, in: Geographica Helvetica, Bd.41, H.2, S.84-90
- WEIDENFELD, W. & WESSELS, W. (Hg.) (2009): Europa von A bis Z. Taschenbuch der europäischen Integration, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung
- WERLEN, B. (2008³): Sozialgeographie, Bern u. a.: UTB
- WERLEN, B. (2007²): Globalisierung, Region und Regionalisierung, Stuttgart: Franz Steiner (= Sozialgeographie alltäglicher Regionalisierungen Bd.2)
- WERLEN, B. (2003a): Cultural Turn in Humanwissenschaften und Geographie, in: Berichte zur Deutschen Landeskunde, Bd.77, H.1, S.35-52
- WERLEN, B. (2003b): Kulturgeographie und kulturtheoretische Wende, in: GEBHARDT, H., REUBER, P. & WOLKERSDORFER, G. (Hg.): Kulturgeographie. Aktuelle Ansätze und Entwicklungen, Heidelberg, Berlin: Spectrum, S.251-268
- WERLEN (1987): Gesellschaft, Handlung und Raum. Grundlagen handlungstheoretischer Sozialgeographie, Wiesbaden: Franz Steiner

- WETTEMANN, U. (2012): Übersetzung qualitativer Interviewdaten zwischen Translationswissenschaft und Sozialwissenschaft, in: KRUSE, J., BETHMANN, S., NIERMANN, D., & SCHMIEDER, C. (Hg.): Qualitative Interviewforschung in und mit fremden Sprachen, Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S.101-120
- WILLE, C. (2013): B/Ordering in der Großregion. Mobilitäten – Grenzen – Identitäten, in: GOULET, J. & VATTER, C. (Hg.): Champs médiatiques et frontières dans la « Grande Région » SaarLorLux et en Europe/Mediale Felder und Grenzen in der Großregion SaarLorLux und in Europa, Saarbrücken: Universaar (= SARAVI PONTES. Beiträge zur internationalen Hochschulkooperation und zum interkulturellen Wissensaustausch Bd.1), S.51-64
- WILLE, C. (2012): Grenzgänger und Räume der Grenze. Raumkonstruktionen in der Großregion SaarLorLux, Frankfurt a. M. u. a.: Peter Lang
- WILLE, C. (2005): Deutsch-Französische Grenzräume als interkulturelle Schnittstellen. Wirtschaftliche Zusammenarbeit im Raum Saarland-Lothringen, in: Dokumente. Zeitschrift für den deutsch-französischen Dialog, 2005, H.1, S.24-28
- WILLIAMSON, O. E. (2010): Transaction Cost Economics. An Overview, in: KLEIN, P. G. & SYKUTA, M. E. (Hg.): The Elgar Companion to Transaction Cost Economics, Cheltenham u. Northampton: Edward Elgar, S.8-26
- WILLIAMSON, O. E. (1990): Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus. Unternehmen, Märkte, Kooperationen, Tübingen: Mohr (= Die Einheit der Gesellschaftswissenschaften Bd.64)
- WINKELMAN, M. (2009): Culture and Health. Applying Medical Anthropology, San Francisco: Jossey-Bass
- WITTENBROCK, R. (2010): Les débuts de la coopération transfrontalière dans la Grande Région Saar-Lor-Lux (1962-1981), in: WASSENBERG, B. (Hg.): Les régions frontalières françaises. Contributions du cycle de recherche sur la coopération transfrontalière de l'Université de Strasbourg et de l'Euro-Institut de Kehl, Stuttgart : Franz Steiner (= Vivre et penser la coopération transfrontalière Bd.1, Studien zur Geschichte der Europäischen Integration Bd.5), S.117-133
- WITZEL, A. & REITER, H. (2012): The Problem-Centred Interview, Los Angeles u. a.: Sage
- WITZEL, A. (2000): Das problemzentrierte Interview, in: Forum Qualitative Sozialforschung, Bd.1, H.1, o.S., verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>, Abruf: 13.04.2013
- WITZEL, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen, Frankfurt a. M., New York: Campus, Dissertation
- WOLLSCHIED, M. (2013): Gedämpfter Optimismus für die Großregion, Trierischer Volksfreund, 13.03.2013
- WORTMANN, A. (1959): Die Bedeutung der Verordnungen Nr. 3 und 4 der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft für die Krankenversicherung, in: Wege zur Sozialversicherung, Bd.13, H.2, S.45-48
- YNDIGEGN, C. (2011): Between Debordering and Rebordering Europe. Cross-Border Cooperation in the Øresund Region or the Danish-Swedish Border Region, in: Eurasia Border Review, Bd.2, H.1, S.47-59

- ZACHARAKIS, A. L. (1997): Entrepreneurial Entry into Foreign Markets. A Transaction Cost Perspective, in: Entrepreneurship. Theory and Practice, Bd.21, H.3, S.23-39
- ZUR NIEDEN, P. (2006-2009): Wahrnehmung von Nachbarschaft in der Großregion SaarLorLux durch Bürger und lokale Medien am Beispiel von QuattroPole. Ergebnisse einer Studie von Geographie-Studenten, 4 Bde., Trier: Universität

Websites

- ADF – Association Dentaire Française (2009): Les Amalgames dentaires, Stand: Juni 2009, verfügbar unter: <http://www.adf.asso.fr/fr/presse/fiches-pratiques/amalgames-dentaires>, Abruf: 13.01.2016
- BMG – Bundesgesundheitsministerium (2014): Versicherte Arbeitnehmer, Stand: 10.06.2014, verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/versicherte/arbeitnehmer.html>, Abruf: 03.07.2014
- Conseil Départemental – Conseil Départemental de la Moselle (2015): Une Maison Ouverte des Services pour l'Allemagne, Stand: 09.07.2015, verfügbar unter: http://www.cg57.fr/actus/Pages/MOSA_ouverture.aspx, Abruf: 04.08.2015
- Consulat – Consulat Général de France à Sarrebruck (2012): Médecins francophones, Stand: Februar 2012, verfügbar unter: <http://www.ambafrance-de.org/Medecins-francophones>, Abruf: Februar 2012
- GR – Großregion (2012): Gipfel der Großregion. Die Arbeitsgruppen und Arbeitsgemeinschaften, Stand: 26.09.2012, verfügbar unter: http://www.granderegion.net/de/INTERREGIONALE_POLITISCHE_ZUSAMMENARBEIT/WSAGR/index.html, Abruf: 29.04.2013
- GR – Großregion (2005): Gesundheitsminister Josef Hecken: Gesundheitssysteme von Saarland und Lothringen im Vergleich, Stand: 16.06.2005, verfügbar unter: <http://www.granderegion.net/de/news/2005/06/20050616-1/index.html>, Abruf: 22.01.2010
- MSGFF – Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes (2015): Sozialministerin Bachmann: Ausbau der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ist wichtiger Baustein im Rahmen der Frankreichstrategie, Stand: 09.01.2015, verfügbar unter: <http://saarland.de/123066.htm>, Abruf: 23.03.2015
- KVS – Kassenärztliche Vereinigung Saarland (o. J.): Kassenärztliche Vereinigung Saarland Arztsuche, verfügbar unter: www.arztsuche.kvsaarland.de, Zugriff: Februar-Juni 2012
- Patientenbeauftragter – Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (2014): Fragen & Antworten zu zahnärztlicher Behandlung, Stand: 04.09.2014, verfügbar unter: <http://patientenbeauftragter.de/index.php/2-uncategorised/19-fragen-antworten-zu-zahnaerztlicher-behandlung>, Abruf: 04.03.2015

Rechtsgrundlagen

- BMV-Ä – Bundesmantelvertrag Ärzte vom 1. Oktober 2013 zuletzt geändert mit Vertrag vom 18.06.2014, In-Kraft getreten am 01.07.2014, verfügbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/BMV_Aerzte.pdf, Abruf: 05.01.2015
- Circulaire DSS/DACI no 2007-291 – Circulaire DSS/DACI no 2007-291 du 18 juillet 2007 relative à la mise en œuvre de l'accord-cadre de coopération sanitaire transfrontalière entre le Gouvernement de la République française et le gouvernement de la République fédérale d'Allemagne, signé le 22 juillet 2005, à Weil am Rhein, Direction de la sécurité sociale, Division des affaires communautaires et internationales, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Mission des relations européennes et internationales, Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2007/8, 15 Septembre 2007, S.395-399, verfügbar unter: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-08/bo0708.pdf>, Abruf: 20.09.2015
- Grenzängergesetz 1951 – Gesetz betreffend die Vereinbarung zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Frankreich über Grenzgänger vom 10. Juli 1950 vom 9. Mai 1951, Bundesversorgungsblatt, Jg.1951, Nr.5, S.232f.
- Kooperationsvereinbarung Kardiologie 2013 – Grenzüberschreitende Kooperationsvereinbarung im Bereich Kardiologie zwischen der ARS Lorraine, der Caisse Nationale d'Assurance Maladie, dem Centre Hospitalier Intercommunal UNISANTE+ und den SHG-Kliniken Völklingen vom 19.03.2013, verfügbar unter: http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/VOTRE_SANTE/accords_transfrontaliers_soins_sante_01/convention_dossier_clinique_cardiologie_Volklingen_19_03_2013.pdf, Abruf: 09.07.2014
- Rahmenabkommen 2005 – Rahmenabkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Französischen Republik über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich vom 22.07.2005, Bundesgesetzblatt, Jg.2006, Teil II, Nr.32, vom 21.12.2006
- Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Amtsblatt der Europäischen Union vom 04.04.2011, L 88
- Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Amtsblatt der Europäischen Union vom 30.4.2004, L 166
- Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, Amtsblatt der Europäischen Union vom 05.07.1971, L 149
- Vereinbarung 2008 – Vereinbarung zwischen dem Direktor der Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine und dem Minister für Inneres und Sport des Saarlandes über das grenzüberschreitende Gesundheitswesen vom 11.06.2008, verfügbar unter: http://www.saarland.de/dokumente/thema_SaarLorLux/Vereinbarung2008_06_11_Rettungsdienste_SL-LOR_geringe_Aufloesung.pdf, Abruf: 27.05.2013

Verwaltungsvereinbarung 2006 – Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit der Bundesrepublik Deutschland und dem Minister für Gesundheit und Solidarität der Französischen Republik über die Durchführungsmodalitäten des Rahmenabkommens vom 22. Juli 2005 über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich vom 09.03.2006, Bundesgesetzblatt, Jg. 2006, Teil II, Nr.32, vom 21.12.2006

Zweite Zusatzvereinbarung 1950 – Zweite Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Frankreich über die Soziale Sicherheit vom 10. Juli 1950. System der Sozialen Sicherheit für Grenzgänger, Bundesarbeitsblatt, Jg.1951, H.7, S.524f.