

Schriften der
Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt

Einfluss der Europäischen Union auf die Gestaltung der Arbeitswelt

Herausgegeben von

Carolin Lehberger

Luitpold Rampeltshammer



universaar

Universitätsverlag des Saarlandes
Saarland University Press
Presses Universitaires de la Sarre

Schriftenreihe der Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt der Universität des Saarlandes

Die zentrale Aufgabe der Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt der Universität des Saarlandes besteht in der Generierung von arbeitsweltorientiertem Wissen und der gegenseitigen Zusammenführung von Wissensbeständen in Wissenschaft und Arbeitswelt mit dem Ziel einer nachhaltigen Kooperation zum Nutzen aller Kooperationspartner/innen. Kooperationspartner/innen sind die Universität des Saarlandes, der Deutsche Gewerkschaftsbund Saar, die Arbeitskammer des Saarlandes und die Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes.

Die inhaltlichen Arbeitsschwerpunkte der Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt liegen in den Themenfeldern Mitbestimmung und Partizipation von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, Globalisierung und ihre Auswirkungen, sektoraler Wandel und grenzüberschreitendes Arbeiten.

Mit dieser Publikationsreihe sollen die Ergebnisse der Forschungsprojekte, die im Rahmen der oder in Zusammenarbeit mit der Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt durchgeführt wurden, einem breiteren Publikum zur Verfügung gestellt werden.

Carolin Lehberger, Luitpold Rampeltshammer (Hrsg.)

Einfluss der Europäischen Union auf die Gestaltung der Arbeitswelt



universaar

Universitätsverlag des Saarlandes
Saarland University Press
Presses Universitaires de la Sarre

© 2012 *universaar*

Universitätsverlag des Saarlandes
Saarland University Press
Presses Universitaires de la Sarre



Postfach 151150, 66041 Saarbrücken

ISBN 978-3-86223-065-5 gedruckte Ausgabe

ISBN 978-3-86223-066-2 Online-Ausgabe

URN urn:nbn:de:bsz:291-universaar-896

Projektbetreuung *universaar* und KoWA: Isolde Teufel, Olga Haubrichs

Satz: Olga Haubrichs

Umschlaggestaltung: Julian Wichert

Gedruckt auf säurefreiem Papier von Monsenstein & Vannerdat

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

Vorwort	7
Einleitung	
<i>Carolin Lehberger, Luitpold Rampeltshammer</i>	9
Sozialpolitik und Industrielle Beziehungen in der Europäischen Union	
<i>Walter Müller-Jentsch</i>	15
Europäische Kooperation als Krisenstrategie? Die wirtschaftliche Zusammenarbeit in der Region Saarland-Lothringen-Luxemburg 1967-1990	
<i>Veit Damm</i>	31
Untersuchungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz von ausländischen Leiharbeitnehmern im Saarland	
<i>Susanne Völter-Mahlknecht, Ulrich Mahlknecht</i>	59
Auswirkungen von Standortbedingungen und Geschäftsmodellen auf das Personalmanagement von Service Centern	
<i>Wolfgang Appel, Mathieu Lionello</i>	91
Gesundheitsdienstleistungen in der Großregion SaarLorLux Die praktische Umsetzung der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs im Hinblick auf Krankenkassensysteme im grenzüberschreitenden Kontext	
<i>Mareike Fröhlich, Tilmann Lahann, Anja Trautmann</i>	135
Die Autorinnen/die Autoren	195

Vorwort

In diesem Buch finden sich die Ergebnisse aktueller Forschungsprojekte zum Thema „Der Einfluss der Europäischen Union auf die Gestaltung von Arbeits-, Wirtschafts- und Beschäftigungsbedingungen“, welches die Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt der Universität des Saarlandes im Jahr 2009 ausgeschrieben hatte. Diese Thematik ist für alle Kooperationspartner der Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt von besonderem Interesse, nicht nur für die Arbeitskammer des Saarlandes, den Deutschen Gewerkschaftsbund und die Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, sondern auch, und gerade für die Universität des Saarlandes. Stellen doch Europastudien einen ihrer inhaltlichen Kernbereiche dar. Mit dem bundesweit einzigartigen Zertifikat Europaicum ermöglicht die Universität des Saarlandes Studierenden europäische Zusatzqualifikationen zu erwerben und sich dadurch in besonderer Weise für den europäischen Arbeitsmarkt zu qualifizieren.

Die Beiträge in diesem Band gehen der Frage nach, welchen Einfluss die Europäische Union auf die Gestaltung von Arbeits-, Wirtschafts- und Beschäftigungsbedingungen ausübt. Gerade die Region SaarLorLux ist durch einen hohen Anteil von Grenzgängerinnen und Grenzgängern gekennzeichnet. Mit dem Leben und Arbeiten über die Grenzen hinweg gehen spezielle Probleme einher, welche nicht nur die europäische Integration, sondern vor allem auch die Arbeits- und Lebensbedingungen der Grenzgängerinnen und Grenzgänger erschweren. Die Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt wollte mit der Forschungsausschreibung 2009 diese Probleme analysieren und Handlungsspielräume und -alternativen in Wissenschaft und Arbeitswelt (weiter-) entwickeln.

Das vorliegende Buch liefert somit wissenschaftliche Fachbeiträge, die für sämtliche Ansprech- und Kooperationspartner in grenzüberschreitenden Fragestellungen von Interesse sind. Dazu zählen insbesondere Betriebs- und Personalräte sowie Gewerkschaften, Kammern, Unternehmen/Betriebe und Verwaltungen, Hochschulen und deren soziales und kulturelles Umfeld und viele andere Einrichtungen und Institutionen. Gerade für Akteure in der Arbeit des Wirtschafts- und Sozialausschusses der Großregion (WSAGR) liefert das Buch wichtige arbeitsweltorientierte Forschungsergebnisse. Allen Leserinnen und Lesern wünschen wir eine anregende Lektüre der vorliegenden Forschungsergebnisse.

Volker Linneweber, Eugen Roth

Carolin Lehberger, Luitpold Rampeltshammer

Einleitung

1 Vorgeschichte

Die häufig geäußerte Ursache für das weithin bekannte Phänomen „Europa-verdrossenheit“ liegt mit im vermeintlichen Eindruck begründet, die Europäische Union löse Probleme nicht nur nicht, sondern verursache diese oftmals sogar. Verdrossenheit erscheint hier als Reaktion auf unerfüllte Erwartungen, die ihrerseits jedoch häufig diffus sind. Als Belege mögen die öffentlichen Diskussionen um den „Paragrafenschungel Europa“ oder die Auseinandersetzungen um Beiträge zu und Rückflüsse von Mitteln der Europäischen Union dienen.

Arbeitgeberverbände und Unternehmen weisen häufig auf die ihrer Meinung nach übermäßige Regelungsdichte und -intensität hin (z.B. bei der REACH-Verordnung oder den Vorgaben über die Emissionen für Automobile). Andererseits kritisieren die Gewerkschaften die ihrer Ansicht nach einseitige Ausrichtung auf negative Integration (Marktschaffung) und das Fehlen eines gleichgewichtigen „sozialen Europas“ (Marktkorrektur). Als Beispiele können hier die Auseinandersetzungen um die Richtlinie zu Europäischen Betriebsräten und die Arbeitszeitrichtlinie angeführt werden.

Auch im politischen Spektrum divergieren die Einschätzungen über die gegenwärtige und die zukünftige Rolle Europas in Bezug auf die Regulierung von Arbeit:

Für die deutsche Bundeskanzlerin ist der Grundgedanke der sozialen Marktwirtschaft das Fundament des geordneten Wettbewerbs. Sie fordert: „Diesen Gedanken müssen wir auf die Europäische Union übertragen, weil wir als Nationalstaaten unsere Interessen in vielen Fragen allein nicht mehr ausreichend durchsetzen können“ (Bundeskanzlerin Angela Merkel zum EU-Reformvertrag im Bundestag, 24.04.2008).

Der ehemalige niederländische EU-Kommissar Bolkestein setzt dem jedoch entgegen: „Wenn aber Europa wirklich zur kompetitivsten und modernsten Wirtschaftszone werden will, muss es das bequeme Umfeld des Rheinland-Modells verlassen und sich den härteren Bedingungen der angelsächsischen Kapitalismusform annähern, wo die Erträge größer sind, aber auch die Risiken“ (Interview in der Neuen Züricher Zeitung vom 9.11.2002).

Diese wenigen Beispiele der unterschiedlichen Einschätzungen hinsichtlich der Ziele und des regulativen Outputs der Europäischen Union ließen sich beliebig um Konsumenten, Parteien, Berufsgruppen, Umweltverbände und soziale Bewegungen erweitern. Deutlich wird, dass die jeweilige Einschätzung von Europa stark von den (erfüllten oder enttäuschten) Erwartungen an die EU getragen wird. Dies gilt insbesondere in der Finanzkrise 2011, für deren einschneidenden Problemlösungsvorschläge häufig die europäischen Institutionen verantwortlich gemacht wurden.

Unklar ist jedoch, wie intensiv diese „Europaverdrossenheit“ sich manifestiert und welches die Gründe dafür sind. Objektive Gründe könnten z.B. sein, dass die Grundzüge der Gestaltung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen nicht mehr von Berlin oder Saarbrücken aus vorgenommen werden, sondern aus Brüssel; dass EU-Recht nationales Recht überfrachtet; dass EU-Vorgaben Wettbewerbspositionen gegenüber anderen Regionen verschlechtern oder den Ausbau sozialstaatlicher Regulierung verhindern.

Subjektive Gründe könnten z.B. tief sitzende Ängste sein, dass die Einflussnahme dem demokratischen Prozess auf Nationalstaatsebene weitgehend entzogen wird, oder die Vorstellung einer „Fremdbestimmung“. Auch die je unterschiedlichen Interessenlagen (Sozialpartner, Konsumenten usw.) bzw. politischen Ideologien liegen auf dieser Ebene.

Dabei gelten europäische Zusammenarbeit und Vernetzung heute insbesondere für den wirtschaftlichen Erfolg von Großregionen als Schlüsselfaktoren. Die europäische Kooperation ist in diesem Zusammenhang als ein Standortvorteil im interregionalen Wettbewerb um die Ansiedlung von Produktionsstätten, Vertriebszentralen und Forschungseinrichtungen anerkannt – gerade für die Bildung und Institutionalisierung der europäischen Großregion Saar-Lor-Lux. Die zunehmende europäische Integration bietet Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zusätzliche Beschäftigungschancen und Unternehmen die Möglichkeit der Erschließung neuer Märkte.

2 Aufbau dieses Buches

Die Beiträge zu diesem Buch sind Ergebnisse von Forschungsprojekten zu dem Thema „Der Einfluss der Europäischen Union auf die Gestaltung von Arbeits-, Wirtschafts- und Beschäftigungsbedingungen“.

Im ersten Beitrag präsentiert Walther Müller-Jentsch seine Überlegungen zum Gehalt und den Perspektiven des europäischen Sozialmodells. Im Mittelpunkt seines Beitrags „Sozialpolitik und Industrielle Beziehungen in der Europäischen Union“ stehen die Industriellen Beziehungen auf europäischer

Ebene. In seiner Analyse verdeutlicht er, dass sich ein eigenständiges System Europäischer Industrieller Beziehungen herausgebildet hat, mit neuen Akteuren und neuen Formen der Interaktionen (Sozialer Dialog, supranationale Koordination von Tarifpolitiken, Europäische Betriebsräte). Dabei bleiben zwar die rechtlichen Regelungen hinsichtlich der Verbindlichkeit der Umsetzung teilweise deutlich hinter den bundesdeutschen Gesetzen zurück, aber im Vergleich zu z.B. den britischen Befugnissen von Tarif- und Betriebspartnern führen die europäischen Regelungen zu einer deutlichen Verbesserung der Handlungssituation der Interessenvertretungen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Seiner Meinung nach muss deshalb eine differenzierte Bewertung der industriellen Beziehungen auf europäischer Ebene mehrere nationale Perspektiven beinhalten, eine voreilige nationale Bewertung greift zu kurz.

Veit Damm zeichnet in seinem Beitrag „Europäische Kooperation als Krisenstrategie? Die wirtschaftliche Zusammenarbeit in der Region Saarland-Lothringen-Luxemburg 1967-1990“ einen historischen Überblick über die wirtschaftliche Entwicklung der Region Saar-Lor-Lux vor dem Hintergrund der Herausforderungen durch allgemeine ökonomische Krisen und die Krise der Montanindustrie im Besonderen ab 1967. Dabei werden die unterschiedlichen Reaktionen auf die Krisenerscheinungen in der Großregion herausgearbeitet. Anfänglich führte die als Reaktion auf die Krise forcierte wirtschaftliche Integration zu einer stärkeren wirtschaftspolitischen Zusammenarbeit. Jedoch geriet diese Integration nach den Anfangserfolgen mit anhaltendem Krisenzustand ins Stocken. Dabei werden zwei Phasen unterschieden:

Von Mitte der 1960er bis Mitte der 1970er Jahre wurden zahlreiche gemeinsame Projekte initiiert und Maßnahmen ergriffen, die den wirtschaftspolitischen Austausch und die internationale Kooperation vorantrieben, beispielsweise in Form von Unternehmenszusammenschlüssen im Bereich der Montanindustrie. Zugleich wird die mangelnde Koordinierung der unterschiedlichen Strategien der Krisenbewältigung als Problem der Zusammenarbeit in der Großregion herausgearbeitet.

Seit Ende der 1970er Jahre verlagerte sich der Schwerpunkt der politischen grenzüberschreitenden Zusammenarbeit weg von wirtschaftlichen Fragen besonders auf den Bereich der Kultur. Dies hängt mit der unterschiedlichen Wirtschaftsentwicklung in der Großregion zusammen: Während der Dienstleistungssektor in Lothringen und Luxemburg eine wachsende Bedeutung bekam, wurden im Saarland industrielle Strukturen erhalten.

In ihrem Beitrag „Arbeits- und Gesundheitsschutz von ausländischen Leiharbeitnehmern im Saarland“ füllen Ulrich Mahlknecht und Susanne

Völker-Mahlknecht eine Forschungslücke im Bereich der gesundheitlichen Situation von Leiharbeiterinnen und -arbeitnehmern. Im Gegensatz zu Untersuchungen im Auftrag der Krankenkassen untersuchen die Autoren explizit die Gruppe der ausländischen Leiharbeiterinnen und -arbeitnehmer. Auf der Grundlage von Expertengesprächen und Interviews mit Betroffenen zeigen die Autoren auf, dass die gesetzlichen Vorschriften in diesem Bereich nicht immer eingehalten werden und schlagen vor, dass verstärkte, engmaschige und unangemeldete Kontrollen durch unabhängige staatliche Kontrollorgane eingeführt werden sollten. Darüber hinaus schlagen die Autoren die Einführung von Präventionsmaßnahmen vor.

Der Beitrag von Wolfgang Appel und Mathieu Lionello behandelt die „Auswirkungen von Standortbedingungen und Geschäftsmodellen auf das Personalmanagement von Service Centern“. Im Allgemeinen werden mit Beschäftigungsmöglichkeiten in der Service-Center-Branche (u.a. Call Center) prekäre Beschäftigungsbedingungen und ein teilweise unfairer Umgang mit Kunden assoziiert. Für Appel und Lionello trifft dies nur für einen begrenzten Teil der Service Center zu. Sie zeigen auf, dass die Qualität der Arbeitsbedingungen stärker von den Geschäftsmodellen als von Standortbedingungen abhängig ist. Dies belegen die Autoren mit einer komparativ angelegten Untersuchung anhand erhobener Daten aus den Regionen Saarland, Lothringen, Spanien und Rumänien, die um die Ansiedlung von Service-Centern konkurrieren. Für die Ansiedlungspolitik in den einzelnen Regionen bedeutet dies, dass vor allem auf das Geschäftsmodell der einzelnen Service-Center geachtet werden muss, wenn das Ziel ist, nachhaltige Arbeitsplätze zu schaffen.

Der Beitrag von Mareike Fröhlich, Tilmann Lahann und Anja Trautmann liefert eine EU-rechtliche Betrachtung zu den Gesundheitsdienstleistungen in der Großregion SaarLorLux. Die Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen erfolgt im Spannungsfeld von europäischen und nationalen Regelungen. Insbesondere die Diversität der nationalen Krankenversicherungssysteme erschwert einen europäischen Gesundheitsmarkt, der sich allein an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert. Die Autorin und der Autor arbeiten in ihrer Studie heraus, dass die europarechtlichen Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen sowohl in der Gesetzgebung als auch in der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs ausreichend und umfassend gegeben ist und die untersuchten nationalen Regelungen, welche für die Großregion Relevanz haben, die grenzüberschreitenden Konstellationen berücksichtigen. Allerdings belegt der Beitrag an zahlreichen

Beispielen, dass sich bei speziellen Einzelfragen, insbesondere in der Abrechnung und der Genehmigung im Grundsatz, Probleme finden.

3 Dank

Wir bedanken uns herzlich bei allen Forscher/-innen, die im Autor/-innenverzeichnis mit ihren Lehrstühlen und/oder Forschungseinrichtungen vorgestellt werden. Sie haben dieses Buch mit ihren Fachbeiträgen vielfältig und disziplinübergreifend gestaltet.

Die Arbeitskammer des Saarlandes ermöglichte dabei die Finanzierung der Forschungsprojekte. Dafür gebührt ihr an dieser Stelle ein besonderes Wort der Anerkennung.

Bedanken möchten wir uns auch bei den Beiratsmitgliedern der Kooperationsstelle für den Zeitraum 2009-2011 – zusammengesetzt aus Mitgliedern der Arbeitskammer des Saarlandes (AK), des DGB Saar (DGB), der Universität des Saarlandes (UdS), der Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW), des Ministeriums für Wirtschaft und Wissenschaft des Saarlandes und der Staatskanzlei des Saarlandes – für ihre inhaltliche Begleitung der Projekte.

Wir danken dem Universitätsverlag des Saarlandes für die Aufnahme des Buches in sein Programm und der Mitarbeiterin der Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt Olga Haubrichs für die Korrektur- und Layoutarbeiten.

Walther Müller-Jentsch

Sozialpolitik und Industrielle Beziehungen in der Europäischen Union

Gliederung

1	Europäisches Sozialmodell	15
2	Industrielle Beziehungen in der EU	17
	2.1 Gewerkschaften	17
	2.2 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbände.....	19
	2.3 Tarifautonomie und Sozialer Dialog.....	20
	2.4 Transnationale tarifpolitische Kooperation.....	23
	2.5 Europäischer Betriebsrat.....	24
3	Zusammenfassung	28
	Literatur.....	29

Gegenstand dieses Beitrags sind einige Überlegungen zum Gehalt und zu den Perspektiven des europäischen Sozialmodells. Dabei werde ich mich im Wesentlichen auf die sog. Industriellen Beziehungen, also die Arbeits- und Tarifbeziehungen zwischen Kapital und Arbeit, konzentrieren.

1 Europäisches Sozialmodell

Vorab einige Anmerkungen zum Gesamtkomplex Europäisches Sozialmodell.

Am Anfang der europäischen Integration stand die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft (EWG). Mit den am 1. Januar 1958 in Kraft getretenen Römischen Verträgen legten die sechs Gründerländer – Deutschland, Frankreich, Italien und die Benelux-Länder – den Grundstein für einen gemeinsamen Binnenmarkt.

Teil dieses Binnenmarktes war auch der Arbeitsmarkt. Die Arbeitnehmer sollten in den Grenzen des europäischen Binnenmarktes sich frei bewegen und ihre Arbeitskraft anbieten dürfen. So wurde denn auch stufenweise bis

1968 die volle Freizügigkeit der Arbeitnehmer durchgesetzt. Mit der Öffnung der Arbeitsmärkte der Mitgliedsländer ergab sich konsequenterweise die Frage nach der Anwendbarkeit des Arbeitsrechts für grenzüberschreitende Arbeit. Dies war gewissermaßen die Geburtsstunde der europäischen Sozialpolitik.

Man kann es nicht oft genug wiederholen, weil viele es immer wieder vergessen: Die Arbeit ist keine Ware im herkömmlichen Sinne. Ihr Gehäuse sind Fleisch, Nerven und Blut. Die Arbeit lässt sich von der Person, die sie ausübt, nicht abtrennen, etwa so wie man die Haut von einem Pelztier ablösen kann (nur bildlich trägt auch der Arbeitnehmer seine Haut zu Markte). Der Arbeitsmarkt ist ein Markt mit eigenen Gesetzen. Wer hier nur Angebot, Nachfrage und Vertragsfreiheit gelten lassen will, hat 200 Jahre europäischer Sozialgeschichte nicht verstanden.

Die ersten sozialpolitischen Maßnahmen der EWG beschränkten sich bis Mitte der 1970er Jahre auf Regelungen zur Freizügigkeit von Wanderarbeitern und auf die Aktivitäten des Europäischen Sozialfonds als ein Finanzierungsinstrument zur Förderung von Maßnahmen zur Berufsausbildung, Umschulung und Wiedereingliederung von Arbeitslosen. Als der Ministerrat 1974 das erste „Soziale Aktionsprogramm“ verabschiedete, billigte er der Gemeinschaft grundsätzlich die Kompetenz zum Erlass von Vorschriften im Sozialbereich zu.

Auf dem Gebiet der Arbeits- und Sozialpolitik hat die EG/EU in den vergangenen zwanzig Jahren zahlreiche Verordnungen und Richtlinien verabschiedet, u.a. über Arbeitssicherheit und Unfallschutz, über Arbeitszeit und Urlaubsdauer, über Bildschirmarbeit und zur Gleichstellung von Mann und Frau. Unter den jüngsten Richtlinien sind von Bedeutung: die Entsende-Richtlinie (1996), die Dienstleistungs-Richtlinie (2006) sowie die Richtlinie über Europäische Betriebsräte (1994) (näheres dazu weiter unten) und die Rahmenrichtlinie zur Unterrichtung und Anhörung von Arbeitnehmern (2002).

Neben diesen Maßnahmen, die teilweise den Charakter von sozialpolitischen Weichenstellungen haben, dürfen wir nicht die weiteren Akteure vergessen, die das Thema Sozialpolitik auf die europäische Agenda gesetzt haben. Zu ihnen rechne ich vornehmlich die Gewerkschaften und die zahlreichen Gruppierungen, die als Lobby für Arbeitnehmer, Handwerker und arbeitnehmerähnliche Gruppen im europäischen Raum, unter anderem im Wirtschafts- und Sozialausschuss, tätig geworden sind.

Unter den Experten ist strittig, ob der eingetretene Verlust an nationalstaatlichen Steuerungsmöglichkeiten durch die wirtschafts-, sozial- und ar-

beitsmarktpolitischen Instrumente auf europäischer Ebene kompensiert werden kann. „Euro-Skeptiker“ bezweifeln dies grundsätzlich, „Euro-Optimisten“ erwarten hingegen die sukzessive Schließung der entstandenen sozialpolitischen Lücken. Aber auch unter letzteren behauptet niemand, dass es in absehbarer Zeit einen supranationalen europäischen Sozialstaat geben wird, der die Nationalstaaten gewissermaßen ersetzen könnte. Vornehmlich im Bereich der Sozialpolitik ist die Bezeichnung der EU als ein Mehr-Ebenen-Gebilde eine zutreffende Charakterisierung.

Wolfgang Streeck hat die EU als eine Liberalisierungs- und Deregulierungsveranstaltung bezeichnet, die den Sozialstaat durch den Wettbewerbsstaat ersetzt (Streeck 1998). Das ist übertrieben und aus deutscher Sicht betrachtet. Von Großbritannien und anderen Ländern aus gesehen, trägt die EU durchaus Züge des Aufbaus eines supranationalen Regulierungssystems. Wurde doch mit der 1994 von Ministerrat und Europäischem Parlament verabschiedeten „Richtlinie über Europäische Betriebsräte“ die erste europäische Institution der industriellen Beziehungen ins Leben gerufen und der Grundstein für ein (entwicklungsfähiges) Beteiligungssystem auf europäischer Ebene gelegt.

Des Weiteren existieren supranationale Akteure – europäische Sozialpartner –, aus deren „sozialem Dialog“ bereits eine Reihe gemeinsamer Stellungnahmen und erste Vereinbarungen hervorgegangen sind (auch darauf werde ich noch eingehen). Den Euro-Skeptikern wäre somit entgegenzuhalten, dass wir es zumindest mit einem europäischen System der industriellen Beziehungen in statu nascendi zu tun haben.

2 Industrielle Beziehungen in der EU

Zu einem voll ausgebildeten System industrieller Beziehungen, wie wir es etwa aus den Ländern des Rheinischen Kapitalismus kennen, gehören die Institutionen Tarifautonomie und Mitbestimmung sowie deren Akteure: Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände einerseits, betriebliche Interessenvertretung und Management andererseits. Diese Institutionen und Akteure dienen mir als Leitfaden meiner folgenden Ausführungen.

Beginnen wir mit den Akteuren:

2.1 Gewerkschaften

Seit den frühen 1970er Jahren bestehen supranationale Gewerkschaftsstrukturen auf europäischer Ebene. 1973 haben 17 nationale Gewerkschaftsbünde

europäischer Länder den Europäischen Gewerkschaftsbund (EGB; engl.: European Trade Union Confederation, ETUC) gegründet. Er setzt sich nach Satzung aus „freien, unabhängigen und demokratischen Gewerkschaftsbünden und europäischen Gewerkschaftsverbänden“ zusammen, mit dem Ziel, dem Einheitsprinzip entsprechend, die gesamte arbeitende Bevölkerung auf europäischer Ebene zu repräsentieren.

Europäischer Gewerkschaftsbund

Mitglieder

84 Gewerkschafts**bünde**
aus 36 Ländern

12 sektorale Gewerkschafts**verbände**

Deutschland: DGB	Öffentlicher Dienst
Großbritannien: TUC	Metallindustrie
Frankreich: 5 Dachverbände	Bergbau und Chemische Industrie
Italien: 3 Dachverbände	Bildung und Wissenschaft
Österreich: ÖGB	Medien
etc.	etc.

Nach letzten Zahlen gehören ihm 82 nationale Gewerkschaftsbünde (welche rund 60 Mio. Mitglieder repräsentieren) aus 36 Ländern als Mitgliedsverbände an. Neben den nationalen Dachverbänden aus den EU-Ländern sind die gewerkschaftlichen Dachverbände aus Norwegen, Schweiz, Türkei und sechs weiteren Nichtmitgliedstaaten der EU vertreten.

Der EGB vereinigt ein breites Spektrum nationaler Gewerkschaftsbünde, die unabhängige, sozialistische, christliche und kommunistische Gewerkschaften in ihren jeweiligen Ländern repräsentieren und dort teilweise als separate Dachverbände nebeneinander bestehen. Somit verwirklicht der EGB das Prinzip der Einheitsgewerkschaft in einem weit höheren Maße als viele seiner nationalen Mitgliedsverbände. Alleiniges deutsches Mitglied ist der DGB. Aus Frankreich gehören ihm fünf, aus Italien drei Dachverbände an.

Neben den nationalen Gewerkschaftsbünden gehören dem EGB als weitere Mitglieder 12 sektorale Gewerkschaftsverbände an (das sind Organisationen, die nationale Branchen- und Industriegewerkschaften zusammenfassen). Zu den größten dieser sektoralen Verbände gehören der Europäische Gewerkschaftsverband für den öffentlichen Dienst (EGÖD/EPSU) und der Europäische Metallgewerkschaftsbund (EMB/EMF). Wie andere nationalen Einzel-

gewerkschaften sind somit ver.di und IG Metall auf zweifache Weise mittelbare Mitglieder des EGB: einmal über die Mitgliedschaft im europäischen sektoralen Gewerkschaftsverband und ein andermal über die Mitgliedschaft im nationalen Dachverband (DGB).

Laut Satzung richtet der Europäische Gewerkschaftsbund seine Aktivitäten auf „die Europäische Union, deren Verstärkung auf sozialer, politischer und demokratischer Ebene sowie auch im wirtschaftlichen und monetären Bereich er fördert und deren Erweiterung auf andere europäische Länder (...) er unterstützt“ sowie auf „den Europarat, die EFTA und andere Einrichtungen der europäischen Zusammenarbeit, die für die Interessen der Arbeitswelt bedeutsam sind;“ und auf „die europäischen Arbeitgeberorganisationen, um über den sozialen Dialog und Verhandlungen ein System industrieller Beziehungen auf europäischer Ebene herzustellen.“

Von seinen derzeitigen Hauptaktivitäten her beurteilt, ist der EGB eine europäische Lobby zusammengeschlossener nationaler Gewerkschaftsbünde und Gewerkschaftsverbände. Neben dem Lobbying bei und in allen Institutionen der Europäischen Union nimmt der soziale Dialog mit den Arbeitgeberorganisationen, der regelmäßig stattfindet, eine wichtige Rolle ein.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass den imposanten Mitgliederzahlen und organisationspolitischen Erfolgen des EGB ein deutlicher Mangel an supranationaler Autorität und Handlungsspielräumen gegenübersteht. Wenn Sozialforscher ihn als „Kopf ohne Körper“ mit „demokratischem Defizit“ bezeichnen (Dølvik 1999: 129), dann ist dies zum einen auf die außerordentliche Heterogenität der politischen Orientierungen und nationalstaatlich geprägten Traditionen seiner Mitgliedsverbände zurückzuführen, zum anderen auf die mangelnde Bereitschaft der nationalen Gewerkschaften, Ressourcen und Kompetenzen an transnationale Organisationen abzugeben und zum dritten auf den mangelnden Verhandlungswillen der Arbeitgeber, die sich, ihrem Interesse gemäß, die Regulierungslücken der „sozialen Dimension“ zunutze machen können.

2.2 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbände

Die Dachorganisationen der nationalen Wirtschaftsverbände und Arbeitgeberorganisationen sind auf europäischer Ebene in *BUSINESSEUROPE* zusammengeschlossen. Gegründet wurde sie 1958 unter dem französischen Akronym *UNICE* (für „Union des Industries de la Communauté Européenne“ – Union der Industrie- und Arbeitgeberverbände); seit 2007 führt sie den englischen Namen.

Wie beim EGB sind auch in ihr nicht nur Dachverbände aus den EU-Staaten, sondern ebenfalls aus den EFTA- und anderen europäischen Staaten vertreten. Prinzipiell ist *BUSINESSEUROPE* offen für alle Dachverbände, die Wirtschafts- und Arbeitgeberverbände in den europäischen Staaten repräsentieren, welche dem Europarat in Straßburg angehören. Im Jahre 2011 waren dies insgesamt 41 Dachverbände aus 35 Ländern.

Eine separate Organisation nach Wirtschaftsverbänden einerseits und Arbeitgeberverbänden andererseits, wie wir sie aus Deutschland und anderen, vor allem den skandinavischen Ländern kennen, existiert auf europäischer Ebene nicht. Daher gehören sowohl der Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) wie die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) als Mitgliedsverbände der *BUSINESSEUROPE* an.

Eine zweite, wesentlich kleinere Arbeitgeberorganisation ist die CEEP (Centre Européen des Entreprises Publiques); sie wurde 1965 gegründet und repräsentiert öffentliche Unternehmen (z.B. Stadtreinigungs- und Verkehrsbetriebe, Gas- und Wasserwerke) sowie Verbände solcher Unternehmen und Arbeitgeberverbände des öffentlichen Sektors (z.B. Verband kommunaler Arbeitgeberverbände) aus 23 europäischen Ländern.

Neben den branchenübergreifenden Dachorganisationen existieren zahlreiche sektorale europäische Spitzenverbände des Dienstleistungsbereichs und der Industrie. Abweichend vom gewerkschaftlichen Muster, sind die sektoralen Verbände der Unternehmer keine Mitgliedsverbände von *BUSINESSEUROPE* und wesentlich stärker fragmentiert; nicht selten repräsentieren sie nur schmale Branchensegmente (wie Schiffbau, Möbelindustrie, Reinigungsgewerbe etc.) Allein 48 Arbeitgeberförderungen sind in den Ausschüssen für den sektoralen europäischen Dialog vertreten (Pochet 2005) – im Vergleich zu 12 sektoralen Gewerkschaftsverbänden.

2.3 Tarifaufonomie und Sozialer Dialog

Schauen wir nun auf die zentralen Institutionen der industriellen Beziehungen – Tarifaufonomie und Mitbestimmung –, dann müssen wir für die Tarifaufonomie eine Fehlannonce vermelden. Der Grund: die Arbeitgeber wollen keine grenzüberschreitenden Tarifverträge abschließen. Und da Tarifverträge eine bilaterale Angelegenheit sind, bleibt den Gewerkschaften nur der Ausweg, ihre nationalen Tarifpolitiken europaweit zu koordinieren.

Allerdings kann man in der Institution des sozialen Dialogs ein Substitut für die fehlenden europäischen Tarifverhandlungen sehen. Seit der Einheitlichen Europäischen Akte von 1987 ist die Förderung des sozialen Dialogs eine

offizielle Aufgabe der Kommission. In der aktuellen Fassung des EG-Vertrages von Amsterdam 1997 heißt es in Art. 139 (1):

„Der Dialog zwischen den Sozialpartnern auf Gemeinschaftsebene kann, falls diese es wünschen, zur Herstellung vertraglicher Beziehungen, einschließlich des Abschlusses von Vereinbarungen, führen.“

(Im Vertrag von Lissabon bleibt dieser Passus unverändert.) Aus dieser Formulierung kann auch eine Einladung zu gemeinschaftsweiten Tarifverhandlungen gelesen werden, die indessen, wie erwähnt, von den Arbeitgeberverbänden abgelehnt werden.

Gemäß den Bestimmungen zum sozialen Dialog ist die Europäische Kommission verpflichtet, Konsultationen mit den drei Dachverbänden der Sozialpartner durchzuführen und die Sozialpartner vor Unterbreitung von Kommissionsvorschlägen auf dem Gebiet der Sozialpolitik nicht nur über den Inhalt zu unterrichten, sondern mit ihnen auch den Modus zur Durchsetzung dieser Vorschläge abzustimmen. Dazu sind zwei Verfahrenswege vorgesehen:

1. Die Kommission beschließt nach Anhörung, Stellungnahme und Empfehlung der Sozialpartner einen entsprechenden Richtlinien-Vorschlag.
2. Die Sozialpartner setzen den Prozess nach dem gerade zitierten Artikel 139 in Gang und beraten und beschließen autonom über die entsprechende Materie. Im zweiten Fall stehen den Sozialpartnern zur Durchführung zwei Wege offen:

Sie können an die Kommission herantreten, damit diese die autonom getroffene Vereinbarung dem Ministerrat zwecks Beschlussfassung unterbreitet. Kommt es zu einer solchen Regelung, erhält die Vereinbarung zwischen den Sozialpartnern den Charakter eines „Quasi-Richtlinienvorschlags“. Sie können die Vereinbarung aber auch – wie es im Artikel 139 (2) heißt – „nach den jeweiligen Verfahren und Gepflogenheiten der Sozialpartner und der Mitgliedstaaten“ umsetzen. Dann erhält die Vereinbarung den Charakter einer tarifvertraglichen Vereinbarung mit unterschiedlichem Rechtsstatus in den einzelnen Mitgliedsländern. Mit diesen Spezifikationen könnte der soziale Dialog – dem Arbeitsrechtler Manfred Weiss zufolge – durchaus zu einem „Katalysator koordinierter Tarifpolitik“ werden. Denn die Verpflichtung der Kommission, den sozialen Dialog zwischen den Sozialpartnern zu entwickeln, mit dem möglichen Ziel, dass es zwischen ihnen zu vertraglichen Vereinbarungen kommt, gibt ihr nicht nur zur Aufgabe, „die Anhörung der Sozialpartner auf Gemeinschaftsebene zu fördern“, sondern auch – so Weiss – „den Sozialpartnern die Option zu lassen, eine sozialpolitische Maßnahme

durch Verhandlungen und Vereinbarungen autonom zu beschließen“ (Weiss 1994: 1263).

Im Bereich der Sozialpolitik räumt der soziale Dialog den kollektivvertraglichen Regelungen somit einen Vorrang ein gegenüber der EU-Rechtssetzung. Dies entspricht auch dem – aus der katholischen Soziallehre stammenden und im EU-Vertrag verankerten – Prinzip der Subsidiarität.

Die europäischen Gewerkschaften verfolgen seit den 1990er Jahren die Strategie, den sozialen Dialog schrittweise zu vertiefen und zu einem europäischen Tarifvertragssystem auszubauen. An die Stelle unverbindlicher „gemeinsamer Stellungnahmen“ sollen verbindliche europäische Rahmenvereinbarungen treten. Demgegenüber lehnen die Arbeitgeber Tarifvereinbarungen auf europäischer Ebene strikt ab; diese sollen nach ihrem Verständnis ausschließlich im nationalen Rahmen erfolgen.

Da indes mit dem Maastrichter Sozialabkommen die Wahrscheinlichkeit sozialpolitischer Rechtsakte durch die Kommission größer geworden ist, haben die Arbeitgeber ihre Strategie modifiziert: Aus defensiven Gründen willigen sie in Verhandlungen ein, um „durch ein freiwillig ausgehandeltes und deshalb besser zu beeinflussendes Abkommen eine drohende Intervention der Kommission zu verhindern und einer im Verbandssinne ungünstigeren, weil verbindlichen Richtlinie zuvorzukommen“ (Keller 1996: 215). Mittlerweile werden Verhandlungen sowohl auf der sektorübergreifenden als auch auf der sektoralen Ebene geführt.

Was den branchenübergreifenden Dialog anbelangt, so wurde zwischen den europaweiten Arbeitgeberverbänden und dem EGB im Jahre 1995 im Ausschuss für den zentralen sozialen Dialog ein erstes Abkommen über Erziehungsurlaub für Eltern geschlossen und anschließend vom Rat, auf Vorschlag der Kommission, in Form einer Richtlinie im Juni 1996 verabschiedet (Richtlinie 96/34/EG). Weitere Rahmenvereinbarungen der Sozialpartner, die so auf den Weg gebracht wurden, waren die Vereinbarung über Teilzeitarbeit 1997 und über befristete Arbeitsverträge 1999.

Zu den so genannten autonomen Vereinbarungen, die sektorübergreifend von den unterzeichnenden Parteien „nach den Verfahren und Gepflogenheiten der Sozialpartner und der Mitgliedstaaten“ (Art. 139 Abs. 2) selbst umgesetzt werden und an die eigenen Mitglieder gerichtet sind, gehören die Rahmenvereinbarungen über Telearbeit (2002) und über Stress am Arbeitsplatz (2004). Diese autonomen Rahmenvereinbarungen sind rechtlich nicht bindend und werden von den Mitgliedstaaten, wenn überhaupt, nur unsystematisch umgesetzt (Weber 2008: 71f.). Als großer Erfolg können sie aus gewerkschaftlicher Sicht nicht gewertet werden. Die wenigen Rahmenvereinbarungen, die

bisher vereinbart werden konnten, stellen lediglich Mindestanforderungen dar, die teilweise unter bereits bestehenden nationalen Standards liegen (Brandl 2006).

Auch der soziale Dialog auf sektoraler Ebene bietet ein buntscheckiges Bild. Zwar stehen die meisten europäischen sektoralen Verbände (Arbeitgeberföderationen und Gewerkschaftsverbände) miteinander im Dialog, aber auch hier divergiert der Grad der Institutionalisierung beträchtlich (Pochet 2005; Keller 2006). Im Jahre 2004 bestanden insgesamt 31 „Ausschüsse für den sektoralen sozialen Dialog“, in denen elf europäische Gewerkschaftsverbände und 48 Arbeitgeberföderationen vertreten waren.

Den eindrucksvollen Zahlen stehen auch hier eher bescheidene Ergebnisse gegenüber. Eine Analyse von 191 Dokumenten, die die sektoralen Organisationen der Sozialparteien zwischen 1998 und 2004 gemeinsam beschlossen haben, ergab, dass sich darunter nur fünf (2,6%) echte Rahmenvereinbarungen mit bindenden Effekten für die unterzeichnenden Parteien und ihre nationalen Mitgliedsverbände befanden. Das Gros bildeten dabei gemeinsame Stellungnahmen, Erklärungen, Empfehlungen, Verhaltenskodizes und interne Geschäftsordnungen (Pochet 2005). Damit scheint sich das „Kerngeschäft“ der Ausschüsse für den sektoralen Dialog noch weitgehend aufs Lobbying bei den Institutionen der EU zu erstrecken. Die Annahme, dass gerade von hier aus weitere Impulse für europäische Tarifverhandlungen ausgehen könnten, bleibt eine ungedeckte Erwartung an das Entwicklungspotenzial dieser Institution. Somit scheint weder der branchenübergreifende noch der sektorale soziale Dialog die hohen Erwartungen erfüllt zu haben, die vor allem die Gewerkschaften seit Maastricht in ihn gesetzt hatten.

2.4 Transnationale tarifpolitische Kooperation

Auf die Weigerung der Arbeitgeber, in europaweite Tarifverhandlungen einzutreten, haben die Gewerkschaften mit dem Aufbau eines transnationalen Koordinationsnetzes reagiert.

Insbesondere um die Unterbietungskonkurrenz in der Lohnpolitik auszu-schließen, ergriffen nach der Währungsunion verschiedene nationale Gewerkschaften die Initiative zur europaweiten Koordinierung und Vernetzung nationaler Tarifpolitiken. Frühe Pioniere waren die im September 1998 in der holländischen Stadt Doorn zusammengekommenen deutschen, holländischen, belgischen und luxemburgischen Gewerkschaften (neben den Dachorganisationen auch Vertreter sektoraler Gewerkschaftsverbände), die mit der so genannten „Doorn-Erklärung“ auf die Notwendigkeit einer engen grenz-

überschreitenden Koordinierung der Tarifverhandlungen innerhalb der WWU verwiesen und als Leitlinie für das Abschlussvolumen von Lohnerhöhungen die Summe aus Preissteigerung und Anstieg der Arbeitsproduktivität beschlossen. Der EGB, der bereits 1999 ein Komitee zur Koordinierung der Tarifpolitik eingerichtet hatte, übernahm ein Jahr später auch die in Doorn beschlossene tarifpolitische Leitlinie für nationale Lohnverhandlungen. Allerdings hatte diese Leitlinie bislang nur einen begrenzten Einfluss auf die nationalen Tarifergebnisse; auch Deutschland blieb deutlich hinter dem Verteilungsziel zurück.

Vor allem die europäischen Metallgewerkschaften haben vielfältige Ansätze einer supranational koordinierten Tarifpolitik, programmatisch wie praktisch, entwickelt (Schulten und Bispinck 1999). Der Europäische Metallarbeiterbund hat einen europäischen Tarifausschuss und ein Informationsnetzwerk für Tarifpolitik ins Leben gerufen (Schulten 2005). Diesem Koordinierungsansatz sind mittlerweile andere europäische Gewerkschaftsverbände gefolgt. So zum Beispiel die Bau- und Chemiebranche, deren Koordinierungsansätze sich freilich unterscheiden. Während die IG Metall auf gemeinsame Tarifkommissionen setzt, entsendet die IG BCE regelmäßig Beobachter zu ausländischen Tarifverhandlungen. Die IG Bau hingegen arbeitet gemeinsam mit den Arbeitgebern an einer Kontrolle des Arbeitsmarktes um Sozialdumping mit Mindeststandards entgegen zu wirken.

2.5 Europäischer Betriebsrat

Im Gegensatz zur Tarifautonomie ist die Mitbestimmung auf europäischer Ebene durch eine EU-Richtlinie, der so genannten Europäischen Betriebsratsrichtlinie, 1994 institutionalisiert worden.

Auf Grundlage dieser Richtlinie konnten Europäische Betriebsräte (EBR) als erste originäre europäische Institution auf dem Gebiet der industriellen Beziehungen ins Leben gerufen werden. Die Einrichtung soll den Arbeitnehmern gemeinschaftsweit operierender Unternehmen Konsultations- und Informationsrechte einräumen.

Die Kriterien für ein gemeinschaftsweit operierendes, EBR-pflichtiges Unternehmen sehen vor, dass es mindestens 1.000 Arbeitnehmer in den Mitgliedstaaten beschäftigt und dass jeweils mindestens 150 Arbeitnehmer in mindestens zwei Mitgliedstaaten beschäftigt werden. Sofern die obigen Kriterien zutreffen, gilt die Richtlinie auch für die in EU-Ländern befindlichen Niederlassungen internationaler Konzerne, die ihren Hauptsitz außerhalb der

EU haben. Die Richtlinie ist mittlerweile in den 27 EU-Staaten in nationales Recht umgesetzt worden.

Im Mittelpunkt der Richtlinie steht das besondere Verhandlungsgremium der Arbeitnehmer, dessen Wahlmodus nicht weiter festgelegt wird – die Vorschriften bleiben der nationalen Gesetzgebung überlassen. Dieses Gremium handelt eine Vereinbarung über die Zusammensetzung und Befugnisse eines zu gründenden EBR aus.

Die Entscheidung über die Einsetzung eines EBR wird in Verhandlungen zwischen dem besonderen Verhandlungsgremium der Arbeitnehmer und der zentralen Leitung des europaweit operierenden Unternehmens getroffen. Das besondere Verhandlungsgremium setzt sich aus mindestens einem Mitglied für jeden Mitgliedstaat, in dem sich Betriebe des Unternehmens befinden, zusammen. Mitglieder des besonderen Verhandlungsgremiums können auch externe Vertreter (z.B. der Gewerkschaften) sein. Artikel 6 postuliert: Die Verhandlungen „müssen im Geiste der Zusammenarbeit“ erfolgen.

In der Gestaltung der Vereinbarung sind das Verhandlungsgremium und die zentrale Leitung des Unternehmens autonom. Die Richtlinie macht nur wenige Vorgaben; im Artikel 6 der Richtlinie werden mehrere Merkposten aufgelistet, über die Vereinbarungen getroffen werden müssen, u.a. zur Zusammensetzung des EBR, zur Anzahl der Mitglieder, zu Sitzverteilung und Mandatsdauer, zu Befugnissen im Hinblick auf Unterrichtung und Anhörung, zu Ort, Häufigkeit und Dauer der Sitzungen sowie zu finanziellen Mitteln. Der Sitz des EBR ist in der Regel bei der Konzernspitze, das heißt beim „herrschenden Unternehmen“ (dafür werden verschiedene Kriterien genannt). Sofern die Konzernspitze ihren Sitz nicht in einem der EU-Staaten hat, muss sie einen Vertreter (z.B. Europabeauftragten) als Verhandlungspartner benennen, andernfalls ist die Leitung des Unternehmens mit der höchsten Beschäftigtenzahl in einem Mitgliedstaat für die Verhandlungen zuständig.

Für den Fall des Scheiterns greifen Mindestvorschriften, die im Anhang der Richtlinie als Eckdaten für die nationale Gesetzgebung aufgeführt werden; sie umreißen gewissermaßen das Aktionsfeld des EBR als Minimalmodell. Diese „subsidiären Vorschriften“ bestimmen unter anderem,

- dass der EBR mindestens drei und höchstens 30 Mitglieder hat,
- dass jährlich einmal eine Sitzung mit der zentralen Leitung stattzufinden hat, in der diese über die „voraussichtliche Entwicklung der Geschäfts-, Produktions-, Absatz- und Beschäftigungslage, Änderungen der Organisation, Einführung neuer Arbeitsverfahren, Verlagerungen, Fusionen oder Schließungen“ zu unterrichten hat.
- Der EBR kann hierzu seine Stellungnahme abgeben und

- hat die Arbeitnehmervertreter an den nationalen Standorten über Inhalt und Ergebnisse der Unterrichtung und Anhörung zu informieren.

Der in der Richtlinie zum Ausdruck kommende weitgehende Verzicht auf detaillierte Vorschriften zur Schaffung einheitlicher Strukturen der Arbeitnehmerbeteiligung (der übliche Weg zur „Harmonisierung“) verweist auf einen rechtspolitischen Paradigmenwechsel – hin zum „Prozeduralismus“ (Weiss 2006), zur „regulierten Vielfalt, gelenkten Freiwilligkeit“ (Kotthoff 2006: 18). Anstelle materieller Festschreibung lässt der europäische Gesetzgeber die Akteure „im Schatten des Gesetzes“ verhandeln.

Im Vergleich mit den Mitbestimmungsrechten des deutschen Betriebsrats verfügt der EBR über weitaus schwächere Beteiligungsrechte. Er besitzt keine echten Mitbestimmungsrechte, sondern nur Unterrichts- und Anhörungsrechte. Abstimmungen über kontroverse Fragen sind nicht vorgesehen, die Letzt-Entscheidung verbleibt bei der Unternehmensleitung. Der EBR ist folglich kein multinationaler Gesamt- oder Konzernbetriebsrat, sondern eher vergleichbar mit einem europäischen Wirtschaftsausschuss, der über Informations- und Konsultationsrechte verfügt, die nach dem Betriebsverfassungsgesetz dem Wirtschaftsausschuss in einem deutschen Unternehmen mit mehr als 100 Beschäftigten rechtlich zustehen.

Gleichwohl ist die Richtlinie, mit deren Verabschiedung Euro-Skeptiker ohnehin nicht mehr gerechnet hatten, eine wichtige Grundlage für den Aufbau eines europäischen Systems kollektiver Interessenvertretung. Nach dem Urteil eines gewerkschaftsnahen Wissenschaftlers ist sie „ein Beispiel für eine durchaus ausgewogene Mischung von Subsidiarität (jeweils nationale Anpassung durch Implementierung), Proporz (Zusammenwirken von Regierungen und Verbänden bei ihrer Erstellung und Umsetzung) und Flexibilität (die Richtlinie eröffnet verschiedene Optionen zur Umsetzung)“ (Lecher 1996: 469).

Im Juni 2008 hat die Kommission einen längst fälligen Vorschlag für eine überarbeitete Richtlinie vorgelegt, zu dem die Sozialpartner in einem gemeinsamen Brief (29.8.2008) an den Vorsitzenden des Rates für Beschäftigung und Sozialpolitik ihre Veränderungsvorschläge insbesondere bezüglich einer präziseren Definition der Informations- und Konsultationsrechte und der Möglichkeit der Weiterbildung von EBR-Mitgliedern unterbreiteten (www. etuc.org 2008a und 2008b). Nach Beschlüssen des Ministerrats und des Europäischen Parlaments trat am 5. Juni 2009 die seit 10 Jahren hart umkämpfte Neufassung der Richtlinie in Kraft. Von Gewerkschaftsseite wurde das Ergebnis als enttäuschend bewertet, insbesondere weil es auch künftig keine klare Definition des Zeitpunkts, der Umstände und des Inhalts von "Informa-

tion" und "Konsultation" geben wird und keine wirksamen Sanktionen bei Verstößen gegen die Richtlinie vorgesehen sind. Andererseits besteht nun ein Anspruch auf bezahlte Weiterbildung für EBR-Mitglieder.

Seit Verabschiedung der EBR-Richtlinie ist die Zahl der transnationalen Unternehmen mit einem EBR kontinuierlich gestiegen. Im Jahre 2007 ermittelte das Europäische Gewerkschaftsinstitut unter den rund 2.200 EBR-pflichtigen Unternehmen knapp 40 Prozent, d.h. 826 Unternehmen, die über einen EBR verfügten, darunter vor allem die größeren multinationalen Konzerne (www.etui-rehs.org 2008). Es sind eher die mittelgroßen Unternehmen, die noch keine europaweit agierende Arbeitnehmervertretung aufweisen.

Bei der Konstituierung von europäischen Betriebsräten leisteten die Gewerkschaften wichtige „Geburtshilfe“, in der Regel durch Kooperation der zuständigen nationalen Gewerkschaft und dem entsprechenden europäischen Gewerkschaftsverband mit den betrieblichen Arbeitnehmervertretern. So bildete beispielsweise die IG Metall eigene abteilungsübergreifende EBR-Teams mit Experten aus verschiedenen Bereichen ihrer Organisation und unterstützte während der EBR-Gründungsverhandlungen in Kooperation mit dem Europäischen Metallarbeiterbund die Arbeitnehmervertreter aus ganz Europa in den Konzernen mit Sitz in Deutschland. Zur weiteren Betreuung wurden EBR-Beauftragte bestellt, meist gewerkschaftliche Vertreter in den Aufsichtsräten der betreffenden Unternehmen (Hoffmann 2005: 94f.).

Empirische Untersuchungen über die Europäischen Betriebsräte zeigen, dass die Varianz ihrer Praxis ähnlich breit ist wie die der deutschen Betriebsräte. Die erste repräsentative Befragung von 473 Vertretern europäischer Betriebsräte erbrachte ein zwiespältiges Bild: Die Mehrzahl beklagt, dass sie erst verspätet Informationen über geplante Umstrukturierungsmaßnahmen erhält, wodurch ihre potenzielle Einflussnahme erheblich eingeschränkt wird; andererseits hat ein knappes Drittel der Befragten mit der Konzernleitung transnationale Vereinbarungen getroffen, deren Status die in der Richtlinie fixierten Kompetenzen des EBR überschreiten.

Etwa zwei Drittel der EBR-Vereinbarungen bevorzugen gemischte Gremien, setzen sich also – analog zum französischen „comité d’entreprise“ – aus Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern zusammen. Die große Mehrzahl der EBR verfügt über besondere (Lenkungs-)Ausschüsse als permanente Kommunikations- und Arbeitsgremien (Waddington 2006).

Ein vorläufiges Resümee aus der Forschung über die Europäischen Betriebsräte zeigt, dass sich zwar noch keine systematischen quantitativ-repräsentativen Aussagen in methodischer Hinsicht machen lassen, dass aber dennoch konstatiert werden kann, dass die euroskeptische Sicht auf den EBR

sich als unberechtigt erwiesen hat. Selbst wenn eine beträchtliche Zahl der untersuchten Europäischen Betriebsräte (vorerst) nur „symbolisch“ existiert und agiert, dokumentieren gerade die Beispiele der Fallstudien die inhärente Dynamik und das positive Entwicklungspotenzial dieser originären europäischen Institution.

Ein Wort noch zur Europäischen Gesellschaft (Societas Europaea – SE). Für diese neue Unternehmensrechtsform, die gemäß einer Richtlinie von 2001 seit Oktober 2004 in Kraft ist.

Die für sie geltenden Mitbestimmungsregelungen entsprechen in der Struktur dem EBR-Modell. Mitbestimmung ist für sie ein zwingender Verhandlungsgegenstand: ohne eine entsprechende Vereinbarung zwischen beiden Seiten kann keine SE registriert werden. Erste empirische Befunde einer Analyse gegründeter SE-Unternehmen (Keller und Werner 2009) zeigen, dass diese Unternehmensform in Deutschland zur „präventiven Mitbestimmungsfucht“ genutzt werden kann, indem vor Erreichen von mitbestimmungsrelevanten Schwellenwerten (500 bzw. 2000 Beschäftigte) der Status quo festgeschrieben wird. Für Unternehmen mit unter 500 Beschäftigten besteht keine Unternehmensmitbestimmung, bei 500-2000 Beschäftigten gilt die Drittelbeteiligung im Aufsichtsrat.

3 Zusammenfassung

Wie oben ausgeführt, hat sich auf der europäischen Ebene ein eigenständiges System industrieller Beziehungen herausgebildet, das zwar im Bereich der Tarifautonomie noch defizitär ist, weil es noch keine transnationalen Tarifverhandlungen gibt, aber dafür Substitute in Form des sozialen Dialogs und der supranationalen Koordination nationaler Tarifpolitiken bereitstellt. Im Bereich der Mitbestimmung gibt es hingegen eine genuine Institution, nämlich den europäischen Betriebsrat, der zwar weniger Rechte als der deutsche Betriebsrat hat, aber mehr Rechte, als sie etwa den britischen Arbeitnehmern davor zugestanden worden waren.

Im Bereich der staatlichen Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik existiert so etwas wie eine Konzertierte Aktion. Seit 1997 werden die Sozialpartner von der Präsidentschaft des Europäischen Rates am Vorabend ihrer Tagung eingeladen. Nach Nizza (ab 2001) wurde dieses Treffen zu einem dreigliedrigen Sozialgipfel vor der Frühjahrstagung des Rates institutionalisiert. Unter der gemeinsamen Leitung des Ratspräsidenten und des Präsidenten der Kommission erörtern jeweils zehnköpfige Delegationen von Arbeitnehmern und Ar-

beitgebern Fragen aus den vier Sachgebieten: Makroökonomie, Beschäftigung, Sozialschutz, und allgemeine und berufliche Bildung.

Natürlich gibt es weiterhin nationalstaatliche Sozialpolitiken, die eigenes und EU-Recht verschiedenartig ausgestalten. Vom Weg einer flächendeckenden Harmonisierung zur Schaffung einheitlicher Institutionen und Strukturen ist man abgekommen. Vorherrschend sind die Prinzipien der Subsidiarität und des Prozeduralismus.

Abschließend sei noch auf einen bedeutenden Punkt hingewiesen: Der Lissabon-Vertrag macht die „Charta der Grundrechte“ rechtskräftig. Dadurch werden nun wesentliche soziale Grundrechte verbindlich. Die Charta garantiert neben der Koalitions- und Streikfreiheit das Recht, Kollektivverträge abzuschließen sowie Arbeitnehmerrechte auf Unterrichtung und Anhörung und den Schutzanspruch gegen ungerechtfertigte Entlassung. Dass diese vor dem Europäischen Gerichtshof einklagbaren Arbeitnehmerrechte Großbritannien zu weit gehen und deshalb hier sein Opting-out praktizierte, dokumentiert erneut den Unterschied zwischen dem Rheinischen und dem Anglo-amerikanischen Kapitalismus.

Literatur

- Brandl, S. (2006): Deutsches Modell oder globalisiertes Arrangement? Transformation industrieller Beziehungen und soziale Nachhaltigkeit (Edition Sigma: Berlin).
- Dølvik, J.E. (1999): Die Spitze des Eisberges? Der EGB und die Entwicklung eines EURO.Korporatismus (Westfälisches Dampfboot: Münster).
- Hoffmann, A.(2005): Grenzüberschreitende gewerkschaftliche Betriebspolitik, in: Beerhorst, J. und H.-J. Urban (Hrsg.) Handlungsfeld europäische Integration. Gewerkschaftspolitik in und für Europa (VSA: Hamburg).
- Keller, B. (1996): Sozialdialoge als Instrument europäischer Arbeits- und Sozialpolitik, in: Industrielle Beziehungen 3 (1996), S. 207-228.
- Keller, B. (2006): Sektorale Sozialdialoge in der Europäischen Union – Zur aktuellen Situation und zukünftigen Entwicklung, in: Industrielle Beziehungen 2, SS. 150-175.
- Keller, B. und F. Werner (2009): Arbeitnehmerbeteiligung in der Europäischen Aktiengesellschaft (SE) – Empirische Befunde und (un-)erwartete Konsequenzen, in: WSI-Mitteilungen 8 (2009), SS. 416-424.
- Kotthoff, H. (2006): Lehrjahres des Europäischen Betriebsrats. Zehn Jahre transnationale Arbeitnehmervertretung (Edition Sigma: Berlin).

- Lecher, W. (1996): Editorial. Europäische Betriebsräte - die vierte Ebene betrieblicher Interessenvertretung, in: WSI-Mitteilungen 8.
- Pochet, P. (2005): Sectoral Social Dialogue? A Quantitative Analysis, in: Transfer 11, S. 313-332.
- Schulten, T. (2005) Gewerkschaften und europäische Integration, in Beerhorst, J. und H.-J. Urban (Hrsg.) Handlungsfeld europäische Integration. Gewerkschaftspolitik in und für Europa (VSA: Hamburg).
- Schulten, T. und R. Bispinck (1999): Tarifpolitik unter dem Euro, VSA: Hamburg).
- Streeck, W. (1998): Gewerkschaften zwischen Nationalstaat und Europäischer Union, in: WSI-Mitteilungen Heft 1, SS. 1-14.
- Waddington, J. (2006): Was leisten Europäische Betriebsräte? Die Perspektive der Arbeitnehmervertreter, in: WSI-Mitteilungen 10, SS. 560-567.
- Weber, S. (2008): Autonome Sozialdialoge auf EU-Ebene. Zur Problematik der „Implementation von Texten der neuen Generation“, in: Industrielle Beziehungen 1, SS. 53-75.
- Weiss, M. (1994): Der soziale Dialog als Katalysator koordinierter Tarifpolitik in der EG, in: Heinze, M. und A. Söllner (Hg.): Arbeitsrecht in der Bewahrung. Festschrift für Otto Rudolf Kissel (Beck: München).
- Weiss, M. (2006): Arbeitnehmermitwirkung. Kernelement des Europäischen Sozialmodells, in: Industrielle Beziehungen 1, SS. 5-20.

Internet:

- www.etuc.org (2008a): Joint advice by the Social Partners on the European Works Councils „Recast“ Directive (29.8.2008).
- www.etuc.org (2008b) IMG/pdf_2008-01528-E.pdf (8.9.2008).
- www.etui-rehs.org (2008) ETUI-REHS Database (9.9.2008)

Veit Damm

Europäische Kooperation als Krisenstrategie? Die wirtschaftliche Zusammenarbeit in der Region Saarland-Lothringen-Luxemburg 1967-1990

Gliederung

1	Einleitung.....	31
2	Wirtschaftlicher Austausch bis 1967	36
3	Gemeinsame Krisenerfahrung und Wandel des grenzüberschreitenden Arbeitsmarktes	39
4	Wirtschaftliche Integration im Grenzraum Saarland-Lothringen-Luxemburg seit den 1960er Jahren	43
5	Wirtschaftspolitische Zusammenarbeit.....	47
6	Initiativen zur grenzüberschreitenden Kooperation von Unternehmen am Beispiel der Stahlindustrie.....	51
7	Fazit und Ausblick.....	55

1 Einleitung

Die internationale Zusammenarbeit in Europa ist für die Überwindung der wirtschaftlichen Schwächen einzelner Staaten und Regionen genauso anerkannt, wie sie in ihrer konkreten Gestalt umstritten bleibt.¹

¹ Vgl. Ambrosius, G.: Wirtschaftsraum Europa. Vom Ende der Nationalökonomien, Frankfurt/M. 1998; Clemens, G.: Geschichte der europäischen Integration. Ein Lehrbuch, Paderborn 2008; Thiemeier, G.: Europäische Integration. Motive – Prozesse – Strukturen, Köln 2010; Graglia, P. (Hg.): Entscheidung für Europa. Erfahrung, Zeitgeist und politische Herausforderungen am Beginn der europäischen Integration, Berlin 2010.

Sie spielte eine besondere Rolle in Zeiten grenzübergreifender Krisen, die das Auslaufen der europäischen Nachkriegsprosperität seit Ende der 1960er Jahre begleiteten.² Mit der ersten Rezession der Nachkriegszeit im Jahr 1966/67 kamen nach einer Phase langjähriger Prosperität strukturelle industrielle Probleme und die Vorboten einer Beschäftigungskrise ans Licht,³ deren Behebungsmöglichkeiten für die Zeitgenossen nicht unmittelbar klar waren und die zum Teil bis heute ungelöst sind. Ein lokaler Kristallisationspunkt dieser Entwicklung war die zentraleuropäische Montanregion im Raum des Saarlands, Luxemburgs und Nordlothringens⁴, wo – etwa im Saarland – die Arbeitslosenquote 1967 im Vorjahresvergleich um mehr als das Vierfache anstieg und sich bis 1977 weiter fast verdoppelte (siehe Abb. 1).⁵ Schon vorher hatte im Saarland, in Lothringen und Luxemburg die Auflösung zahlreicher Bergwerksstandorte begonnen. Eine Vertiefung der internationalen Zusammenarbeit im Grenzraum Saarland-Luxemburg-Lothringen galt in dieser Situation als politische Antwort auf die sinkenden Wachstumsraten der Montanindustrie und steigende Arbeitslosenzahlen. Die seit 1967 ergriffenen Maßnahmen können als Initialzündung für die Gründung der Großregion „Saar-Lor-Lux“ im Jahr 1980 angesehen werden.⁶ Die Rekonstruktion dieser Krisenbewältigungsstrategien zeigt exemplarisch die Möglichkeiten und Grenzen europäischer Wirtschaftskooperation, die seit dem Auslaufen der europäischen Nachkriegsprosperität initiiert wurden.

² Vgl. Grabas, M.: Einige methodologische Reflexionen zur konjunktur- und wachstumshistorischen Erforschung der Europäischen Nachkriegsprosperität (1948-1973) – dargestellt an der deutsch-deutschen Wirtschaftsgeschichte, in: Internationale Wissenschaftliche Vereinigung Weltwirtschaft und Weltpolitik – Berichte 180/181 (2008), S. 8-28.

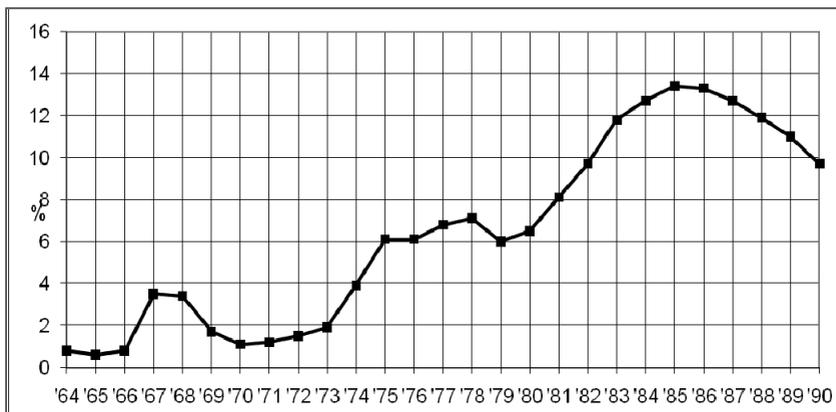
³ Vgl. Abelshauer, W.: Deutsche Wirtschaftsgeschichte seit 1945, München 2004, S. 294 ff.

⁴ Vgl. Reitel, F.: Krise und Zukunft des Montandreiecks Saar-Lor-Lux, Frankfurt/M. 1980.

⁵ Die Arbeitslosenquote stieg von 0,8 % (1966) auf 3,5 % (1967) und weiter auf 6,8 % (1977). Vgl. zur krisenhaften Entwicklung im Saarland in den späten 1960er Jahren auch Hahn, M.: Das Saarland im doppelten Strukturwandel 1956 – 1970. Regionale Politik zwischen Eingliederung in die Bundesrepublik Deutschland und Kohlekrise, Saarbrücken 2003, S. 355 ff.

⁶ Vgl. Niedermeyer, M. / Moll, P.: SaarLorLux – vom Montandreieck zur „Großregion“. Chancen und Möglichkeiten einer grenzüberschreitenden Regionalpolitik in Europa, in: Dörrenbächer, P. (Hg.): 50 Jahre Saarland im Wandel, Saarbrücken 2007, S. 297-321.

Abb. 1: Arbeitslosenquote des Saarlandes 1964-1990



Quelle: Statistisches Landesamt des Saarlandes.

Die internationale, grenzübergreifende Zusammenarbeit von Ländern und Regionen wird in Theorie und Praxis mit zahlreichen Gewinnmöglichkeiten assoziiert.⁷ Unter anderem betonen die Befürworter in Politik und Industrie sechs günstige Auswirkungen, die sich oftmals neoklassischer Argumente in Hinblick auf die Vorteile eines vermehrten Wettbewerbs bedienen: (1.) Länder und Regionen können sich im Zuge der Zusammenarbeit auf die wirtschaftlichen Bereiche konzentrieren, in denen sie komparative Vorteile besitzen und dadurch die vorhandenen Ressourcen effizienter nutzen; (2.) Für Verbraucher ergeben sich Vorteile in Form vielfältigerer Angebote und günstigerer Preise; (3.) Es entsteht ein größerer Markt, der die Kostenvorteile von Produktionsserien ermöglicht; (4.) Durch den intensiveren Wettbewerb auch mit ausländischen Konkurrenten entsteht ein produktiver Zwang zu Innovation und Rationalisierung; (5.) die zusammenarbeitenden Länder oder Regionen schaffen einen Wirtschaftsraum, der Vorteile gegenüber anderen Regionen oder Ländern entwickeln kann; (6.) durch die Entstehung eines größeren grenzüberschreitenden Arbeitsmarkts werden die nationalen Arbeitsmärkte entlastet und die regionale Arbeitslosigkeit gesenkt. Weiter kommt es zu Lohnangleichungen zwischen ärmeren und reicheren Ländern, d. h. in ärmeren Ländern steigen die Löhne.⁸

⁷ Vgl. Ambrosius, Wirtschaftsraum Europa, S. 30 f.

⁸ Vgl. ebd.

In den Theorien zur europäischen Zusammenarbeit,⁹ die vor allem in der Politikwissenschaft entwickelt wurden, spielen ökonomische Aspekte ebenfalls eine bedeutende Rolle. Demnach entsteht supranationale Politik ausgehend von transnationalen Austauschprozessen, die häufig ökonomischer Natur sind. Als Voraussetzung für die Entfaltung von Integrationsdynamik und das Übergreifen der Integration auf neue Teilbereiche – zum Beispiel das „spill-over“ von der wirtschaftlichen Integration auf die politische Integration – wird dabei die Interessenkonvergenz der beteiligten Akteure gesehen.¹⁰ Fehlt diese, können der Theorie zufolge Rückschritte oder Phasen der Stagnation auftreten, d. h. die europäische Zusammenarbeit wird in der politischen Theorie nicht als ein mechanisch fortschreitender Ausdehnungsvorgang, sondern als ein Prozess mit offener Zukunft aufgefasst. Davon ausgehend ist je nach Übereinstimmung der transnationalen Interessen auch im Bereich der wirtschaftlichen Integration darauf zu achten, dass es Phasen des Fortschritts, der Stagnation oder des Rückschritts geben kann.

Betrachtet man den historischen Forschungsstand zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit des Saarlandes mit Lothringen und Luxemburg, fällt auf, dass es hier für die Ära nach 1966/7 insgesamt ein Desiderat an historischen Untersuchungen gibt.¹¹ Allerdings liegen einige teilweise zeitgenössische sozialwissenschaftliche Arbeiten¹² sowie eine jüngere Arbeit aus dem Bereich der Wirtschaftswissenschaften¹³ vor, die die krisenhafte wirtschaftliche Entwicklung in der Region untersuchen und grenzübergreifende Probleme

⁹ Vgl. Sandholtz, W. / Stone Sweet, A. (Hg.): *European Integration and Supranational Governance*, Oxford 1998.

¹⁰ Vgl. Clemens, *Integration*, S. 311.

¹¹ Die Arbeit von Hahn, *Strukturwandel* behandelt den Zeitraum bis 1970, die Arbeit von Dörrenbächer, P.: *Unternehmerische Anpassungsprozesse. Ein industriegeographisches Arbeitsmodell, dargestellt am Beispiel der Saarbergwerke AG, Saarbrücken 1992* den Zeitraum bis 1962.

¹² Vgl. Augustin, C. / Sievert, O.: *Die wirtschaftliche und soziale Entwicklung im Grenzraum Saar-Lor-Lux, Saarbrücken 1978*; Reitel, *Krise*. Vgl. auch Schmit, G.: *Der Saar-Lor-Lux-Raum*, Frankfurt/O. 1989; Schönbauer, G.: *Wirtschaftskrise und Stadttransformation. Völklingen und Scunthorpe zur Zeit der Stahlkrise der 1970er und 1980er Jahre*, Frankfurt/M. 1994; Weigel, U.: *Stahlhart und krisenfest. Die Saarstahlkrise als Bewältigungs- und Deutungsaufgabe für die "Kumpels"*, Konstanz 1990; Hamm, R. / Wienert, H.: *Strukturelle Anpassung altindustrieller Regionen im internationalen Vergleich*, Berlin 1990; Mattar, M.: *Die staats- und landesgrenzenüberschreitende kommunale Zusammenarbeit in der Grossregion Saarland-Westpfalz-Lothringen-Luxemburg-Trier*, Frankfurt/M. 1983.

¹³ Vgl. Mische-Nordmeyer, G.: *Ökonomische Anpassung an Schocks. Das Beispiel der Regionen Saarland, Lothringen und Luxemburg*, Frankfurt/M. 2001.

thematisieren. Sie liefern teilweise wertvolle Datensammlungen,¹⁴ haben aber auch zahlreiche inhaltliche Schwächen, weil wichtige Aspekte ausgeblendet bleiben. Viele Darstellungen leiden darunter, dass sie ihre Analyse sehr stark wertend auf die Suche nach krisenauslösenden Fehlern und Schuldigen in den Teilregionen einengen und dabei den regionenübergreifenden nationalen und internationalen Verlauf der Strukturkrisen von Kohle und Stahl sowie der Konjunkturkrisen in den langen 1970er Jahren aus dem Blick verlieren.¹⁵ So wird zum Beispiel die Stahlkrise im Saarland immer wieder mit den Standortnachteilen und Modernisierungshemmnissen an der Saar erklärt, obwohl etwa in der Stahlindustrie in Amerika genau dieselben Versäumnisse beklagt werden.¹⁶ Andere Arbeiten beziehen den internationalen Vergleich mit ein, konzentrieren sich aber vor allem auf die Erfolge der Krisenbewältigung im Grenzraum Saarland-Lothringen-Luxemburg, wodurch die nachfolgenden Krisenproblematiken der 1980er Jahre unverständlich bleiben.¹⁷ Insgesamt besteht zudem das Problem, dass alle bisherigen Darstellungen die die Region prägende Rezession von 1981/82 und darauf folgende Beschäftigungskrise bis 1985 weitgehend ausblenden.

Aus den Schwächen der bisherigen Darstellungen ist zu entnehmen, dass es zum Verständnis der grenzübergreifenden Kooperation als Krisenstrategie erforderlich ist, den gesamten Zeitraum von 1967-1990 im historischen Kontext der Umbrüche der europäischen Wirtschaft in den langen 1970er Jahren zu behandeln.¹⁸ Weiter ist zu berücksichtigen, dass durch die EWG bereits seit 1957 im Grenzraum Saarland-Lothringen-Luxemburg wieder ein gemeinsamer Wirtschaftsraum bzw. gemeinsamer Markt entstanden war, der die wirtschaftliche Entwicklung wesentlich beeinflusste und zum Beispiel langfristig eine Spezialisierung in den einzelnen Teilregionen erforderlich machte.

¹⁴ Vgl. besonders Augustin / Sievert, Saar-Lor-Lux und Hamm / Wienert, Strukturelle Anpassung.

¹⁵ Vgl. Miehe-Nordmeyer, Ökonomische Anpassung; Hahn, Strukturwandel.

¹⁶ Vgl. Hall, C.: Steel phoenix. The fall and rise of the U.S. steel industry, New York 1997.

¹⁷ Vgl. Burtenshaw, D.: Problem Regions of Europe: Saar-Lorraine, Oxford 1976 und Esser, J.: Krisenregulierung. Zur politischen Durchsetzung ökonomischer Zwänge, Frankfurt/M. 1983.

¹⁸ Vgl. Doering-Manteuffel, A. / Raphael, L.: Nach dem Boom. Perspektiven auf die Zeitgeschichte seit 1970, Göttingen 2008; Jarausch, K. H.: Krise oder Aufbruch? Historische Annäherungen an die 1970er-Jahre, in: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History, Online-Ausgabe, 3 (2006) H. 3; Abelshausen, W.: Deutsche Wirtschaftsgeschichte seit 1945, München 2004, S. 294 ff.

Davon ausgehend soll gefragt werden, welche Integrationsimpulse von der gemeinsamen Krisenerfahrung 1966/67 in der Region Saarland-Luxemburg-Lothringen ausgingen und wie sich die grenzübergreifende Zusammenarbeit auf die Krisenbewältigung auswirkte. Welche konkreten Projekte wurden initiiert? Wie entwickelten sich die einmal begonnenen Vorhaben im Zeitverlauf? Können Phasen des Fortschritts, des Rückschritts oder der Stagnation im Zeitraum 1967 – 1990 unterschieden werden? Und: Sind die in der Theorie formulierten wirtschaftlichen Vorteile¹⁹ einer grenzübergreifenden Integration feststellbar? Zur Beantwortung dieser Fragen ist zunächst ein Blick auf die historische Entwicklung von grenzübergreifenden Austauschprozessen im Untersuchungsgebiet nötig, da die wirtschaftliche Entwicklung in der Region wesentlich durch die gemeinsame Geschichte bestimmt war.

2 Wirtschaftlicher Austausch bis 1967²⁰

Der Raum Saarland-Luxemburg-Lothringen war vom 17. bis zum 20. Jahrhundert von zahlreichen Grenzverschiebungen geprägt – tatsächlich handelt es sich um eine der Regionen mit den unstabilsten Grenzen in Westeuropa. Erst 1957 wurde eine bislang endgültige Regelung erzielt, zuvor hatte das so genannte Saargebiet – ein Teil des heutigen Saarlandes – unter französischer Verwaltung gestanden. Das Großherzogtum Luxemburg war bis 1919 Mitglied des deutschen Zollvereins, Lothringen zusammen mit dem Elsass 1871 von Preußen annektiert und bis 1918 in das Deutsche Reich eingegliedert. Nach dem Ende des Ersten Weltkriegs, in dem in Lothringen besonders auf den Schlachtfeldern um Verdun mehr als eine halbe Million Soldaten gefallen waren, ging nicht nur Elsass-Lothringen zurück an Frankreich, sondern auch das Saargebiet wurde 1920 unter französische Administration gestellt und von 1925 an dem französischen Zollgesetz unterworfen. 1935 wurde das Saargebiet nach einem Volksentscheid in den deutschen Nationalsozialistischen Staat eingegliedert, nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs kam es aber erneut unter französische Verwaltungshoheit. 1957 wurde es schließlich nach einem Volksentscheid als zehntes Bundesland in die Bundesrepublik

¹⁹ Siehe oben S. 33 f.

²⁰ Vgl. Damm, V.: Währungsturbulenzen und Arbeitsmarkt in Europa in den 1970er Jahren. Zur Änderung der Parität von D-Mark und Franc und den Folgen für den grenzübergreifenden deutsch-französisch-luxemburgischen Arbeitsmarkt, in: Internationale Wissenschaftliche Vereinigung Weltwirtschaft und Weltpolitik (IWVWW) – Berichte 192 / 193 (2011), S. 99 ff.

eingegliedert.²¹ Als Gegenleistung für die Rückgabe des Saargebietes verpflichtete sich die Bundesrepublik gegenüber Frankreich, die Mosel von der französischen Grenze bis nach Koblenz zu kanalisieren, um den Wasserwegstransport für die lothringische Industrie zu beschleunigen. Unter Mitwirkung Luxemburgs, das in Mertert einen eigenen Hafen errichtete, war die Moselkanalisierung das erste politische deutsch-französisch-luxemburgische Kooperationsprojekt in der Region nach 1945.²²

Auf Unternehmensebene entstanden durch die historische Entwicklung bereits im 19. Jahrhundert grenzüberschreitende Verflechtungen, die häufig bis zum Ende des 20. Jahrhunderts fortbestanden.²³ In der Zeit der deutschen Annexion von 1871 bis 1918 floss deutsches Kapital in das rohstoffreiche Lothringen, um die Montanindustrie zu entwickeln. Die Saar-Industriellen Stumm und Röchling errichteten 1898 Hochöfen in Thionville und Uckange. Der deutsche Teil Lothringens wurde zu einer leistungsfähigen Industrieregion ausgebaut, in dem besonders die Produktion von Eisenerz schnell anwuchs. Wurden in Lothringen von 1870 bis 1900 rund 145 Millionen Tonnen Eisenerz (davon 85 Millionen Tonnen im deutsch annektierten Teil Lothringens) gefördert, waren es von 1901 bis 1918 schon 328 Millionen Tonnen (davon 244 Millionen Tonnen im deutsch annektierten Teil Lothringens). Auch die lothringische Verkehrsinfrastruktur wurde in dieser Zeit erneuert, wobei die Region allerdings relativ isoliert blieb, da auf eine Anbindung an das Elsass und den bei Frankreich verbliebenen Teil Lothringens nicht geachtet wurde. Umgekehrt führten die Integration des Saargebiets in den französischen Zollraum 1925 als auch die französische Annexion nach 1945 nicht zu vermehrten Investitionen im Saargebiet, vielmehr blieben besonders nach 1945 notwendige Investitionen aus²⁴, so dass das Saarland 1957 bei der

²¹ Vgl. Behringer, W. / Clemens, G.: Geschichte des Saarlandes, München 2009.

²² Vgl. Burtenshaw, Problem Regions, S. 12.

²³ Vgl. Banken, R.: Die Industrialisierung der Saarregion 1815 – 1914. Bd. 2. Take-Off-Phase und Hochindustrialisierung 1850 – 1914, Stuttgart 2003, S. 290 ff.; Mathieu, C., Netzwerkbildung und die Konstitution der Interregion Saar – Triebkräfte und Blockadefaktoren Raum prägender Wirtschaftsverflechtung im Zeitalter der Industrialisierung (1815 – 1914), in: Rampeltshammer, L. / Kurtz, H.-P.: Europakompetenz entwickeln – Interregionskompetenz stärken für die Hochschule und die Arbeitswelt, Saarbrücken 2009, S. 43-89; Grabas, M.: Der vergessene Mittelstand. Entwicklung und Bedeutung kleiner und mittelgroßer Unternehmen an der Saar in der Zeit des krisenhaften Strukturwandels 1873 bis 1894/95, in: Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 89 (2002)/1, S. 41-71; Hudemann, R. (Hg.): Stätten grenzüberschreitender Erinnerung – Spuren der Vernetzung des Saar-Lor-Lux-Raumes im 19. und 20. Jahrhundert, Saarbrücken 2002.

²⁴ Vgl. Lauschke, K.: Die halbe Macht. Mitbestimmung in der Eisen- und Stahlindustrie 1945 bis 1989, Essen 2007, S. 259 f.

Wiedereingliederung nach Westdeutschland als relativ rückständige und unterentwickelte Wirtschaftsregion galt.²⁵ Problematisch war auch die in den Jahren 1920-1935 und 1945-1957 geförderte Ausrichtung der saarländischen Industrie auf den französischen Markt, die zu einer Desintegration des Saarlandes innerhalb Deutschlands führte. Weitgehend mangelhaft war auch die Anbindung der Verkehrsinfrastruktur an die Bundesrepublik. Aufgrund der – bezogen auf das deutsche Wirtschaftsgebiet – ohnehin peripheren Lage des saarländischen Wirtschaftsraums „hinter den Bergen“²⁶ wirkte sich dies besonders wachstumshemmend aus.

Luxemburg war mit dem Saarland und mit Lothringen durch seine reichen Erz- und Kohlevorkommen im Süden des Landes verbunden, in deren Nähe sich weiterarbeitende Stahl- und Eisenindustrien ansiedelten, die nicht selten eine internationale Struktur hatten. Daher prägte sich für den Grenzraum die Bezeichnung „Montandrieck“ aus. Beispiele für luxemburgisch-saarländische Gesellschaften waren etwa das luxemburgische Stahl-Unternehmen *Aciéries Réunies De Burbach-Eich-Dudelange S.A.* („ARBED“, gegr. 1911), das sowohl an den luxemburgischen Standorten Belval und Dudelange als auch in Saarbrücken-Burbach produzierte oder die aus der Deutsch-Luxemburgischen Bergwerks- und Hütten-A.G. hervorgegangene Gesellschaft *Hauts-Fourneaux et Aciéries de Differdange, St. Ingbert, Rumelange* („HADIR“, gegr. 1920). Darüber hinaus bestanden zahlreiche grenzübergreifende Kapitalverflechtungen und Unternehmensbeteiligungen zwischen luxemburgischen, saarländischen und französischen Unternehmen.²⁷ So beteiligte sich die ARBED an zahlreichen lothringischen Stahlunternehmen. Eine enge Verflechtung bestand außerdem zwischen französischen Unternehmen und der Dillinger Hütte im Saarland, die 1948 in den französischen Stahlkonzern *Société Lorraine de Laminage Continu* („Sollac“) mit Sitz in Paris eingegliedert wurde. Die vielfältigen Unternehmensverflechtungen hatten ihre Entsprechung auf dem Arbeitsmarkt in einer regen Bewegung von grenzübergreifenden Pendlerströmen zwischen den Gruben und Stahlwerken an der französisch-luxemburgischen Grenze. Zudem arbeiteten traditionell zahlreiche saarländische Bergleute in französischen Gruben. Anfang der 1960er Jahre pendelten täglich rund 4.000 Saarländer über die Grenze,

²⁵ Vgl. Heinen, A.: *Saarjahre. Politik und Wirtschaft im Saarland 1945-1955*, Stuttgart 1996, S. 265 f.

²⁶ Vgl. Albrecht, C.: *Wirtschaftsstruktur, Bevölkerungsstruktur, Struktur der Arbeitslosigkeit im Saarland* (Paper – Wissenschaftszentrum Berlin), Berlin 1980, S. 1.

²⁷ Vgl. *Saarwirtschaft* 3/1975, S. 88 ff.

überwiegend in die lothringischen Kohlegruben²⁸ sowie rund 5.000 Lothringer in das Saarland und nach Luxemburg.

3 Gemeinsame Krisenerfahrung und Wandel des grenzüberschreitenden Arbeitsmarktes

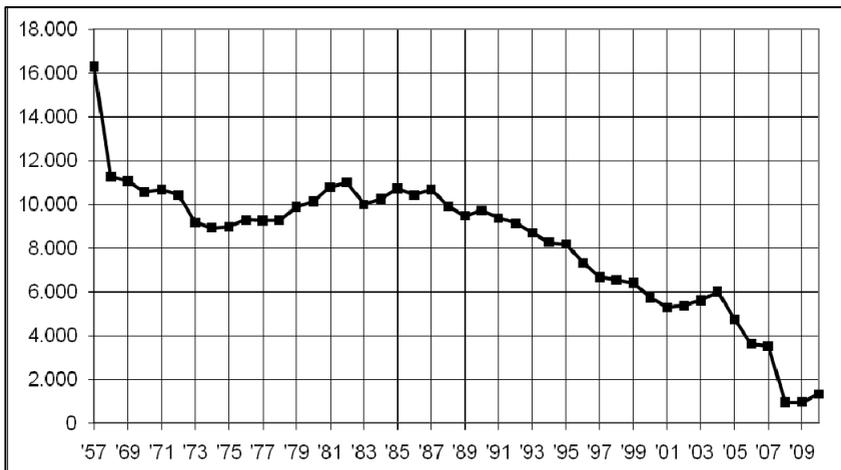
Durch die historische Verflechtung, den grenzübergreifenden Arbeitsmarkt, die enge geographische Lage und die ähnliche Wirtschaftsstruktur im so genannten Montandreieck wurden die sich seit 1967 verdichtenden Anzeichen anhaltender wirtschaftlicher Schwierigkeiten als Vorboten einer den gesamten Raum betreffende Krise aufgefasst.

Schon Anfang der 1960er Jahre war als gemeinsame Erfahrung die Strukturkrise des Erzbergbaus und die Kohlekrise²⁹ von Bedeutung. Nachdem 1957 im Saarland mit 16,3 Millionen Tonnen Steinkohle die höchste Fördermenge der Nachkriegszeit produziert wurde, ging die Produktion in den folgenden Jahren stark zurück (siehe Abb. 2). Zwischen 1957 und 1967 wurden im Saarland 10 von 16 Gruben, in Lothringen 3 von 10 Gruben unrentabel und geschlossen (siehe Tabelle 1). Mit der anhaltenden Kohlekrise, der zehntausende Arbeitsplätze zum Opfer fielen³⁰, pendelten immer weniger Saarländer nach Lothringen.

²⁸ Vgl. Augustin / Sievert, Saar-Lor-Lux, S. 133.

²⁹ Zur Kohlekrise vgl. Nonn, C., Die Ruhrbergbaukrise. Entindustrialisierung und Politik 1958 - 1969, Göttingen 2001.

³⁰ Vgl. Mathias, K. (Hg.): Wirtschaftsgeographie des Saarlandes, Saarbrücken 1980, S. 144 ff.; Die Saarlirtschaft in Rückblick und Vorschau, hrsg. v. d. Industrie- und Handelskammer des Saarlandes, Dillingen 1980, S. 42 ff. Siehe auch Tab. 1.

Abb. 2: Kohleproduktion im Saarland 1957-2009³¹ (1000 t)

Quelle: Statistik der Kohlenwirtschaft e.V.

Die Zahl der in Lothringen vor allem in den Gruben tätigen Saarländer nahm von 4.200 (1960) auf 1.600 (1972) stark ab. Zudem verlor die Arbeit im Bergbau nach dem schwersten Grubenunglück der saarländischen Geschichte in Luisenthal im Jahr 1962 mit 299 Toten³² weiter an Attraktivität. Viele junge Menschen sahen ihre berufliche Zukunft nun in den verarbeitenden Industrien. Zahlreiche Saarländer wanderten angesichts der mit der Kohlekrise verbundenen unsicheren Zukunft und der Unattraktivität der Tätigkeit im Bergbau in andere deutsche Bundesländer aus, insgesamt verließen 261.000 Erwerbspersonen von 1962-1976 das Saarland. Die fehlenden Kräfte wurden seit 1968 zunehmend durch junge lothringische Grenzpendler ersetzt. Dabei spielte ein zentraler Aspekt der krisenhaften Wirtschaftsentwicklung in den westlichen Industriestaaten eine wesentliche Rolle: die gravierenden Wechselkurskorrekturen und Währungsschwankungen der späten 1960er und besonders der 1970er Jahre.³³

³¹ Für die Unterstützung bei der Erstellung der Abbildungen bedanke ich mich bei Dominik Steinmann und Michael Emser.

³² Vgl. Behringer / Clemens, Geschichte des Saarlandes, S. 115.

³³ Vgl. Damm, Währungsturbulenzen.

Tab. 1: Folgen der Kohlekrise 1957-1973

Jahr	Saarland				Ost-Lothringen			
	Pro- duktion (Mio. t)	Beschäf- tigte unter der Erde	Gru- ben	Pro- duktion je Be- schäf- tigter (kg)	Pro- duktion (Mio. t)	Beschäf- tigte unter der Erde	Gru- ben	Pro- duk- tion je Be- schäf- tigter (kg)
1957	16,3	40.000	16	3.069	14,3	26.000	10	2.500
1967	12,4	19.250	6	5.826	15,0	17.000	7	3.510
1971	10,7	14.110	6	6.499	11,5	11.500	6	4.387
1973	9,2	12.500	6	6.634	10,1	10.600	5	4.446

Quelle: Burtenshaw, Problem Regions, S. 14.

Sie führten dazu, dass die Arbeit im deutschen und luxemburgischen Währungsraum für Franzosen zunehmend attraktiver wurde. Im Jahr 1975 strömten täglich bereits rund 17.000 Menschen aus Lothringen zur Arbeit über die Grenze vor allem in die verarbeitenden Industrien des Saarlands und Luxemburgs, die Hälfte von ihnen jünger als 25 Jahre. 1964 waren es nur rund 5.000 Lothringer pro Tag gewesen.³⁴ Ein Industriearbeiter aus Lothringen konnte 1974 durch den günstigen Wechselkurs im Saarland ein ca. 50 Prozent höheres Gehalt und in Luxemburg sogar ein fast 100 Prozent höheres Gehalt erzielen.³⁵ Seit Mitte der 1970er Jahre stieg die Zahl der lothringischen Grenzpendler weiter stark an, war von Ende der 1970er Jahre bis Mitte der 1980er dann wieder etwas rückläufig und wuchs seit Mitte der 1980er Jahre weiter stark.

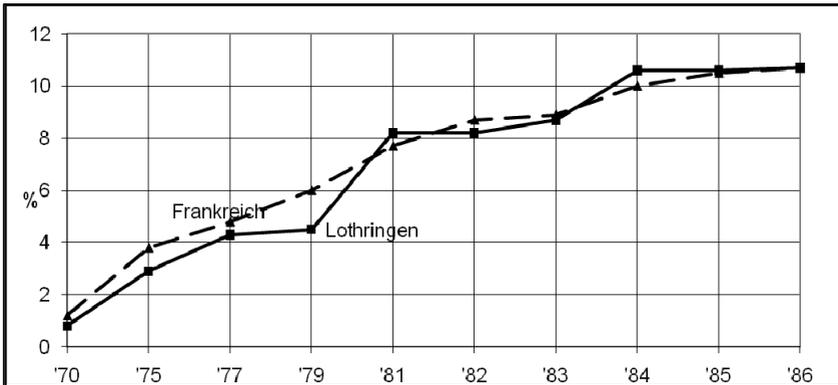
Die traditionelle Wanderung von Arbeitskräften im Grenzraum Saarland-Luxemburg-Lothringen wandelte sich also seit dem Ende der 1960er Jahre grundlegend. Während nur noch wenige Saarländer nach Lothringen pendelten, kamen immer mehr Lothringer in das Saarland oder nach Luxemburg zur

³⁴ Vgl. Augustin / Sievert, Saar-Lor-Lux, S. 130 ff.

³⁵ Vgl. ebd., S. 132.

Arbeit über die Grenze. Die Nähe zu Luxemburg und zum Saarland entlastete insofern den lothringischen Arbeitsmarkt in den 1970er Jahren leicht. Dies trug unter anderem dazu bei, dass Lothringen im Vergleich zu Gesamtfrankreich in den 1970er Jahren noch eine niedrigere Arbeitslosenquote aufwies. Jedoch verschwand dieser Effekt weitgehend in den 1980er Jahren³⁶ (siehe Abb. 3).

Abb. 3: Arbeitslose in Lothringen und Frankreich 1970-1986



Quelle: Hamm / Wienert, Strukturelle Anpassung, S. 93.

Wie das Saarland entwickelte sich Luxemburg im Untersuchungszeitraum zu einem attraktiven Arbeitsmarkt für Grenzpendler, da ein Unterangebot an Arbeitskräften bestand. Zwar war in den 1970er Jahren die Pendlerbewegung in das Saarland noch wesentlich höher als nach Luxemburg,³⁷ jedoch kehrte sich das Verhältnis in den 1980er Jahren um. Während die Zahl der Grenzarbeitnehmer im Saarland abnahm, stieg sie in Luxemburg weiter an.³⁸ Demgegenüber arbeiteten nur wenige Luxemburger in den angrenzenden Regionen.

³⁶ Vgl. Tableaux de l'Économie Lorraine 2000/1, S. 111.

³⁷ Vgl. Burtenshaw, Problem Regions, S. 35.

³⁸ Vgl. die Statistik der Inspection Générale de la Sécurité Sociale Luxemburg.

4 Wirtschaftliche Integration im Grenzraum Saarland-Lothringen-Luxemburg seit den 1960er Jahren

In der Mitte der 1960er Jahre verfestigte sich vor dem Hintergrund der gemeinsamen Krisenerfahrung der Gedanke, dass eine vertiefte industrielle Zusammenarbeit in der Region für das Überleben des Wirtschaftsraumes notwendig sei.³⁹ Expertenanalysen konstatierten, dass die strukturellen Probleme in der Region nur grenzüberschreitend zu lösen seien. Ein Pilotprojekt der Zusammenarbeit war 1967 der Plan einer lothringisch-saarländischen Verbundwirtschaft auf Basis der gemeinsamen Steinkohlevorkommen. Damit sollte der Grundstock für die Ansiedlung einer eigenen Chemieindustrie in der Region gelegt werden. Sowohl in der Industrie als auch in der Politik gab es die Überzeugung, dass die wirtschaftliche Entwicklung politisch steuerbar sei.⁴⁰ In diesem Geist hatte bereits 1965 der Geschäftsführer des Eisen- und Stahlwerkes Röchling in einer öffentlichen Ansprache die saarländische Landespolitik aufgefordert, „durch grenzüberschreitende Koordination von Verkehrswegen und Wirtschaftsförderung ... die Rahmenbedingungen für die Montanindustrie“ zu verbessern.⁴¹ In den Jahren 1968 und 1969 wurden im Saarland mit dem „Strukturprogramm Saar“⁴² und in Lothringen mit dem Programm „Organisation d'études d'aménagement de l'aire métropolitaine de Metz, Nancy, Thionville – kurz: OREAM-Lorraine“ Vorhaben entwickelt, die diese Anregungen aufnahmen. Beschlossen wurde eine Autobahnanbindung der Region nach Paris, Brüssel und Bonn, die Einrichtung eines Saar-Lor-Lux-Großflughafens, eines deutsch-französischen Wirtschaftszentrums, ein weiterer Ausbau der saarländisch-lothringischen Chemieindustrie sowie grenzübergreifende Raumplanungen zur Verbindung des ostlothringischen Kohlebeckens, des Industrieraums Saarbrücken und der grenznahen Zonen Luxemburgs.

³⁹ Vgl. Rauber, K.: Perspektiven und Dimensionen internationaler Regionalpolitik: Zur Entwicklung der europäischen Region SaarLorLux, in: Linsmayer, L., Die Geburt des Saarlandes. Zur Dramaturgie eines Sonderweges, Saarbrücken 2007, S. 356-373, S. 360.

⁴⁰ Vgl. Schanetzky, T., Die große Ernüchterung. Wirtschaftspolitik, Expertise und Gesellschaft in der Bundesrepublik 1966 bis 1982, Berlin 2007; Nützenadel, A.: Stunde der Ökonomen. Wissenschaft, Politik und Expertenkultur in der Bundesrepublik 1949-1974, Göttingen 2005.

⁴¹ Vgl. Niedermeyer / Moll, SaarLorLux, S. 299. Siehe aber auch die Planungen und Utopien zur Wirtschaftsentwicklung bei Tietz, B.: Die sozialökonomische Entwicklung im Saarland und in der Stadt Saarbrücken bis zum Jahr 1975. Bestandaufnahmen, Verflechtungsanalysen, Projektionen, wirtschaftspolitische Konsequenzen, Saarbrücken ²1965.

⁴² Vgl. Saarländische Wirtschaft 1/1974, S. 3 ff.

Tatsächlich folgte auf die seit der Krise 1967 begonnenen Planungen zunächst eine Periode der vermehrten wirtschaftlichen Integration, die durch die Konjunkturprogramme des Saarlandes, der Bundesregierung und der Europäischen Gemeinschaften begünstigt wurden. Dabei sendeten sowohl die Konjunkturprogramme eine integrationsfördernde Wirkung aus, wie auch die vertiefte Integration einen wachstumsfördernden Effekt hatte. Im Saarland siedelten sich zahlreiche Firmen neu an, darunter viele Niederlassungen französischer Unternehmen (Michelin, Kléber Colombes). Ebenfalls wuchs der Grad der Kapitalverflechtung in der Großregion weiter, der bereits seit Ende der 1950er Jahre zugenommen hatte.⁴³ Verstärkt wurde französisches Kapital in saarländischen Unternehmen angelegt, sowohl in der Montanindustrie als auch im Maschinen- und Fahrzeugbau. Insgesamt waren in den 1970er Jahren französische Investoren an rund zwanzig Betrieben im Saarland beteiligt. Zugleich gab es rund 67 Industrieunternehmen im lothringischen Département Moselle mit saarländischen Beteiligungen besonders in der Investitionsgüterindustrie.⁴⁴ Auch luxemburgische Unternehmen beteiligten sich stärker an der saarländischen Industrie, so übernahm etwa 1971 der luxemburgische Stahlkonzern ARBED, einen bedeutenden Anteil an den Röchling'schen Eisen- und Stahlwerken in Völklingen.⁴⁵

Die ersten Förderprogramme waren bereits seit 1963 in Folge der Kohlekrise ins Leben gerufen worden. So wurden mehrere von Tagebauschießungen betroffene Standorte als Bundesausbaugebiet, Bundesausbauort oder Industrialisierungspunkt deklariert. Zudem wurden im Saarland nach den Zollsenkungen der EWG von 1959-1968⁴⁶ grenznahe Standorte in Hinblick auf den europäischen Markt attraktiv für Wirtschaftsansiedlungen. Herausragend zu nennen ist die Ansiedlung des Ford-Werkes Saarlouis im Jahr 1966, für die sich Bundeskanzler Ludwig Erhard im Vorfeld der Bundestagswahl 1965 beim Kölner Ford-Vorstand eingesetzt hatte. Saarlouis hatte sich dabei gegen das luxemburgische Schengen und einen französischen Standort für ein neues Ford-Werk durchsetzen können.

Darüber hinaus gab es verschiedene Programme zur Förderung der bestehenden Industrien aus dem Bundesarbeitsministerium in Form von Kleinkrediten.⁴⁷ Als Reaktion auf die deutsche Rezession von 1966/7 wurden diese

⁴³ Vgl. Augustin / Sievert, Saar-Lor-Lux, S. 122 f.

⁴⁴ Vgl. ebd.

⁴⁵ Vgl. Esser, Krisenregulierung, S. 66.

⁴⁶ Vgl. Clemens, Integration, S. 146 f.

⁴⁷ Vgl. Burtenshaw, Problem Regions, S. 27 f.

Maßnahmen stark ausgebaut. Mit dem Gesetz zur Anpassung und Gesundung des deutschen Steinkohlenbergbaus von 1968 wurden weitere Mittel zur Senkung der Investitionskosten im Bergbau vom Bundesarbeitsministerium zur Verfügung gestellt. Zudem wurde auf Bundesebene ein Programm zur Verbesserung der regionalen Infrastruktur verabschiedet. Ab 1969 wurde das Saarland zur Förderungsregion im fünfjährigen Investitions-Aktionsprogramm des Bundes zur Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur, das als Gemeinschaftsaufgabe definiert wurde. Es wurde mit dem im selben Jahr verabschiedeten Strukturprogramm Saar verknüpft. Demnach wurden Wachstumszonen definiert, die je nach Potential und Krisenanfälligkeit mit 20 Prozent (Homburg, Saarlouis, Neunkirchen, St. Ingbert, St. Wendel) oder 15 Prozent Beihilfe (Merzig, Nennig, Saarbrücken, Völklingen, Lebach, Losheim) auf die Investitionskosten subventioniert wurden.⁴⁸ Begünstigt wurde die industrielle Expansion auch durch Investitionen in der Verkehrsinfrastruktur, mit denen sowohl die innerregionale Mobilität verbessert als auch die isolierte nationale Lage der Region aufgebrochen und damit die Standortattraktivität für Ansiedlungen verbessert werden sollte. Dazu gehört das 1973 vom Bund beschlossene Projekt der Saarkanalisation, durch das die Transportbedingungen für die Stahlwerke in Dillingen, Völklingen, Brebach und Burbach verbessert werden sollte. Außerdem wurde eine Autobahnverbindung zwischen Dillingen und Neunkirchen in Richtung Luxemburg gebaut und 1968 der Flughafen Saarbrücken-Ensheim eröffnet. 1972 wurden zudem die wichtigen Zuglinien elektrifiziert und Container-Terminals in Saarbrücken, Homburg und Dillingen errichtet. Weiter wurden von vielen Kommunen Industrieflächen bereitgestellt.

Im Saarland entstanden so zwischen 1968 und 1973 knapp 40.000 neue industrielle Arbeitsplätze besonders im Fahrzeug- und Maschinenbau – quantitativ kam es zu einem intraindustriellen Strukturwandel, in dem die Investitionsgüterbranche die Dominanz der Montanbranche beseitigte.⁴⁹ Gleichzeitig wurde die bestehende Bergbau-Branche – die Saarbergwerke AG gehörte zum industriellen Vermögen des Bundes – gestützt durch starke Subventionen am Leben erhalten, während sie in Luxemburg und Lothringen allmählich ganz verschwand.

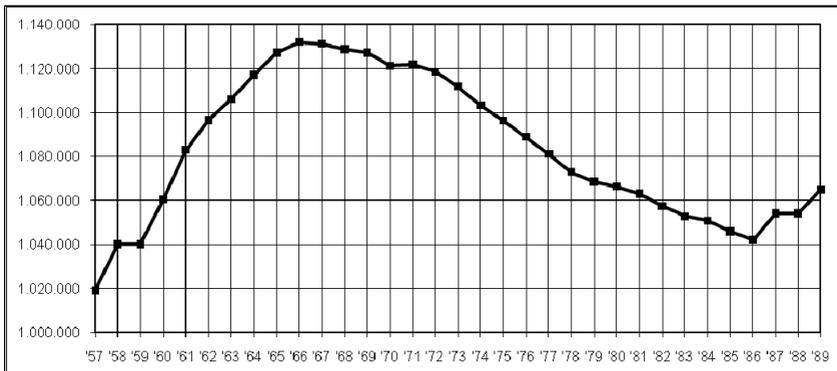
Die saarländische Industrie profitierte in dieser expansiven Phase vom Zustrom besonders der lothringischen Grenzpendler, zumal die starke innerdeutsche Abwanderung von saarländischen Erwerbspersonen und die

⁴⁸ Vgl. Burtenshaw, *Problem Regions*, S. 28.

⁴⁹ Vgl. ebd.

schrumpfende Bevölkerung im Saarland (siehe Abb. 4) nicht vollständig durch innerdeutsche Zuzüge ausgeglichen wurde.⁵⁰ Gleichzeitig entlastete die durch die Industriesubventionierung hervorgerufene Entstehung neuer Arbeitsplätze im Saarland wie oben erwähnt den lothringischen Arbeitsmarkt.⁵¹ Dies galt auch für die Entstehung neuer Arbeitsplätze in Luxemburg, die ebenfalls verstärkt durch politische Investitionslenkung hervorgerufen wurde.

Abb. 4: Bevölkerungsentwicklung des Saarlandes 1957-1989



Quelle: Statistisches Landesamt des Saarlandes.

Besonders Luxemburg, das aufgrund seiner geringen Bevölkerungszahl (1970: 340.000 / 1980: 365.000 Einwohner) über ein nur geringes nationales Arbeitskräftereservoir verfügte, war für die Ausweitung der Produktion und den Aufbau neuer Wachstumsbranchen auf Zuwanderung angewiesen.⁵² Der starke Zustrom lothringischer Grenzpendler seit den 1970er Jahren war nicht die erste Welle ausländischer Arbeitskräfte, die in Luxemburg tätig wurde, vielmehr war bereits der Aufbau der Stahlindustrie im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert nur durch zehntausende italienische Zuwanderer möglich gewesen. Zudem kamen täglich mehrere Tausend Belgier zur Arbeit nach Luxemburg. Dabei korrespondierten Phasen der Neuansiedlung bzw. des

⁵⁰ Von 1962 bis 1976 wanderten rund 261.000 Erwerbspersonen aus dem Saarland aus, hingegen kamen nur rund 224.000 hinzu. Vgl. Augustin / Sievert, Saar-Lor-Lux, S. 137.

⁵¹ Siehe oben S. 41 f.

⁵² Vgl. Calmes, C.: Gründung und Werden eines Landes. 1815 bis heute. (Zeitgenössische Geschichte Luxemburgs. Bd. 12), Luxemburg 1989.

Ausbaus von Wirtschaftsbetrieben mit steigenden Pendlerzahlen. Es ist somit davon auszugehen, dass der internationale Austausch auf dem Arbeitsmarkt das Wirtschaftswachstum in Luxemburg beflügelte. Eine ähnliche positive Wirkung ist im Saarland von 1968 bis Mitte der 1970er Jahre anzunehmen.⁵³

5 Wirtschaftspolitische Zusammenarbeit

Parallel zum Anstieg des Grenzpendlerwesens, zunehmender Unternehmensverflechtung und den Bemühungen um die Ankurbelung des Wirtschaftswachstums kam es zu einer stärkeren politischen Zusammenarbeit im Grenzraum Saarland-Lothringen-Luxemburg. 1971 wurde eine deutsch-französisch-luxemburgische Regierungskommission sowie eine Regionalkommission für den Grenzraum gebildet und 1980 das so genannte Bonner Abkommens zur Bildung der Großregion Saar-Lor-Lux unterzeichnet.⁵⁴ Die Regionalkommission sollte sowohl Studien zum Potential der grenzübergreifenden Zusammenarbeit als auch eigene Projekte durchführen. Dabei ging es besonders um die Förderung der Wirtschaft und der Freizeitangebote im Grenzraum. Während jedoch in der Gründungsphase 1971-1974 noch konkrete wirtschaftliche Projekte, wie die Ausweisung von Industriegelände für den deutsch-französischen Grenzraum zwischen Saarbrücken und Sarreguemines, die Verbesserung der Eisenbahnverbindungen für den Güterverkehr in den Grenzregionen, die Sanierung des Saar-Kohle-Kanals oder die Erfassung der Grenzpendlerströme auf der Tagesordnung der Kommission standen, verlagerte sich der Schwerpunkt bis in das letzte Drittel der 1970er Jahre auf die wirtschaftsstatistische Zusammenarbeit und danach ganz weg von wirtschaftlichen Fragen.⁵⁵ Allerdings wurde der Gedanke der Wirtschaftsförderung auch nie ganz aufgegeben, so wurde 1982 innerhalb der Regierungskommission SaarLorLux die Arbeitsgruppe für „Wirtschaftliche Fragen“ gegründet, ohne aber nennenswerte Ergebnisse zu erzielen. Die grenzübergreifende Zusammenarbeit konzentrierte sich auf die Bereiche Kultur, Tourismus, Energieversorgung,

⁵³ Zur Bedeutung der Arbeitskräftewanderung für das Wirtschaftswachstum in Europa vgl. Ambrosius, Wirtschaftsraum Europa, S. 53.

⁵⁴ Vgl. Schmit, Saar-Lor-Lux-Raum, S. 40 f. und Sinewe, W.: Von der internationalen zur transnationalen Politik. Dargestellt am Beispiel der europäischen (Kern-)Region Saar-Lor-Lux-Trier/Westpfalz. Entwicklung eines (3+1)-Ebenen-Modells interregionaler Zusammenarbeit, Frankfurt/M. 1998, S. 159 ff. Mitglied des Zusammenschlusses waren seit 1971 auch mehrere Landkreise im Raum Trier/Westpfalz, allerdings setzte sich die Bezeichnung „Saar-Lor-Lux“ für die gesamte Großregion durch.

⁵⁵ Interner Bericht des Ministeriums für europäische Angelegenheiten, Regionalkommission Saarland – Lothringen – Luxemburg – Trier/Westpfalz 1971-2000, Saarbrücken 2001.

Raumordnung und Verkehrsgestaltung. So musste Martin Niedermeyer – Mitarbeiter im saarländischen Ministerium für Europaangelegenheiten – vierzig Jahre später noch feststellen: „Eine abgestimmte grenzüberschreitende Wirtschaftspolitik der Großregion [steckt] bislang noch in den Kinderschuhen.“⁵⁶ Häufig hätten sich Fragen der Finanzierung und Trägerschaft bei den gemeinsamen Saar-Lor-Lux-Großprojekten nicht einvernehmlich klären lassen⁵⁷, zudem seien die Regionen bei der Bewältigung ihrer Probleme schnell zu Konkurrenten geworden und eine Fokussierung auf den regionalen Eigennutz in den Vordergrund getreten.⁵⁸

Wie ist diese Entwicklung zu begründen angesichts der historischen Verflechtung, der weitreichenden Planungen und des gemeinsamen Krisenbewusstseins in den Jahren nach 1967? Eine große Rolle spielte vermutlich, dass der gemeinsame Nutzen einer industriellen Zusammenarbeit seit Mitte der 1970er Jahre mehr und mehr verloren ging. Die Ursache dafür lag in der unterschiedlichen Wirtschaftsentwicklung, wie eine Untersuchung der jeweiligen Wirtschaftsstrukturen im Saarland, in Lothringen und in Luxemburg zeigt. Dabei wird deutlich, dass die Einwanderungsregionen Luxemburg und das Saarland im Analysezeitraum 1967-1990 eine sehr unterschiedliche Wirtschaftsstruktur entwickelten. Während sich in Luxemburg das Verhältnis von Dienstleistungs- und Industrie-sektor mehr und mehr zugunsten des ersteren verschob und im Dienstleistungsbereich mit Abstand die meisten Beschäftigten tätig waren,⁵⁹ war das Saarland in den 1980er Jahren weiter vom industriellen Sektor dominiert (siehe Abb. 5).

Zwar nahm auch im Saarland der Anteil der Beschäftigten in der Industrie⁶⁰ ab, lag aber 1986 – rechnet man den Bau hinzu – immer noch bei 53,9 Prozent, in Luxemburg hingegen schon ein Jahr zuvor nur noch 33,2 Prozent. Der Schritt in die Dienstleistungsgesellschaft war in Luxemburg – wie auch in den meisten Bundesländern – viel früher vollzogen wurden als im Saarland.⁶¹

⁵⁶ Vgl. Niedermeyer / Moll, SaarLorLux, S. 312.

⁵⁷ Vgl. ebd., S. 300.

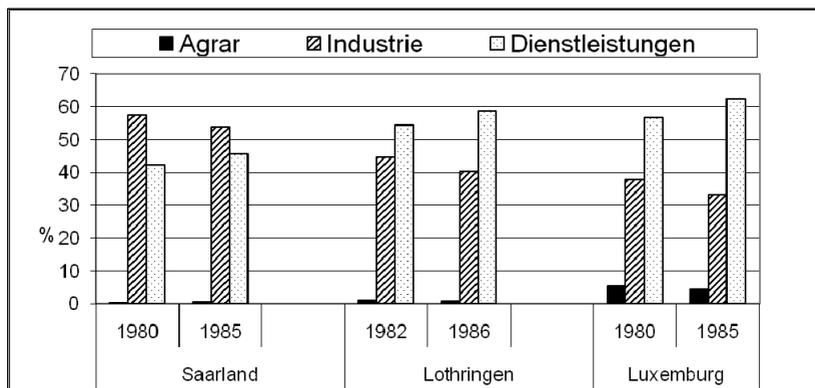
⁵⁸ Vgl. Hamm / Wienert, Strukturelle Anpassung, S. 141 ff.

⁵⁹ Vgl. Franz, N.: Der Finanzplatz Luxemburg als Ergebnis wirtschaftlichen Bedarfs, politischen Willens und europäischer Integration, in: Merki, C. M. (Hg.): Europas Finanzzentren. Geschichte und Bedeutung im 20. Jahrhundert, S.149-165, S. 154 ff.

⁶⁰ Der Begriff „Industrie“ fasst in Abb. 5 die Branchen: Verarbeitendes Gewerbe, Bergbau, Energie und Bau zusammen. Der Anteil der Beschäftigten im Bau betrug dabei im Saarland: 7,4 % (1980) und 6,3% (1986), in Lothringen: 7,9 % (1982) und 6,6 % (1986) sowie in Luxemburg: 10,4 % (1980) und 8,4 % (1985).

⁶¹ Vgl. Geppert, K. u.a., Die wirtschaftliche Entwicklung der Bundesländer in den siebziger und achtziger Jahren, Berlin 1987, S. 471.

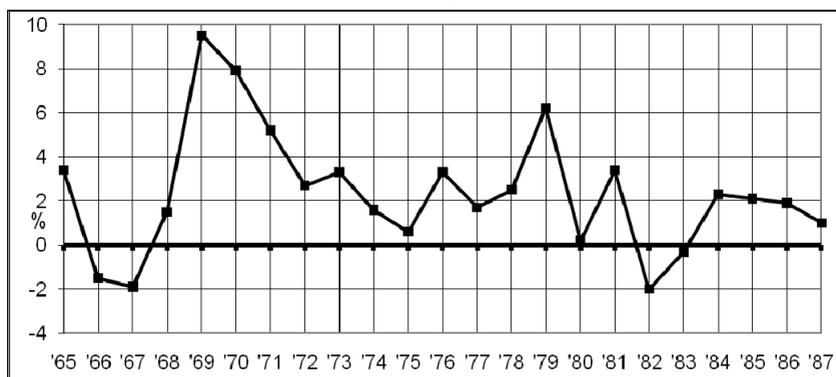
Abb. 5: Beschäftigungsstruktur im Saarland, in Lothringen und in Luxemburg 1980/2 und 1985/6



Quelle: Hamm / Wienert, Strukturelle Anpassung, S. 95, 112, 130.

Das Saarland war unter diesem Gesichtspunkt eine relativ rückständige Region mit einem übermäßig hohen Anteil an Branchen, die auch in den folgenden Jahren weiter schrumpften, wie auch die Wachstumsschwäche der saarländischen Wirtschaft in den 1980er Jahren zeigte (siehe Abb. 6).

Abb. 6: Wachstumsraten des Bruttoinlandproduktes des Saarlandes 1965-1987



Quelle: 1965-1970 (Preisbasis: 1962): Statistisches Amt des Saarlandes (Hg.), Statistisches Handbuch für das Saarland 1976, Saarbrücken 1976, S. 390; 1971-1987 (Preisbasis: 1980): Statistisches Amt des Saarlandes (Hg.), Statistisches Handbuch für das Saarland 1988, Saarbrücken 1989, S. 322.

Die Projekte für eine grenzüberschreitende Kooperation berücksichtigten diese unterschiedliche Entwicklung der Wirtschaftsstruktur zu wenig. Von 1967 an konzentrierten sie sich auf den Aus- und Aufbau industrieller Anlagen, die die Verluste industrieller Kapazitäten besonders in der Bergbaubranche kompensieren sollten. Diese Kompensationsstrategie wurde jedoch ab Mitte 1970er Jahre besonders in Luxemburg wirtschaftspolitisch mehr und mehr aufgegeben.⁶² Hier wurde gezielt der Ausbau des Dienstleistungssektors gefördert, besonders die Bereiche Vermögensverwaltung und Bankwesen⁶³ sowie öffentliche und europäische Verwaltung. In Lothringen lag der Fokus der zentralistisch aus Paris gesteuerten staatlichen Investitionspolitik auf der Eingliederung der regionalen Industrie in nationale Konzentrations-Vorhaben, was einerseits die Verlagerung von Produktionskapazitäten aus Lothringen heraus an die Küste (Regionen Marseille, Calais)⁶⁴ und andererseits den Ausbau der Dienstleistungsstandorte Metz und Nancy zur Folge hatte. Sowohl in Luxemburg als auch in Lothringen kam es dazu, dass die Zahl der Arbeitsplätze in der Industrie stark abnahm und der Dienstleistungssektor immer mehr an Bedeutung gewann.⁶⁵ Diese Entwicklung wurde auch dadurch gefördert, dass besonders die in der Montanindustrie entlassenen Arbeitskräfte mit umfangreichen staatlichen Hilfsmaßnahmen bei Lohnfortzahlung aufgefangen sowie umgeschult, weitergebildet wurden oder in den Vorruhestand traten. Dafür gab es in Luxemburg die Programme „Travaux extraordinaires d'intérêt général“ (seit 1975) und „Division Anti-Crise“ (seit 1977), die die Löhne der bei Rationalisierungen überschüssigen Arbeitskräfte weiterzahlten, bis sie eine neue Arbeit gefunden hatten oder in den Vorruhestand gingen. Zwischenzeitlich waren mehrere Tausend Personen über die Programme beschäftigt. In Lothringen kam es sogar zur Verstaatlichung der von der Krise betroffenen Industrieunternehmen. Schwerpunkte der Standortpolitik waren hier nicht die industrielle Expansion, sondern meist sozialpolitische Regelungen, zum Beispiel die Gründung von Beschäftigungsgesellschaften oder Vorruhestandsregelungen.⁶⁶ Darüber hinaus wurde die Neuansiedlung von Industrien durch den erbitterten Arbeitskampf behindert, der zwischenzeitlich bürgerkriegsähnliche Zustände annahm. Dabei wurde sogar ein Stahlwerk angezündet. Die Proteste richteten sich jedoch vor allem auf eine Anspruchs-

⁶² Vgl. Hamm / Wienert, Strukturelle Anpassung, S. 118.

⁶³ Vgl. Franz, Finanzplatz Luxemburg.

⁶⁴ Vgl. Hamm / Wienert, Strukturelle Anpassung, S. 103.

⁶⁵ Vgl. Kempf, U.: Das politische System Frankreichs, Wiesbaden 42007, S. 353.

⁶⁶ Vgl. Hamm / Wienert, Strukturelle Anpassung, S. 104.

haltung gegenüber dem Staat, nicht auf eine Erweiterung des unternehmerischen Engagements in der Region.⁶⁷ Zusammenfassend kann gesagt werden, dass nach dem Auslaufen der Europäischen Nachkriegsprosperität seit Ende der 1960er Jahre in Lothringen und Luxemburg wirtschaftspolitisch verstärkt die Tertiarisierungstendenzen gefördert wurden. Die noch nach der Kohlekrise der frühen 1960er Jahre fokussierte Industrieneuansiedlungs-Politik trat mehr und mehr in den Hintergrund.

Demgegenüber blieb im Saarland die Politik der Förderung des intra-industriellen Strukturwandels auch nach dem Auslaufen der Europäischen Nachkriegsprosperität seit Ende der 1960er Jahre konstant und wurde dabei durch die Konjunkturprogramme der Bundesrepublik angeheizt. Auch als die Rezessionen 1974/75 und 1981/82 sowie die Stahlkrise die industrielle Expansion der frühen 1970er Jahre im Saarland stoppten, fand keine Neuausrichtung der Politik statt. Es ist nicht auszuschließen, dass dadurch veraltete Produktionsformen perpetuiert und notwendige Rationalisierungen aufgeschoben wurden. Gegen den allgemeinen Trend war im Saarland der Übergang von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft⁶⁸ erst verzögert feststellbar.

Die Pläne zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit berücksichtigten die unterschiedliche Entwicklung des Saarlands, Luxemburgs und Lothringens zuwenig. Tatsächlich hätte vor allem das Saarland von den geplanten industriellen Großprojekten profitiert. Entsprechend kamen Zusammenarbeiten auch nur im Dienstleistungsbereich zustande: im Freizeitgewerbe und im Hochschulwesen.⁶⁹

6 Initiativen zur grenzüberschreitenden Kooperation von Unternehmen am Beispiel der Stahlindustrie

Das Auslaufen der Europäischen Nachkriegsprosperität seit Ende der 1960er Jahre als auch die Rezessionen 1974/75 und 1981/82 sowie die Stahlkrise zwangen so gut wie alle Großunternehmen im Grenzraum Saarland-Lothringen-Luxemburg zu Rationalisierungsmaßnahmen, die sich häufig durch eine internationale Zusammenarbeit realisieren ließen. In der Stahl-

⁶⁷ Vgl. Hamm / Wienert, Strukturelle Anpassung, S. 104

⁶⁸ Für einen Literaturüberblick zum so genannten Ende der klassischen Industriegesellschaft vgl. Jarausch, Krise.

⁶⁹ Vgl. Niedermeyer / Moll, SaarLorLux; Mattar, Zusammenarbeit.

industrie, die in den Jahren 1969-71 und 1975-83⁷⁰ weltweit in eine Strukturkrise geriet,⁷¹ kam es wie oben erwähnt bereits 1971 zu einer 50-prozentigen Beteiligung des luxemburgischen Stahlherstellers ARBED an den Röchling'schen Eisen- und Stahlwerken in Völklingen und daraufhin zur Zusammenlegung der Stahlproduktion des ARBED-Werkes Saarbrücken-Burbach mit den Röchling'schen Werken. 1978 kam es schließlich auf dem Höhepunkt der zweiten Stahlkrise zur vollständigen Fusion der ARBED mit den Röchling'schen Eisen- und Stahlwerken. Darüber hinaus wurde die insolvente saarländische Neunkircher Eisenwerks AG, vorm. Gebrüder Stumm in die ARBED eingegliedert. Die Dillinger Hütte wiederum war wie oben erwähnt bereits in den französischen Stahlkonzern SOLLAC (Société Lorraine de Laminage Continu) eingegliedert sowie die Halberger Hütte in Saarbrücken-Brebach mit der französischen Pont-à-Mousson-Firmengruppe verbunden, seit 1972 gehörte sie vollständig zum französischen Saint-Gobain-Konzern. Seit den späten 1970er Jahren versuchte die Industrie- und Handelskammer des Saarlandes zudem schwerpunktmäßig die Unternehmensbeziehungen im Saar-Lor-Lux-Raum zu fördern.⁷² Auch hier ist nun zu fragen, welchen Einfluss die grenzübergreifenden Kooperationen auf die Krisenbewältigung hatten.

Allgemein kann gesagt werden, dass die grenzübergreifende Zusammenarbeit in der Region für die Unternehmen der Stahlbranche eine zentrale Rolle spielte. Anhand einiger Beispiele sollen an dieser Stelle die Auswirkungen der deutsch-luxemburgischen Zusammenarbeit in der Stahlindustrie skizziert werden.

Eine große Bedeutung hatte die Zusammenarbeit schon bei der Bewältigung der „kleinen“ Stahlkrise 1969, die zu einem gravierenden Einbruch in der Nachfrage nach Massenstahl aus dem Saarland geführt hatte.⁷³ Als Reaktion wurden in der saarländischen Stahlindustrie groß angelegte Rationalisierungsmaßnahmen anberaumt. Durch die Beteiligung der ARBED wurde eine

⁷⁰ Vgl. Mény, Y. / Wright, V. (Hgg.): *The Politics of Steel. Western Europe and the Steel Industry in the Crisis Years (1974-1984)*, Berlin 1987.

⁷¹ Vgl. Lauschke, K., *Die halbe Macht. Mitbestimmung in der Eisen- und Stahlindustrie 1945 bis 1989*, Essen 2007, S. 236.

⁷² So vermittelte zum Beispiel die Zeitschrift „Saarwirtschaft“ seit 1979 regelmäßig Wirtschaftsinformationen aus dem Gesamttraum „SaarLorLux“.

⁷³ Vgl. Plumpe, W.: *Krisen in der Stahlindustrie der Bundesrepublik Deutschland*, in: Henning, F.-W. (Hg.), *Krisen und Krisenbewältigung vom 19. Jahrhundert bis heute*, Frankfurt/M 1998, S. 70-91.

Fusion der Werke in Völklingen und Burbach möglich, mit der ein enormes Kostensparpotential freigesetzt wurde. Die Rationalisierungen, die durch die internationale Kooperation ermöglicht wurden, führten zu einer günstigen Entwicklung in der Krisenbewältigung: Die fusionierten Stahlwerke Röchling-Burbach erreichten 1974 ein Rekordergebnis.⁷⁴

Während der „zweiten“ Stahlkrise wurde die bewährte Kooperationsstrategie fortgesetzt. Bereits 1975 war die Produktion von Rohstahl bei Röchling-Burbach gegenüber 1974 von 3,36 Millionen Tonnen auf 2,43 Millionen Tonnen zurückgegangen und der Umsatz des Unternehmens von 2,26 Milliarden DM auf 1,68 Milliarden DM eingebrochen.⁷⁵ Weltweit war die Stahlindustrie in den Industrieländern seit 1975 von der Krise betroffen. Gründe dafür waren unter anderem die gesunkene Nachfrage und Investitionsbereitschaft infolge der weltweiten Rezession 1974/75, der Aufbau von Überkapazitäten im vorangegangenen Stahlboom 1971-1974 sowie die zunehmende Konkurrenz der neuindustrialisierten Schwellenländer auf dem Stahlmarkt. Im Saarland stand das zum Otto-Wolff-Konzern gehörende Neunkircher Eisenwerk 1976 vor dem Bankrott.

Als Reaktion auf die Krise kam es 1978 zur Fusion von Röchling-Burbach mit dem Eisenwerk Neunkirchen unter Führung der luxemburgischen ARBED. Die kapitalstärkere ARBED sah in dieser Situation die Chance, günstig ihre Beteiligungen an der saarländischen Industrie zu erweitern und dadurch auf dem deutschen Markt zu expandieren. Landespolitik und Gewerkschaften unterstützten diese Pläne unter der Voraussetzung, dass die ARBED sowohl das Neunkircher Eisenwerk als auch die Völklinger Hütte komplett übernehmen und an den ihr dann gehörenden Stahlstandorten Saarbrücken-Burbach, Völklingen und Neunkirchen die notwendigen Rationalisierungen und Modernisierungen durchführen würde.⁷⁶ Diesem Plan stimmte die ARBED 1978 unter der Voraussetzung staatlicher Hilfgelder bei der Sanierung zu, es kam zu einer großen Fusion der saarländischen und luxemburgischen Stahlindustrie.

Die Landespolitik unterstützte den grenzüberschreitenden Fusionsprozess auch aufgrund der Tatsache, dass in den 1970er Jahren rund 25 Prozent der industriellen Arbeitsplätze im Saarland mit der eisenschaffenden Industrie

⁷⁴ Vgl. Bericht über das Geschäftsjahr, Stahlwerke Röchling-Burbach, Völklingen/Saar 1974.

⁷⁵ Vgl. Bericht über das Geschäftsjahr Röchling-Burbach 1974 und 1975.

⁷⁶ Vgl. Esser, J. / Fach, W.: Konfliktregulierung durch Kartellbildung – Die Stahlkrise an der Saar, Paper Wissenschaftszentrum Berlin, 1979.

verbunden waren und bei einem Totalbankrott der Stahlindustrie die Auflösung des Bundeslandes befürchtet wurde.⁷⁷ Durch die langfristige weitgehende Stilllegung der Produktionsstätten in Neunkirchen und Burbach wurden von 1979 bis 1984 ca. 10.000 Arbeitsplätze allein in Völklingen, Neunkirchen und Burbach abgebaut. Dennoch begünstigte die luxemburgisch-saarländische Kooperation in der Situation der Stahlkrise eine Modernisierung, Spezialisierung und dadurch den Erhalt des saarländischen Stahlstandorts: in Völklingen entstand ein neues Blasstahlwerk für Spezialstähle und neue Produktionsstätten für Schmiede- und Walzerzeugnisse, zudem wurde die Draht-Erzeugung in Burbach weitergeführt und eine Verbundwirtschaft in der Roheisenerzeugung und Koks-Herstellung mit der Dillinger Hütte aufgebaut.⁷⁸

In der Situation der Stahlkrise begünstigte die luxemburgisch-saarländische Kooperation eine Modernisierung, Spezialisierung und dadurch den Erhalt des saarländischen Stahlstandorts. Zwar wurden das Neunkircher Eisenwerk – und später auch größtenteils die Burbacher Hütte – stillgelegt, aber in Völklingen entstand ein neues Blasstahlwerk für Spezialstähle. Ähnlich hatte zuvor die deutsch-französische Kooperation in der Dillinger Hütte zu einer Modernisierung und Spezialisierung geführt. Besonders in den späten 1970er Jahren wurden durch die vielfältige grenzüberschreitende Kooperation so die Wurzeln für die Modernisierung der saarländischen Stahlindustrie gelegt. Durch Rationalisierung und Zusammenlegung von Produktionsteilen wurden dabei tausende Arbeitsplätze abgebaut, aber einige rentable Kernbereiche erhalten. Im weiteren Verlauf der Stahlkrise, die in den frühen 1980er Jahren auch Luxemburg immer stärker erfasste, wurden Luxemburg, Lothringen und das Saarland vermehrt zu Konkurrenten, die saarländisch-luxemburgische Stahlkooperation brach 1986 wieder auseinander.

Zugleich wurde damit Ende der 1980er Jahre auch die Auflösung des „Montandreiecks“ eingeläutet und eine stärkere regionale Arbeitsteilung unausweichlich. Tendenziell führte dieser Prozess bis zum Ende des Untersuchungszeitraums im Saarland bei einem starken Personalabbau zum Erhalt des industriellen Kerns und zur Modernisierung und Rationalisierung der Unternehmen, in Luxemburg zu einer Spezialisierung auf die lukrative Nische der Industrieverwaltung bzw. der industriebezogenen Dienstleistungen, in

⁷⁷ Vgl. Esser, Krisenregulierung.

⁷⁸ Vgl. 325 Jahre Dillinger Hütte. 3 Bde., hrsg. v. d. AG der Dillinger Hüttenwerke, Dillingen 2010.

Lothringen jedoch zur Deindustrialisierung⁷⁹ im Sinne eines weiteren Abbaus der industriellen Standorte bzw. der Verlagerung in andere französische Regionen.

Aus der Perspektive des Gesamttraumes Saarland-Lothringen-Luxemburg könnte diese aufeinanderbezogene, im Untersuchungszeitraum 1967 – 1990 entstandene Arbeitsteilung idealtypisch wie folgt beschrieben werden: das Saarland profitierte von der wirtschaftlichen Integration als hoch spezialisiertes Industriezentrum, Luxemburg als hoch spezialisiertes Dienstleistungszentrum und Lothringen als bevölkerungsreicher Wohnraum, der Arbeitskräfte abgeben musste. Diese idealtypische Arbeitsteilung gibt jedoch nur eine Tendenz wieder, selbstverständlich gab es in den Teilregionen auch zahlreiche wirtschaftliche Parallelentwicklungen sowie Überschneidungen in der Wirtschaftsstruktur.

7 Fazit und Ausblick

Als Fazit ist festzuhalten, dass die grenzüberschreitende Zusammenarbeit bei der Überwindung der Kohlekrise, der Konjunkturkrisen der langen 1970er Jahre sowie der Stahlkrisen im Zeitraum 1969-1971 und 1975-1983 eine zentrale Rolle spielte. Verschiedene positive Effekte wurden verzeichnet, wie die Ermöglichung von Innovationen und Rationalisierungen in Unternehmen, die Ankurbelung des Wirtschaftswachstums durch Investitionen jenseits der Grenze oder der vermehrte Austausch von Arbeitskräften auf einem grenzübergreifenden Arbeitsmarkt und somit die Entlastung des lothringischen Arbeitsmarkts.

Zudem führte die als Reaktion auf die Krise forcierte wirtschaftliche Integration anfänglich zu einer stärkeren wirtschaftspolitischen Zusammenarbeit. Jedoch geriet die wirtschaftspolitische Integration nach den Anfangserfolgen mit anhaltendem Krisenzustand ins Stocken. Dabei sind zwei Phasen zu unterscheiden: Während von Mitte der 1960er bis Mitte der 1970er Jahre zahlreiche gemeinsame Projekte initiiert und Maßnahmen ergriffen wurden, die den wirtschaftspolitischen Austausch vorantrieben, verlagerte sich der Schwerpunkt der politischen grenzübergreifenden Zusammenarbeit seit Ende der 1970er Jahre weg von wirtschaftlichen Fragen besonders auf den Bereich Kultur.

⁷⁹ Vgl. Kempf, System Frankreichs, S. 353.

Eine große Rolle spielte dabei, dass der gemeinsame Nutzen einer industriellen Zusammenarbeit mehr und mehr verloren ging. Die Ursache dafür lag in der unterschiedlichen Wirtschaftsentwicklung im Saarland, in Lothringen und in Luxemburg. Von 1967 an konzentrierten sich die Projekte für eine grenzüberschreitende Kooperation auf den Ausbau industrieller Anlagen, die die Verluste industrieller Kapazitäten in der Montanbranche kompensieren sollten. Diese Kompensationsstrategie wurde jedoch ab Mitte 1970er Jahre in Lothringen und Luxemburg wirtschaftspolitisch mehr und mehr aufgegeben und gezielt der Ausbau des Dienstleistungssektors gefördert. Die Pläne zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit berücksichtigten die unterschiedliche Entwicklung zuwenig.

Durch den Rückzug der gemeinsamen grenzübergreifenden Wirtschaftspolitik wurde der Saar-Lor-Lux-Raum seit den frühen 1980er Jahren vermehrt durch die Kräfte des Marktes geformt, was zu einer stärkeren Arbeitsteilung in der Region führte. Idealtypisch gesprochen konzentrierten sich in Luxemburg durch die spezifischen Standortbedingungen vor allem die industriebezogenen Dienstleistungen. Im Saarland wurden die Montan-Produktionsstandorte zum Teil mit erheblichen staatlichen Subventionen erhalten. Lothringen spielte als Arbeitskräftereservoir der Großregion eine immer wichtigere Rolle. Obwohl es schon zuvor ein ausgeprägtes Grenzgängerwesen gab, stieg dieses seit Ende der 1980er Jahre noch einmal um ein Vielfaches an und erreichte im Zuge der stärkeren regionalen Arbeitsteilung eine völlig neue Dimension.⁸⁰

Die Erforschung dieses komplexen Prozesses steht noch am Anfang. Dabei werden weitere Untersuchungen erforderlich und Fragen zu klären sein, die an dieser Stelle unbeantwortet bleiben mussten. So ist zum Beispiel die Rolle der Subventionen von EG, Bund und Saarland für Integration und Krisenbewältigung stärker in den Blick zu nehmen. Die Konjunkturprogramme des Wachstums- und Stabilitätsgesetzes von 1967 hatten eine stark integrationsfördernde Wirkung, mit Ausbleiben der Beihilfen gingen aber auch die französischen und luxemburgischen Investitionen im Saarland zurück.

Darüber hinaus ist im Langzeitvergleich zu untersuchen, ob sich im Analysezeitraum 1967-1990 eine neue Qualität der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit entwickelte oder ob vielmehr das seit dem 19. Jahrhundert bestehende Maß der Kooperation fortgeführt und damit möglicherweise die Chance auf eine „echte“ Integration verpasst wurde. Ferner ist zu unter-

⁸⁰ Vgl. Damm, Währungsturbulenzen.

suchen, ob und inwiefern sich die gezeigte grenzüberschreitende Zusammenarbeit von allgemeinen Multinationalisierungstendenzen in der Unternehmenswelt der 1970er Jahre unterschied. Besonders ist aber auch noch herausarbeiten, wie die konkrete Ausprägung und Bewältigung der Konjunktur- und Strukturkrisen in der Region in übergreifend krisenvergleichender Perspektive einzuordnen ist.⁸¹ Auf diesem Gebiet wird in Zukunft noch eine umfangreiche Forschungsarbeit zu leisten sein.

⁸¹ Vgl. dazu die krisenvergleichenden historischen Arbeiten: Grabas, M.: Die Gründerkrise von 1873/79 – Fiktion oder Realität? Einige Überlegungen im Kontext der Weltfinanz- und Wirtschaftskrise von 2008/9, in: Jahrbuch für Wirtschaftsgeschichte 2011/1. Konjunkturen und Krisen in der neueren Geschichte, S. 69-96; Plumpe, W.: Wirtschaftskrisen. Geschichte und Gegenwart, München 2011; Abels Hauser, W.: Aus Wirtschaftskrisen lernen - aber wie? Krisenszenarien im Vergleich, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte (57) 2009, S. 467-483; Krugman, P.: Die neue Weltwirtschaftskrise, Bonn 2009.

Susanne Völter-Mahlknecht, Ulrich Mahlknecht

Untersuchungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz von ausländischen Leiharbeitnehmern im Saarland

Gliederung

1	Einleitung und Zielsetzungen der Studie	59
2	Methoden des Forschungsvorhabens	61
3	Ergebnisse.....	64
	3.1 Literaturrecherche.....	64
	3.2 Retrospektive Datenanalyse.....	67
	3.3 Auswertung der Fragebögen.....	68
	3.4 Auswertung der Experteninterviews.....	73
4	Lösungsansätze und Schlussfolgerungen.....	83
5	Ausblick.....	86
6	Zusammenfassung	87
	Literatur.....	88

1 Einleitung und Zielsetzungen der Studie*

Bereits seit längerem diskutieren Arbeitsmarktexperten, dass die Arbeitssituation von Zeitarbeitnehmern vor allem im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz verbesserungswürdig sei. Bisher lagen aber wenige Informationen über die vorherrschende Arbeits- und Gesundheitsschutzsituation in der Zeitarbeit vor.

* Die Erstellung dieser Studie wurde von der Hans-Böckler-Stiftung kofinanziert. Die Autoren danken dafür der Hans-Böckler-Stiftung und Sebastian Brandl für die Unterstützung.

Die Zeitarbeit ist heute nicht mehr auf nationale Märkte beschränkt. Die Europäisierung der Zeitarbeit wird durch den europäischen Binnenmarkt gefördert. Europäische Dimension hat auch die immer mehr zusammenwachsende Großregion Saar-Lor-Lux. Die Nähe des Saarlandes zu Frankreich, Luxemburg und Belgien verleiht der Fokussierung auf den Gesundheits- und Arbeitsschutz ausländischer Leiharbeitnehmer eine besondere Bedeutung. Speziell zur Situation ausländischer Zeitarbeitnehmer wurden unseres Wissens bisher keine Studien durchgeführt. Diesem Forschungsdefizit soll mit der vorgelegten Studie begegnet werden. Ein weiterer Grund für die geplante Fokussierung auf ausländische Leiharbeitnehmer ist, dass bei dieser Gruppe der Leiharbeitnehmer zusätzlich bestehende Probleme zu erwarten sind, die über die bei deutschen Leiharbeitnehmern bekannten Risiken und Missstände hinausgehen. Daraus resultieren dringender Handlungsbedarf und die Ausschöpfung potentieller Optimierungsmöglichkeiten.

Für die Fokussierung auf ausländische Leiharbeitnehmer bietet sich die Untersuchung der Leiharbeitnehmer im Saarland an, da das Saarland – verglichen mit allen anderen Bundesländern – den höchsten Anteil ausländischer Leiharbeitnehmer hat: Im 2. Halbjahr 2008 z.B. waren von 8.197 Leiharbeitnehmern 26,1 % Ausländer (n = 2.143). An zweiter Stelle kam Baden-Württemberg, das jedoch „nur“ eine Rate von 19,5 % ausländischen Leiharbeitnehmern zeigte. In Gesamtdeutschland betrug der Anteil an ausländischen Leiharbeitnehmern zu diesem Zeitpunkt 13,0 %. In Westdeutschland lag der Anteil zwischen 8,7 % (Schleswig-Holstein) und 26,1% (Saarland), in Ostdeutschland zwischen 1,3 % (Mecklenburg-Vorpommern) und 4,0 % (Thüringen) (Bundesagentur für Arbeit). Die hohe Zahl an französischen Leiharbeitnehmern ist u.a. durch die geographische Lage des Saarlandes begründet. Der europäische Binnenmarkt führt auch zu einer regionalen Konkurrenz innerhalb des größer werdenden Personalbeschaffungsmarkts im Rahmen der Zeitarbeitsbranche, vor allem in grenznahen Regionen Deutschlands, wie z.B. dem Saarland. Dabei ist die saarländische Nähe zum Standort Luxemburg, der für französische Leiharbeitnehmer nicht nur hinsichtlich guter Arbeitsbedingungen attraktiv ist, von besonderer Bedeutung. Auch deshalb ist die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Gesundheits- und Arbeitsschutz speziell ausländischer Leiharbeitnehmer wichtig. Zudem hat die Gesundheitsförderungspraxis der vergangenen Jahre gezeigt, dass gesundheitsbezogene Interventionen nur dann erfolgreich sind, wenn sie sich an spezifischen Zielgruppen ausrichten. Die ethnische und nationale Zugehörigkeit z.B. von Leiharbeitnehmern ist neben dem Alter, dem Geschlecht und der sozialen

Schicht ein Merkmal, das bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bedacht werden muss.

Ziel der hier vorgestellten explorativen Studie war es, bei ausländischen Leiharbeitnehmer im Saarland eine explorative Befragung zu den gesundheitlichen Effekten der Zeitarbeit und eine Analyse der bisherigen Arbeits- und Gesundheitsschutzaktivitäten durchzuführen. Es standen Fragen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie zu gesundheitlichen Aspekten im Mittelpunkt des Interesses, und zwar u.a. in Hinblick auf Arbeits- und Wegeunfälle und beruflich bedingte chronische Erkrankungen (muskuloskeletale Erkrankungen, Lärm, psychische Erkrankungen). Zudem wurden die Arbeitsplatzsituation, Arbeitsschutzanweisungen, persönliche Schutzausrüstungen und Mängel bei der Meldung und Anerkennung von Arbeits- und Wegeunfällen und von berufsbedingten Erkrankungen analysiert. Verhaltens- und Verhältnisprävention sollten in der Projektumsetzung gleichermaßen berücksichtigt werden. Des Weiteren sollten Informationen zu Aspekten wie Arbeitsklima, Ausbildung, Qualifikationen, Kommunikation, Sprachprobleme und -barrieren, Mentalitätsunterschiede, Stigmatisierung, soziale Isolation, finanzielle Probleme und Angst um den Arbeitsplatz erhoben werden.

2 Methoden des Forschungsvorhabens

Eine Literaturrecherche zur Thematik wurde durchgeführt, wobei eine Studie explizit zum Kollektiv der ausländischen Leiharbeitnehmer nicht gefunden werden konnte.

Des Weiteren sollte im Rahmen der vorgestellten Arbeit zunächst eine retrospektive Daten-Analyse und systematische Auswertung Saarland-spezifischer Statistiken durchgeführt werden. Außerdem wurden Interviews mit Leiharbeitnehmern geführt bzw. Fragebögen verteilt werden und die zugehörigen Akteursgruppen wie zuständiger Unfallversicherungsträger, Betriebsarzt, Sicherheitsfachkraft, Hausarzt, Betriebsrat, Krankenkasse kontaktiert werden. Geplant war eine Untersuchung von $n = 5$ Leiharbeitnehmern. Zu diesem Zwecke wurden Fragebögen für die Leiharbeitnehmer entwickelt und in die notwendigen Sprachen wie Türkisch, Italienisch, Russisch und Französisch übersetzt. Der Fragebogen für Leiharbeitnehmer umfasste neben allgemeinen Angaben wie z.B. Alter, Geschlecht, nationale bzw. ethnische Zugehörigkeit und deutsche Sprachkenntnisse, Schulabschluss und berufliche Qualifikationen die Thematik der Arbeits- und Wegeunfälle, der berufsbedingten Erkrankungen und der Berufskrankheiten. Zu diesem Bereich wurden u.a. Fragen zur Art der Gesundheitsstörung, zur Pathogenese und zu

rechtlichen Aspekten gestellt. Zudem wurden weitere gesundheitliche Beschwerden, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Maßnahmen der Gesundheitsförderung, das bisherige berufliche Tätigkeitsprofil, Fragen zum Arbeitsschutz sowie zur subjektiven Einschätzung der beruflichen Situation gestellt.

Ebenfalls in die oben genannten Sprachen wurde das Informationsblatt für die Leiharbeitnehmer übersetzt. Zudem wurde ein Fragebogen für die zuständigen Betriebsräte konzipiert, um noch detailliertere Angaben hinsichtlich des Arbeitsplatzes und des Arbeitsschutzes zu erhalten und um den Umfang des Leiharbeitnehmer-Fragebogens dadurch zu reduzieren. Dieser Fragebogen für die Betriebsräte umfasste eine detaillierte Beschreibung der Arbeitsplätze, der Arbeitsbedingungen und -belastungen, Angaben zur Dauer des Zeitarbeitnehmer-Verhältnisses und detaillierte Angaben zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, zu den eingesetzten Arbeitsmitteln und den persönlichen Schutzausrüstungen dieser Arbeitsplätze. Im Anschluss daran wurde versucht, eine Leiharbeitnehmer-Untersuchungsgruppe in Zusammenarbeit mit Zeitarbeitsfirmen, mit der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft und Betriebsräten zu erstellen. Einverständniserklärungen für die Möglichkeit, mit den korrespondierenden Akteursgruppen (d.h. Zeitarbeitsfirmen, Betriebsräten, Berufsgenossenschaften, Betriebsärzten, Sicherheitsfachkräften, ev. Hausärzten und Krankenkassen) aufzunehmen, wurden in Rücksprache mit den Krankenkassen und Berufsgenossenschaften erarbeitet. Aufgrund der Angst der Leiharbeitnehmer vor fehlender Anonymität musste von diesem Vorhaben Abstand genommen werden.

Nach Eruierten der Untersuchungsgruppe wurden die als Interviewpartner in Frage kommenden Leiharbeitnehmer kontaktiert und unter Zusicherung von Anonymität um Mitarbeit gebeten. Um die Anonymität zu gewähren, rieten die Betriebsräte auch ab, persönliche Gespräche mit den Leiharbeitnehmern zu vermitteln. Auch die Verteilung der Fragebögen durch uns selbst wurde aufgrund der Zusage der Anonymität nicht für sinnvoll erachtet. An die kooperierenden Unternehmen wurden $n = 363$ Leiharbeitnehmer-Fragebögen in unterschiedlichen Sprachen und $n = 32$ Fragebögen für Betriebsräte versandt. Einige Unternehmen baten um Zusendung der Fragebögen per E-Mail bzw. FAX. Insgesamt wurden $n = 9$ Fragebögen zurückgeschickt.

Aufgrund der sehr eingeschränkten Möglichkeiten, Kontakt zu Leiharbeitnehmern im beruflichen Umfeld aufzunehmen, versuchten wir, in die private und soziale Welt der Leiharbeitnehmer hineinzugehen und sie dort für das Projekt zu gewinnen. Es wurden u.a. eine Grenzgängervereinigung, ein Internet-Forum, Migrantenorganisationen, Rechtsanwälte mit dem Schwerpunkt „Arbeitsrecht“, Sozialarbeiter, Migrationslotsen, Dozenten bei Sprach-

kursen für Migranten, Moscheen und andere kirchliche Einrichtungen kontaktiert. n = 11 Fragebögen konnten erhoben werden.

Zusätzlich konnte ein Automobilwerk in Saarlouis als sehr engagierter Kooperationspartner gewonnen werden. Im Dezember 2010 wurden 500 Leiharbeiter in die Stammebelegschaft übernommen und erhielten einen unbefristeten Arbeitsvertrag. Dadurch ergab sich die Gelegenheit, dass sich ehemalige Leiharbeiter kurz nach Ende ihrer Tätigkeit als Leiharbeiter an der Fragebogenaktion beteiligen konnten, ohne unter der ansonsten beobachteten großen Angst und Misstrauen zu leiden. Die Leiharbeiter machten ihre Aussagen in der 14.-18. Kalenderwoche. Von n = 350 verteilten Fragebögen erhielten wir n = 148 Fragebögen zurück. Auf Wunsch der Ford-Betriebsräte wurden die Fragebögen nicht nur an ausländische, sondern auch an deutsche Leiharbeiter verteilt. Des Weiteren wurden auf Wunsch der Betriebsräte Fragen hinsichtlich der Sprachkenntnisse, des Familienstandes, des Netto-Einkommens, des Schulabschlusses, der Berufsausbildung, weiterer beruflicher Qualifikationen, hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitszeiten aus dem Fragebogen entfernt. Leider wurden von den Betriebsräten von Ford keine Fragebögen ausgefüllt.

Zudem wurden Expertengespräche mit Vertretern von Zeitarbeits- und Einsatzunternehmen und Berufsgenossenschaften geführt werden. Einverständniserklärungen für die Möglichkeit, mit den korrespondierenden Akteursgruppen (d.h. Zeitarbeitsfirmen, Betriebsräten, Berufsgenossenschaften, Betriebsärzten, Sicherheitsfachkräften, ev. Hausärzten und Krankenkassen) aufzunehmen, wurden in Rücksprache mit den Krankenkassen und Berufsgenossenschaften erarbeitet. Aufgrund der Angst der Leiharbeiter vor fehlender Anonymität musste von diesem Vorhaben Abstand genommen werden.

Im Rahmen der Durchführung der Interviews mit den Experten wurden die folgenden Fragen gestellt:

- Gibt es Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich der Schutzbekleidung, die Leiharbeitnehmern zur Verfügung gestellt wird?
- Gibt es Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich der Sicherheitseinweisungen, Unterweisungen und Vorsorgeuntersuchungen?
- Kommt es zu Unklarheiten hinsichtlich der Zuständigkeiten der Einsatz- und Verleihunternehmen?
- Gibt es Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich der Gefährdungsbeurteilung?
- Ein großes Problem der Zeitarbeit ist die Kurzfristigkeit dieser Arbeitsform. Wie schätzen Sie dieses Problem ein?
- Welche weiteren Probleme gibt es im Arbeits- und Gesundheitsschutz?

- Welche Probleme bestehen bei der statistischen Erhebung von Daten im Bereich der Leiharbeit? Liegen Ihnen statistische Auswertungen vor?
- Welche Informationen liegen Ihnen zu den von den Leiharbeitsfirmen bezahlten Beitragszahlungen bei den Berufsgenossenschaften vor?
- Wie hoch ist die psychische Belastung bei den Leiharbeitnehmern?
- Welche zusätzlichen Probleme erwarten Sie bei ausländischen Leiharbeitnehmern?
- Was könnten die Ursachen für Berufskrankheiten bei Leiharbeitnehmern sein?
- Was könnten die Ursachen für die erhöhte Rate an Arbeitsunfällen bei Leiharbeitnehmern sein?
- Was könnten die Ursachen für die erhöhte Rate an Wegeunfällen bei Leiharbeitnehmern sein?
- Welche Informationen hinsichtlich der Qualitätssicherung der Leiharbeit liegen Ihnen vor? Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?
- Halten Sie es für sinnvoll, die Leiharbeitnehmer über Medien wie Internet und Fernsehen hinsichtlich der Thematik des Arbeits- und Gesundheitsschutzes aufzuklären?
- Welche weiteren Aspekte im Bereich der Leiharbeit halten Sie für relevant?

3 Ergebnisse

3.1 Literaturrecherche

Erhöhte Raten an Unfällen und Berufskrankheiten

Bei Leiharbeitnehmern besteht eine 2-3fach höhere Unfallquote. Nach jahrelang deutlich sinkenden Unfallquoten verzeichnete die Leiharbeitsbranche im Jahr 2006 einen sprunghaften Anstieg von Arbeitsunfällen [1]. Auch in den Niederlanden ist das Berufsrisiko von Leiharbeitnehmern dreimal höher als das der Stammbeschäftigten (Niederländisches Gewerbeaufsichtsamt, 2009). Unter den männlichen Leiharbeitnehmern in Deutschland findet sich in nahezu allen Altersgruppen eine erhöhte Rate an Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und an psychischen Störungen [2]. Mit 14,7 Fehltagen im Jahr sind Zeitarbeitnehmer statistisch gesehen vier Tage mehr krankgeschrieben als Mitarbeiter in anderen Branchen. Etwa ein Drittel der beobachteten Fehlzeitendifferenzen muss der Zuordnung zur Zeitarbeitsbranche zugeschrieben werden. Dies gilt in besonderem Maße für psychische Belastungen.

Die psychische bedingten Fehlzeiten liegen in der Zeitarbeit um 34 % höher als im Bundesdurchschnitt aller Branchen [2]. Eine vom Bundesinstitut für Berufs-bildung (BIBB) und von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeits-medizin (BAuA) 2006 durchgeführte Befragung zeigte auch, dass Probleme im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in der Zeitarbeitsbranche bestehen. Obwohl gesetzlich geregelt, bestehen in der betrieblichen Praxis oft Unklarheiten hinsichtlich der Verantwortlichkeiten in der Dreieckskonstellation von Zeitarbeitnehmern, Verleih- und Entleiherunternehmen. Im Rahmen eines 2009 veröffentlichten europäischen Forschungsprojekts erhalten auch in Frankreich, Schweden, den Niederlanden, Polen und England beschäftigte Zeitarbeitnehmer nicht einen mit der Stammebelegschaft vergleichbar guten Arbeits- und Gesundheitsschutz [3]. Der Zustand des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bei Leiharbeitnehmern in Deutschland wird aber kontrovers diskutiert. Es existieren auch Untersuchungen, die zu dem Schluss kommen, dass bei Leiharbeitnehmern „der Arbeits- und Gesundheitsschutz durch ein funktionierendes Arbeitsschutzsystem bei den Verleiher- und Entleiherfirmen in größtmöglichem Maße sichergestellt ist“ [4].

Beschäftigungszeiten von Leiharbeitnehmern

Zeitarbeit ist eine vorübergehende Form der Erwerbstätigkeit. 68% aller beendeten Arbeitsverhältnisse in Nordrhein-Westfalen z.B. dauerten weniger als drei Monate (Juni 2007) [5]. "Auch bei dem im 11. Arbeitsüberlassungsgesetz veröffentlichten Bericht vom Januar 2010 dauerte mehr als die Hälfte aller beendeten Zeitarbeitsverhältnisse weniger als drei Monate. Im zweiten Halbjahr 2008 hatten 8,7 % der in diesem Kalenderhalbjahr beendeten Zeitarbeitsverhältnisse eine Dauer von unter einer Woche, 42,4 % hatten eine Dauer von einer Woche bis unter drei Monate und 48,9 % der Zeitarbeiterinnen und Zeitarbeiter, deren Zeitarbeitsverhältnis in diesem Zeitraum endete, waren länger als drei Monate“ [6]. Mehr als die Hälfte der Leiharbeiter sind nur max. 3 Monate beschäftigt [7].

Finanzielle Situation

Da Leiharbeiter laut Bundesagentur für Arbeit einen Durchschnittslohn von 1393 Euro/Monat bekommen und laut Statistiken des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) 50 % der Leiharbeiter max. 2 Monate beschäftigt sind, über 60 % max. 3 Monate beschäftigt sind und 75 % max. 6 Monate beschäftigt sind, bestätigt die Bundesagentur für Arbeit damit, dass die Leiharbeit in Deutschland eine prekäre Beschäftigung ist. Prekarisierung ist ein Begriff aus der Arbeits- und Industriosozologie und beschreibt die "im Zuge von Individualisierung und Deinstitutionalisierung seit Beginn der 80er" [8] stetige Zunahme der Zahl von Arbeitsplätzen mit zu geringer Einkommenssicherheit [9]. Als ein strukturelles Kriterium für die Prekarität ist die Frage entscheidend, inwieweit noch eine Selbständigkeit der Existenz durch die Beschäftigung gewährleistet ist. Danach gilt ein Beschäftigter als prekär, wenn er selbst bei Vollzeitarbeit nicht eigenständig von dem erzielten Einkommen leben kann [8, 10]. "... Das mittlere Einkommen einer Vollzeitkraft in der Zeitarbeit betrug 2009 gerade einmal 1393 Euro im Monat – brutto und inklusive aller Zuschläge und Jahresleistungen. ... Die meisten Zeitarbeiter haben eine Ausbildung. Trotzdem verdienen sie oft weniger als unqualifizierte Festangestellte. So liegt das mittlere Gehalt von Leiharbeitern ca. 900 Euro unter dem Einkommen von allen Beschäftigten ohne Berufsabschluss" (Markus Grabka, Verteilungsforscher des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW)) [11].

Qualitätssicherung

Was die Überwachung der Leiharbeitsunternehmen, auch in Bezug auf den Arbeits- und Gesundheitsschutz der Leiharbeitnehmer betrifft, so standen „... für die Durchführung dieser gesetzlichen Aufgabe Ende 2004 insgesamt 77 Planstellen zur Verfügung“. Im ersten Quartal 2009 waren bundesweit 74 Planstellen vorgesehen...“ [6]. „...Insgesamt ist die Zahl der vorhandenen Verleiherlaubnisse im Berichtszeitraum 2005 bis 2008 deutlich gestiegen. Während es am Ende des vierten Quartals 2004 noch 11.953 Erlaubnisse gab, waren es Ende 2008 bereits 15.964. Das entspricht einem Anstieg um 34 %. Damit ist die Zahl der vorhandenen Erlaubnisse stärker gestiegen als im vorangegangenen Berichtszeitraum, obwohl dieser einen Fünfjahreszeitraum umfasste: Zwischen dem vierten Quartal 1999 und dem vierten Quartal 2004 betrug der Anstieg bei der Zahl der Erlaubnisse 29 %...“ [6]. Obwohl die Anzahl der Erlaubnisse von 1999-2004 um 29 % und von 2005-2008 noch einmal um 34 % gestiegen ist, wurde die Anzahl der Planstellen von 101,5

(Ende 1999) auf 74 Planstellen (2009) um 27 % gesenkt“. Diese gegensätzliche Entwicklung hat vermutlich zu einer Verschlechterung der Quantität und wahrscheinlich auch der Qualität und der Überwachung der Verleihunternehmen geführt. Die Überprüfungsquote der Verleihfirmen betrug "... im Jahr 2008 in Bezug auf die Gesamtzahl der Erlaubnisinhaber (reine Zeitarbeitsunternehmen und sog. Mischbetriebe) 9,02 % und im Jahr 2009 8,58 %..." [12].

Hinsichtlich der Überprüfung von Zeitarbeitsfirmen mit unbefristeter Erlaubnis zeigte sich, dass nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit Ende des Jahres 2009 8175 Erlaubnisinhaber im Besitz einer unbefristeten Erlaubnis nach dem AÜG waren, 2010 waren es 8450 [12]. Wenn man bedenkt, dass die Regionaldirektionen bei unbefristeten Erlaubnisinhabern unabhängig von den Prüfungen, die durch Beschwerden oder Hinweise veranlasst werden, routinemäßig im 5-Jahres-Rhythmus prüfen - ausgenommen der Zeitarbeitsunternehmen mit unbefristeter Erlaubnis, die nur in geringem Umfang verleihen und Mischbetriebe, deren Geschäftstätigkeit nicht hauptsächlich auf Verleih gerichtet ist, so werden ca. 50 % der Verleihunternehmen nur 1mal in 5 Jahren überprüft [12]

3.2 Retrospektive Datenanalyse

Die geplante retrospektive Daten-Analyse und systematische Auswertung Saarland-spezifischer Statistiken konnte aufgrund fehlender Daten und der sehr geringen Kooperationsbereitschaft der diesbezüglich kontaktierten Institutionen selbst bei intensivem Bemühen nicht durchgeführt werden. Der Zugriff zu Daten zu dieser Thematik war schwierig und sollte erleichtert werden, z.B. seitens der Verwaltungsberufsgenossenschaft und der Bundesagentur für Arbeit.

Zudem ist eine bessere Datenerfassung notwendig, um die Vergleichbarkeit von Daten des gewählten Kollektivs mit Vergleichskollektiven zu ermöglichen. Dies ist derzeit u.a. aus den folgenden vielfältigen Gründen nicht möglich:

- Bei Auftreten von Arbeitsunfällen werden nur die „meldepflichtigen“ Arbeitsunfälle registriert. Auch geringfügigere Arbeitsunfälle sind jedoch hilfreich bei einer Optimierung des Gesundheitsmanagements in einem Betrieb.
- Bei der Verwaltungsberufsgenossenschaft wird jedes versicherte Beschäftigungsverhältnis registriert, d.h. als Versicherter wird jeder gezählt, auch wenn er z.B. nur eine Woche arbeitet. Derzeit liegen also bei der

Verwaltungsberufsgenossenschaft keine Daten hinsichtlich der Anzahl der Leiharbeitnehmer, sondern nur hinsichtlich der Arbeitsverträge vor. Man geht von einem ca. 4-maligen Wechsel pro Jahr der Leiharbeitsbranche aus. Auf der anderen Seite entstehen Situationen, in denen ein Leiharbeitnehmer zwar noch beim gleichen Kunden arbeitet, aber die Leiharbeitsfirma gewechselt hat, da z.B. eine andere Leiharbeitsfirma einen besseren Lohn bezahlt bzw. da der Kunde generell die Leiharbeitsfirma gewechselt hat.

- Da sich die Beschäftigtenstruktur der Leiharbeitnehmer, die oft einer körperlich schwereren Arbeit nachgehen, und der Stammebelegschaft oft unterscheidet, ist nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit gegeben.
- Außerdem wird die Staatsangehörigkeit meist nicht erfasst und es liegen keine Informationen hinsichtlich des Migrationshintergrundes vor.
- Zudem liefern die nur zweimal jährlich veröffentlichten Statistiken der Bundesagentur für Arbeit nur Momentaufnahmen.

3.3 Auswertung der Fragebögen

Schwierigkeiten

Insgesamt war auch bei der Rekrutierung von Leiharbeitnehmern die Kooperationsbereitschaft der kontaktierten Institutionen sehr gering, obwohl ein Teil der Kooperationspartner bereits vor Antragsstellung der Studie ihre Kooperation zugesagt hatte.

Der Bundesverband Zeitarbeit (BZA), Berlin hielt sich „nicht für den richtigen Ansprechpartner“, da er „keinen Einblick in die Arbeitnehmerbestände und –strukturen der Verleihfirmen hätte“. Die kontaktierten Leiharbeitsfirmen gaben zum Teil an, über keine ausländischen Leiharbeiter zu verfügen, oder waren ohne Angabe von Gründen nicht zur Kooperation bereit.

Seitens des zuständigen Unfallversicherungsträgers wurde keine Möglichkeit gesehen, dieses Projekt aktiv zu unterstützen. Diese Entscheidung wurde u.a. mit der Problematik des Datenschutzes, mit Schwierigkeiten bei der Datenauswertung und mit fehlendem Handlungsbedarf begründet.

Nachdem über die Verwaltungsberufsgenossenschaft und die Verleihfirmen kein Zugang zu den Leiharbeitnehmern aufgebaut werden konnte, wurden dank der Mithilfe der Arbeitskammer Betriebsräte saarländischer Unternehmen um Mitarbeit gebeten. 50% der Unternehmen waren zu einer Teilnahme bereit, die andere Hälfte lehnte eine Kooperation ab. Als Gründe für eine Nichtteilnahme an der Studie wurden u.a. Zeitmangel, Aufgaben mit

höherer Priorität, Datenschutz, logistische Probleme und die Angst, dass Missstände im Betrieb aufgedeckt würden, angeführt. Zur Wahrung einer möglichst großen Anonymität hielten es die Betriebsräte nicht für sinnvoll, persönliche Gespräche mit den Leiharbeitnehmern zu vermitteln und die Verteilung der Fragebögen durch uns selbst durchführen zu lassen.

An die kooperationsbereiten Unternehmen wurden $n = 363$ Leiharbeitnehmer-Fragebögen in unterschiedlichen Sprachen und $n = 32$ Fragebögen für Betriebsräte. Einige Unternehmen baten um Zusendung der Fragebögen per E-Mail bzw. FAX. Insgesamt wurden $n = 9$ Fragebögen zurückgeschickt. Vier Firmen konnten trotz multipler Nachfrage per Telefon bzw. E-Mail nicht zum Zurücksenden von Fragebögen bewegt werden. Ein Unternehmen gab nach wiederholtem Nachfragen an, dass die Firma aus Zeitmangel, Kapazitätsgründen und logistischen Problemen jetzt doch nicht an der Studie teilnehmen könne. Eine Firma gab an, dass die Leiharbeitnehmer sich geweigert hätten, den Fragebogen selbst oder gemeinsam mit uns telefonisch – aus Gründen einer garantierten Anonymität – auszufüllen.

Zusätzlich konnten ein großes Automobilwerk im Saarland als sehr engagierter Kooperationspartner gewonnen werden. Dadurch, dass im November 2010 in diesem Werk $n = 500$ Leiharbeitnehmer in die Stammbesellschaft übernommen wurden und einen unbefristeten Arbeitsvertrag erhielten, ergab sich die einmalige Gelegenheit, dass sich ehemalige Leiharbeitnehmer kurz nach Ende ihrer Tätigkeit als Leiharbeitnehmer an der Fragebogenaktion beteiligen konnten, ohne die ansonsten beobachtete Angst zu haben. Von $n = 350$ verteilten Fragebögen erhielten wir $n = 148$ Fragebögen zurück. Auf Wunsch der Betriebsräte wurden die Fragebögen nicht nur an ausländische, sondern auch an deutsche Leiharbeitnehmer verteilt. Des Weiteren wurden auf Wunsch der Betriebsräte auf Fragen hinsichtlich der Sprachkenntnisse, des Familienstandes, des Netto-Einkommens, des Schulabschlusses, der Berufsausbildung, weiterer beruflicher Qualifikationen und hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitszeiten verzichtet.

Die Bereitschaft der Leiharbeitnehmer, sich an der Studie zu beteiligen, war sehr gering. Als Gründe wurden Angst vor negativen Konsequenzen und Arbeitsplatzverlust, mangelndes Interesse, Resignation und Frustration angegeben. Besonders Menschen aus ehemals sozialistischen Ländern und Osteuropa zeigten eine hohe Skepsis, weil sie die Erfahrung gemacht hatten, dass Informationen schnell an andere Institutionen weitergegeben werden.

Aufgrund der sehr eingeschränkten Möglichkeiten, Kontakt zu Leiharbeitnehmern im beruflichen Umfeld aufzunehmen, versuchten wir, in Kontakte im privaten Umfeld der Leiharbeitnehmer aufzubauen und mittels

„Schneeballsystems“ mehr Leiharbeiter für das Projekt zu gewinnen. Eine Grenzgängervereinigung, ein Internet-Forum, Migrantenorganisationen, Rechtsanwältin mit dem Schwerpunkt „Arbeitsrecht“, Sozialarbeiter, Migrationslotsen, Dozenten bei Sprachkursen für Migranten, Moscheen und andere kirchliche Einrichtungen wurden kontaktiert. Trotz garantierter absoluter Anonymität und trotz der Vermittlung über Vertrauenspersonen war der Zugang zu den Leiharbeitern sehr schwierig. Bei der Kontaktaufnahme im außerberuflichen Umfeld zeigte sich – bezogen auf die Anzahl der verteilten Fragebögen – insgesamt eine bessere Resonanz. Es konnten $n = 11$ Fragebögen erhoben werden.

Einverständniserklärungen zum Zwecke der Kontaktaufnahme mit anderen korrespondierenden Akteursgruppen (z.B. Betriebsärzten, Sicherheitsfachkräften, Hausärzten und Krankenkassen) wurden in Rücksprache mit den Krankenkassen und Berufsgenossenschaften erarbeitet. Aufgrund der Angst der Leiharbeiter vor fehlender Anonymität musste von diesem Vorhaben Abstand genommen werden.

Auswertung

Fragebögen (abgesehen von dem Automobilwerk in Saarlouis)

Die Auswertung der Fragebögen zeigte Probleme, die aus bestehenden Sprachproblemen, aus Mentalitätsunterschieden und aus schlechten Unterweisungen resultierten. Zudem wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass ein „Überleben nur mittels staatlicher Hilfe“ möglich sei. Die Leiharbeiter klagten zum Teil über Unklarheiten hinsichtlich ihrer Rechte und rechtlichen Möglichkeiten bei Auftreten einer Berufskrankheit. Ursächlich für Arbeitsunfähigkeitszeiten waren Arbeitsunfälle und Erschöpfung. Von dem Betriebsrat eines Presswerkes wurde das teilweise bestehende Fehlen von Gefährdungsbeurteilungen eingeräumt. Zudem wurde wiederholt betont, dass Gefährdungen im Hinblick auf Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Fehlbelastungen nicht ausreichend ermittelt und bewertet werden.

Fragebögen des Automobilwerkes in Saarlouis

Bei den Fragebögen, die von den Leiharbeitern in dem kooperierenden Automobilwerk in Saarlouis beantwortet wurden, gab nur ein italienischer Leiharbeiter an, an einer Berufskrankheit zu leiden. Alle Beschäftigten wussten darüber Bescheid, an wen sie sich wenden können, wenn sie einen Arbeits- bzw. Wegeunfall erleiden oder wenn sie an einer berufsbedingten Erkrankung oder Berufskrankheit leiden. Nur $n = 2$ italienischen Beschäftigten war nicht klar, welche Rechte sie bei einem Arbeits- bzw. Wegeunfall

oder bei einer berufsbedingten Erkrankung bzw. Berufskrankheit haben. Keiner der Versicherten gab an, unter gesundheitlichen Beschwerden wie z.B. Schmerzen in verschiedenen Körperregionen, geschwollenen Beinen, Kopfschmerzen, nächtlichen Schlafstörungen, Müdigkeit und Erschöpfung, Nervosität und Reizbarkeit, an anderen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems oder an psychischen Störungen zu leiden.

In den Betrieben, in denen die Leiharbeitnehmer des Automobilwerks in Saarlouis in den letzten 2 Jahren gearbeitet haben, wurden laut Aussage der Befragten in 23,7% der Fälle Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchgeführt und bei bestehendem Angebot partizipierten 100% an diesem Angebot. 63,2% der Befragten verneinten angebotene Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die übrigen 13,1% erteilten diesbezüglich keine Auskünfte. Eine chronologische und detaillierte Auflistung der Zeiten und der Art der Tätigkeiten während ihrer Beschäftigung als Leiharbeiter wurde nur von 11% der Befragten des Automobilwerks gegeben.

Die durchgeführten Unterweisungen am Arbeitsplatz wurden abhängig von der Nationalität unterschiedlich eingeschätzt: Während alle französischen Leiharbeitnehmer die Häufigkeit, mit der diese Unterweisungen durchgeführt werden, für ausreichend hielten, wünschen sich 50% der türkischen Leiharbeitnehmer häufigere Unterweisungen am Arbeitsplatz. Zwischen 96 und 100% der deutschen Leiharbeitnehmer stuften die Unterweisungen als ausreichend ausführlich, zwischen 80% (türkische Leiharbeitnehmer) und 100% (französische Leiharbeitnehmer) als „verständlich genug“ ein.

Die subjektive Einschätzung der beruflichen Situation sah unter den deutschen Leiharbeitnehmern folgendermaßen aus:

- Das Arbeitsklima, wie die anderen Parameter bewertet nach den Kriterien „sehr gut“ (1) – „gut“ (2) - „mittelmäßig“ (3)- „schlecht“ (4) – „sehr schlecht“ (5), wurden als gut bis mittelmäßig (1,7) eingestuft.
- Die Kommunikation wurde ebenfalls als gut bis mittelmäßig (1,7) bewertet.
- Keiner der deutschen Leiharbeitnehmer fühlte sich bei der Arbeit ausgegrenzt und isoliert, 10% hatten finanzielle Probleme, 70% hatten Angst um den Arbeitsplatz.

Im Vergleich dazu zeigten die ausländischen Leiharbeitnehmer folgende auffälligen Befunde:

- Unter Kommunikationsproblemen litten v.a. die türkischen Leiharbeitnehmer.

- Nur die türkischen Leiharbeitnehmer, und zwar 20% fühlten sich bei der Arbeit ausgegrenzt und isoliert.
- Die finanziellen Probleme waren bei den türkischen Leiharbeitnehmer (50%) am größten, gefolgt von den Italienern (40%).
- Die Franzosen schätzten – verglichen mit den anderen ausländischen Leiharbeitnehmern - Sprachprobleme, finanzielle Probleme und die Angst um den Arbeitsplatz am geringsten ein.
- Während bei 30% der französischen und türkischen Leiharbeitnehmer Sprachprobleme und –barrieren bestanden, klagten nur 10% der italienischen Leiharbeitnehmer über diesen Missetand.

Hinsichtlich der Einschätzung der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit in der Zeitarbeitsbranche sah die Einschätzung der deutschen Leiharbeitnehmer folgendermaßen aus: 70% waren zufrieden hinsichtlich ihres Einkommens, 50% hinsichtlich der gebotenen Aufstiegsmöglichkeiten und 60% im Hinblick auf die bestehenden Weiterbildungsmöglichkeiten. Die körperlichen Arbeitsbedingungen wurden von 80% als zufriedenstellend eingestuft und die Möglichkeiten, seine Fähigkeiten anzuwenden, von 70%. Alle befragten deutschen Leiharbeitnehmer waren mit der Arbeitszeit, 80% mit der Art und dem Inhalt ihrer Tätigkeit und 90% mit den gebotenen Arbeitsmitteln zufrieden. Die Situation insgesamt wurde von 90% als zufriedenstellend bewertet.

Von allen ausländischen Leiharbeitnehmern war die Zufriedenheit der italienischen Gruppe im Hinblick auf Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten, im Hinblick auf die Möglichkeiten, seine Fähigkeiten anzuwenden, sowie hinsichtlich der Art und dem Inhalt ihrer Tätigkeit, der zur Verfügung gestellten Arbeitsmitteln und der

Weitere genannte Gründe für Unzufriedenheit bei den Leiharbeitnehmern waren zu hohe Raumtemperaturen bei der Arbeit und „stellenweise nicht menschenwürdige Toiletten“. Des Weiteren sollten nach Ansicht der Befragten zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz wiederholt Schulungen von Mitarbeitern durchgeführt werden. Entlüftung und Frischluftzufuhr sollten verbessert werden. Oberlichter in der Halle und Hallenwände mit Lichteinlass könnten die Arbeitssituation verbessern.

Insgesamt bestanden bei diesem Automobilwerk keine größeren Probleme hinsichtlich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Da bei dieser Firma ein sehr guter Arbeits- und Gesundheitsschutz für Leiharbeitnehmer bestand, besteht die Gefahr, dass der Gesamteindruck verzerrt wird.

3.4 Auswertung der Experteninterviews

Der Zustand des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bei Leiharbeitnehmern in Deutschland wird kontrovers diskutiert. Unseren Recherchen nach ist der Arbeits- und Gesundheitsschutz auf jeden Fall verbesserungswürdig, vor allem im Helferbereich, wie die nachfolgenden Aspekte, welche die Experten in ihren Interviews anführten, zeigten.

Einhaltung der bestehenden Schutzmöglichkeiten

Die vorhandenen Möglichkeiten im Arbeits- und Gesundheitsschutz müssen besser genutzt werden. Bei Einhaltung der vorgegeben gesetzlichen Sicherheitsvorschriften dürfte es fast keine Arbeits- und Wegeunfälle geben. Leider klaffen Theorie und Praxis oft weit auseinander. Die gültigen formalen arbeitsmedizinischen Anforderungen werden rein formal sehr oft auch erfüllt, die dennoch bestehenden Probleme werden nachfolgend erläutert: Es muss verhindert werden, dass Sicherheitsvorschriften bewusst nicht eingehalten bzw. Sicherheitseinrichtungen bewusst manipuliert und ausgehebelt werden, weil eine korrekte Einhaltung der Sicherheitsvorschriften und -einrichtungen die Produktion einschränken oder einen Auftrag zu teuer machen würde. So kam es z.B. laut Aussage eines Experten zu einem Unfall an einer Produktionsmaschine, obwohl dieser Unfall auf Grund der Sicherheitseinrichtung (Laserschanke) gar nicht hätte passieren dürfen; Grund für den Unfall war eine Manipulation des Arbeitnehmers an der Sicherheitseinrichtung.

Da Leiharbeitnehmer oft in besonderen Stresssituationen am Arbeitsplatz kurzfristig angefordert werden, wenn z.B. der Krankenstand zu hoch ist, ein unerwartet großer Auftrag kommt oder es vorherige Schwierigkeiten in der Produktion gab, und diese damit oft bei bestehender hoher Arbeitsbelastung im Entleihunternehmen arbeiten, kann diese Situation dazu führen, dass Stammarbeiter, die eigentlich eine ausführliche Sicherheitsbegehung mit den Leiharbeitern machen sollen, auf diese verzichten und sich mit der Unterschrift des Leiharbeiters begnügen. Es muss verhindert werden, dass Leiharbeiter trotz fehlender Sicherheitsbelehrung Formulare unterschreiben. Außerdem muss verhindert werden, dass Sicherheitseinweisungen erst nach Wochen und nicht sofort durchgeführt werden. Leider ist auch davon auszugehen, dass teilweise wirtschaftlich abgewägt wird, ob sich bei kurzen Einsätzen eine Integration in die Arbeitsschutzorganisation rechnet.

Inkonstanz als Charakteristikum der Zeitarbeit

Die Zeitarbeit stellt aufgrund der temporären Beschäftigung, im Rahmen derer sich die Leiharbeitnehmer immer wieder von neuem auf andere Arbeitsbedingungen, wechselnde Arbeitsrollen, Arbeitsorte und -wege einstellen müssen, eine Herausforderung an den Arbeitsschutz dar. Die Zeitarbeitnehmer/Innen sind mit wechselnden betrieblichen Organisationsstrukturen und Abläufen konfrontiert. Die ständige Konfrontation mit neuen Situationen und Kurzfristigkeit gehören zu den Hauptproblemen der Leiharbeit. 50% der Leiharbeitnehmer werden innerhalb von 6 Monaten ausgetauscht. Die Art des Umgangs mit diesen neuen Situationen, Arbeitsbedingungen, einer neuen ungewohnten Umgebung, anderen Werkzeugen, neuen ungewohnten und unbekanntenen Wegen stellt oft ein Problem dar. Der kurzfristige Charakter der Zeitarbeit macht auf alle Druck, vor allem bei ungelernten Fachkräften. Zeitdruck führt zu Druck bei der Unterweisung, dadurch ist Qualität der Unterweisung oft - vor allem bei Beschäftigten in gewerblichen Bereichen - nicht gewährleistet. Bei Facharbeitern, die als Leiharbeitnehmer eingesetzt werden, ist der kurzfristige Charakter der Zeitarbeit nicht so ausgeprägt: Meistens werden diese Leiharbeitnehmer basierend auf einem detaillierten und oft auch schriftlichen Anforderungsprofil ausgewählt und im Anschluss daran Vorstellungsgespräche geführt. Zudem werden diese Leiharbeitnehmer oft über einen längeren Zeitraum eingestellt.

Schutzausrüstung

Laut Aussage eines Experten stellen manche Verleihfirmen qualitativ schlechte Schutzausrüstung zur Verfügung stellen. Beim Einsatz z.B. von qualitativ schlechten, aber relativ günstigen Arbeitsschuhen kam es bei einer Verleihfirma z.B. zum Auftreten von Blasen und dadurch bedingt zu hohen Krankenquoten. Solche Situationen sollten in Zukunft durch bessere Qualitätsstandards und durch häufigere Qualitätskontrollen überprüft werden.

Gesundheits- und Arbeitsvoraussetzungen

Die bisherigen Fragebögen, die bei der Kartierfassung der Leiharbeitnehmer angelegt wurden, sollten in Zukunft z. T. mehr Details, u.a. zu den Fähigkeiten und Qualifikationen der Leiharbeitnehmer erfassen und nicht mehr – wie immer wieder vorkommend - von ungelernten Mitarbeitern ausgefüllt werden. Dazu ist es notwendig, mehr Zeit mit den Bewerbern zu verbringen und intensivere Befragungen durchzuführen. Meistens werden bei Leiharbeitnehmern, die als Helfer beschäftigt werden sollen, keine Bewerbungsgespräche durch-

geführt, wodurch Stellen nicht adäquat besetzt werden können. Durch nicht-adäquates Besetzen von Stellen kann es zu Ausfällen kommen, welche die Problematik der Kurzfristigkeit verstärken. Diese Ausfälle nach Wochen können den Unternehmer belasten.

Die Zeitarbeit ist auch durch wirtschaftliches Abwägen, wofür vorhandene personelle Ressourcen eingesetzt werden, und durch den manchmal bestehenden Widerspruch zwischen Kundenakquise und „sicherer“ Auftragsabwicklung gekennzeichnet. Bei der Auswahl der geeigneten Leiharbeitnehmer muss das auf dem „Prämierungssystem“ für Disponenten beruhenden „Kopfzahl-Denken“ bei Unternehmensleitungen durch engmaschige und qualitativ hochwertige Qualitätskontrollen unterbunden werden. Der in der Branche der Zeitarbeit geltende Spruch „Bäcker und Friseure werden bei uns zu Ingenieure“ sollte möglichst bald der Vergangenheit angehören. Es ist Aufgabe und Pflicht der Verleihunternehmer, geeignete und qualifizierte Mitarbeiter auszuwählen. Die Anforderungsprofile der benötigten Mitarbeiter müssen detaillierter ermittelt werden. Vor einem neuen Einsatz eines Leiharbeitnehmers müssen die Gesundheits- und Arbeitsvoraussetzungen überprüft sein. Pflichten des Entleihers sind z.B. auch zu überprüfen, ob die angeforderten Leiharbeitnehmer über die nötigen Qualifikationen verfügen (z.B. Ausbildungsnachweise, Grundlagenunterweisung, nötige Vorsorgeuntersuchungen, Berechtigung zum Führen von Fahrzeugen, Flurförderzeugen etc.)

Stärkung der Verhaltensprävention

Da Leiharbeitnehmer häufig schwere körperliche Arbeit durchführen, schwer heben und tragen müssen, sollten ein individuelles Rücken-Coaching und eine Rücken-Schule als obligates Programm für Produktionshelfer angeboten werden. Es sollten nicht nur Schulungen der Neueinsteiger zur Thematik „Rückenschonende Arbeitstechniken“ stattfinden, sondern auch Kurse und Coaching zu den Themen „Lärmschutz“ und „Hautschutz“ angeboten werden. Dadurch kann die Verhaltensprävention direkt bei Einstellung verstärkt werden. Mit solchen präventiven Schulungsmaßnahmen kann der Zeitfaktor der Kurzfristigkeit z.T. abgeschwächt werden. Es gehört zu den Pflichten des Verleihers, dass Mitarbeiter entsprechend vorbereitet und ausgebildet werden.

Einweisungen und Unterweisungen

Die z.T. mangelhafte und äußerst eingeschränkte Qualität der medizinischen Untersuchungen, die u.a. auf bestehenden Zeitdruck zurückzuführen ist, sollten verbessert werden, u.a. mittels folgender Maßnahmen: Untersuchungen,

die z.B. im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung am Freitagabend oder am Wochenende bei der betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchung nicht oder nur eingeschränkt durchgeführt werden konnten (z.B. nur eingeschränktes Labor), oder die Abklärung noch erklärungsbedürftiger medizinischer Befunde müssen laut einem verwendeten Vertragspassus in der kommenden Woche nachgeholt werden. Auch bezüglich des Hautschutzes werden oft keine arbeitsmedizinischen Untersuchungen bzw. Unterweisungen durchgeführt. Des Weiteren müssen die deutlichen Qualitätsunterschiede bei den Vorsorgeuntersuchungen und Einweisungen transparenter gemacht werden und sichergestellt werden, dass Formblätter nicht nur unterschrieben werden, sondern die darin enthaltenen Inhalte auch wirklich vermittelt und durchgeführt wurden. Zum Teil gibt es nur begrenzte personelle Ressourcen - vor allem in kleineren Betrieben – für die komplexe Aufgabe des „Arbeitsschutzes“ in den Zeitarbeitsunternehmen bzw. Entleihunternehmen. Infolge von betrieblicher Umsetzung des Leiharbeitnehmers durch den Entleihbetrieb, von welcher der Verleihbetrieb nicht in Kenntnis gesetzt wird, können zusätzliche Probleme im Arbeits- und Gesundheitsschutz resultieren.

Unterweisungen müssen differenziert nach den Zielgruppen durchgeführt werden. So müssen sich diese bei Personen, die schon lange an einem beruflichen Arbeitsplatz arbeiten, anders als bei Leiharbeitnehmern, die kurzfristig mit dieser Arbeitssituation konfrontiert werden, durchgeführt werden. Die Einweisungen müssen individuell auf den Kenntnisstand und auf die Probleme der Leiharbeitnehmer abgestimmt werden. Generell sollte der Arbeitsschutz in Deutschland überdacht werden, sollte praxisnäher und ohne den bestehenden bürokratischen Aufwand gestaltet werden. Der Arbeitsschutz in Luxemburg und in Frankreich wird z.T. als besser eingeschätzt. In Österreich wird nur bei bestehender Indikation untersucht und dann mit einem hohen Standard. Außerdem wird bei der Durchführung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes eine Mitbestimmung der Betriebsräte gefordert.

Gefährdungsbeurteilung

Gefährdungsbeurteilungen in den Unternehmen sind sehr wichtig. In der Praxis zeigt sich, dass im Arbeitnehmerüberlassungsvertrag oft die Gefährdungsbeurteilungen fehlen, was u.a. darauf beruht, dass viele Betriebe noch über keine Gefährdungsbeurteilung verfügen. Bei neuen Arbeitsplätzen haben Verleihfirmen noch keine Arbeitsplatzbesichtigung durchgeführt. Daraus resultieren an diesen Arbeitsplätzen gravierende Probleme für die jeweiligen Mitarbeiter. Oft ist nicht klar, dass es sich z.B. in neugeschaffenem Bereich um Lärmbereich handelt. Deshalb ist es die Aufgabe und Pflicht des Entlei-

hers, eine Gefährdungsbeurteilung für die vorgesehenen Arbeitsplätze zu erstellen und ein Anforderungs- und Qualifikationsprofil für die benötigten Mitarbeiter zu entwickeln und dem Verleiher zur Verfügung stellen. Zudem müssen konkrete Angaben zur beruflichen Tätigkeit, zum Arbeitsplatz, zum Arbeitsschutz und zu den notwendigen arbeitsmedizinischen Untersuchungen gemacht werden. Es muss verhindert werden, dass Arbeitsmediziner Untersuchungen ohne Kenntnis des Arbeitsplatzes, der Expositionsbedingungen, der Schutzausrüstung etc. durchführen. Bei Atopikern müssen z.B. keine Kenntnisse hinsichtlich des Hautschutzes, der Schutzausrüstung, des Informationsstandes des Versicherten vorliegen. Vorsorgeuntersuchungen sind nur sinnvoll macht, wenn Informationen über den Einsatzbetrieb vorliegen. Unterstützend kann die Sensibilisierung von Betriebsräten und das bessere Zusammenspiel von Verwaltungsberufsgenossenschaft und anderer zuständiger Berufsgenossenschaften wirken. Die Bestellung von Leiharbeitnehmern gehört nicht in den Einkauf, sondern in den Bereich der Personalabteilung. Förderlich sind auch unangemeldete Kontrollen und der Einsatz von Personalentscheidungsträgern (PETs). PETs sind Büroangestellte bzw. Personaler, die in einer Personalabteilung arbeiten und von der Verwaltungsberufsgenossenschaft geschult worden sind. Sie sind Disponenten in einer Firma, welche die Qualifikationen, Sprachkenntnisse, arbeitsmedizinische Vorsorge etc. überprüfen. Die Pflichten der Verleihfirmen erstrecken sich u.a. auf die Einführung eines wirksamen Arbeitsschutzkonzeptes in den Zeitarbeitsunternehmen, das z.B. betriebsärztliche und sicherheitstechnische Beratungen, das Führen einer Unfallstatistik und die Ausbildung von Disponenten und Sicherheitsfachkräften in Arbeitsschutzangelegenheiten umfassen sollte.

Eine deutliche Verbesserung verspricht man sich auch von der Regelung, die in der neuen Vorschrift DGUV V2 verankert ist, dass der „Einsatzbetrieb Einsatzzeiten des Betriebsarztes für die Betreuung von Leiharbeitnehmer“ hat. Inwieweit sich die Untersuchung der Leiharbeitnehmer durch den Einsatzbetriebs-eigenen Arbeitsmediziner jedoch durchsetzt, ist derzeit noch nicht absehbar. Die Leiharbeitsfirma entscheidet, welcher Betriebsarzt den Leiharbeitnehmer untersucht. Die Problematik der Kurzfristigkeit kann durch langfristige Kunden-Lieferantenbeziehung in einem gewissen Maße verringert werden. In einer solchen Situation sind die zu besetzenden Arbeitsplätze bekannt, wodurch auch bei kurzfristiger Bereitstellung von Leiharbeitnehmern der Aufwand geringer gehalten werden kann.

Verbesserung der Kommunikation und Zusammenarbeit

Die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren muss noch deutlich verbessert werden. Problematisch gestaltet sich auch die Kommunikation zwischen Verleihunternehmen und Entleihfirmen, und zwar u.a. bei Unkenntnis des Verleihunternehmens hinsichtlich der Arbeitsplätze und bei innerbetrieblicher Umsetzung des Leiharbeitsnehmers durch den Entleihbetrieb, von welcher der Verleihbetrieb nicht in Kenntnis gesetzt wird. Immer wieder fehlen bzw. liegen mangelhafte gegenseitige Informationen bei Veränderungen im Arbeitsverhältnis (z.B. durch innerbetriebliche Umsetzung) vor. Der oft geltende Grundsatz in der Leiharbeitsbranche „Als Helfer angeheuert, als Helfer bezahlt, als Facharbeiter verliehen“ sollte zeitnah der Vergangenheit angehören. Immer wieder kommt es zu stillschweigende Änderungen in den Arbeitsaufgaben innerhalb einer Firma, z.B. müssen plötzlich Schweißer-Tätigkeit übernommen werden. Dadurch resultieren zusätzliche Probleme im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Des Weiteren muss verhindert werden, dass sowohl im Bereich der Schutzausrüstung als auch im Bereich der Sicherheitseinweisungen wiederholt Unklarheiten hinsichtlich der Zuständigkeiten auftreten - nach dem Motto „Wenn zwei zuständig sind, ist im Zweifelsfall keiner zuständig.“ Immer wieder sind die Zuständigkeiten nicht eindeutig geklärt hinsichtlich des verantwortlichen Ansprechpartners im Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Schnittstellen im Arbeitsschutz müssen präzise abgestimmt und schriftlich fixiert werden. Außerdem ist die normale Beziehung zwischen Betriebsarzt und Beschäftigtem (bzw. Leiharbeitnehmer) oft gestört. Wenn es einen Betriebsrat gibt, dann sollte der Betriebsrat klar machen, dass er Ansprechpartner auch für die Leiharbeitnehmer ist, u.a. im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ist. In kleineren Firmen ohne Betriebsrat besteht ein zusätzliches Problem. Bei großer Zahl von Beschäftigten dauerhaft im Betrieb, ist es sinnvoll, einen Verantwortlichen des Zeitarbeiterunternehmens vor Ort zu benennen, der Arbeitsschutzfragen koordiniert und Pflichten im Arbeitsschutz (z.B. Kontrollen, Unterweisungen usw.) wahrnimmt.

Berufsgenossenschaftlicher Beitragssatz

Leiharbeitnehmer sind nach den Profisportlern hinsichtlich der Beitragssätze der Berufsgenossenschaften in der höchsten Gefährdungsbeurteilung und bedingen damit einen sehr hohen Gefahrentarif bei der Verwaltungsbetrieblichen Berufsgenossenschaft (Verwaltungsbetrieblichen Berufsgenossenschaft). Früher wurden hinsichtlich der Beitragssätze zwei Gefahrentarife unterschieden, und zwar die Berufs-

gruppen der rein kaufmännisch Beschäftigten und die Gruppe aller übrigen. Inzwischen hat sich die Aufspaltung in zum einen die Gruppe der kaufmännischen und nichtgewerbliche Dienstleistungen (z.B. Ingenieure, Techniker, Gesundheitsberufe), also aller Berufsgruppen, die sich manuell eher nicht verletzen, und zum zweiten in die Gruppe der gewerblichen Berufe. Eine Anpassung der Beiträge im Rahmen eines Prämiensystems könnte sich eventuell auch positiv auf den Umgang der Entleihfirmen mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz auswirken. Vom Experten Herrn Gehrke wurden im Sommer 2010 bei der Verwaltungsberufsgenossenschaft ein Prämiensystem (als Probelauf für die nächsten 2 Jahre) vereinbart und initiiert: Wenn eine Verleihfirma im Bereich der gewerblichen Zeitarbeit 50% unter der durchschnittlichen Unfallrate liegt, wird dies finanziell honoriert.

Psychische Belastungen

Leiharbeiter arbeiten auch deshalb oft in besonderen Stresssituationen am Arbeitsplatz in den Entleihunternehmen, da ja gerade dann Leiharbeiter kurzfristig angefordert werden, wenn z.B. der Krankenstand zu hoch ist, ein unerwartet großer Auftrag kommt oder es vorherige Schwierigkeiten in der Produktion gab (z.B. kaputte Maschine), so das im Regelfall eine hohe Arbeitsbelastung im Entleihunternehmen vorliegt.

Da Leiharbeiter laut Statistik der Bundesagentur für Arbeit einen Durchschnittslohn von 1393 Euro/Monat bekommen und laut Statistiken der Bundesagentur für Arbeit 50 % der Leiharbeiter max. 2 Monate beschäftigt sind, über 60 % max. 3 Monate beschäftigt sind und 75 % max. 6 Monate beschäftigt sind, handelt es sich bei der Leiharbeit um eine prekäre Beschäftigung. Nach Einschätzung eines Experten sind die in der Zeitarbeitsbranche erhöhten Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten maßgeblich auf die gesamten prekären Beschäftigungsbedingungen in Verleihunternehmen beruhen, da die Zahlen der Einsatzbranchen zeigen, das Stammarbeiter mit wesentlich besseren Beschäftigungsbedingungen deutlich weniger psychischen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind. Die psychischen Belastungen, denen Leiharbeiter aufgrund der prekären Situation der Leiharbeit und den ständig neuen beruflichen Herausforderungen und Situationen ausgesetzt sind, sind gekoppelt mit Angst und mit Existenzängsten, die z.T. auch noch durch die Arbeitgeber („Sobald jemand (egal ob Leiharbeiter oder Stammbesetzter) mit Gewerkschaft oder Betriebsrat redet, wird er gekündigt.“) bewusst verstärkt werden. Diese Angst könnte u.a. dadurch gemindert werden, dass der Verleihunternehmer bzw. seine Vertreter den Leiharbeiter zu Beginn jeden neuen Einsatzes am neuen Einsatzort einführen und dass er seine

Mitarbeiter sensibilisiert und sie darin bestärkt, bei gefährlichen Situationen im Arbeitsalltag die Mitarbeit zu verweigern und ihn bezüglich von Gefahren am Arbeitsplatz oder bezüglich einer nicht abgesprochenen innerbetrieblichen Umsetzung in Kenntnis zu setzen. Des Weiteren wirkt die Enttäuschung, nicht übernommen zu werden, die 93 % aller Leiharbeiter bei jedem Einsatz betrifft, sich ebenfalls nicht förderlich für die psychische Verfassung mancher Leiharbeitnehmer aus. Bewegtere Erwerbsverläufe können auch auf der Ebene der Individuen zu soziale Risiken wie Qualifikationsentwertung, Einkommensverluste und Statusunsicherheiten bis hin zu Identitätskrisen und -kämpfen führen.

Zusätzliche Probleme ausländischer Leiharbeitnehmer

Es muss davon ausgegangen werden, dass der Anteil der Ausländer an ungelernen Beschäftigten besonders hoch, d.h. Ausländer sind in besonders schadensgeneigten beruflichen Tätigkeiten verstärkt zu erwarten. Dies wird als größter zusätzlicher Risikofaktor bei Leiharbeitnehmern angesehen. Zudem gehen die Experten davon aus, dass nicht die Nationalität eine große Rolle spielt, sondern vermutlich in stärkerem Maße ein erhöhter sozialer Druck und die prekäre Situation. Wie insgesamt alle Leiharbeitnehmer, ist der Umgang der Stammbesellschaft mit den Leiharbeitnehmer z.T. nicht gut, da Leiharbeitnehmer von der Stammbesellschaft z.T. als Bedrohung wahrgenommen bzw. von den Arbeitgebern bewusst als Druckmittel eingesetzt werden. Der Stellenwert von sprachlich bedingten Problemen und Verständigungsschwierigkeiten wird von den Experten kontrovers eingeschätzt und gewertet. Bei Sprachproblemen sollten weiterhin Dolmetscher bzw. 2sprachige Kollegen oder Vorarbeitern zur Hilfe geholt. Teilweise wird von Expertenseite her gefordert, dass Leiharbeitnehmer, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, generell nicht eingesetzt werden sollten, da diese ansonsten in Notsituationen nur eingeschränkt gewarnt werden könnten. Zudem liegen Betriebsanweisungen, z.B. für Chemikalien, oft nur in deutscher und englischer Sprache vor. Der Erwerb der deutschen Sprache sollte demnach Voraussetzung für eine Einstellung sein. Als am meisten gefährdete Gruppe werden die „Deutschrussen“ angesehen, da sich dieses als Deutsche fühlen und als solche gelten, aber oft die deutsche Sprache nicht in ausreichendem Maße beherrschen.

Berufskrankheiten

Als Ursachen für Berufskrankheiten bei Leiharbeitnehmern werden folgende Berufskrankheiten in absteigender Häufigkeit genannt: An erster Stelle stehen

Hauterkrankungen, der Kausalitätsnachweis ist dabei oft schwierig, da oft über frühere Beschäftigungsverhältnisse keine Angaben vorliegen. An zweiter Stelle stehen die lärmbedingten Gesundheitsstörungen, die vermutlich aber nicht durch Zeitarbeit, sondern durch Arbeiten auf Werften oder als Schweißer bedingt sind. An dritter Stelle (aber deutlich geringfügiger als die beiden bereits genannten Berufskrankheiten) liegen obstruktiven Atemwegserkrankungen und an vierter Stelle Sehnenscheidenerkrankungen. Man muss auch von einer geringen Berufskrankheiten-Meldungsrate ausgehen, da der behandelnde Arzt meistens nicht weiß, bei welcher der multiplen Tätigkeiten welche Expositionsmenge erreicht wurde. Außerdem muss beachtet werden, dass im Berufskrankheiten-Geschehen viele Rücken- und Wirbelsäulen-Erkrankungen, z.B. Bandscheibenvorfall, nicht aufgelistet sind! Als Gründe für die um 36% erhöhte Rate an Arbeitsunfähigkeitstagen werden u.a. angeführt, dass es sich oft um neue Arbeitssituationen handelt und dass sich die Leiharbeiter oft zunächst mit der Routine vertraut machen und sich an das neue Umfeld gewöhnen müssen. Oft sind Leiharbeiter weniger als 3 Monate an einer Arbeitsstelle beschäftigt. Leiharbeiter unterliegen besonderen Stresssituationen. Zudem handelt es sich nicht um „Schreibtisch-Jobs“, sondern um schadensgeneigere Tätigkeiten im Helferbereich.

Arbeitsunfälle, zu denen es laut Aussage der Verwaltungsberufsgenossenschaft innerhalb der ersten 14 Tage kommt, entstehen meistens durch handgeführte Werkzeuge, z.B. Bohrmaschinen. Es handelt sich vorrangig um Handverletzungen. Aber auch Fuß- und Augenverletzungen sind laut Aussage von zwei Experten höher bei Zeitarbeitnehmern. Am häufigsten sind laut Einschätzung eines Experten Quetschungen und Schnittverletzungen. Ob die Anzahl der schweren Unfälle rückläufig ist, wurde unterschiedlich eingeschätzt. Laut Untersuchungen der Verwaltungsberufsgenossenschaft gibt es hinsichtlich der Arbeitsunfälle Unterschiede zwischen stationären Baustellen (z.B. Fabriken) und nicht-stationären Baustellen (hier v.a. schwere Unfälle, Absturzgefahr).

Wegeunfälle

Leiharbeiter können laut Arbeits- und Tarifverträgen deutschlandweit eingesetzt werden, wobei jedoch in den meisten Fällen die Hin- und Rückfahrten zu den Einsatzorten nicht als Arbeitszeiten von Leiharbeitsunternehmen anerkannt und geldlich oder in Form von Freizeitausgleich vergütet wird, was im Gegensatz zur Rechtsprechung steht. Dies sollte unbedingt geändert werden, u.a. damit der für Leiharbeiter dadurch zusätzlich bestehende Stress minimiert werden kann.

Um die von den Experten angeführten Ursachen für Wegeunfälle, wie die häufige kurzfristige Konfrontation mit unbekanntem Situationen (neue Arbeitsstelle, neuer Weg), der Einsatz qualitativ schlechterer Autos und die oft sehr langen Anfahrtswege) zu mindern, bieten sich folgenden Lösungsstrategien an:

1. Navigationssysteme könnten zur Verfügung gestellt werden
2. Karten mit markierten Unfallstellen etc. könnten mitgegeben werden.
3. Die Verwaltungsberufsgenossenschaft bietet bereits in Kooperation mit dem ADAC Kurse für Fahrtraining und Sicherheitsfahrtraining an. Dieses Angebot sollte ausgebaut und den Leiharbeitnehmern verstärkt angeboten werden.
4. Der Leiharbeitnehmer fährt am ersten Einsatztag nicht alleine, sondern mit einem Mitarbeiter der Entleihfirma, der den Leiharbeitnehmer am neuen Arbeitsplatz einführt.
5. Ein Mitarbeiter, der bereits im Betrieb im Einsatz ist, nimmt den anderen Leiharbeitnehmer mit.
6. Bei Montagetätigkeiten fahren mehrere Mitarbeiter zusammen.
7. Die Fahrtkosten sollten – wie 2003 bereits erfolglos versucht wurde - tarifvertraglich geregelt werden.

Zudem wird auch die prekäre Situation und die täglichen Existenzängste für eine erhöhte Rate an Wegeunfällen verantwortlich gemacht. Die finanzielle Situation bedingt u.a. den Einsatz von qualitativ schlechteren Autos, übermäßigem Stress, Existenzängsten, Unkonzentriertheit etc. Die These, dass die prekäre Situation und die dadurch induzierte große psychische Belastung einen großen Anteil an den erhöhten berufsbedingten Unfalls- und Krankheitsraten hat, wird auch sehr kontrovers diskutiert. Einigkeit bestand, dass man kann mit Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes nicht warten kann, bis bessere Bezahlung Standard ist („das eine tun, aber das andere nicht lassen“).

Qualitätssicherung

Eine qualitativ verbesserte und engmaschigere Qualitätssicherung und intensivere Überwachung der Leiharbeitsunternehmen, auch in Bezug auf den Arbeits- und Gesundheitsschutz der Leiharbeitnehmer, sind dringend und zeitnah notwendig und sinnvoll. Bei der Verwaltungsberufsgenossenschaft werden zudem – z.B. im Gegensatz zum QIZ - keine unangemeldeten Besuche durchgeführt. Dies kann zu einer Verzerrung der wirklich bestehenden Zustände führen. Des Weiteren wird immer wieder die Frage gestellt, ob die

Verwaltungsberufsgenossenschaft wirklich das Know-how hat, um z.B. Chemiebetriebe zu kontrollieren. Bisher erfolgte die Zertifizierung auch sehr individuell je nach Auditoren. Einheitliche Standards und eine Vereinheitlichung der Zertifizierung sind notwendig. Ein Prüfkatalog mit einheitlichen stringenten Kriterien sollte formuliert werden. Zertifizierungen im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes von Leiharbeitnehmern können derzeit von verschiedenen Institutionen durchgeführt werden. Derzeit weist nur ein Teil der Unternehmen ein Qualitätssiegel auf. Diesem Misstand muss unbedingt begegnet werden. Ein weiteres Problem ist die fehlende Anonymität bei der Meldung von Missständen im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bei der Verwaltungsberufsgenossenschaft. Ein anonymes Meldesystem sollte eingeführt werden, um die Hemmschwelle bei Meldungen zu reduzieren. Außerdem könnte man vom Modell des QIZ eventuell übernehmen, dass ein Aspekt des Qualitätssiegels ist, dass Leiharbeitnehmer deutlich besser bezahlt werden als Stufe im Tarifvertrag.

Medien

Immer wieder wird gefordert, dass die Leiharbeitnehmer intensiver einbezogen werden müssten. Die Frage, ob es sinnvoll ist, Leiharbeitnehmer über Medien wie Internet (z.B. Internetportale „Es geht um Deine Gesundheit“) und Fernsehen zu informieren, wird kontrovers diskutiert. Über solche Maßnahmen könnte der Umweg über Verleih- und Entleihfirmen umgangen werden. Bei Zustimmung wird der Einsatz des Internets für sinnvoller als der Einsatz des Fernsehens gehalten. Andere lehnen dieses Vorgehen ab, da dann das „schwächste Glied an die vorderste Front geschickt würde“.

4 Lösungsansätze und Schlussfolgerungen

Schwierigkeiten bei der Erarbeitung von Lösungsansätzen

Die Zeitarbeit ist durch sehr viele verschiedenartige Ausprägungen charakterisiert, was z.B. die Qualifikation und den Status der Beschäftigten betrifft: Während Leiharbeitnehmer im Engineering-Bereich oft sehr gut behandelt werden, da sie relativ schwierig ersetzbar sind, werden Leiharbeiter im Helferbereich oft schlecht behandelt.

Qualitätssicherung

Ein existenzieller und zentraler Lösungsansatz sind verstärkte, engmaschige und unangemeldete Kontrollen durch unabhängige staatliche Kontrollorgane,

die bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorschriften massive Strafen zur Konsequenz haben. Nur so kann erreicht werden, dass z.B. die notwendige Qualität der Schutzausrüstung gewährleistet wird. Dadurch kann auch die Gefahr gemindert werden, dass Sicherheitsvorschriften bewusst nicht eingehalten bzw. Sicherheitseinrichtungen bewusst manipuliert und ausgehebelt werden, dass Leiharbeiter trotz fehlender Sicherheitsbelehrungen, Vorsorgeuntersuchungen und Einweisungen Formulare unterschreiben und dass Sicherheitseinweisungen erst nach Wochen und nicht sofort durchgeführt werden. Es muss sichergestellt werden, dass ausführliche Sicherheitsbegehungen mit den Leiharbeitern durchgeführt werden. Durch engmaschige und qualitativ hochwertige Qualitätskontrollen kann auch unterbunden werden, dass bei der Auswahl der geeigneten Leiharbeitnehmer das auf dem „Prämierungssystem“ für Disponenten beruhenden „Kopfzahl-Denken“ bei Unternehmensleitungen fortbesteht. Die bisherigen Fragebögen, die bei der Kartierung der Leiharbeitnehmer angelegt wurden, müssen in Zukunft z. T. mehr Details, u.a. zu den Fähigkeiten und Qualifikationen der Leiharbeitnehmer erfassen und nur noch von qualifizierten Mitarbeitern intensiv ausgefüllt werden. Das Bestehen von qualitativ hochwertigen Gefährdungsbeurteilungen muss zudem überprüft werden. Arbeitsmediziner dürfen Untersuchungen nur noch mit Kenntnis des Arbeitsplatzes, der Expositionsbedingungen, der Schutzausrüstung etc. durchführen. Die Bestellung von Leiharbeitnehmern gehört nicht in den Bereich des Einkaufs, sondern in den Bereich der Personalabteilung. All diese Aspekte sind nur durch eine qualitativ verbesserte, engmaschigere und in der gesamten Branche einheitlich durchgeführte Qualitätssicherung und intensiviertere Überwachung aller Leiharbeitsunternehmen in der Praxis realisierbar. Des Weiteren muss ein anonymes Meldesystem eingeführt werden, um die Hemmschwelle bei Meldungen zu reduzieren. Um die realen Verhältnisse wirklich erfassen zu können, könnte es eventuell sinnvoll sein, die Einhaltung der Sicherheitsvorschriften und korrekte Nutzung der Sicherheitseinrichtungen in verschiedenen Einsatzunternehmen sowie das Verhalten von Leiharbeitsunternehmen in Bezug auf Hinweise zum Arbeitsschutz „under cover“ zu überprüfen. Eine Anpassung der Höhe der berufsgenossenschaftlichen Beitragssätze im Rahmen eines Prämiensystems u.a. an die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften könnte sich eventuell auch positiv auf den Umgang der Entleihfirmen mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz auswirken.

Unterweisungen und medizinische Untersuchungen

Die z.T. mangelhafte und eingeschränkte Qualität der medizinischen Untersuchungen sollten u.a. mittels folgender Maßnahmen verbessert werden:

Untersuchungen, die z.B. im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung am Freitagabend oder am Wochenende bei der betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchung nicht oder nur eingeschränkt durchgeführt werden konnten (z.B. nur eingeschränktes Labor), oder die Abklärung noch erklärungsbedürftiger medizinischer Befunde müssen laut einem einzuführenden Vertragsspassus in der kommenden Woche nachgeholt werden. Eine deutliche Verbesserung verspricht man sich auch von der Regelung, die in der neuen Vorschrift DGVV2.2 verankert ist, dass der „Einsatzbetrieb Einsatzzeiten des Betriebsarztes für die Betreuung von Leiharbeitnehmer“ hat. Inwieweit sich die Untersuchung der Leiharbeitnehmer durch den Einsatz betriebseigener Arbeitsmediziner jedoch durchsetzt, ist derzeit noch nicht absehbar. Unterweisungen und Einweisungen müssen differenziert nach den Zielgruppen individuell auf den Kenntnisstand und auf die Probleme der Leiharbeitnehmer abgestimmt werden. Es muss verhindert werden, dass Unterweisungen erst nach Tätigkeitsaufnahme durchgeführt werden. Generell sollte nach Einschätzung einiger Experten der Arbeitsschutz in Deutschland überdacht werden. Der Arbeitsschutz in Luxemburg und in Frankreich wird z.T. als besser eingeschätzt. In Österreich wird nur bei bestehender Indikation untersucht und dann mit einem hohen Standard. Außerdem wäre bei der Durchführung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes eine Mitbestimmung der Betriebsräte sinnvoll.

Stärkung der Verhaltensprävention und des Informationsstandards

Außerdem sollten verstärkt Kurse zur Stärkung der Verhaltensprävention angeboten werden, u.a. in den Bereichen „Rückenschonende Arbeitstechniken“, „Lärmschutz“ und „Hautschutz“ stattfinden. Ein Einbeziehen von Medien wie Internet und Fernsehen ist in bestimmten Situationen zu erwägen, um die Leiharbeitnehmer direkt hinsichtlich der Möglichkeiten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu informieren.

Verbesserung der Kommunikation und Zusammenarbeit

Die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren muss noch deutlich verbessert werden. Des Weiteren muss durch schriftliche Vereinbarungen verhindert werden, dass sowohl im Bereich der Schutzausrüstung als auch im Bereich der Sicherheitseinweisungen wiederholt Unklarheiten hinsichtlich der Zuständigkeiten bestehen. Schnittstellen im

Arbeitsschutz müssen präzise abgestimmt und schriftlich fixiert werden. Wenn es einen Betriebsrat gibt, dann sollte der Betriebsrat klar machen, dass er Ansprechpartner auch für die Leiharbeitnehmer ist, u.a. im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. In kleineren Firmen ohne Betriebsrat sollte ein anderer Verantwortlicher bestimmt werden. Bei einer großen Zahl von dauerhaft im Betrieb Beschäftigten ist es sinnvoll, einen Verantwortlichen des Zeitarbeitunternehmens vor Ort zu benennen, der Arbeitsschutzfragen koordiniert und Pflichten im Arbeitsschutz (z.B. Kontrollen, Unterweisungen usw.) wahrnimmt.

Wegeunfälle

Um die von den Experten angeführten Ursachen für Wegeunfälle, wie die häufige und kurzfristige Konfrontation mit unbekanntem Situationen (neue Arbeitsstelle, neuer Weg), der Einsatz qualitativ schlechterer Autos und die oft sehr langen Anfahrtswege zu mindern, bieten sich folgenden Lösungsstrategien an:

1. Navigationssysteme könnten zur Verfügung gestellt werden
2. Karten mit markierten Unfallstellen etc. könnten mitgegeben werden.
3. Die Verwaltungsberufsgenossenschaft bietet bereits in Kooperation mit dem ADAC Kurse für Fahrtraining, Sicherheitsfahrtraining an. Dieses Angebot sollte ausgebaut und den Leiharbeitnehmer verstärkt angeboten werden.
4. Der Leiharbeitnehmer sollte am ersten Einsatztag nicht alleine, sondern mit einem Mitarbeiter der Entleihfirma fahren, der den Leiharbeitnehmer am neuen Arbeitsplatz einführt.
5. Alternativ könnte ein Mitarbeiter, der bereits in diesem Betrieb im Einsatz ist, den anderen Leiharbeitnehmer mitnehmen.
6. Bei Montagetätigkeiten sollten mehrere Mitarbeiter zusammen fahren.
7. Die Fahrtkosten sollten – wie 2003 bereits erfolglos versucht wurde – tarifvertraglich geregelt werden.

5 Ausblick

Die im Rahmen der geplanten Studie erhobenen Erkenntnisse sollen einen Beitrag für zukünftige wissenschaftliche Diskussionen liefern und eine Sensibilisierung für die Relevanz dieser Thematik erreichen. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist kein Luxus. Auch in wirtschaftlich schwierigen Zeiten bleiben die Beschäftigten das wichtigste Kapital der Unternehmen, zumal in

der Zeitarbeitsbranche jüngere Jahrgänge überdurchschnittlich häufig vertreten sind. Aufgrund des demografischen Wandels ist essentiell, dass auch in der Zeitarbeitsbranche der immer stärker werdende Fachkräftemangel u.a. dadurch aufgefangen wird, dass ältere Jahrgänge lange gesund im Arbeitsleben gehalten werden. Dabei sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass Gesundheitsförderung nicht nur Zeit und Geld kostet, sondern sich positiv auf Krankenstand, Motivation und Produktivität auswirkt. Durch besseren Arbeitsschutz können in der Zeitarbeit Wettbewerbsvorteile entstehen. Für den wirtschaftlichen Erfolg und für die Sicherung der Arbeitsplätze sind gesunde Mitarbeiter eine wesentliche Voraussetzung.

Grundsätzlich zeigte sich bei der Bearbeitung des Projektes, dass ein erhebliches Desiderat hinsichtlich der Forschung zur gesundheitlichen Situation von ausländischen Leiharbeitnehmern besteht. Diese Forschungslücke kann unseres Erachtens nur geschlossen werden, wenn die oben aufgeführten strukturellen Probleme zumindest teilweise gelöst werden können. Die Beantwortung der Fragestellung stellt nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus sozialwissenschaftlicher Sicht eine wichtige Aufgabe für zukünftige Forschung dar.

6 Zusammenfassung

Bereits seit längerem diskutieren Arbeitsmarktexperten über den verbesserungswürdigen Arbeits- und Gesundheitsschutz von Zeitarbeitnehmern. Bisher lagen diesbezüglich bei ausländischen Leiharbeitnehmern keine Informationen vor. Ziel des hier vorgestellten explorativen Projektvorhabens war es, Erfahrungen in diesem Forschungsfeld zu sammeln, eine für ausländische Leiharbeitnehmer im Saarland explorative Befragung zu gesundheitlichen Effekten der Zeitarbeit, eine Analyse der bisherigen Arbeits- und Gesundheitsschutzaktivitäten, eine retrospektiven Datenanalyse und Experteninterviews durchzuführen.

Nach einer Literaturrecherche wurden Fragebögen und Informationsblätter für Leiharbeitnehmer und Betriebsräte in den notwendigen Sprachen konzipiert. 50% der $n = 16$ kontaktierten Unternehmen nahmen teil. Aufgrund der Angst der Leiharbeitnehmer vor fehlender Anonymität musste auf eine Informationserhebung bei korrespondierenden Akteuren und auf persönliche Gespräche verzichtet werden. An die kooperierenden Unternehmen wurden $n = 713$ Leiharbeitnehmer-Fragebögen und $n = 32$ Fragebögen für Betriebsräte per Post sowie zusätzliche Bögen per E-Mail bzw. FAX versandt. Insgesamt wurden $n = 157$ Fragebögen ausgefüllt, wobei der Großteil der Fragebögen,

und zwar $n = 148$ von einem Automobilwerk in Saarlouis stammte. Im privaten Umfeld konnten $n = 11$ Fragebögen erhoben werden. Die retrospektive Erhebung von Informationen und Daten war auch nur sehr erschwert und in sehr geringem Maße möglich. Zudem wurden Expertengespräche geführt.

Basierend auf den erhobenen Informationen wurden Schlussfolgerungen gezogen und Lösungsansätze erarbeitet. Es zeigte sich ein dringend notwendiger Handlungsbedarf im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bei ausländischen Leiharbeitnehmern. Die im Rahmen der Experteninterviews gewonnenen Aussagen deuteten darauf hin, dass die gesetzlichen Vorschriften nicht immer eingehalten werden. Existenziell sind daher verstärkte, engmaschige und unangemeldete Kontrollen durch unabhängige staatliche Kontrollorgane, die bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorschriften massive Strafen zur Konsequenz haben, ein anonymes Meldesystem und eine Anpassung der Höhe der berufsgenossenschaftlichen Beitragssätze im Rahmen eines Prämiensystems. Auch sollten noch abklärungsbedürftige medizinische Befunde laut einem einzuführenden Vertragspassus zeitnah geklärt, Einweisungen differenziert auf den Kenntnisstand der Zielgruppen abgestimmt und Unterweisungen definitiv vor Tätigkeitsaufnahme durchgeführt werden müssen. Zudem sollten verstärkt Kurse zur Stärkung der Verhaltensprävention, u.a. zu den Themen „Haut“, „Lärm“ und „muskuloskeletales System“ angeboten. Die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren muss noch deutlich verbessert werden. Zur Reduktion der Wegeunfälle bieten sich u.a. die Verwendung von Navigationssystemen, von Kursen für Sicherheitsfahrtraining, Fahrgemeinschaften und eine tarifvertragliche Regelung an. Die Datenerfassung und -qualität muss verbessert und leichter zugänglich gemacht werden.

Literatur

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2006, <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga-2006.html>
- Forschungsbericht der Techniker Krankenkasse, 2009, <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/157354/Datei/3992/Gesundheitsreport-8.pdf>
- Hakansson, K. et al. Representation of Agency Workers. 2009, http://www.av.gu.se/digitalAssets/1272/1272406_Final_RAW_report_090325_w_publisher.pdf
- Diekel. Arbeits- und Gesundheitsschutz für Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter in Betrieben des produzierenden Gewerbes), <http://>

www.brms.nrw.de/startseite/abteilungen/abteilung5/Dez_55_56_Arbeitsschutz/Fachaufgaben/Betriebliches_Arbeitsschutzsystem/Veroeffentlichungen/Programm_Leiharbeiter_Abschlussbericht.pdf

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, "Zeitarbeit in Nordrhein-Westfalen", 2008

11. AÜG-Bericht: <http://www.ig-zeitarbeit.de/datei/5489>

http://www.bmas.de/portal/41574/property=pdf/2010__01__13__aueg-bericht.pdf

Artus, I.: Prekäre Interessenvertretung. Ein deutsch-französischer Vergleich von Beschäftigtenrepräsentation im niedrig entlohnten Dienstleistungsbe- reich. In: Industrielle Beziehungen, 14. Jg., H. 1, S. 5–29, 2007, <http://www.sociology.wi.tum.de/team/artus/publ?q=system/files/indbez-1-07-artus.pdf>

Castel R. Die Metamorphosen der sozialen Frage. Eine Chronik der Lohn- arbeit, 2008, UVK-Verlagsgesellschaft Konstanz

Internet:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Prekarisierung>

http://www.spd.de/aktuelles/News/8278/20110118_leiharbeit_einkommen_kluft.html

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/025/1702510.pdf>

Wolfgang Appel, Mathieu Lionello

Auswirkungen von Standortbedingungen und Geschäftsmodellen auf das Personalmanagement von Service Centern:

Ein empirischer Vergleich der Regionen Saarland, Lothringen, Barcelona und Rumänien

Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Saarbrücken 2011

Gliederung

1	Service Center - eine ungeliebte Organisationsform mit großer Wirkung.....	92
2	Allgemeiner Service Center Kontext	93
2.1	Begriffsklärungen	93
2.2	Service Center-Typen	94
2.3	Service Center Aufbauorganisation	96
2.4	Service Center Personal	97
2.5	Arbeitsbedingungen	102
2.6	Arbeitsbelastungen der Beschäftigten.....	103
2.7	Spezifische Standortbedingungen.....	108
2.8	Marktbedingungen.....	109
2.8.1	Mitarbeiter	109
2.8.2	Infrastrukturen	110
2.8.3	Investitionsförderung	111
3	Theoretische Herleitung des Projekts	112
3.1	Strategisches Management in Service Centern.....	112
3.2	Untersuchungsmethode und Vorgehensweise	118
4	Ergebnisse.....	119
5	Bewertung und Fazit	128
	Literatur.....	132

1 Service Center - eine ungeliebte Organisationsform mit großer Wirkung

Die Arbeit in Call Centern, welche hier mit dem umfassenderen Begriff der Service Center belegt werden, gilt gemeinhin als eine prekäre Beschäftigungsform. Wer dort angekommen ist, lässt alle Hoffnung fahren oder wartet lediglich auf die erstbeste Möglichkeit, der Branche wieder zu entkommen, so die öffentliche Meinung. Was dem Handel der Discounter, der Gastronomie die Fast-Food-Kette, das ist der Dienstleistungsbranche das Service Center. Die Organisationsform steht für schlechte Arbeitsbedingungen und unfairen Umgang mit Kunden. Außerdem steht sie im Verdacht, dem Export von Arbeitsplätzen in Billiglohnländer Vorschub zu leisten und es mit gesetzlichen Regelungen zum Schutz von Daten und Privatsphäre nicht ganz genau zu nehmen.

Auf der anderen Seite ist der Service Center-Branche nicht zuletzt durch die Unterstützung der öffentlichen Hand in den letzten Jahren ein wahrer Boom beschert worden, wurde doch in diesen Unternehmen ein erfolgversprechendes Instrument gegen die Arbeitslosigkeit im postindustriellen Zeitalter gesehen. Wen wundert es, dass gerade in den neuen Bundesländern und hier wiederum insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern in den letzten Jahren gewaltige Service-Center-Standorte entstanden sind. Die von der Öffentlichkeit beklagten Strukturen sind pikanterweise vor allem dank öffentlicher Subventionen entstanden.

Dagegen besitzen Service Center eine große betriebswirtschaftliche Bedeutung, ermöglichen sie doch in Dienstleistungen einen Produktivitätsfortschritt, wie ihn die verarbeitende Industrie seit Jahrzehnten vorweisen kann. Ohne Service Center könnten viele administrativ-unterstützende Tätigkeiten in Deutschland nicht mehr wettbewerbsfähig angeboten werden. Das gleichwohl vorhandene negative Image der Branche ist vielfach durch kostenorientierte, wenig anspruchsvolle Aufgaben erfüllende Service-Center geprägt worden. Ein ganz wesentlicher Anteil der Service-Center-Arbeitsplätze findet sich jedoch in den internen Service-Centern großer Industrie- und Finanzkonzerne, die einen guten Teil ihrer erfolgreichen Marktstellung auch aus der Nutzung dieser Organisationsform ziehe. Im Gegensatz zu den kostenorientierten Service-Centern bieten sie aber attraktive Arbeitsbedingungen.

Darum ist es notwendig die Organisationsform Service Center differenziert zu betrachten, denn neben den vorgenannten „Billig“-Service Centern mit zugegebenermaßen schlechten Beschäftigungsumständen, gibt es eine

große Zahl von tarifgebundenen, gesetzestreu und mitarbeiterorientierten Service Centern. In der Regel sind diese Einheiten in Konzernstrukturen eingebunden und deren Wertegerüst verpflichtet. Sie stehen aber häufig im Wettbewerb mit Anbietern anderer, auf niedrige Kosten setzenden Geschäftsmodellen. Sie sehen ihre Existenz gefährdet, da der Markt oft nicht bereit ist, die höhere Qualität über entsprechende Preise zu honorieren.

Die vorliegende Arbeit hat es sich darum zur Aufgabe gemacht, den Zusammenhang zwischen einem Geschäftsmodell, hier verstanden als strategische Ausrichtung eines Service Centers, und Standortbedingungen, hier vor allem die Ausgestaltung der Arbeitsplätze, zu untersuchen. Eine besondere Bedeutung hat dabei der Vergleich verschiedener europäischer Regionen, die um Ansiedlungen der grundsätzlich sehr mobilen Service Center konkurrieren. Dazu wird im Kapitel 2 unter Rückgriff auf vorliegendes empirisches Material die Vielfalt der Service Center-Branche aufgezeigt. In den Kapiteln 3 und 4 wird unter Bezugnahme auf ein strategisches Modell in explorativen Interviews mit neun Service-Center-Leitern der Zusammenhang beleuchtet und in einem Fazit (Kapitel 5) bewertet.

2 Allgemeiner Service Center Kontext

2.1 Begriffsklärungen

Um die Komplexität des Themas „Service Center“ zu erfassen, ist es nötig, sich nochmals die Vielfalt und die verschiedenen Komponenten von Service Centern vor Augen zu halten: Auch wenn ursprünglich Service Center nur Telefonanrufe bearbeitet haben, so werden heute viele verschiedene Kommunikationskanäle wie Fax und E-Mail in Anspruch genommen. Deshalb kursieren auch neue Begriffe wie Communication Center, Interaction Center, Solution Center, Contact Center oder Customer Relationship Center. Dennoch ist das Telefon immer noch das wichtigste Kontaktmedium im Service Center.^{1, 2} Zum besseren Verständnis und um Verwirrung zu vermeiden, wird im Folgenden nur noch der Begriff „Service Center“ verwendet.

Der Aufgabenbereich der Service Center ist sehr breit gefächert. Die folgende Auswahl gibt einen kurzen Überblick über die verschiedenen Tätigkeitsbereiche³: Auskunft, Helpdesk (z.B.: Hilfe bei Fehlersuche oder bei

¹ Vgl. Bruns, J. (2007), S. 188

² Vgl. Strateco (2009), S. 7

³ Vgl. Benninghoven, A., Tielsch, R. (2004), S. 24–25

Bedienungsanleitungen), Hotline (Reklamationen, Informationen zu Produkten und Dienstleistungen), Auftragsannahme, Marktforschung, Adressqualifizierung (z.B.: Überprüfen von Kundendaten oder Terminvereinbarung), qualifizierte Beratungs- und Vertriebsaufgaben (z.B. Beratung zu oder Vertrieb von Bankenprodukten und Dienstleistungen)

In der Literatur wird differenziert nach:

- „der Zuordnung zur Organisation (intern/extern bzw. Dienstleistungs-Callcenter),
- der Organisation der Kundenansprache (Inbound/Outbound),
- Größe des Callcenters und der eingesetzten Technik (Telefonie, Fax, Email, Internet, Chat, instant Messaging etc.)
- der Aufgaben (Helpdesk, Hotline, Auftragsannahme, Marktforschung, Adressqualifizierung etc.)⁴⁴.

2.2 Service Center-Typen

Interne und externe Service Center

Die meisten Service Center sind unternehmensinterne Abteilungen („Inhouse Service Center“). Nur 20%⁵ der Service Center sind „reine Dienstleister“ bzw. externe Service Center (Stand 2009⁶, 2006 waren es noch 15,8%). Bei 40,6% der Unternehmen handelt es sich um Mischformen (Stand 2006; 2004 waren es nur 33%⁷), d.h. dass z.B. unternehmensinterne Service Center auch Dienstleistungen auf einem externen Markt anbieten oder die Service Center von einem Joint Venture betrieben werden.⁸

Interne Service Center, auch Inhouse Service Center genannt, sind firmeneigene Service Center und können als in sich geschlossene Funktionseinheiten eingerichtet werden. Meist gehen sie aus bereits existierenden Serviceabteilungen des Unternehmens hervor. Großunternehmen und Konzerne gründen häufig Tochterunternehmen in Form einer eigenständigen zentralen

⁴ Sust, C. et al. (2002), S. 2

⁵ Vgl. DDV (2009), S. 2

⁶ Vgl. Call Center Forum e.v. (11.12.2009), S. 1

⁷ Vgl. DDV (2006), S. 4

⁸ Vgl. ebd., S. 3

Einheit oder, wie es heutzutage üblicher ist, in Form mehrerer dezentraler Einheiten, die unterschiedliche Aufgabenbereiche bearbeiten, verschiedene Zielgruppen ansprechen oder in denen die Aufgabenstellung spezifische Qualifikationen voraussetzt.⁹

Unabhängig davon, wie sie örtlich und rechtlich organisiert sind, erbringen diese Service Center hauptsächlich firmeneigene Dienstleistungen. Die Tochterunternehmen stehen in einer engen Beziehung zum Mutterunternehmen und dementsprechend ist das Aufgabenspektrum stark an die Interessen des Mutterkonzerns gebunden.¹⁰

Externe Service Center in Form von Dienstleister-Service Centern gelten dagegen als selbstständige Unternehmen. Sie agieren auf dem Markt der Servicedienstleistungen als Agentur und übernehmen stellvertretend für mehrere Auftraggeber Dienstleistungsfunktionen. Meistens übernehmen sie Dienstleistungsaufgaben im Bereich von Bestellaufträgen, Marketing- und Vertriebsaktionen. Weiterhin unterscheidet man zwischen leichten und schweren Servicefunktionen oder Universal- und Spezialdienstleistern.¹¹

Bei Universaldienstleistern kann man aufgrund der angebotenen Services (z.B. Auftragsannahme, Marketingaktionen, Telefonauskünften) von einer geringen Spezifität und einem hohem Standardisierungsniveau ausgehen. Für die Unternehmen lassen sich diese Aufgaben aufgrund der zu beziehenden Leistungen und der unspezifischen Daten problemlos externalisieren. Die Abhängigkeit von dem jeweiligen Dienstleister ist gering und ein Wechsel zur Konkurrenz wäre ohne hohe Kosten durchführbar, was in solchen Fällen für ein Outsourcing spricht.¹²

Sind die Dienstleistungen allerdings komplexer und spezifischer Natur, d.h. basieren sie auf produkttechnischen, kundenspezifischen Sachverhalten, die eine ganzheitliche Kundenbetreuung (Kundenprofile) voraussetzen, und sind sensible, beratungsorientierte Daten und Informationen, die eine gewisse Vertraulichkeit erfordern notwendig oder geht es um unternehmensstrategische Aufgaben, dann werden diese Dienstleistungen oft von unternehmensinternen Service Centern übernommen.

⁹ Vgl. Benninghoven, A., Tielsch, R. (2004), S. 24

¹⁰ Vgl. Hild, P., Beck, J. (2002), S. 31

¹¹ Vgl. Hild, P., Beck, J. (2002), S. 31–32

¹² Vgl. Haunschild, A., Koch, C. (1999), S. 217

Mischformen

Neben diesen Grundtypen unternehmensinterner und externer Servicecenter sind in der Praxis Mischformen der Eingliederung bzw. Ausgliederung in Unternehmen anzutreffen. Diese können folgende Formen annehmen: „Aufgabenorientiertes Outsourcing: Unternehmen nehmen Inhouse-Call Center für sensiblere Aufgaben in Anspruch und nutzen externe Dienstleister für Spezialaufgaben.

- Kapazitätsbedingtes Outsourcing: Bei Überlastung des eigenen Callcenters wird der sogenannte „Overflow“ an einen externen Dienstleister weitergeleitet.
- Zeitabhängiges Outsourcing: Zur Umgehung arbeitsrechtlicher Regulierungen werden nachts anfallende Kundenanfragen zu Call Centern westlicherer Zeitzonen (Follow-the-sun-Prinzip) durchgestellt, ohne dass der Kunde davon Notiz nimmt.¹³

Inbound-, Outbound- und Blended-Service Center

Man unterscheidet zwischen Inbound-Service Centern, bei denen der Kunde anruft, und Outbound-Service Centern, bei denen Zielpersonen (Privatpersonen und Unternehmen) angerufen werden. Wenn beide Formen vereint sind, was meistens der Fall ist, spricht man von Blended-Service Centern. Das heißt, dass die sogenannten Agenten (Service Center - Mitarbeiter) sowohl eingehende als auch ausgehende Anrufe bearbeiten.^{14, 15} Seit einigen Jahren dominiert der Inbound-Bereich den Markt, allerdings mit abnehmender Bedeutung.

2.3 Service Center Aufbauorganisation

Die typische Aufbauorganisation eines Service Centers umfasst drei Hierarchieebenen:¹⁶

- das Management
- die Teamleiter/Supervisor
- die Agenten

¹³ Ebd., S. 216

¹⁴ Vgl. Bruns, J. (2007), S. 189

¹⁵ Vgl. Bergevin, R. (2007), S. 26

¹⁶ Benninghoven, A., Tielsch, R. (2004), S. 23

Das Management übernimmt die Leitung, d.h. es ist verantwortlich für die Verfolgung der unternehmensstrategischen Ziele, die Planung, die Akquise sowie die Qualitätskontrolle des gesamten Service Centers.

Die Supervisor sind für die Steuerung der Arbeitsprozesse verantwortlich. Sie übernehmen die Teamleitung und die Personaleinsatzplanung. Sie sind ebenfalls verantwortlich für die Mitarbeitermotivation, deren Weiterqualifizierung und Leistungskontrolle. Weiterhin haben sie eine Berichterstattungsfunktion an das Management und sollen Schwachstellen im Arbeitssystem identifizieren (z.B. Schulungsbedarf für Agenten oder Notwendigkeit der Nachbesserung von Gesprächsdokumentationen). Dazu haben sie meist Zugriff auf personenbezogene und arbeitsbezogene Daten der Agenten (beispielsweise können sie diverse Protokolle einsehen oder Telefongespräche mithören). Den Agenten obliegt die eigentliche Bearbeitung der Geschäftsprozesse. Sie führen die Kundengespräche und bearbeiten die einzelnen Kundenwünsche.

Eine gängige Praxis, abhängig vom Schwierigkeitsgrad der Kundenwünsche und -anfragen ist es, zwischen First-Level und Second-Level Agenten zu unterscheiden. Standardisierbare Aufgaben werden von First-Level Agenten bearbeitet, während komplexere, erklärungsbedürftige Sachverhalte von Second-Level Agenten übernommen werden. Dort nehmen Spezialisten (z.B. Sachbearbeiter im Stammunternehmen) mit größeren Handlungs- und Dispositionsspielräumen und höheren Kompetenzen die Kundenanfragen und -wünsche entgegen. Manchmal wird eine weitere Differenzierung in Front- und Back-Office vorgenommen, wobei im Back-Office alle Aufgaben bearbeitet werden, die der Agent während eines Telefonats nicht abschließend bearbeiten kann, weil z.B. Informationen fehlen.^{17,18, 19}

2.4 Service Center Personal

Arbeitsbedingungen in Service Centern

Um sich der zentralen Rolle des Personals in einem Service Center gewahr zu werden, genügt es, einen Blick auf die Personalkosten zu werfen. Nach Müller-Hagedorn & Büchel²⁰ setzt sich die Kostenstruktur eines Service Centers

¹⁷ Vgl. Hild, P., Beck, J. (2002), S. 43–44

¹⁸ Vgl. Schmitz, E. (2000), S. 2

¹⁹ Vgl. Dieckhoff, K. et al. (2001), S. 17

²⁰ Vgl. Müller-Hagedorn, L., Büchel, D. (2000), S. 211

aus 67% Personalkosten (einschließlich Personalauswahl und Training), 14% Hardware-, Software-, Telekommunikationsgeräte-Kosten, sowie 6,6% Telekommunikationsgebühren zusammen. Die restlichen Kosten sind vor allem Aufwendungen für Büroräume und allgemeine Betriebskosten^{21, 22}.

Die Personalplanung eines Service Centers ist ein täglicher Balanceakt zwischen einem hohen Service-Level mit einer Vielzahl qualifizierter Mitarbeiter und möglichst geringen und flexiblen Personalkosten zur Sicherstellung der Wettbewerbsfähigkeit. So kann zu wenig und zu gering qualifiziertes Personal dazu führen, dass zu lange Wartezeiten entstehen und damit ein zu niedriger Service-Level und zu starke Qualitätsverluste entstehen.²³ Die Führungsspanne liegt im Durchschnitt bei 15:1.^{24, 25}

Anzahl der Beschäftigten in der Branche

Eine genaue Anzahl der Beschäftigten lässt sich aus verschiedenen Gründen – wie beispielsweise unternehmensinternen Service Centern, die nicht erfasst werden, einem sehr dynamischen Markt mit einem durchschnittlichen Branchenwachstum von 7% pro Jahr²⁶ etc. nur schlecht ermitteln. Meistens haben Service Center-Agenten auch keinen festen Arbeitsplatz sondern teilen sich diesen oft im Schichtsystem, um erweiterten Öffnungszeiten oder einem rund-um-die-Uhr Betrieb gerecht zu werden²⁷.

Aktuellen Einschätzungen des Branchenverbands Call Center Forum zufolge gab es in Deutschland 2009 bereits über 500.000 Beschäftigte in der Branche und über 6.700 Service Center.²⁸ Mehr als die Hälfte der Service Center in Deutschland bietet Arbeitsplätze für 41 bis 100 Agenten. Der Anteil der größeren Service Center, bzw. derer mit über 100 Arbeitsplätzen, ist in den letzten Jahren stetig gestiegen. Betrug ihr Anteil 2004 noch 23%, so waren es bereits zwei Jahre später 27,5%.^{29, 30}

²¹ Vgl. Bernd, R. et al.(2000), S. 424

²² Vgl. Schmidt, G. (2000), S. 56

²³ Vgl. Bruns, J. (2007), S. 193

²⁴ Vgl. Bergevin, R. (2007), S. 78

²⁵ Vgl. Scholten, J., Holtgrewe, U. (2006), S. 8

²⁶ Vgl. DDV (2006), S. 3

²⁷ Vgl. Bittner, S. et al.(2000), S. 36

²⁸ Vgl. Call Center Forum e.v. (2010), S. 1

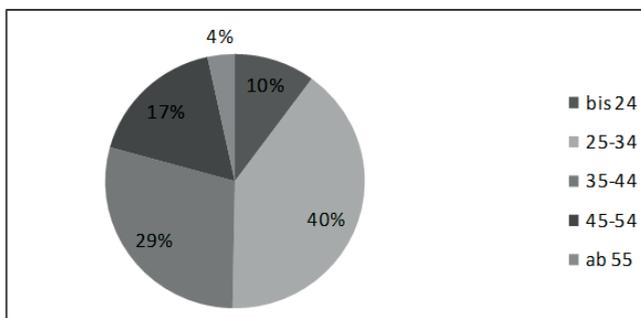
²⁹ Vgl. DDV (2006), S. 3

³⁰ Vgl. Call Center Forum e.v. (11.04.2008), S. 2; DDV (2006), S. 3

Altersstruktur und geschlechtsspezifische Verteilung

Über die Hälfte der Service Center Mitarbeiter sind noch keine 40 Jahre alt und weniger als 5% der Agenten sind über 50 Jahre (siehe Abbildung 1). Service Center gelten allgemein als ein Bereich, in dem besonders viele Frauen beschäftigt sind. Im Durchschnitt sind 65% aller in der Service Center Branche tätigen Personen Frauen.³¹

Abb. 1: Altersverteilung der Mitarbeiter in Service Centern, Angaben in Prozent (AOK 2006)³²



Qualifikationsstruktur

Die berufliche Vorbildung bei Mitarbeitern in Inhouse Service Centern besteht vor allem in einer kaufmännischen Ausbildung. Die Service Center-Tätigkeit ist auch eine gute Möglichkeit für Berufsrückkehrer und für die Wiedereingliederung von Langzeitarbeitslosen.³³

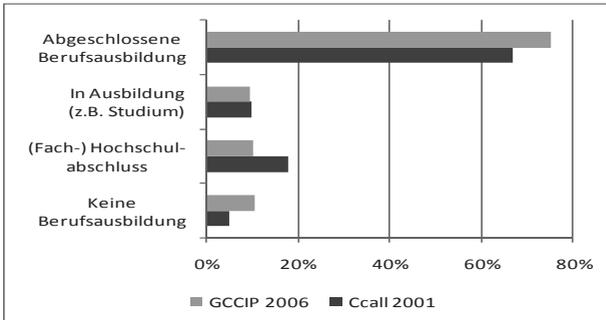
Die folgende Abbildung 2 fasst unterschiedliche Erhebungen zur Qualifikation von Service Center-Beschäftigten zusammen. Über die Hälfte der Beschäftigten kann eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen und die meisten Mitarbeiter besitzen einen Realschlussabschluss oder das Abitur.

³¹ Vgl. Schietinger, M., Schroth (2001), S. 12; Müller, A. (2006), S. 9

³² Vgl. Müller, A. (2006), S. 11

³³ Vgl. Schmitz, E. (2000), S. 3

Abb. 2: Vergleich verschiedener Erhebungen zur Vorbildung oder Qualifikation der Service Center-Beschäftigten (Angaben in %) ³⁴



Beschäftigungsverhältnisse

Häufig werden in Service Centern Teilzeitkräfte mit unterschiedlichsten Beschäftigungsgraden eingesetzt. Teilweise wird von den Agenten eine Art Bereitschaftsdienst erwartet, d.h. sie sollen ein Zeitfenster angeben, in dem sie potenziell zur Verfügung stehen und bei Bedarf ins Service Center kommen können. ³⁵

Die gängigste Beschäftigungsform ist das Vollzeitarbeitsverhältnis. Studien sehen zwischen 50 und 60 % der Mitarbeiter von Service Center in einer solchen Beschäftigungsform. Der etwas geringere Teil sind also sowohl Teilzeit- als auch geringfügige Beschäftigte, die als Puffer für Zeiten mit Auftragspitzen vorgehalten werden. ³⁶ Die Beschäftigungsdauer von Service Center-Mitarbeitern ist häufig nur kurz. Nach einer Studie der GCCIP sind 28% der Beschäftigten in Service Centern nur ein Jahr im Unternehmen, nach einer anderen Studie sind dies dagegen über 50%. ³⁷

Die Service Center-Branche seit einigen Jahren einen enormen Boom. Im Durchschnitt liegt das Branchenwachstum bei 7% im Jahr. Dies entspricht dem Drei- bis Vierfachen des durchschnittlichen BSP-Wachstums in Deutschland. ³⁸ Auch wenn die Finanzkrisen der letzten Jahre die

³⁴ Vgl. Baumart, U. et al. (2003), S. 11; Scholten, J., Holtgrewe, U. (2006), S. 15

³⁵ Vgl. Benninghoven, A., Tielsch, R. (2004), S. 28

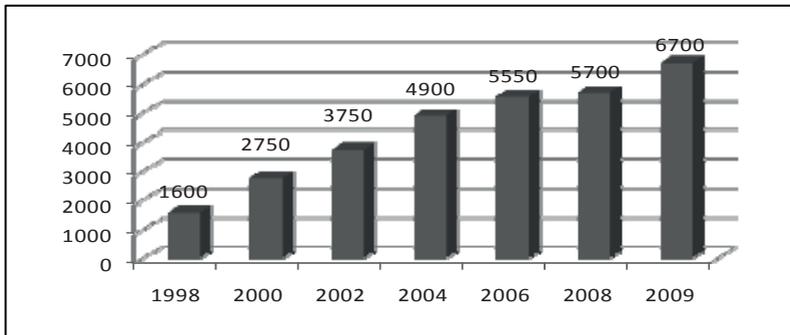
³⁶ Vgl. Baumart, U. et al. (2003), S. 13; Scholten, J., Holtgrewe, U. (2006), S. 4

³⁷ Baumart, U. et al. (2003), S. 14; Scholten, J., Holtgrewe, U. (2006), S. 18

³⁸ Vgl. DDV (2006), S. 3

Entwicklung etwas verlangsamt hat, bleiben Service Center-Betreiber optimistisch und sehen eine deutliche Erweiterung des Marktes bis 2012.³⁹

Abb. 3: Anzahl der Service Center in Deutschland^{40, 41}



Auf europäischer und globaler Ebene zeichnet sich ein ähnliches Bild ab.

So zeigt eine Studie von Holtgrewe, Holman und Batt aus dem Jahre 2007, dass die untersuchten Service Center im Durchschnitt seit 8 Jahren bestehen, was darauf hinweist, dass es sich hier um ein recht neues Phänomen in vielen Ländern handelt.⁴² Die rasante Entwicklung der Service Center Branche und die hohe Fluktuation der Agenten führt dazu, dass viele Service Center in ihrer Fortentwicklung gestoppt sind, weil sie Schwierigkeiten haben, Ersatz oder zusätzliches Personal zu finden.⁴³

Der Personalmangel hierzulande und die oft niedrigeren Betriebskosten im Ausland könnten erklären, weshalb viele Service Center-Betreiber eine Verlagerung ihrer Dienstleistungsstandorte ins Ausland in Erwägung ziehen. Laut Statistischem Bundesamt haben demzufolge rund 14% der größeren Unternehmen mit 100 und mehr Beschäftigten zwischen 2001 und 2006 ihre Aktivitäten vom Standort Deutschland ins Ausland verlagert.⁴⁴ Oft werden geografisch nahe Länder wie Polen, Tschechien oder Rumänien gewählt.

³⁹ Vgl. Strateco 2009, S. 2

⁴⁰ Quellen: Datamonitor, ProfiTel CC-Atlas (2006 Schätzung) in DDV (2006), S. 2

⁴¹ DDV (2009), S. 1–2

⁴² Holman, D. et al. (2007), S. 4

⁴³ Vgl. Grutzeck, M. (2010), S. 22

⁴⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland (2008), S. 1

Auch Istanbul ist ein wichtiger Standort, da dort „Auslandsrückkehrer“ mit den nötigen Deutschkenntnissen zur Verfügung stehen.⁴⁵

2.5 Arbeitsbedingungen

Die besonderen Anforderungen der Call Center-Branche wie Flexibilität, Erreichbarkeit, Übernahme vielseitiger Unternehmenskompetenzen, niedrige Kosten etc. spiegeln sich in den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten wider als da wären: flexible Arbeitszeiten, sekundengenaue Steuerung der Abläufe, starke Mensch-Technologie-Interaktion, hohe Arbeitsbelastungen, häufige Qualifikationsmaßnahmen, leistungsorientierte Vergütungsstrukturen etc.

Höhe und Fälligkeit des Arbeitsentgelts bei Service Center Mitarbeitern variieren enorm in Abhängigkeit von der jeweiligen Tätigkeit, dem Service Center und dem Bundesland. Weiterhin ist der Anteil an Provisionen, die die Mitarbeiter erhalten, sehr unterschiedlich.

Nach den aktuellsten Angaben des Statistischen Bundesamtes vom Oktober 2006 waren 48% der Vollzeitbeschäftigten (ohne Auszubildende) in Service Centern mit zehn und mehr Beschäftigten Niedriglohnempfänger.⁴⁶ Durch den niedrigen Lohn ist für diese Arbeitnehmer trotz voller Erwerbstätigkeit eine angemessene Existenzsicherung nicht gewährleistet. In Deutschland lag das durchschnittliche Bruttoeinkommen 2006 bei 1.800 € im Monat. Der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst der Niedriglöhner lag bei 1.460€. Für die Service Center in Deutschland lag das Durchschnittseinkommen auf exakt diesem Wert von 1.460€. Von den Niedriglöhner in der Service Center-Branche waren 53% Frauen, von ihnen waren wiederum 45% jünger als 30 Jahre.⁴⁷ Den Ergebnissen des WIBAR-Projektes (*Wageindicator Support For Trade Union Bargaining in Europe, 2006-2007*) zufolge ist der Anteil von Niedriglöhnen unter Service Center-Mitarbeitern in fünf der sieben untersuchten EU-Länder deutlich höher als im nationalen Durchschnitt.⁴⁸

⁴⁵ Vgl. Abe, N. (2009), S. 2

⁴⁶ Der Niedriglohn definiert sich als ein Arbeitsentgelt eines Vollzeitbeschäftigten, welches sich knapp oberhalb oder unterhalb der Armutsgrenze befindet.

⁴⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland (2009), S. 24

⁴⁸ Vgl. van Klaveren, M., Tjidsens, K. (2009), S. 240

2.6 Arbeitsbelastungen der Beschäftigten

Psychische Arbeitsbelastungen

„Am häufigsten betroffen von psychischen Störungen sind Beschäftigte in Dienstleistungsberufen wie Call - Center – Mitarbeiter (...)“⁴⁹. Dies spiegelt sich auch in dem höheren Krankenstand der Service Center Agenten wider. Hier liegt der Krankenstand bei 5,75%; im Vergleich dazu liegt der generelle Krankenstand in Deutschland bei durchschnittlich 4,75%.⁵⁰ Viel deutlicher wird dieser Unterschied, wirft man einen Blick auf die durch psychische Krankheit verursachten Arbeitsunfähigkeitstage: Laut Gesundheitsbericht der AOK (2006) ergeben sich je hundert Versichertenjahre eines Mitarbeiters aus der Service Center Branche 122,6 Tage von Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer depressiven Episode und 106,1 Tage von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. Hingegen zählte die Bevölkerung des Rheinlandes (2006) nur 40,5 Tage bei der depressiven Episode und 24 Tage bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. Service Center Agenten leiden demnach deutlich häufiger an psychischen Erkrankungen, Atemwegs-, Verdauungs- und Rückenerkrankungen als der Durchschnitt der AOK-Versicherten.⁵¹

Ein Gefährdungsfaktor, der sich durch den Alltag eines jeden Service Center Agenten zieht, ist der emotionale Stress. Darunter versteht sich eine Freundlichkeit auf Knopfdruck; und zwar immer dann, wenn er/sie mit einem Kunden telefoniert und unabhängig davon, wie die eigene Stimmung gerade ist. Weicht die eigene Stimmung von der gezeigten Stimmung ab, so nennt sich dies „emotionale Dissonanz“.⁵² Sehr viele der Service Center Agenten fühlen sich auch durch ihre oft sehr eintönige Arbeit unterfordert, was zu einer Depression führen kann.⁵³

Weitere Belastungen ergeben sich dadurch, dass meistens keine stabilen sozialen Beziehungen aufgebaut werden können, da der Kollegen-/Kolleginnenkreis durch die Schichtarbeit täglich wechselt. Nebenwirkungen der Schichtarbeit können Magen- und Darmerkrankungen, Schlaf-, Kreislauf-

⁴⁹ Techniker Krankenkasse (2008), S. 45

⁵⁰ Vgl. Müller, A. (2006), S. 12–13

⁵¹ Vgl. Schweizer (2009), G., S. 21

⁵² Vgl. Bittner, S. et al. (2000), S. 43

⁵³ Vgl. Müller, A. (2006), S. 45

probleme und Reizbarkeit, besonders durch Nachtschichten, sein.⁵⁴ Aufgrund der wechselnden Schichtarbeit verfügen Service Center Agenten sehr häufig nicht über einen eigenen Arbeitsplatz.⁵⁵ Ergonomisch ungeeignete Arbeitsplatzeinrichtungen tragen ebenso zu einem erhöhten Arbeitsunfähigkeitsrisiko bei, wie die Belastung der Stimme, denn die Tätigkeit eines Agenten gehört zu den Sprechberufen. „Menschen, die in Sprechberufen arbeiten, sind häufiger von Störungen der Stimmorgane betroffen als Menschen in anderen Berufen“.⁵⁶

Zu etwas anderen Ergebnissen kommt dagegen Busch: Ältere Mitarbeiter (> 50) im Service Center weisen höhere soziale Kompetenz, weniger psychosomatische Beschwerden und Burnout-Symptome als jüngere Mitarbeiter auf. Sie können besser Unterstützungen annehmen und geben. Insbesondere jüngere Beschäftigte sind einem starken Stress- und Burnout-Risiko ausgesetzt. Weiter erleben Frauen ihre Aufgaben als ganzheitlicher und fühlen sich weniger überfordert als Männer. Zudem können Beschäftigte mit höherem Bildungsabschluss mit den Anforderungen im Service Center besser umgehen als solche mit geringerer Qualifikation.⁵⁷

Ein wichtiger Indikator der Arbeitnehmerzufriedenheit ist die Fluktuationsquote. In etablierten Industrieunternehmen liegt die Quote zumeist unter 5%. In der Dienstleistungsbranche steigt sie auf 13-19%.⁵⁸ Eine 2009 von der Fachzeitschrift *Teletalk* und der Personalberatungsgesellschaft *TGMC* aus Hamburg veröffentlichte Umfrage spricht von einer Gesamtluktuation von 10,4% und von einer Frühfluktuation in den ersten drei Monaten nach Beschäftigungsbeginn von 12,3%. Mit der Größe des Service Center-Betriebes nimmt der Krankenstand und die Fluktuation unter den Mitarbeitern zu; Mitarbeiter im Outbound haben überraschenderweise einen niedrigeren Krankenstand.⁵⁹

Motivation

Arbeitszeiten der Service Center Agenten werden meist flexibel und zeitnah mit drei bis vier Tagen oder bis zu zwei Wochen Vorlauf geplant. In größeren

⁵⁴ Vgl. Bittner, S. et al. (2000), S. 59

⁵⁵ Vgl. ebd., S. 58

⁵⁶ Sportelli, A. (2002), S. 23

⁵⁷ Vgl. Busch, C. (2004), S. 18–19

⁵⁸ Vgl. Herforth, C. (2009), S. 1

⁵⁹ Vgl. *Teletalk*, TGMC 2009, S. 2

Strukturen mit Arbeitnehmervertretungen sind geregelte Arbeitszeiten häufiger anzutreffen. Die klassische Personaleinsatzplanung, vor allem bei langen Servicezeiten, sprich „Öffnungszeiten“ bis zu 24 Stunden an 7 Tagen die Woche, gestaltet sich für die Service Center-Agenten im Schichtarbeitssystem.⁶⁰

Aus dem WIBRAR-Projekt geht hervor, dass der Erfassungsgrad der Service Center-Beschäftigten in Kollektivverhandlungen der niedrigste von allen Wirtschaftszweigen in Belgien, Dänemark, Deutschland und den Niederlanden ist. Für die übrigen fünf der untersuchten Länder (Finnland, Ungarn, Polen, Spanien und das Vereinigte Königreich) ist er ebenfalls sehr niedrig.⁶¹

In den vom GCCIP-Projekt (2006) untersuchten Service Centern gaben lediglich 25,7% der Unternehmen an, einen Tarifvertrag zu haben. Unterscheidet man zwischen den unterschiedlichen Servicecenter-Typen, dann fällt die ungleiche Verteilung von Tarifverträgen auf. Bei outgesourceten Tochterunternehmen und freien Dienstleistern sind Tarifverträge wesentlich seltener als in Inhouse-Servicecentern.⁶² Dagegen sind Betriebsräte weiter verbreitet. Immerhin 45% der befragten Service Center geben an, einen Betriebsrat zu haben. Davon sind Inhouse-Service Center mit 82% am häufigsten vertreten, während freie Dienstleister und kleinere Unternehmen die am seltensten repräsentierten Gruppen waren.⁶³

In Servicecentern mit Branchen-Tarifverträgen werden überdurchschnittlich oft Skripte, also Textvorgaben für die Telefonate, eingesetzt (61,9%). In Servicecentern mit Betriebsrat werden dagegen wesentlich häufiger Zielgrößen vorgegeben (84,1%) als in Servicecentern ohne Betriebsrat (48,1%).⁶⁴ Innerhalb der europäischen Länder fand das GCCIP-Projekt heraus, dass (mit Ausnahme von Polen) 62% der Service Center über Tarifabkommen oder kollektive Verhandlungen mit Betriebsräten und 77% über eine andere Form von kollektiver Interessenvertretung verfügt.⁶⁵ Tarifverhandlungen und kollektive Interessenvertretungen sind wesentlich seltener bei externen Dienstleistern als bei Inhouse-Service Centern. Gewerkschaften werden lediglich bei 41% der Tarifverhandlungen von Inhouse-Service Centern und bei 29%

⁶⁰ Vgl. Schmitz, E. (2000), S. 2, Benninghoven, A., Tielsch, R. (2004), S. 28

⁶¹ Vgl. van Klaveren, M., Tijdens, K. (2009), S. 241

⁶² Vgl. Scholten, J., Holtgrewe, U. (2006), S. 29

⁶³ Vgl. ebd.

⁶⁴ Vgl. ebd., S. 30

⁶⁵ Vgl. Holman, D. et al. (2007), S. 21

der Tarifverhandlungen externer Dienstleister mit einbezogen. Diese Verteilung beruht auf der Tatsache, dass Inhouse-Service Center meist in traditionellen und etablierten Branchen wie dem Bankenwesen oder der Telekommunikation auftreten und daher von den bereits existierenden Strukturen profitieren.⁶⁶

Anforderungen an Service Center-Agenten

In der Literatur finden sich verschiedene Kompetenzen, die von Service Center Agenten erwartet werden. Folgende Tabelle fasst die am häufigsten Genannten zusammen.

Tab. 1: Qualifikationsanforderungen an Service Center Agenten⁶⁷

Anforderungen an Agenten	
<ul style="list-style-type: none"> - Vertriebsorientierung (Einhalten von Akquisitions- und Umsatzzielen) - Kundenorientierung - Service-/Dienstleistungsorientierung - Produktkompetenz - Telefonstimme - Guter sprachliche Ausdrucksfähigkeit, unter anderem dialektfreie Sprache (außer im Vertrieb regionaler Produkte) 	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikationsfähigkeit - Soziale Kontaktfähigkeit - Arbeitsmotivation - Belastbarkeit/Ausdauer - Stressresistenz/hohe Belastbarkeit - Lernfähigkeit - PC-Grundkenntnisse (Textverarbeitung, Datenbank, Tabellenkalkulation) - Führungskompetenz

Zusätzlich zu den Basis-Qualifikationsanforderungen können ein qualifizierter Berufs- oder Studienabschluss in der entsprechenden Branche oder vergleichbare Berufserfahrung oder Fremdsprachenkenntnisse erwartet werden.⁶⁸

⁶⁶ Vgl. ebd., S. 29

⁶⁷ Vgl. Schmitz, E. (2000), S. 4, Benninghoven, A., Tielsch, R. (2004), S. 26–27, Hild, P., Beck, J. (2002), S. 56

⁶⁸ Vgl. Benninghoven, A., Tielsch, R. (2004), S. 27

Qualifizierungsangebote

Qualifizierungsangebote sind auf zwei Ebenen zu betrachten: die des Service Centers und die der öffentlichen und privaten Institutionen.

Bei den von Service Centern angebotenen Qualifizierungen ist grundsätzlich zwischen initialen und zusätzlichen Qualifizierungen zu unterscheiden. Als Form initialer Ausbildung der Beschäftigten im Service Center findet man:⁶⁹

- Interne Schulungen (seltener externe)
- Patensysteme (erfahrenere Beschäftigte kümmern sich um Anfänger)
- Einarbeitung „on-the-job“ (lernen am Arbeitsplatz, in realen Situationen)
- Coaching durch Vorgesetzte
- Rollenspiele (z. B. Simulation von Gesprächsverläufen) und anderes mehr.

Für die initiale Qualifizierung von neu eingestelltem Service Center-Personal werden durchschnittlich ca. 3 Wochen aufgewendet. Ein Status in dem ein Mitarbeiter kompetent und selbstständig arbeiten kann, wird nach Einschätzungen der Manager nach durchschnittlich 11,5 Wochen erreicht⁷⁰

Abgesehen von den oft Service Center spezifischen Qualifizierungen gibt es eine Reihe an Ausbildungen. So bieten zahlreiche Service Center-Akademien und verschiedene IHKs Ausbildungsangebote, die den besonderen Bedürfnissen der Service Center entsprechen. Einige Beispiele dafür sind die seit 1996 angebotenen Zertifikatsqualifizierung zum „Call Center Agent (IHK)“ und „Call Center Teamleiter (IHK)“. Seit 2006 existieren die Ausbildungsberufe zur „Servicefachkraft für Dialogmarketing“ und zum/zur „Kaufmann/-frau für Dialogmarketing“. Diese beiden Berufsausbildungen haben sich auch seitdem gut etabliert und verzeichnen für das Jahr 2008 mehr als 4.300 Auszubildende in den Berufsausbildungen „Servicefachkraft für Dialogmarketing“ (zweijährige Dauer) und „Kaufmann/-frau für Dialogmarketing“ (dreijährige Dauer).⁷¹

⁶⁹ Vgl. Baumgartner, M. (2004), S. 12–13

⁷⁰ Vgl. Holman, D. et al. (2007), S. 14

⁷¹ Vgl. DDV (2009), S. 3

2.7 Spezifische Standortbedingungen

Wenn man bedenkt, dass die Investitionskosten eines kleinen Inhouse-Service Centers mit 10 Arbeitsplätzen (ohne Investitionen für Software) durchschnittlich lediglich 70.000 € betragen, versteht man, dass die Service Center hoch mobil sind und darum der bei Auswahl des Standortes große Freiheitsgrade haben.⁷² Bei den Standortfaktoren spielen regionale und förderpolitische Aspekte eine wesentliche Rolle: Ein Zusammenhang zwischen Unternehmensstrategie und spezifischer regionaler Beschäftigungs- und Standortpolitiken sowie der Kooperationsbereitschaft politischer Entscheider (z.B. eine günstige Arbeitsregulation für erweiterte Öffnungszeiten) liegt recht nahe.⁷³ „Als Standortfaktor werden alle diejenigen Faktoren bezeichnet, die für eine Standortwahl relevant sind.“⁷⁴

Standortfaktoren werden in drei Kategorien unterteilt:

- **Harte Standortfaktoren:**

Hiermit sind im weitesten Sinne „Elemente der materiellen und personellen Infrastruktur an einem Standort“⁷⁵, konkret vor allem die Verkehrsanbindungen, quantifizierbare Merkmale, wie Bodenpreise, Nutzflächenangebot, Verfügbarkeit von Arbeitskräften und Gemeinschaftseinrichtungen, gemeint.

- **Weiche unternehmensbezogene Standortfaktoren:**

Sind Standortfaktoren, die sich unmittelbar auf Unternehmens- und Betriebstätigkeit auswirken wie z.B. das Verhalten der öffentlichen Verwaltung/politischer Entscheidungsträger, die Arbeitnehmermentalität oder das Wirtschaftsklima. Aber auch das Image einer Stadt oder einer Region gehören dazu.

- **Weiche personenbezogene Standortfaktoren:**

Als solche werden persönliche Präferenzen der Entscheider und der Beschäftigten bezeichnet. Beide basieren auf subjektiven Einschätzungen

⁷² Vgl. Bruns, J. (2007), S. 195

⁷³ Vgl. Hild, P., Beck, J. (2002), S. 26–27

⁷⁴ Vgl. Lange, N. de (1989), S. 38

⁷⁵ Vgl. Paff, C. (2002), S. 27

über die Lebens- und Arbeitsbedingungen am Standort. Die Ansichten von Arbeitnehmern (z.B. über Landschafts- und Stadtqualität, Wohnsituation, Bildungsmöglichkeiten und das Kulturangebot) können in die Standortüberlegungen eingehen, wenn sich Unternehmer in ihrem Standortwahlverhalten daran ausrichten.⁷⁶

Doch weiche und harte Standortfaktoren müssen sich nicht widersprechen, sondern sind eher komplementär und decken zusammen das gesamte Spektrum relevanter Größen für die Standortentscheidung ab.⁷⁷

2.8 Marktbedingungen

2.8.1 Mitarbeiter

Die ständige Verfügbarkeit von potenziellem Personal wird oft als wichtigster Faktor zur Ansiedlung von Service Centern angesehen. Um einen 24-Stundenservice über sieben Tage in der Woche anbieten zu können, sind flexible Arbeitszeitmodelle und flexible Mitarbeiter unabdingbar. Auch wenn die Mehrzahl der Beschäftigten auf Vollzeitbasis eingesetzt wird, finden sich immer noch sehr viele Teilzeitkräfte im Service Center. So werden universitäts- und fachhochschulnahe Standorte bevorzugt. Die besonders ausgeprägte Flexibilität von Studenten ist für ein Service Center wichtig, etwa um Auslastungsspitzen auffangen zu können.⁷⁸

Service Center bieten außerdem eine Chance für Menschen, die ins Berufsleben wiedereinsteigen möchten, etwa Langzeitarbeitslose. Auch auf Frauen können diese Tätigkeiten mit ihrer hohen Gestaltungsfreiheit (Teilzeit) attraktiv wirken, etwa wenn sie eine Möglichkeit suchen, Beruf und Familie in Einklang zu bringen.

Eines der Hauptargumente der Wirtschaftsförderungsgesellschaft für die Bundesrepublik (*Germany Trade & Invest* (GTAI)) zur Ansiedlung von Firmen in Deutschland, beruht auf den Fremdsprachkenntnissen der Deutschen. So sprechen laut GTAI 67% der Deutschen mindestens eine Fremdsprache und 59% der Bevölkerung beherrschen die englische Sprache.⁷⁹

⁷⁶ Vgl. ebd., S. 27

⁷⁷ Vgl. Grabow, B. et al. (1995), S. 63f

⁷⁸ Vgl. Dieckhoff, K. et al. (2001), S. 31

⁷⁹ Vgl. Germany Trade & Invest (15.10.2009), S. 2

Generell kann behauptet werden, dass Service Center sich an sprachliche und kulturelle Barrieren halten, d.h. für die meisten internationalen Anbieter sind historische und sprachliche Faktoren bei der Auswahl ihres Standortes relevant: z.B. Frankreich und Marokko oder Spanien und Lateinamerika.⁸⁰ Abgesehen von den Vorteilen einer Fremdsprache ist auch die akzentfreie Beherrschung der Muttersprache von Bedeutung.

2.8.2 Infrastrukturen

Büroflächenangebot und seine Kosten

Ein in die Auswahl des Standortes einfließender Faktor ist das ausreichende Angebot an geeigneten Büroflächen und möglichst geringe Kosten für diese. Die Ansiedlung von Service Centern ist in alten Gewerbehallen genauso möglich, wie in modernen Bürogebäuden. Hier werden funktionale Bürobauten bevorzugt, die optimale Voraussetzungen für eine entsprechende Telekommunikations- und IT-Verkabelung bieten (z.B. eine spezielle Kabelführung) und der Organisationsform (Gruppenarbeit in Großraumbüros) gewachsen sind. Generell finden sich geeignete Büroräume fast überall. Ausschlaggebend ist dann lediglich der Preis, der in Großstädten wesentlich höher liegt als im ländlichen Raum. Dennoch bieten Großstädte bessere Möglichkeiten, ausgewogene Raumkosten mit qualitativen Standortfaktoren wie Personalverfügbarkeit und Qualifikation sowie dem Anschluss an den öffentlichen Personennahverkehr zu verbinden.⁸¹

Telekommunikationsinfrastruktur

Eine internationale Studie (GCCIP, 2006) ergab, dass die meisten Service Center sich einer einfachen technischen Ausstattung, wie Telefon, Fax und Email, bedienen. Dabei waren keine großen Unterschiede zwischen den untersuchten Ländern zu erkennen.⁸² Allgemein lässt sich sagen, dass durch die aktuell fast nahtlose Vernetzung in Sachen Telekommunikation, Service Center ihren Standort quasi frei entscheiden können. Zu beachten wäre lediglich eine verlässliche Stromversorgung und die Unterstützung eines schnellen Telekommunikationsanschlusses, der den anzubietenden Dienstleistungen gewachsen ist.

⁸⁰ Vgl. Holman, D. et al. (2007), S. 5

⁸¹ Vgl. Paff, C. (2002), S. 31

⁸² Vgl. Holman, D. et al. (2007), S. 9–10

2.8.3 Investitionsförderung

In der Hoffnung, mit der Ansiedlung von Service Centern die regionale Beschäftigung und ökonomische Entwicklung fördern zu können, versuchen regionale und nationale Regierungen mit verschiedenen Anreizen, potenzielle Investoren anzuwerben.

Allgemein wird zwischen der kapitalkostenorientierten Beschäftigungs- und Standortpolitik und der humankapitalorientierten Standortpolitik mit realen Hilfen (wie Rekrutierungshilfen, bewährte Weiterbildungseinrichtungen, Niederlassungsberatung, Call Center-Akademien, usw.) sowie allgemeinen sozialen Infrastrukturen unterschieden. Erstere bemüht sich, durch finanzielle Hilfen und Kostenerstattungen Investoren anzulocken. Diese existieren in Form von Investitionszuschüssen, Steuervergünstigungen, preiswerten Grundstücken, Verweisen auf niedrige regionale Lohnkosten und Sozialabgaben sowie gelockerten Regulierungen (z. B. großzügige Ausnahmeregelungen für Sonn- und Feiertagsarbeit).⁸³

Wirtschaftsförderungsmittel spielen für viele Service Center eine große Rolle und für Regionen sind sie ein Mittel, sich als attraktiver Standort zu profilieren. So wurden z.B. laut der vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di im Jahr 2006 für Unternehmen der Service Center-Branche in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt Zuschüsse aus Bundesmitteln der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur“ (GRW) in Höhe von insgesamt 10,05 Millionen Euro aufgewendet.

Bei firmeneigenen unternehmensorientierten und funktional integrierten Service Centern wird der Standort weitgehend vom Stammunternehmen festgelegt. Hier spielt die regionale Standortpolitik eine geringere Rolle und kann somit die Wahl dieses Typs weniger beeinflussen. Doch wie Hild (2002) und viele andere Autoren schon zeigen, läuft Standortpolitik, die alleine auf reduzierten Kosten basiert, Gefahr, keine nachhaltige Beschäftigung zu bewirken und in erster Linie Service Center mit wenig anspruchsvollen Dienstleistungen anzuziehen. Auch lassen sich solche Service Center nicht von Schließungen und Umzügen abschrecken, da sie kein hochqualifiziertes Personal einsetzen und somit jederzeit zu attraktiveren Standorten wechseln können.⁸⁴ Service Center-Betreiber suchen vor allem staatliche Unterstützungen in Form von Schulungs- und Trainingsprogrammen (17,5%) und Arbeitsvermitt-

⁸³ Vgl. Hild, P., Beck, J. (2002), S. 27 und 69

⁸⁴ Vgl. Hild, P., Beck, J. (2002), S. 72

lungsmaßnahmen (16,2%). Nur 8,7% der Servicecenter nutzen die Hilfe regionaler Wirtschaftsförderung. Unterstützung bei der Grundstücksuche (3,2%), Steuervorteile (2,6%) und öffentliche Darlehen und Zuschüsse (2,2%) werden am seltensten in Anspruch genommen.⁸⁵ Daneben spielt besonders die Arbeitsvermittlung eine wichtige Rolle. Als Hauptvorteil des jeweils gewählten Standortes wird ebenfalls am häufigsten die Verfügbarkeit qualifizierter Agenten angeführt.

3 Theoretische Herleitung des Projekts

3.1 Strategisches Management in Service Centern

Das strategische Management beschäftigt sich mit der Entwicklung, Planung, und Umsetzung inhaltlicher Ziele und der Ausrichtungen von Organisationen. Die betrachtete Zeitspanne erstreckt sich in der Regel auf 2-5 Jahre in die Zukunft. Als wesentliches Ziel gilt es, langfristige Unternehmensentwicklungen festzulegen und Zukunftserfolge sicherzustellen. Im strategischen Management werden vor allem zwei Ansätze diskutiert, die auch für die nachfolgende Untersuchung ausgewählt wurden: der marktorientierte (*Market based view* – MBV) und der ressourcenorientierte (*Ressource based view* – RBV) Ansatz⁸⁶:

Der marktorientierte Ansatz oder *Market based view* (MBV) wurde hauptsächlich von Porter geprägt und basiert auf dem häufig von Wissenschaftlern herangezogenen “structure-conduct-performance“-Modell. Demnach wird der Unternehmenserfolg (Performance) resultierend aus spezifischen Wettbewerbsvorteilen maßgeblich durch die Branchenstruktur und das strategische Verhalten beeinflusst.

So ergeben sich Erfolgsfaktoren von außerhalb des Unternehmens aus den Anforderungen des Marktes bzw. der Umwelt an das Unternehmen (**Outside-in-Perspective**). Dabei wirken, laut Porter, fünf Wettbewerbskräfte (*five forces*), die den Erfolg von Strategien beeinflussen.⁸⁷

⁸⁵ Vgl. Scholten, J., Holtgrewe, U. (2006), S. 33

⁸⁶ Vgl. Grant, R. M. (1991), S.115

⁸⁷ Porter, M. E. (1980), S. 3ff.

- gegenwärtige Konkurrenten innerhalb einer Branche,
- Höhe der Markteintrittsbarrieren (Gefahr neuer Konkurrenten),
- Substitutionsprodukte,
- Lieferantenmacht,
- Kundenmacht.

So zielt die Grundstrategie der *Marktorientierung* auf die Verbesserung der Marktstellung gegenüber Mitbewerbern durch Kostenführerschaft und Kostenwettbewerb. Denn schafft es ein Unternehmen nicht, sich gegen diese Kräfte durchzusetzen, dann ist es zum Marktaustritt gezwungen. Der Erfolg eines Unternehmens wird somit primär in externen Marktbedingungen gesehen und hängt von der Branchenattraktivität und der relativen Position des Unternehmens in dieser Branche ab, die vor allem durch Kostenstrategien erreicht werden. Kostenwettbewerb zielt daher ab auf eine Reduzierung der Kosten durch Optimierung und Standardisierung des Bearbeitungsprozesses, durch Flexibilisierung der Belegschaft und u.U. rigorose Reduzierung der Arbeitskräfte (z.B. durch *Downsizing*) sowie durch die Auslagerung von Betriebsfunktionen und Geschäftsfeldern, die nicht dem Kerngeschäft angehören (Outsourcing).⁸⁸

Im Gegensatz zum Market based view konzentriert sich der Resource based view auf die (internen) Kernkompetenzen, namentlich die Stärken und Schwächen eines Unternehmens. In diesem Konzept sind die internen Ressourcen ausschlaggebend für den Erfolg und bestimmen die Strategiewahl.⁸⁹ Das heißt, dass aus einer **Inside-out-Perspektive** die Stärken des Unternehmens analysiert werden. Anhand dieser soll das Unternehmen dann am Markt bestehen. Demnach ist die Qualität der Ressourcen für den dauerhaften/nachhaltigen Erfolg des Unternehmens verantwortlich. Es wird unterschieden in:

Tangible (greifbare oder physische) **Ressourcen**: Das sind materielle Vermögensgegenstände, die in den Aktivposten der Bilanz erfasst sind, wie z.B. Rohmaterial, Ausstattung und insbesondere Finanzkapital. Diese Ressourcen sind von Wettbewerbern relativ einfach zu imitieren und zu substituieren. Aus diesem Grund lassen sich daraus nur schwer langfristige Wettbewerbsvorteile generieren.⁹⁰

⁸⁸ Vgl. Bea, F. X., Haas, J. (2001), S. 24ff

⁸⁹ Vgl. Grant, R. M. (1991), S.116

⁹⁰ Vgl. Grant, R. M. (1991), S. 123 ff.

Intangible (nicht greifbare) Ressourcen: Das sind immaterielle Vermögensgegenstände, wie z.B. das Image, einzigartige Geschäftsbeziehungen, Unternehmenskultur, das Technologie-Know-How, die Reputation oder die Führungsqualität, die nur schwer zu quantifizieren sind und i.d.R. nicht bilanziert werden. Diese lassen sich durch den Wettbewerb nur schwer imitieren und können daher eher einen langfristigen Wettbewerbsvorteil hervorrufen.

Human-Ressourcen: Hier ist das Humankapital des Unternehmens gemeint. Es umfasst Know-How, Training, die Fähigkeiten, die Erfahrungen sowie die Motivation der Mitarbeiter.

Ressourcen sind nicht von sich aus strategisch erfolgreich, sondern sie bedürfen des richtigen Einsatzes bzw. der Fähigkeit des Unternehmens durch die geeigneten Kombinationen mehrerer Ressourcen spezifische Kernkompetenzen auszubilden. Der Wert einer Kernkompetenz im Qualitätswettbewerb bemisst sich danach, wie knapp, einzigartig und schwierig sie zu erzeugen, wie schwierig sie durch Mitbewerber zu imitieren oder letztlich durch andere Fähigkeiten substituierbar ist.

So betont der RBV-Ansatz im Allgemeinen die Eigenschaften und Fähigkeiten der Manager als wichtigste Ressource des Unternehmens. Sie sind nämlich diejenigen, die profitable Chancen am Markt identifizieren, ausschöpfen und entwickeln sollen. Ihre Aufgabe ist es, Strategien zu entwickeln, die Wettbewerbsvorteile generieren und somit die Gewinne erhöhen.⁹¹

Im Qualitätswettbewerb ist die Identifikation der erfolgskritischen Ressourcen und Kernkompetenzen sowie ihre Kultivierung und Nutzung eine entscheidende Voraussetzung für Wettbewerbserfolg.

Eine marktorientierte Strategie, die auf Kostenwettbewerb setzt, und eine ressourcenorientierte Strategie, die sich über den Qualitätswettbewerb behauptet, müssen nicht gegensätzlich sein, sondern können und werden sich in der Realität oft auch überlappen. Denn strategische Erfolge lassen sich am Markt nur dann erzielen, wenn Ressourcen den Anforderungen der Kunden entsprechen. Auch findet mit einer starken Konzentration auf die internen Ressourcen nur eine sachliche und zeitliche Vorverlagerung des Wettbewerbsgedanken statt. Man findet also wenig reine Ausprägungen, sondern viele Mischformen.

⁹¹ Vgl. Lockett (2005), S.85

In der Service Center Landschaft wird man also eher von Kosten- bzw. Qualitätsorientierung sprechen. In der speziellen Fachliteratur für diese Branche findet man bei Hild und Beck (2002) in Bezug auf Wege zur Qualitätsführerschaft und Wege zur Kostenführerschaft die Begrifflichkeiten der High Road und der Low Road of Innovation.⁹²In diesem Zusammenhang wurden Indikatoren zur Bestimmung der Wettbewerbsstrategie von Service Centern erarbeitet. Beim Vorliegen eines Indikators in einem Service Center kann auf die vorherrschende Wettbewerbsstrategie geschlossen werden. In Anlehnung an Beck und Hild wurden die nachfolgenden Indikatoren ausgewählt und operationalisiert:⁹³

⁹² Vgl. Hild, P., Beck, J. (2002), S.18

⁹³ Vgl. Hild, P., Beck, J. (2002), S.28

Tab. 2: High Road und Low Road Indikatoren von Service Centern⁹⁴

Indikator	Low Road	High Road
Fragmentierung ⁹⁵	enger Aufgabenzuschnitt	Job-Enrichement, Job-Enlargement
PE und Training	Sichtweise auf Qualifikation als Kosten	Sichtweise auf Qualifikation als Investition
Partizipation der Mitarbeiter	geringes Maß an Partizipation	Delegation, Verantwortung übertragen
Qualifikation	tendenzielle Dequalifizierung	Qualifikationserhalt
Rekrutierung	angelernete Kräfte, geringe Anforderungen	erfahrene Fachkräfte, hohe Eintrittsvoraussetzungen
Personalleasing	viele Zeitarbeitskräfte	wenige Zeitarbeitskräfte
Arbeitszufriedenheit	hohe Belastung, hohe Fluktuation	geringe Fluktuation, Maßnahmen zur Steigerung der Mitarbeitermotivation
Hierarchien	ausgeprägte Hierarchien	flache Hierarchien
Organisation der Arbeit	bürokratische Arbeitsstrukturen	Kompetenzorientierte Arbeitsstrukturen
Arbeitsplatzsicherheit	Kurzzeitverträge, hire & fire	langjährige Beschäftigung von Arbeitnehmern
Dienstleistungsorientierung	geringe Spezifität der erbrachten Leistung	hohe Spezifität nahe den Kernkompetenzen
Kundennutzen	Massenabfertigung, Verkaufserfolge als Erfolgsmaßstab	Problemlösung, Kundenzufriedenheit als Erfolgsmaßstab

⁹⁴ Vgl. Hild, P., Beck, J. (2002) S.28

⁹⁵ Fragmentierung: Stückelung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten

Die Qualitäten der tatsächlich in den vier verschiedenen europäischen Regionen untersuchten Service Center bzw. deren strategische Ausrichtung in einem offenen, zugänglichen europäischen Markt wurde mit Hilfe des in Teil 3 vorgestellten Erhebungsinstruments untersucht.

Es besteht die Annahme dass High Road bzw. Low Road Service Center sich die Standorte aussuchen, an denen die zum strategischen Modell passenden Arbeitsbedingungen vorzufinden sind. In unserem Modell werden Standortbedingungen lediglich als intervenierende – also vermittelnde Variablen – betrachtet, die ausgehend von der Entscheidung für ein Geschäftsmodell die Arbeitsbedingungen noch partiell beeinflussen, aber nicht mehr grundlegend determinieren.

Tab. 3: Untersuchungsmodell

Unabhängige Variable		Intervenierende Variable	Abhängige Variable
Geschäftsmodelle	<ul style="list-style-type: none"> ➡ High Road ➡ Low Road 	➡ Standortbedingungen	➡ Arbeitsbedingungen
<ul style="list-style-type: none"> - Intern/Extern - Mischformen • Aufgabenorientiertes Outsourcing • Kapazitätsbedingtes Outsourcing • Zeitabhängiges Outsourcing - Inbound/ Outbound/ Blended Service Center 		<ul style="list-style-type: none"> - Gesetzlicher Rahmen - Marktbedingungen • Mitarbeiter • Infrastruktur • Investitionsförderung • Markt- u. Kundennähe 	<ul style="list-style-type: none"> - Vergütungsstruktur - Arbeitsbelastungen - Arbeitszufriedenheit - Arbeitszeiten - Datenschutz (Kontrolle) - Kollektive - Interessenvertretung - Qualifizierung u. Entwicklung

3.2 Untersuchungsmethode und Vorgehensweise

Um Service Center in das vorgenannte Untersuchungsmodell einordnen zu können, war ein geeignetes Messinstrument zu entwickeln. Dieses sollte es ermöglichen, allgemeine Informationen im Hinblick auf die Organisationsform wie Geschäftsmodell und Aufbauorganisation ebenso wie zu den Arbeitsbedingungen zu sammeln.

Wichtig für das Forschungsprojekt und Bestandteil der Untersuchung waren insbesondere Vergütung und arbeitszeitspezifische Konditionen etwa erweiterte Öffnungszeiten und Anzahl der Arbeitsstunden pro Periode, die im Interviewprozess ermittelt wurden. Weiterhin waren die Frequenz und die Art von Kontrollmaßnahmen und deren Einfluss auf die Beurteilung und Entlohnung der Agenten wichtige Bestandteile der Befragung. Fragen zur kollektiven Interessenvertretung und deren Einfluss auf die Arbeitsbedingungen wurden mit dem Ziel aufgenommen, Befunde aus der Literatur zu replizieren. Da die Ausbildungen im Service Center im europäischen Vergleich sehr unterschiedlich ausfallen können und es in vielen Ländern keine spezifische Service Center Berufsausbildung gibt, wurde diese nicht ausführlich erhoben.

Die Daten wurden in einer explorativen Zahl von persönlichen Interviews erhoben. Diese Form der Datenerhebung wurde gewählt, um dem Interviewer einen individuellen Einblick in die Arbeitsstrukturen vor Ort zu verschaffen und eine vertrauensvolle Beziehung zu den Interviewten aufzubauen. :

Über Netzwerke wurden Kontakte zu Leitern verschiedener Call Center hergestellt. Die Führungskräfte wurden schriftlich zu der anstehenden Befragung eingeladen und über die zu besprechenden Themen informiert. Alle Interviews konnten vor Ort in den Unternehmen mit den Geschäftsführern oder Personalverantwortlichen realisiert werden.

Zwischen August und Oktober 2010 wurden neun Service Center in vier Ländern besucht. Zur Anonymisierung werden im Ergebnisteil entweder Städte oder Regionen genannt und Pseudonyme für die jeweiligen Service Center eingesetzt:

Tab. 4: Übersicht über teilnehmende Service Center

Land	Region/Stadt	Pseudonym	Service Center Typ	Branche	Mitarbeiter	Kommunikationstyp
DE	Saarland	DA	Inhouse mit Serviceangebot an Dritte	Finanzen/Terminvereinbarung	240	--
	Rheinland-Pfalz	DB	Inhouse	IT Telekom	500	--
FR	Lothringen	FA	Externe Dienstleister	Finanzen/Industrie/After Sale/Behörden	150	Inbound (80%)
		FB	Externe Dienstleister	IT Tele./Medien/After Sale	650	In- (50%), Outbound, 25% Back Office
		FC	Inhouse SC	Finanzen	80	Inbound
		FD	Inhouse SC	Behörden	61	Inbound (100%)
RO	Bukarest	RA	Externe Dienstleister	Alle Branchen	250	--
	Timisoara	RB	Externe Dienstleister	Multisektor (Behörden/IT/Medien/After Sale...)	573	Inbound (70%)
SP	Barcelona	SA	Outsourcer	Industrie	160	Inbound

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Interviewergebnisse nach Ländern aufgeschlüsselt vorgestellt.

Deutschland (Saarland/Rheinland-Pfalz)

Service Center DA

In diesem Service Center, das Ende August 2010 befragt wurde, besteht das Aufgabengebiet zu 90% aus Terminvereinbarungen meist für Banken. Darüber hinaus gehört auch der Verkauf von Produkten zu den Aufgaben. In dem vor rund 10 Jahren gegründeten Unternehmen werden zu 70% eingehende

Anrufe bedient. Doch wie viele Service Center gewinnt die Outbound-Tätigkeit immer mehr an Bedeutung. Die Tätigkeit von DA beschränkt sich auf den nationalen Markt und zum größten Teil auf Privatkunden.

Die kontinuierliche Aus- und Fortbildung aller Agents (alle 240 Agents haben ein Zertifikat der Call Center Akademie erworben und ihre Basisausbildung erstreckte sich über einen bis zweieinhalb Monate) und die starke Einbindung des Führungspersonals in Netzwerke und Forschungsprojekte ebenso wie die Integration der Mitarbeiter (etwa mittels Teamessen und Teamtagen) könnten Gründe für eine sich seit der Gründung kaum veränderte Belegschaft sein. Mit einem überdurchschnittlich hohen Altersdurchschnitt von etwa 40 Jahren zeigt sich beim DA ein recht ungewöhnliches Bild eines Service Center. Auch bringen die Mitarbeiter für nicht verpflichtende Fortbildungsangebote teilweise ihre Freizeit ein. Die Geschlechtsverteilung entspricht mit einem Frauenanteil von 80% dem üblichen Rahmen. Überwiegend sind die Mitarbeiter als Teilzeitkräfte eingestellt.

Als Hauptkriterien für den Standort wurden die Verfügbarkeit und Qualifizierung der Arbeitskräfte, eine gute Verkehrsanbindung (Bahn, Autobahn, ÖPNV) und die geografische Nähe zu Ballungsräumen genannt. Ausschlaggebend war ebenfalls die Möglichkeit, die bezogene Immobilie nach eigenen Wünschen zu gestalten.

Eine starke und kompetente Unterstützung konnte DA von den Behörden in Form einer Arbeitskräftevermittlung durch informierte und gezielt für Service Center ausgebildete Mitarbeiter der Arbeitsagenturen und entsprechend bereitgestellte Trainingsmaßnahmen erhalten.

Service Center DB

Das Ende September 2010 befragte Service Center DB ist Teil eines internationalen tätigen Konzerns in der Telekommunikationsbranche und agiert als Inhouse Service Center, wobei in etwa 60% des Geschäftsvolumens an Subunternehmer weitergegeben werden. Man hat sich auf das Kerngeschäft konzentriert und will darum ausschließlich Second-Level Tätigkeiten betreiben. Mit 500 Agents zählt DB zu den großen Service Centern. In der aktuellen Konfiguration agiert das Unternehmen seit nunmehr 10 Jahren. Zu 90% werden Privatkunden bedient.

Im Bereich TechniksUPPORT gestaltet sich die Geschlechtsverteilung wie folgt: 5% Frauen, 95% Männer. Die Spezialabteilung der Client Retention Sparte des Services an einem angemieteten Standort hingegen zeigt eine Gleichverteilung der Geschlechter. Ein ganz anderes Bild bietet wiederum der kaufmännische Bereich an einem anderen Standort an dem 70% Frauen und

30% Männern tätig sind. Weiterhin sind 80% der Belegschaft unbefristet angestellt. Weitere 20% sind für eine Dauer von 2 Jahren auf befristeter Basis im Einsatz. Der Großteil der Agents ist zwischen 25 und 35 Jahre alt. Alle Agenten durchlaufen eine interne Basisausbildung von 4 Wochen und sind nach 4-8 Wochen einsatzbereit. Um ein hohes Qualitätsniveau zu erreichen, wird hier ganz bewusst auf Themen wie Kundenemotionsmanagement und eine exakte schriftliche Ausdrucksweise eingegangen. Zwei Leerzeichen oder ein Absatz zu viel in einer Mail werden bereits beanstandet. Ein Berufsanfänger in einer Agenten (s.o.)-Position verdient 1.600 € brutto pro Monat. Durchschnittlich verweilen die Agents vier Jahre im Unternehmen. An einen Kandidaten für eine Agent-Position werden keine besonderen Anforderungen gestellt, außer dass er eine technische Affinität besitzen sollte

Entscheidender Faktor für die Standortwahl war das Fehlen von konkurrierenden Unternehmen, weil dadurch niedrige Lohnkosten durchsetzbar waren. Weiter spielte die angebotene große Gewerbefläche und deren günstige verkehrstechnische Anbindung eine wichtige Rolle.

Frankreich

Service Center FA

Das Service Center FA ist eine Filiale eines international tätigen Konzerns, der sich seit 10 Jahren in Lothringen niedergelassen hat. Dieser Standort ist die einzige Vertretung des Konzerns in Frankreich.

Hier werden zu 80% Kundenservices, Verkauf und After Sales Services durchgeführt, die als Inbound-Calls auflaufen. Die Outbound-Tätigkeit betrifft den Verkauf von Produkten. Das Kundenportfolio besteht überwiegend aus Unternehmen der Finanzindustrie, aus dem Groß- und Einzelhandel sowie aus diversen Industrie-Branchen und der öffentlichen Behörden. Mit etwa 150 Mitarbeiterkapazitäten zählt FA zu den mittelgroßen Unternehmen. Wie in vielen international tätigen Service Centern wird hier ein 24-Stunden-Service angeboten.

Die Belegschaft von FA setzt sich zu 92% aus Frauen und zu 8% aus Männern zusammen. Die breite Rekrutierungspolitik des Unternehmens bietet ebenfalls älteren Arbeitnehmer eine Chance: So beträgt der Anteil der Agents, die 50 Jahre und älter sind, 12%. Dieser hohe Anteil könnte auch auf die Spezifität des Standortes bzw. der Region zurückzuführen sein, die jahrelange durch hohe Arbeitslosenzahlen und eine schleppende Restrukturierung weg von der Stahl- und Kohleindustrie gekennzeichnet war. Die Anforderungen im Einstellungsprozess, entweder ein 2-jähriges Studium bzw. eine

abgeschlossene Ausbildung, gute Aussprache, Rechtschreibung und Grammatikkenntnisse sowie Teamgeist, sind vergleichsweise niedrig angesetzt. Dies hat zur Konsequenz, dass FA sich sehr stark auf interne Schulungsmaßnahmen stützen muss. Hier spielt die starke Unterstützung des Staates in Form von öffentlichen Darlehen und diversen Zuschüssen eine große, wenn auch nicht entscheidende, Rolle.

Dass seit Gründung des Service Centers noch nie Streiks stattgefunden haben (trotz einer Präsenz von Gewerkschaft und Betriebsrat) zeugt von einem gewissen Engagement seitens des Unternehmens für die Beschäftigten. Zu nennen sind die Bemühungen zur individuellen Qualifizierung der Agents durch eine der IHK-Fortbildung äquivalente Bildungsmaßnahme sowie eine Betriebszugehörigkeit von meist mehr als 5 Jahren.

Dennoch führt das nachlassende Engagement seitens der staatlichen Arbeitsagenturen und ein sich erschöpfender Arbeitsmarkt dazu, dass die Erweiterung des aktuellen Standorts bzw. die Einrichtung eines neuen Standorts in Lothringen nicht möglich war und ein Standort außerhalb der Region gesucht werden musste.

Entscheidender Faktor für den Standort Lothringen war die günstige Verkehrsverbindung zur Konzernzentrale in Frankreich und die Nähe zu internationalen Kunden in Deutschland und Luxemburg.

Service Center FB

In dem im September 2010 befragten Service Center handelt es sich um einen externen Dienstleister, der einem international tätigen Konzern angehört und hauptsächlich für Kunden der Telekommunikations- und der Medienbranche agiert. Dieses Center gibt es bereits seit etwa 10 Jahren. Es werden zu 50% Inbound-, zu 25% Outbound-Calls und zu weiteren 25% Back-Office Aufträge erledigt. Weiterhin wird ausschließlich der französische Privatkundenmarkt bedient.

Das Service Center FB zählt 650 Agents (für 325 Seats). Eine Mehrzahl der Beschäftigten (70%) ist unbefristet beschäftigt. Auch sind 50% der Belegschaft als Vollzeitkräfte tätig, davon 80% Männer. Die Mitarbeiter werden nach der Einstellung vier Wochen ausgebildet und verbringen vier weitere Wochen im Mentoring-System. Danach wird ihnen ein unbefristeter Vertrag angeboten. Die Frühfluktuation in den ersten 6 Monaten ist mit 20-30% sehr hoch. Die Fortbildungsmaßnahmen beziehen sich zum größten Teil auf Produkt- und Dienstleistungsneuigkeiten. Erfolgreiche Agents können innerhalb von 2-3 Jahre in eine Führungsposition aufsteigen (90% des Führungersonals waren im Unternehmen bereits Agents). Weiterhin werden

von der Unternehmensgruppe Qualifizierungen speziell für den Führungsnachwuchs angeboten.

Das wesentliche Standortkriterium, das für Lothringen gesprochen hat, waren die leicht verfügbaren Arbeitskräfte und die große Unterstützungsbereitschaft der lokalen Behörden, um einen großen Anbieter in dieser strukturschwachen Region anzusiedeln.

Service Center FC

Das Unternehmen FC, das Anfang August 2010 befragt wurde, ist eine Tochtergesellschaft eines international agierenden Finanzkonzerns. Die Tochtergesellschaft hat sich nach einer Neuausrichtung der Geschäftspraxis in 2007, von einer zuvor innerstädtischen Geschäftspräsenz auf eine direkte Kreditvergabe über Telefon und Internet spezialisiert. Das 2007 gegründete Service Center widmet sich hauptsächlich der Anrufannahme und agiert ausschließlich auf dem französischen Markt mit Privatkunden. Das Unternehmen, das mehrere Service Center betreibt, hat jedem Service Center spezifische Aufgaben übertragen (z.B. eine Anfrage über das Internet wird eher ein Service Center in Paris übernehmen, während eine eventuelle Kündigung eher nach Lille oder Bordeaux geroutet wird). An diesem Standort werden ausschließlich Kreditanfragen bearbeitet.

Auf diesem konkurrenzstarken Markt verfolgt das Unternehmen verschiedene Strategien: Einerseits wird eine starke Markenidentifikation angestrebt und andererseits spielt Kundenbindung eine wichtige Rolle. Weiterhin wird in Hinblick auf die direkte Konkurrenz durch klassische Banken auf ein spezialisiertes Serviceangebot gesetzt.

Das schwierige Kreditgeschäft infolge der Weltwirtschaftskrise 2009 führte in diesem Service Center zu hohen Personalfluktuationen, sowohl bei Kündigungen als auch bei der Rekrutierung. Um ihre Konkurrenzfähigkeit zu erhöhen, wurden die Öffnungszeiten des Service Centers erweitert und auf den Samstag ausgedehnt, da potenzielle Kunden vermehrt am Wochenende Kontakt aufnehmen und klassische Banken dann oft nicht erreichbar sind.

Es werden 80 Agents beschäftigt, davon sind etwa 70% jünger als 35 Jahre. Der Anteil von Frauen unter den Beschäftigten liegt bei 70%. Die Mitarbeiter verfügen über ein abgeschlossenes, mindestens 2-jähriges Studium oder eine abgeschlossene Berufsausbildung. Es wird keine Erfahrung im Service Center Geschäft vorausgesetzt.

Die Standortwahl ist auf Lothringen gefallen, wegen der guten Erreichbarkeit der Unternehmenszentrale in Paris und um die Präsenz des Unternehmens auf das ganze Land und mehrere Städte auszuweiten.

Service Center FD

Das Anfang August 2010 befragte Service Center ist eine Inhouse-Einrichtung, die nur Inbound-Calls behandelt. Die hochspezialisierte Tätigkeit der Rechtsauskünfte wird hier seit 1979 betrieben. Ähnliche Strukturen waren in 9 Zentren über das gesamte Land verteilt und wurden Anfang 2010 in diesem einen Service Center konzentriert. Eine eigene Rechts-Datenbank, die ständig aktualisiert wird, ermöglicht eine äußerst aktuelle und genaue Auskunft.

Im Zuge der Zentralisierung des Services und um die Personalkosten zu reduzieren, wurden die First-Level Aktivitäten in einem aufgabenorientierten Outsourcingprozess zu einem externen Dienstleister ausgelagert. Der angebotene Service ist eindeutig durch eine angestrebte Qualitätsführerschaft gekennzeichnet: Zu diesem Zweck setzt sich das Personal ausschließlich aus Hochschulabsolventen mit Berufserfahrung im juristischen Fachgebiet zusammen. Es wird dagegen von den Bewerbern keine spezifische Erfahrung im Service Center Bereich gefordert.

Die Rekrutierung erfolgt direkt durch den Service Center Manager in Abstimmung mit den Teamleitern, welche die kleine Belegschaft von etwa 60 Mitarbeitern intensiv betreuen. Die Pausen und Arbeitsweise können vom Agent sehr frei gestaltet werden. Oberste Priorität hat die Qualität der Auskunft. So wird sehr stark auf intensive und kontinuierliche fachliche Weiterbildung gesetzt. Die Unterlagen bzw. das Informationsmaterial, das für die Ausübung der Tätigkeit benötigt wird, kann bei Bedarf individuell angepasst werden. So kann es beispielsweise vorkommen, dass Bücher nur für einen Agenten angeschafft werden.

Bei FD findet sich eine für Service Center ungewöhnlich Arbeitsraumgestaltung: keine Großraumbüros, sondern Büroräume mit jeweils zwei für die Agenten festen Arbeitsplätzen. Dies zeigt die hohe Wertschätzung für den Agenten und gibt ihm mehr Freiraum in seiner Arbeitsplatzgestaltung. Gegen den in Service Centern dominierenden Trend des papierlosen Schreibtischs sind an den Arbeitsplätzen Schränke und Regale vorhanden.

Die Standortwahl bei der Zentralisierung ist auf die lange Erfahrung mit dem Standort, die Unterstützung durch lokale politische Akteure, in Form von Subventionen und Hilfen bei der Immobiliensuche, und die gute Verkehrsverbindung nach Paris, wo die Entscheidungsträger sitzen, zurückzuführen. Ein weiterer Faktor war das vorhandene, gut ausgebildete und erfahrene Personal.

Rumänien

Service Center RA

Bei dem Service Center RA, das Ende September 2010 befragt wurde, handelt es sich um einen jungen, erst 2005 gegründeten Ableger eines international agierenden Konzerns, welcher als externer Dienstleister fungiert. Die bedienten Sparten und Medien sind sehr breit gefächert und unterschiedlich: Chat, E-Mail, Foren in den unterschiedlichsten Branchen, wie Banken, Industrie, Einzelhandel oder Telekommunikation. Der Aufgabenbereich reicht von einfachen Umfragen bis zu hoch spezialisiertem internationalem technischem Support. Die Services werden in sechs Sprachen, Englisch, Französisch, Spanisch, Rumänisch, Ungarisch und Ukrainisch, angeboten. Diese hohe sprachliche Kompetenz ist auf die Rückkehrer aus rumänischen Gemeinschaften im Ausland (ungefähr 1 Million Menschen lebt jeweils in Italien und Spanien), die früh erlangten Fremdsprachkenntnisse (z.B. gibt es Französisch-Kurse bereits im Kindergarten) und die geschichtliche Entwicklung zurückzuführen (etwa die teilweise Zugehörigkeit zur österreichisch-ungarischen Monarchie).

Die große Anzahl an Mitarbeitern (550 Agenten) und der permanente Bedarf an neuem Personal führen zu einer ganz eigenen Personalpolitik, um Mitarbeiter an das Unternehmen zu binden und sich von der Konkurrenz abzugrenzen. So wird den Agents etwa angeboten, unterstützt durch RA den Autoführerschein zu erwerben. Dabei wird die Fahrtheorie in Räumen des Unternehmens unterrichtet, und RA beteiligte sich an den Kosten. Ein weiteres Projekt sind Sprachkurseangebote. Die Belegschaft besteht zu 80% aus Studenten, 70% der Mitarbeiter sind zwischen 19 und 23 Jahre alt. 60% der Agents sind Frauen. Die Erstausbildung dauert von einem Tag bis zu drei Wochen.

Die entscheidenden Faktoren für den Standort Bukarest waren vorhandene Arbeitskräfte (viele Studenten), eine sichere und städtische Umgebung und gute Nahverkehrsverbindungen. Auch spielten hier die Fremdsprachkenntnisse eine große Rolle.

Service Center RB

Bei dem Ende September 2010 befragten Service Center handelt es sich um einen externen Dienstleister, der Teil eines international tätigen Konzerns ist und sowohl national als auch EU-weit in den verschiedensten Branchen, so-

wohl für Privatkunden als auch für Unternehmen, vom Einzelhandel bis Gesundheitswesen, agiert. Ein Anteil von 70% der Tätigkeiten bezieht sich auf diverse Inbound-Aktivitäten (Kundenservice und Verkauf, Auskunft, After Sales Services, Marketing). Eine siebenjährige Präsenz auf den rumänischen Markt zeugt von nachhaltigem Engagement. Die konstante Erweiterung der Belegschaft, auf mittlerweile mehr als 550 Agents, spiegelt gut den prosperierenden rumänischen Markt wider.

Der angestrebte hohe Service- und Qualitätsstandard und der immense Konkurrenzdruck zeigt sich auch in den Anforderungen, die an die Mitarbeiter gestellt werden. Eine junge und meist hochqualifizierte Belegschaft, von denen 50% Studenten, und 90% zwischen 20-29 Jahren alt und häufig im Besitz eines Hochschulabschlusses (50%) sind, zeigen die Attraktivität der Arbeitsplätze. Meist werden die Agents als Vollzeitarbeitskräfte (70%) eingestellt. Die angestrebte Qualitätsführerschaft (auch durch ein spezialisiertes Serviceangebot) und der Wunsch, den Kunden ein personalisiertes Serviceangebot zu bieten, spiegelt sich in der Tätigkeit der Agenten wider. Den Mitarbeitern wird viel Freiheit in der Gesprächsführung und der Art und Weise, Kundenbeschwerden individuell zu behandeln, zugestanden.

Die Wahl des in der rumänischen Provinz gelegenen Standortes ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen: Faktor ist die Verfügbarkeit von qualifizierten Arbeitskräften. Diese wurde durch den Interviewpartner als sehr wichtiger Faktor eingestuft. Ein weiterer wesentlicher Faktor ist das Vorhandensein einer Universität (gute Ausbildung und oft sehr gute Fremdsprachkenntnisse). Weiterhin spielten die Lohn- und Grundstückskosten eine entscheidende Rolle. In diesem Zusammenhang waren die Aktivitäten der Behörden in Form von Steuervorteilen, Vermittlung von Arbeitskräften und einer Wirtschaftsfördergesellschaft bedeutsam. Der in Rumänien oft als Sprungbrett betrachtete Beruf des Service Center Agents und der hohe Konkurrenzdruck könnte erklären, warum es bei dem Unternehmen eine Fluktuation von etwa 20% gibt und ein Arbeitskräftemangel die Arbeitsgestaltung beeinflusst.

Spanien

Service Center SA

Bei dem im Oktober 2010 befragten Unternehmen handelt es sich um ein HR-Shared Service Center eines großen internationalen Konzerns. Nach der Jahrtausendwende wurden die HR-Aktivitäten aus Deutschland nach Spanien verlagert. Dabei wurden nicht die Mitarbeiter des Mutterkonzerns übernom-

men, sondern es wurde in einer spanischen Stadt in Zusammenarbeit mit einem großen internationalen Outsourcer das Service Center aufgebaut. Dieser Outsourcer stellte das Personal, kümmerte sich um die Immobilien-Infrastruktur und das Management des Standorts und der Leistungserbringung. Die Leistung wird im Namen des Auftraggebers und mit dessen HR-Systemen erbracht. Im gleichen Gebäude am spanischen Standort sitzt eine kleine Gruppe von Führungskräften des Auftraggebers, die in Zusammenarbeit mit dem Management des Dienstleisters die Leistungserbringung steuert.

Dieses Service Center hat eine ganz eigene Rekrutierungsstrategie: Obwohl es in Spanien gelegen ist, sind unter den dortigen Mitarbeitern Spanier in der deutlichen Minderheit. In der Regel werden junge Hochschulabsolventen ohne Berufserfahrung aus den Ländern, die betreut werden, rekrutiert. Aufgrund der Komplexität der HR-Themen und zur Sicherstellung des Vertrauens der Kunden in die Dienstleistung Muttersprachler (im Sinne der Kunden) eingesetzt. Der Anreiz für die Mitarbeiter, an den spanischen Standort zu wechseln, ist es, international arbeiten zu können und dafür außer ihrer Muttersprache lediglich Englisch für die Teammeetings und Qualifikationsmaßnahmen beherrschen zu müssen. Die Beschäftigten des Outsourcers arbeiten zu etwa 90% in Vollzeit und haben fast ausschließlich unbefristete Verträge. Die Brutto-Entgelte sind mit denen in Deutschland vergleichbar – allerdings sind die Abzüge mit 20% des Bruttoentgelts deutlich niedriger.

Eine große Herausforderung ist die Fluktuation: Die nicht-spanischen Mitarbeiter bleiben in der Regel nur etwa 2 Jahre am Standort in Spanien, um dann eine besser bezahlte und für den Hochschulabschluss adäquate Tätigkeit im Herkunftsland aufzunehmen. Die Rekrutierung von Muttersprachlern mit einer Verweilzeit von drei bis vier Jahren im Unternehmen ist wegen des hohen Wettbewerbs unter den Service Centern an diesem spanischen Standort extrem schwierig.

Die Standortentscheidung kam dadurch zustande, dass der Auftraggeber das Vorhaben - ohne Standortvorgabe - europaweit ausgeschrieben hatte. Dieser Abschnitt zur Standortentscheidung ist bei den verschiedenen Service Centern z.T. im Präsens und zum Teil in der Vergangenheitsform geschrieben, sollte einheitlich sein. Der bereits für den Konzern in einem anderen Bereich tätige Dienstleister hatte sich darauf beworben und den jetzigen Standort in Spanien vorgeschlagen. Dieser war vorteilhaft, weil von dort bereits von dem Dienstleister Leistungen für die Finanz-Funktion des Auftraggebers erbracht wurden. Der Standort hatte zu dem Zeitpunkt der Entscheidung keine Lohnkostenvorteile mehr. Heute sind dort die Entgelte sogar höher als in zumindest

einem der betreuten Kundenländer. Allerdings ist zu beachten, dass es innerhalb Spaniens ein großes Lohngefälle zwischen den Großräumen Madrid und Katalonien und dem Süden gibt. Der Entgeltunterschied kann bis zu 30% betragen. In den südlichen Service Centern sind vor allem weniger qualifizierte Lateinamerikaner tätig.

Ausschlaggebend für die Standortentscheidung war vor allem das Vorhandensein einer dem Auftraggeber bereits vertrauten Infrastruktur und die Chance, aufgrund der attraktiven Lage des Standorts, Muttersprachler aus den Kundenländern als Mitarbeiter zu gewinnen.

5 Bewertung und Fazit

Um die Variablenausprägungen zu bestimmen haben wir die Rückmeldungen der verschiedenen Service Center die High- bzw. Low-Road Strategie zugeordnet.

Tab. 5: High- und Low-Road Klassifizierung der untersuchten Service Center

High Road-	Low-Road	Standortbedingungen	Arbeitsbedingungen
DA, High Road da...		Verfügbarkeit von Arbeitskräften, gute Verkehrsanbindung, Nähe zu Ballungsräumen, starke Unterstützung der Behörden (Arbeitskräftevermittlung und Trainingsmaßnahmen)	Gute Startqualifikation, kontinuierliche Qualifikation der Agenten und des Führungspersonals (auch Möglichkeit Hochschulabschluss zu erlangen), großen Einfluss auf Zeitorganisation, externe Zertifizierung, Arbeitsunfähigkeits-Quote niedrig, wenig Kündigungen, hoher Anteil an älteren Arbeitnehmern mit langer Betriebszugehörigkeit
	DB, eher Low Road da	Präsenz von Marktmitbewerbern dadurch niedrige Löhne, gelockerte Arbeitszeitregulierung, Verkehrsanbindung, Nähe zu Ballungsräumen	Keine Gewerkschaften oder Betriebsräte, niedrige Anforderungen an Agenten, hoher Arbeitsdruck, aber: gute Aufstiegsmöglichkeiten, hohe Entlohnung
FA, eher High Road weil...		Gute Verkehrsanbindung, Hilfestellung der lokalen Behörden bei Förderung der sprachlichen Qualifikation der Mitarbeiter	Relativ hoher Anteil an älteren Arbeitnehmern, gute Ausbildung der Agenten, lange Betriebszugehörigkeit, Präsenz von Gewerkschaften und Betriebsrat, keine Streiks in 10 Jahren

			aber rein funktionales offenes Großraumbüro, durchschnittliche Entlohnung
FB, zwischen High Road	und Low Road da...	gute Verfügbarkeit von Arbeitskräften, hohe Unterstützungsbereitschaft der Behörden (z.B. Subventionen, Fortbildungsmaßnahmen)	starke Fluktuationsraten und relativ kurze Betriebszugehörigkeit, schwache Zusatzqualifizierung für Agenten aber gute Chancen für Führungspersonal, da schnelle Aufstiegsmöglichkeiten, hoher Anteil an Studenten, Präsenz von Gewerkschaften und Betriebsrat
	FC, eher Low Road weil...	Verkehrsanbindung zu Paris, Verfügbarkeit von Arbeitskräften,	starke Personalfluktuationsrate (insbesondere in Krisenzeiten bzw. generell schwache Bindung an das Unternehmen), relativ großer Anteil an jungen Arbeitnehmern
FD, High Road da...		Pool an qualifizierten Arbeitskräften, Verkehrsanbindung, starke Unterstützung durch Behörden (Subventionen und Immobilienfindung)	Hohe Qualifikationsanforderungen an die Agenten und Manager, hohe Entlohnung, gute Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten (wenn nötig individualisiert), individuelle und fixe Arbeitsplätze, hohe Autonomie bei Arbeitsgestaltung, Einhaltung üblicher Büroarbeitszeiten
RA, zwischen High Road	und Low Road da...	Gute Verfügbarkeit von Arbeitskräften, vor allem Studenten), Fremdsprachenkenntnisse, städtische Umgebung, Nahverkehrsanbindung	Hohe Anforderungen an Bewerber und Mitarbeiter, kurze Ausbildung und wenig Fachfortbildungsmöglichkeiten durch das Unternehmen, aber besondere Anstrengungen der Mitarbeiter, um weitere Qualifikationen zu erlangen (Sprache und andere), hohe Fluktuation
RB, zwischen High Road	und Low Road da...	Gute Verfügbarkeit von Arbeitskräften, Nähe zu Universität (Fach- und Sprachkompetenzen), niedrige Lohn- und Grundstückskosten, starke Unterstützung durch Behörden	Hochqualifizierte Belegschaft, junges Personal und relativ hoher Anteil an Studenten, hoher Grad an Arbeitsgestaltung, starke Fluktuation
SA, eher High Road da...		Infrastruktur, Qualifizierte Arbeitskräfte (vor allem Muttersprachler mit Hochschulabschluss)	Hohe Entlohnung, hohe Qualifikationsansprüche, komplexe Tätigkeiten, allerdings kurze Betriebszugehörigkeit

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass sich die Arbeitsbedingungen in erster Linie am Geschäftsmodell und nicht an den Standortbedingungen ausrichten. Eine Einschränkung ist allerdings, dass entwickelte Volkswirtschaften, wie Deutschland und Frankreich, die High und Low Road-Modelle auf einem höheren Leistungsniveau entwickeln als die schwächeren Volkswirtschaften der Europäischen Union. Hat ein Service Center ein Geschäftsmodell gefunden, das einen hochwertigen Service als Erfolgsbestandteil voraussetzt, wie etwa die Rechtsberatung in Frankreich, so wird auch ein entsprechendes Angebot an personalwirtschaftlichen Instrumenten für die Mitarbeiter bereitgestellt.

Als ein Teil des Geschäftsmodells ist bei Inhouse Service Centern auch die Politik und Kultur des Mutterunternehmens zu berücksichtigen. Ist dort eine starke Mitarbeiterorientierung Teil des Geschäftsmodells, dann wirkt sich diese Grundhaltung auch auf die Tochtergesellschaften aus. In beiden Fällen, den qualitätsorientierten Service Centern sowie den Inhouse Service Centern in Deutschland wie in Frankreich bestehen wenig Widerstände gegen eine Organisation der Mitarbeiter in selbstgewählten Arbeitnehmervertretungen.

Bei den entgegengesetzten Low Road-Modellen, die stark kostenorientiert führen und arbeiten, finden sich auch entsprechende Mitarbeitermodelle. Dies gilt sowohl für Deutschland als auch für Frankreich. In solchen Konstruktionen besitzen Arbeitnehmerrechte eine geringere Wertigkeit, die Fluktuation ist hoch und wird auch in Kauf genommen.

Eine interessante Sonderrolle bilden die betrachteten Service-Center in Rumänien. Dort ist eine Tätigkeit im Service Center aufgrund der vergleichsweise guten Bezahlung durchaus positiver besetzt als in westlichen Ländern. Zudem sind die Lohnkostenvorteile dieses Standorts gegenüber Westeuropa noch so deutlich, dass, trotz Kostenführerschaft im internationalen Wettbewerb, national vergleichsweise günstige Arbeitsbedingungen geboten werden. Die Service Center dort positionieren sich entsprechend zwischen High und Low Road-Ansätzen. Das Service Center in Spanien spielt eine für diese Region typische Sonderrolle. Hier geht es stärker um den Transport von organisatorischen Veränderungen in den Mutterkonzernen als um die Realisierung von Kostenvorteilen.

Zuletzt ist festzuhalten, dass eine gezielte Ansiedlungspolitik mit der Zahlung von Lohnzuschüssen in der Regel Low Road-Unternehmen anlocken wird, die nach dem Ende der Subventionen wieder weiterziehen werden. Die Mehrzahl der Service Center realisiert jedoch Arbeitsbedingungen in der Abhängigkeit vom jeweiligen Geschäftsmodell. Ebenso wie bei allen Indust-

rien gilt demnach auch für Dienstleistungen, dass die Wirtschaftsförderung stärker auf die Unternehmenszwecke achten sollte als auf die Anzahl der angebotenen Arbeitsplätze. Ein High Road-Modell mit einer nachhaltigen Geschäftsstrategie wird entsprechende Fördermaßnahmen mit einer hohen Standorttreue belohnen und auch entsprechend attraktive Arbeitsplätze bieten.

Auch wenn es einen gesetzlichen Mindestlohn für diese Branche in Deutschland (noch) nicht gibt, hat das Thema aktuell wieder an Bedeutung gewonnen. Hier zeigt sich die Polarisierung der strategischen Ausrichtung der Service Center-Branche: Auf der einen Seite stehen Kosten- und Preisführerschafts-Strategien, die sich um die Minimierung der Lohnkosten bemühen; auf der anderen Seite stehen Anbieter komplexer, hochwertiger Dienstleistungen, die Mitarbeiter mit hohen Qualifikationen erfordern.⁹⁶ Es ist auffällig, dass gerade die Leiter von Inhouse-Call Centern mit hohen Beschäftigungsstandards die Einführung von Mindestlöhnen fordern. Denn nur so können sie im Wettbewerb um externe Aufträge sowie in der internen Diskussion um Eigenleistung oder Fremdbezug dauerhaft bestehen.

Die Wahrscheinlichkeit einer Verlagerung von Service Center-Arbeitsplätzen wird weniger von reinen Kostenaspekten als vielmehr von qualitativen Aspekten der durchgeführten Tätigkeiten und vom demographischen Wandel abhängen. Der zurückgehende Nachwuchs an qualifizierten Mitarbeitern insbesondere in den Jahren ab 2015 wird bei gleichbleibendem Auftragsvolumen nur durch noch mehr Automatisierung und eben durch Zukauf von Aufgaben aus Near- und Offshore-Standorten möglich sein. Dies wird jedoch kaum zu Lasten inländischer Arbeitnehmer gehen. Wie das Beispiel der rumänischen Service Center zeigt, können mit der Verlagerung durchaus im Inlandsvergleich der aufnehmenden Region attraktive Arbeitsplätze entstehen.

Es bleibt festzuhalten: Wenn man dauerhaft den Mitarbeitern der Branche im Inland den ihnen gebührenden Respekt und die verdiente Wertschätzung vermitteln will, dann wird man um mehr Regulierung nicht herum kommen und dafür sogar Unterstützung aus den Reihen des mitarbeiterorientierten Managements nachhaltig wirtschaftender Service Center bekommen. Das ist eine Chance, die zu nutzen ist.

⁹⁶ Vgl. Grutzeck, M. (2010), S. 31

Literatur

- Herforth, C. (2009): Zuckerbrot statt Peitsche - Wie motivieren Sie Mitarbeiter ohne Aufstiegsperspektive?, unter:<http://www.callcenterworld.de/ccw/download/artikel-herforth-cc-aktuell.pdf>, Stand 26.1.2010.
- Hild, P.; Beck, J. (2002): Callcenter - Unternehmensstrategien und Arbeitssysteme aus markt- und ressourcenbasierter Sicht, Köln.
- Holman, D.; Batt, R.; Holtgrewe, U. (2007): The Global Call Center Report: International Perspectives on Management and Employment.
- Klaus-Dieter Heß (2002): Teamarbeit mit qualifizierten Beschäftigten - Elemente eines ar-beitsorientierten Call Centers Leitbildes, in: Kastner, Michael (Hrsg.): Call-Center - nützliche Dienstleistung oder Sklavengaleere? Call-Center mit Blick auf Krisen- und Notsituationen. Lengerich: Pabst Science Publ., S. 13–28.
- Kutzner, E. (2008): "Kommunizieren, korrespondieren, protokollieren: Servicearbeit als Beruf im Call-Center", unter:http://www.sfs-dortmund.de/odb/Repository/Publication/Doc/1118/87-2.2-Kutzner_Edelgard.pdf, Stand 2.2.2010.
- Lange, N. de: Standortpersistenz und Standortdynamik von Bürobetrieben in westdeutschen Regionalmetropolen seit dem Ende des 19. Jahrhunderts, Paderborn (1989).
- Müller, A. (2006): AOK Rheinland/Hamburg - Gesundheitsbericht der AOK-Versicherten der Call-Center-Branche im Rheinland 2006, Herausgegeben von Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF, Köln. unter: <http://www.bgf-institut.de/gesundheitsberichte.php>, Stand 14.2.2010.
- Müller-Hagedorn, L.; Büchel, D. (2000): Kundenbetreuung durch Call Center? In: Mitteilungen des Instituts für Handelsforschung an der Universität zu Köln, Jg. 52, H. 10, S. 205–213.
- Paff, C. (2002): Call Center und ihre Standortanforderungen. - Eine empirische Untersuchung des Standortes Hannover. Freie wissenschaftliche Arbeit. Betreut von Prof. Dr. Ludwig Schätzl, Hannover. Leibniz Universität Hannover, Institut für Wirtschafts- und Kulturgeografie. unter:<http://mebers.me.funpic.de/pdf/Call%20Center%20und%20ihre%20Standortanforderungen.%20Eine%20empirische%20Untersuchung%20des.pdf>, Stand 2.10.2010.
- Porter, M.E.: Competitive Advantage, New York, London (1980)

- Schietinger, M.; Schroth, J. (2001a): Auswertung der Beschäftigtenstruktur in Call Centern, Stand 14.2.2010.
- Schietinger, M.; Schroth, J. (2001b): FREQUENZ Personalmanagement - Call Center und Handel - Qualifikation und Qualifizierung von Call Center-Agents: Erste Ergebnisse aus der Basiserhebung, Herausgegeben von FREQUENZ, o.O.
- Schmidt, G. (2000): Call Center im Saarland - Qualifikationsanforderungen heute und morgen, Diplomarbeit, Univ. des Saarlandes, 1999 (AK-Beiträge/Arbeitskammer des Saarlandes, 13(2000), Saarbrücken.
- Schmitz, E. (2000): Fortbildung in Call Centern, in: Hofmann, L. M.; Regnet, E. (Hrsg.): Innovative Weiterbildungskonzepte, 2. Aufl., Göttingen.
- Schnorr, G. (1999): Der Rahmenplan. Ein effektives Instrument, in: Menzler-Trott, E. (Hrsg.): Call-Center-Management. Ein Leitfaden für Unternehmen zum effizienten Kundendialog, München, S. 305ff.
- Scholten, J.; Holtgrewe, U. (2006):. Duisburger Beiträge zur soziologischen Forschung, Duisburg.
- Schulten, T. (2009): WSI-Mindestlohnbericht 2009 (WSI Mitteilungen, 3)
- Schweizer, G. (2009): „Gute Arbeit“ in Call Centern – Vision oder Illusion?, in: Gute Arbeit, H. 2, S. 21–24.
- Skedinger, S. (2008): Sweden: A Minimum Wage Model in Need of Modification? Research Institute of Industrial Economics (2008), (IFN Working Paper, 774).
- Sportelli, A. (2002): Wenn der Stimme das Lächeln vergeht. - Prävention von Stimmstörungen in Call Centern. In: Kutzner, E.; Kock, K. (Hrsg.): Dienstleistung am Draht - Ergebnisse und Perspektiven der Call Center Forschung. Dortmund. Beiträge aus der Forschung 127, S. 23–32.
- Sportelli, A.; Rastrup, B. (2001): Call Center Agent als Sprechberuf - Belastungsfaktoren und Stimmerkrankungen, Herausgegeben von Verwaltung Berufsgenossenschaft, Hamburg. (CCall Report, 2).
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2008): Engagement deutscher Unternehmen im Ausland, unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Publikationen/STATmagazin/2008/Unternehmen2008__4.templateId=renderPrint.psml__nnn=trueuzuletzt aktualisiert am 21.04.2008, Stand 02.04.2010.
- Strateco (Hrsg.) (2009): Contact Center Trends 2009, unter: <http://www.cc-trends.de/2009/inde x.asp?page=page2>, Stand 2.1.2010.
- Sust, C.; Lorenz, D.; Schleif, H.-D.; Schubert, P.; Utsch, A.: Sicherheits- und gesundheitsgerechte Gestaltung von Callcentern, Herausgegeben von

- BAuA (2002). unter: http://www.baua.de/nn_12468/de/Themen-von-A-Z/Call-center/pdf/Callcenter-Gestaltung.pdf, Stand 1.2.2010.
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2010): Gesundheitsreport 2008; Auswertungen und Arzneiverordnungen; Schwerpunkt: Psychische Störungen (2008). unter: http://www.tk-online.de/centaurus/servlet_contentblob/48834/Datei/1776/Gesundheitsreport-7.pdf, Stand 10.2.2010.
- Teletalk; TGMC (Hrsg.) (2009): Personal im Call Center. unter: [http://www.clickyourjob.de/media/CCGehalts-und Karrierevergleich 2009.pdf#search=%22fluktuationsraten%20call%20center%22](http://www.clickyourjob.de/media/CCGehalts-und-Karrierevergleich-2009.pdf#search=%22fluktuationsraten%20call%20center%22), Stand 10.2.2010
- UBS (Hrsg.) (2009): Preise und Löhne - Ein Kaufkraftvergleich rund um die Welt. unter: <http://www.gtai.de>, Stand 8.3.2010
- van Klaveren, M.; Tijdens, K. (2009): Kollektivverhandlungen in Europa - Ein Vergleich von Ländern und Wirtschaftszweigen, Herausgegeben von ETUI-REHS aisbl, Brüssel.
- van Klaveren, M.; Tijdens, K.; Martin, N. R.; Brngálová, B. (2009): Foreign Direct Investment in Finance and Call Centres in 12 EU countries and its Social Effects - WIBAR-2 Report No. 3, Herausgegeben von Amsterdam Institute of Advanced Labour Studies. University of Amsterdam, unter: [http://www.wageindicator.org/documents/WIBAR R%20documents/WIBAR2-report3-Finance-CC.pdf](http://www.wageindicator.org/documents/WIBAR%20documents/WIBAR2-report3-Finance-CC.pdf), Stand 27.1.2010.
- Verdi (Hrsg.) (2008): Zusatzerhebung des DGB-Index Gute Arbeit 2008 für die IT- und TK-Dienstleistungsbranche - Graphiksammlung Datenbasis IKT, Stand 2.2.2010.
- Weller, I.; Flieger, E. (2003): Personalmanagement im Call Center - Das IMC-Gitter zur Unterstützung der Personalarbeit. Ergebnisse und Empfehlungen. Universität Paderborn. unter: <ftp://hermes.unibw-hamburg.de/werkstatt/berichte/ergebnisbericht03.pdf>, Stand 1.2.2010.

Mareike Fröhlich, Tilmann Lahann, Anja Trautmann*

Gesundheitsdienstleistungen in der Großregion SaarLorLux

Die praktische Umsetzung der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs im Hinblick auf Krankenkassensysteme im grenzüberschreitenden Kontext

Gliederung

1	Einführung	137
2	Europäischer Einfluss	138
	2.1 Hintergrund	139
	2.1.1 Entwicklung	139
	2.1.2 Europäische Sozial- und Gesundheitspolitik	140
	2.2 Rechtliche Grundlagen	142
	2.2.1 Primärrecht	143
	2.2.2 Sekundärrecht	148
	2.2.3 Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs	154
	2.3 Perspektiven einer europäischen Entwicklung	165
3	Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten	166
	3.1 Deutschland	167
	3.2 Frankreich	169
	3.2.1 Organisation und Struktur des Krankenversicherungssystems	169

* Ass. iur. Mareike Fröhlich LL.M., RA Tilmann Lahann LL.M. und Ass. iur. Anja Trautmann LL.M. sind Wissenschaftliche Mitarbeiter am Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Europarecht und Völkerrecht von Prof. Dr. Werner Meng sowie des Europa-Instituts, Sekt. ReWi, der Universität des Saarlandes. Die Verfasser danken den studentischen Hilfskräften stud. iur. Helen Küchler und stud. iur. Christian Klöpfer für ihre Mithilfe bei der Recherche.

3.2.2	Finanzierung, Kostenerstattung und Beitragssätze	172
3.2.3	Umsetzung der europäischen Regelungen	172
3.3	Luxemburg	173
3.3.1	Organisation und Struktur des Krankenversicherungssystems	173
3.3.2	Finanzierung, Kostenerstattung und Beitragssätze	174
3.3.3	Leistungen und Umfang der Gesundheitsversorgung	175
4	Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen	176
4.1	Grenzregionen	176
4.2	Allgemeine Bedeutung und Abwicklung	177
4.2.1	Grenzüberschreitungen	177
4.2.2	Anwendbare Rechtsvorschriften	179
4.2.3	Relevanz in der Praxis	182
4.3	Gesundheitsdienstleitungen in der Großregion	183
4.3.1	Die Großregion im Überblick	183
4.3.2	Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung	185
4.3.3	Grenzüberschreitende Zusammenarbeit	186
4.3.4	Schwierigkeiten in der Großregion	187
5	Handlungsempfehlungen	191

1 Einführung

Nach Schätzung der Europäischen Kommission entfällt nur etwa 1 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen auf den grenzüberschreitenden Bereich.¹ Damit ist die grenzüberschreitende Patientenmobilität in ihrer quantitativen Bedeutung als eher gering einzuschätzen. Allerdings sieht dies in den Grenzregionen ganz anders aus, denn in diesen gewinnt die grenzüberschreitende Patientenmobilität im Hinblick auf die Sicherstellung einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung eine zunehmende Bedeutung.² Zudem kann ein grenzüberschreitender Markt für Gesundheitsdienstleistungen weitere positive Auswirkungen haben, so zum Beispiel eine wirtschaftlichere Auslastung bei der Bereitstellung von Großgeräten oder der Vornahme von Spezialbehandlungen, aber auch eine Koordinierung der Einführung von Expertenzentren für spezielle Krankheiten. Daneben ist schließlich der Stellenwert einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Bereich der Notfallversorgung, insbesondere beim Einsatz von Rettungsdiensten nicht zu unterschätzen.

Jedoch treffen im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union zwei scheinbar unvereinbar erscheinende Grundsätze – die alleinige Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung ihrer sozialen Sicherungssysteme einerseits und die durch das Europäische Wirtschaftsrecht begründeten Grundfreiheiten andererseits – aufeinander.³ Dieses Spannungsfeld führt immer wieder zu Problemen im Zusammenhang mit der Genehmigung von Behandlungen in einem anderen Mitgliedstaat bzw. mit der Erstattung der hierbei entstehenden Kosten. Jedoch gilt es diese zu lösen, um im Ergebnis die durch die europäischen Verträge garantierten Grundfreiheiten umfassend zu gewährleisten und so einen europäischen Gesundheitsmarkt zu etablieren. Die Lösung dieser noch vorhandenen Konflikte besitzt insbesondere in Grenznähe und somit in der Großregion SaarLorLux eine deutlich höhere Priorität, weil die Nutzung von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen hier viel eher in Frage kommt.

¹ Communication from the Commission, Consultation regarding Community action on health services, SEC (2006) 1195/4, S. 6.

² Schmucker, Transnationale Solidarität?, Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union, Gesundheitswesen 2010, S. 151.

³ Rölke, Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen innerhalb der Europäischen Union, Zum Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vom 2.7.2008, MedR 2009, S. 79.

Voranstellend soll bereits kurz auf die für die zentralen Begriffe des Gutachtens – Großregion und Grenzgänger – eingegangen werden. Die Großregion umfasst Luxemburg, Lothringen, das Saarland, Rheinland-Pfalz und eine Teil der Wallonie in Belgien. Sie ist die größte europäische Grenzregion mit den meisten Grenzgängern. Ein Grenzgänger ist eine Person, die zwischen dem Mitgliedstaat, in dem sie lebt, und dem, in dem sie arbeitet, hin und her pendelt.

Der vorliegende Beitrag, basierend auf dem Abschlussbericht für das gleichnamige Forschungsprojekt⁴, untersucht die Auswirkungen und insbesondere die Umsetzung der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) durch die Europäische Union, die Mitgliedstaaten und die verantwortlichen Träger der Krankenversicherungen sowie Dienstleistungserbringer. Hierzu gliedert sich die Ausarbeitung in vier Bereiche. In einem ersten Abschnitt werden sowohl der Hintergrund der Europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik als auch deren rechtliche Grundlagen dargestellt und die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs aufgearbeitet. Daran schließt sich ein Überblick über die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten am Beispiel der für die Großregion entscheidenden Mitgliedstaaten Deutschland, Frankreich und Luxemburg an. Der dritte Teil setzt sich explizit mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in Grenzregionen bzw. der Großregion SaarLorLux auseinander. Hierbei wird zum einen die Behandlung von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen im Allgemeinen und zum anderen deren Abwicklung innerhalb der Großregion aufgezeigt, um dann kurz auf bereits bestehende Initiativen im Hinblick auf eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit wie auch auf die existierenden Probleme einzugehen. Der Beitrag zeigt in einem letzten Abschnitt Handlungsempfehlungen zur Erzielung weiterer Fortschritte im Umgang mit grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen in der Großregion auf.

2 Europäischer Einfluss

Der Bedeutungszuwachs Europas in der Gesundheitspolitik beruht auf den Folgen der fortschreitenden europäischen Integration. Hintergrund dieser Entwicklung ist ein Spannungsverhältnis zwischen europäischem Binnenmarkt- und Wettbewerbsrecht einerseits und dem Sozialrecht der Mitglied-

⁴ Die vollständige Fassung des Abschlussberichtes ist als ePaper # 2 des Europa-Instituts, Gesundheitsdienstleistungen in der Großregion SaarLorLux unter http://europainstitut.de/fileadmin/schriften/EI_Paper_2_110801_Gesundheitsdienstleistungen.pdf (30.07.2011) zu finden.

staaten andererseits. Laut dem Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) liegt die alleinige Kompetenz für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens zwar bei den Nationalstaaten, allerdings müssen sie bei der Ausübung ihrer Befugnisse das Unionsrecht beachten.

2.1 Hintergrund

2.1.1 Entwicklung⁵

Nach dem 2. Weltkrieg war Europa auf der Suche nach einer neuen Identität, welche durch die europäische Integration ein neues Selbstverständnis vermitteln und insbesondere den Wunsch nach Sicherheit, Frieden und wirtschaftlichem Wohlstand befriedigen sollte. Die Lebensbedingungen innerhalb Europas sollten nach dem Krieg verbessert und gesichert werden. Dennoch beschränkten sich die Initiativen ausschließlich auf den wirtschaftlichen Bereich. Erst 1987 wurde der Gesundheitsschutz mit der Einheitlichen Europäischen Akte in der Europäischen Politik berücksichtigt. Im Laufe der weiteren Integration wurde das Gesundheitsschutzniveau angehoben und in allen Politikbereichen als Ziel verankert. Durch diese Binnenmarktcompatibilität erwartete man, dass spillover-Effekte entstehen, die dazu führen, dass die nationalen sozialpolitischen Systeme die notwendigen Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen schaffen.⁶ Dies wurde auch durch den neuen Art. 152 EGV des Amsterdamer Vertrages, der eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung vorsah, und die Charta der Grundrechte der Europäischen Union bekräftigt. Der Vertrag von Lissabon dehnte im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik den Kompetenzbereich der EU dahingehend aus,⁷ dass sie nunmehr über eine ergänzende (Art. 6 lit. a AEUV), aber auch über eine geteilte (Art. 4 Abs. 2 lit. k AEUV) Zuständigkeit verfügt. Art. 168 AEUV ergänzt den ehemaligen Art. 152 EGV um die „*Beobachtung, frühzeitige Meldung und Bekämpfung*

⁵ Eine ausführliche Darstellung der geschichtlichen Entwicklung der Europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik sind in dem Abschlussbericht des Forschungsprojekts (Fn. 4) zu finden.

⁶ Lamping, Auf dem Weg zu einem postnationalen Sozialstaat? Die Sozialpolitik der Europäischen Union, in: Schubert/ Hegelich/ Bazant (Hrsg.), Europäische Wohlfahrtssysteme, 2008, S. 595, 604.

⁷ Einen guten Überblick geben Dienel/ Overkämping, Der Vertrag von Lissabon und die europäische Sozialpolitik, in: Leïße (Hrsg.), Die Europäische Union nach dem Vertrag von Lissabon, 2010, S. 176 ff.; Frenz/ Götzkes, Europäische Gesundheitspolitik nach Lissabon, MedR 2010, S. 613 ff.

schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren.“ Darüber hinaus wird erstmals „die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, die darauf abzielt, die Komplementarität ihrer Gesundheitsdienste in den Grenzgebieten zu verbessern“, normiert. Die EU wird ermächtigt Maßnahmen zum Gesundheitsschutz zu treffen. Sie kann entweder in andere Politikbereiche zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus eingreifen, ergänzend neben der nationalen Politik Maßnahmen nach Art. 168 AEUV treffen oder bei gemeinsamen Sicherheitsanliegen im Bereich der öffentlichen Gesundheit einer selbständigen Gesundheitspolitik nachgehen. Der Vertrag von Lissabon wird als wichtiger Zwischenschritt auf dem Weg zu einer Sozialunion gesehen bzw. als Bekenntnis zu einem sozialen Europa bewertet. Mit dem Aufbau einer europäischen Identität bei den Bewohnern der Mitgliedstaaten trifft die Wirtschaftsunion auf ihre Grenzen, so dass nunmehr von einer fortschreitenden Sozialunion identitätsstiftende Impulse ausgehen sollen.⁸ Im Ergebnis wird deshalb im Vertrag von Lissabon eine Korrektur des Binnenmarktmodells, welches bisher nur eine beschränkte soziale Dimension vorsah, hin zu einem möglichen Entwurf eines ganzheitlichen Europäischen Sozialmodells gesehen.⁹

2.1.2 Europäische Sozial- und Gesundheitspolitik

Unter Europäischer Sozialpolitik versteht man alle sozialpolitischen Maßnahmen der EU-Institutionen, welche mittel- aber auch unmittelbare Auswirkungen auf die nationale Sozialpolitik der Mitgliedstaaten haben. Die Gesundheitspolitik der EU wird demnach als Teil der Europäischen Sozialpolitik angesehen. Kennzeichnend für die Politik auf europäischer Ebene ist, dass sie sowohl konvergierend als auch koordinierend wirkt. Das Europäische Sozialmodell beinhaltet anders als die nationalstaatlichen Modelle kein System der sozialen Sicherung und unterhält deshalb keinen Finanzierungsmechanismus. Es soll neben der Unterstützung der wirtschaftlichen Integration der EU auch soziale Aspekte in den Fokus rücken, indem sie das bestehende System ergänzt, modifiziert oder ablöst und so zu Ergebnissen kommt, welche das Wirtschaftssystem aus sich selbst heraus nicht erreichen kann.¹⁰ Ins-

⁸ Dienel/ Overkämping, (Fn. 7), S. 191.

⁹ Pitschas, Europäisches Sozial- und Gesundheitsrecht “nach Lissabon”, NZS 2010, S. 177, 180.

¹⁰ Koffas, Die Sozialpolitik der EU, in: Birgmeier/ Mührel/ Schmidt (Hrsg.), Sozialpädagogik und Integration, Beiträge zu theoretischen Grundlagen, Handlungskonzepten und Arbeitsfeldern, 2010, S. 375, 379 ff.

besondere wird versucht auf europäischer Basis gleiche Sozialstandards und Schutzbestimmungen einzuführen, was jedoch bei einigen Mitgliedstaaten mit einem hohen Schutzniveau auf keine große Akzeptanz gestoßen ist, da diese fürchten, dass ihr Niveau entweder von Absenkungen bedroht ist oder ihre Wettbewerbsfähigkeit beeinträchtigt wird. Dennoch wurden bereits zahlreiche Impulse auf europäischer Ebene gesetzt, um europaweit überhaupt Schutzvorschriften in bestimmten Bereichen zu erlassen.¹¹ Hinsichtlich der Gesundheitspolitik versucht die Kommission drei große Ziele zu erreichen: Der Zugang zur Gesundheitsversorgung soll optimiert, die Qualität der Versorgung soll verbessert werden und die Gesundheitssysteme sollen langfristig finanzierbar sein.¹²

Dies muss jedoch unter der Prämisse stehen, dass innerhalb der Sozial- und Gesundheitspolitik die Europäische Union über keine ausschließliche Kompetenz verfügt. Demnach verbleibt die grundlegende Verantwortung über die Sozial- und Gesundheitspolitik bei den Mitgliedstaaten.¹³ Es gilt Art. 4 Abs. 2 lit. k AEUV, welcher die Zuständigkeit zwischen EU und den Mitgliedstaaten unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips im Bereich der gemeinsamen Sicherheitsanliegen im Bereich der öffentlichen Gesundheit teilt. Demnach wird die Union nach Art. 5 Abs. 3 EUV nur dann tätig, „*sofern und soweit die Ziele der in Betracht gezogenen Maßnahmen von den Mitgliedstaaten weder auf zentraler noch auf regionaler oder lokaler Ebene ausreichend verwirklicht werden können, sondern vielmehr wegen ihres Umfangs oder ihrer Wirkungen auf Unionsebene besser zu verwirklichen sind.*“ Darüber hinaus kann die Union aber auch unterstützend, koordinierend oder ergänzend gemäß Art. 6 lit. a AEUV eingreifen. Letztere wird als Regelfall angesehen und erfährt durch die Verweise in Art. 168 AEUV eine Konkretisierung.¹⁴ Hierbei wendet die Europäische Kommission die Offene Methode der Koordinierung (OMK) an.¹⁵ Durch diese Methode soll nicht das Recht harmonisiert werden, insbesondere die unterschiedlichen Sozial- bzw. Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten werden in ihrer Ausrichtung nicht

¹¹ Puetter, Die Wirtschafts- und Sozialpolitik der EU, 2009, S. 144.

¹² Zimmermann, Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung aus der Perspektive des deutschen Gesundheitssystems, 2008, S. 77.

¹³ Puetter, (Fn. 11), S. 175; Vahlpahl, Europäische Sozialpolitik, 2007, S. 45.

¹⁴ Lenz/ Borchardt/ Fischer, EU-Verträge – Kommentar, 5. Aufl. 2010, Art. 168 AEUV, Rn. 11.

¹⁵ Communication from the Commission, Modernising social protection for the development of high-quality, accessible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies using the “open method of coordination”, COM (2004) 304 fin.

angetastet, vielmehr werden Ziele formuliert, die jeder Mitgliedstaat innerhalb seines eigenen Systems implementieren und umsetzen muss. Hierbei sollen Reformen auf einem informellen Weg erzwungen werden, die sich der nationalen Handlungsinstrumente bedienen.¹⁶ Die Nationalstaaten sollen einem „*hohen Transparenz-, Rechtfertigungs- und Veränderungsdruck ausgesetzt*“ werden.¹⁷ Dennoch ist die OMK durchaus umstritten. So wird immer wieder kritisiert, dass die Grundlagen nicht in einem breit angelegten Diskurs, welcher die nationalen Interessen und Besonderheiten berücksichtigt, erfolgt, sondern im Ministerrat auf europäischer Ebene. Darüber hinaus krankt die OMK in ihrer Umsetzung an einigen Schwierigkeiten; entweder sind Indikatoren für bestimmte Bereiche (noch) nicht vorhanden oder deren Vergleichbarkeit ist nicht gegeben, da die nationalen Sachverhalte in ihrer Ausprägung unterschiedlich sind.¹⁸ Ferner wird bezweifelt, dass die OMK zu einem „Europäischen Gesundheitsmodell“ führt, da dieser Politikbereich großen Einfluss auf die nationale Identität der Mitgliedstaaten hat. Im Verhältnis zwischen Bürger und Staat spielt die Gesundheitspolitik eine entscheidende Rolle, so dass die Nationalstaaten diesen sensiblen Bereich nicht ohne große Einflussmöglichkeiten der Europäischen Politik überlassen werden.¹⁹ Darüber hinaus hat die Europäische Union zahlreiche Initiativen, Förderprogramme und Aktionen ins Leben gerufen.²⁰

2.2 Rechtliche Grundlagen

Im Laufe der Jahre erfuhr das Gemeinschafts- nunmehr Unionsrecht zahlreiche Anpassungen und Fortentwicklungen im Rahmen positiver oder negativer Integration.²¹ Unter letzterem versteht man die Überwindung von Binnenmarktbeschränkungen durch die Harmonisierung bzw. Angleichung der nationalen Vorschriften. Die positive Integration vereinheitlicht Recht auf

¹⁶ Eichenhofer, OMK und Sozialpolitik der Mitgliedstaaten, in: GVG (Hrsg.), EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich: Aktuelle Entwicklungen der Offenen Methode der Koordinierung, 2010, S. 59 ff.

¹⁷ Lamping, Möglichkeiten und Grenzen der IMK als Steuerungsinstrument – ein politikwissenschaftlicher Zwischenruf, in GVG, (Fn. 16), S. 87.

¹⁸ Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Die offene Methode der Koordinierung im Bereich des Gesundheitswesens, 2002, S. 8 ff.

¹⁹ Lamping, (Fn. 17), S. 93 f.

²⁰ Eine ausführliche Darstellung ist im Abschlussbericht, (Fn. 4), zu finden.

²¹ Krajewski, Grenzüberschreitende Patientenmobilität in Europa zwischen negativer und positiver Integration der Gesundheitssysteme, EuR 2010, S. 165.

Gemeinschaftsebene, wie etwa das Zulassungsrecht für Lebensmittel. Im Weiteren sollen sowohl die primär- als auch sekundärrechtlichen Regelungen der Union, die für den Gesundheitsbereich einschlägig sind, vorgestellt werden.

2.2.1 Primärrecht

Unter Primärrecht wird das Recht der Union verstanden, welches direkt von den Mitgliedstaaten geschaffen wurde. Hierunter fallen die Gründungsverträge einschließlich ihrer Anhänge und Protokolle sowie die Verträge, die die Gründungsverträge abändern. Sekundärrecht wird dahingegen all das Recht genannt, welches aufgrund dieser Verträge erlassen worden ist.²²

a) Beitrag der Union zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus, Art. 168 AEUV

Der Lissabonner Vertrag befasst sich unter dem Titel XIV mit dem Gesundheitswesen. Dieser Titel enthält als spezielle Regelung nur den Art. 168 AEUV (früher Art. 152 EGV), welcher verschiedenste Aufgaben und Zuständigkeiten aufzählt, wobei diese alle ausschließlich dem „gesundheitsbezogenen Vorsorge- und Gefahrenabwehrrecht“ zuzuordnen sind.²³

Die EU verfolgt dennoch eine sowohl horizontale, als auch vertikale Gesundheitspolitik. Sie ist in Art. 168 Abs. 1 UAbs. 1 verpflichtet, „[...] bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen [...] ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen“. Diese Querschnittsklausel nimmt im Rahmen der vertikalen Gesundheitspolitik die EU und ihre Akteure in die Pflicht bei der Verfolgung von anderen Vertragszielen, das Gesundheitsschutzniveau nicht aus den Augen zu verlieren und eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung vorzunehmen.²⁴ Als Ziele bzw. Aufgaben der EU, die sie ergänzend zu den Mitgliedstaaten wahrnimmt, werden in Abs. 1 UAbs. 2 und 3 „die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit [...]“ genannt. Umfasst sind hierbei „die Bekämpfung der weit verbreiteten schweren Krankheiten, wobei die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie Gesundheitsinformation und -erziehung

²² Mickel/ Bergmann, Handbuch der Europäischen Union, 5. Auflage 2003, Stichwort Gemeinschaftsrecht.

²³ Calliess/ Ruffert/ Kingreen, EUV – AEUV, Kommentar, Art. 168 AEUV, Rn. 1.

²⁴ Ibid., Rn. 10.

gefördert werden; [...] die Beobachtung, frühzeitige Meldung und Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren“. Darüber hinaus werden Maßnahmen der Mitgliedstaaten „zur Verringerung drogenkonsumbedingter Gesundheitsschäden einschließlich der Informations- und Vorbeugungsmaßnahmen“ ergänzt.

Absatz 2 beschäftigt sich vorwiegend mit der Rolle der Union innerhalb des Gesundheitswesens und übergibt ihr die ergänzende Zuständigkeit in den oben genannten Bereichen, wobei aber in UAbs. 2 eine Koordinierungspflicht mittels der Offenen Methode der Koordinierung postuliert wird. Die internationale Zusammenarbeit wird in Abs. 3 geregelt. Interessant sind die Maßnahmen, die Abs. 4 im Rahmen einer geteilten Zuständigkeit zulässt und die sich mit gemeinsamen Sicherheitsanliegen beschäftigen, da diese im ordentlichen Gesetzgebungsverfahren erlassen werden. Die EU kann daneben auch Fördermaßnahmen unter dem Ausschluss jeglicher Harmonisierung vornehmen (Abs. 5) und Empfehlungen abgeben (Abs. 6).

Es ist hervorzuheben, dass Abs. 7 ausdrücklich die Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten respektiert und „[...] bei der Tätigkeit der Union [...] die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt [wird]. Die Verantwortung der Mitgliedstaaten umfasst die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel. [...]“ Diese Kompetenzzugangsbeschränkung erlangt insbesondere Bedeutung außerhalb des Art. 168 AEUV, da sie auch auf andere Kompetenznormen anwendbar ist.²⁵

Für die Grenzgänger-Problematik ist insbesondere Absatz 2, der sich mit der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten auseinandersetzt, von Bedeutung, denn demnach fördert die EU die Koordinierung der nationalen Gesundheitspolitik durch die OMK und setzt Schwerpunkte im Hinblick auf den Zugang, die Qualität und die Nachhaltigkeit.²⁶

b) Freizügigkeit der Arbeitnehmer, Art. 45 ff. AEUV

Die Grundfreiheiten, welche den Binnenmarkt sicherstellen, geben Marktzutritts- und Marktfunktionsbedingungen vor, an denen auch Vorhaben im

²⁵ Ibid., Art 168 AEUV, Rn. 25. Die Vorgängernorm beschränkte die Anwendung auf „die Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung“ (Art. 152 Abs. 5 Satz 1 EGV).

²⁶ Vgl. auch <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=754&langId=de> (30.07.2011).

Gesundheitsbereich zu messen sind.²⁷ Es ist dabei besonders zu beachten, dass diese nur einschlägig sind, wenn ein grenzüberschreitender Bezug vorliegt, somit also der Binnenmarkt berührt ist. Artikel 45 AEUV garantiert im Rahmen des freien Personenverkehrs die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der EU. Arbeitnehmer dürfen in Bezug auf die Entlohnung, die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen nicht schlechter behandelt werden als die eigenen Staatsangehörigen. Als notwendige Folge einer solchen freien Wahl des Arbeitsplatzes im EU-Ausland, ist die Inanspruchnahme von Sozialleistungen diskriminierungsfrei zu regeln. Die Koordination der Systeme der sozialen Sicherheit für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer erfolgt durch Art. 48 AEUV im ordentlichen Gesetzgebungsverfahren.²⁸

Hierauf werden auch die Wanderarbeitnehmerverordnung (EWG) Nr. 1408/71 bzw. die Nachfolgeverordnung (EG) Nr. 883/2004 gestützt.²⁹ Diese ermöglichte zunächst nur Arbeitnehmern die Ausübung ihrer Arbeitnehmerfreizügigkeit, ohne Einschnitte bei sozialrechtlichen Aspekten befürchten zu müssen, und ist nunmehr aber auch auf andere Personen anwendbar.³⁰

c) Niederlassungsfreiheit, Art. 49 ff. AEUV

Die Niederlassungsfreiheit gewährt den freien Personenverkehr in Bezug auf selbständig Erwerbstätige bzw. Gesellschaften, welche sich zur Teilnahme am Wirtschaftsleben in einem anderen Mitgliedstaat niederlassen. Es ist nach Art. 49 Abs. 2 AEUV sowohl die Aufnahme und Ausübung selbständiger Erwerbstätigkeiten als auch die Gründung und Leitung von Unternehmen umfasst. Diese Regelung gilt ebenfalls für Ärzte oder andere medizinische Berufe, die selbständig ausgeübt werden. Um die Freizügigkeit dieser Berufsgruppe zu garantieren, ist die Anerkennung von Berufsabschlüssen und

²⁷ Lamping, (Fn. 6), S. 604.

²⁸ „Das Europäische Parlament und der Rat beschließen gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren die auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer notwendigen Maßnahmen; zu diesem Zweck führen sie insbesondere ein System ein, das zu- und abwandernden Arbeitnehmern und Selbstständigen sowie deren anspruchsberechtigten Angehörigen Folgendes sichert:

a) die Zusammenrechnung aller nach den verschiedenen innerstaatlichen Rechtsvorschriften berücksichtigten Zeiten für den Erwerb und die Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs sowie für die Berechnung der Leistungen;

b) die Zahlung der Leistungen an Personen, die in den Hoheitsgebieten der Mitgliedstaaten wohnen. [...]“

²⁹ Vgl. unter 2.2.2.

³⁰ Calliess/ Ruffert/ Kingreen, (Fn. 23) Art. 168 AEUV, Rn. 27.

Diplomen zwingend notwendig. Diese richtet sich mittlerweile nach Art. 53 Abs. 1 AEUV und der Berufsanerkennungs-Richtlinie.³¹

d) Dienstleistungsfreiheit, Art. 56 ff. AEUV

Bei der Dienstleistungsfreiheit handelt es sich um die für den Gesundheitsbereich relevanteste Vorschrift. Dienstleistungen werden gemäß Art. 57 AEUV „[...] in der Regel gegen Entgelt erbracht [...], soweit sie nicht den Vorschriften über den freien Waren- und Kapitalverkehr und über die Freizügigkeit unterliegen“. Insbesondere gelten gewerbliche, kaufmännische, handwerkliche und freiberufliche Tätigkeiten als Dienstleistungen. Folglich unterfallen auch medizinische Behandlungen dem Begriff der Dienstleistungen.

Es gibt vier verschiedene Arten der Dienstleistungsfreiheit, die durch Art. 56 AEUV garantiert werden:

- Aktive Dienstleistungsfreiheit: Der Dienstleistungserbringer erbringt seine Dienstleistung in einem anderen Mitgliedstaat als seinem Heimatstaat (Arzt aus Deutschland behandelt Patient in Frankreich).
- Passive Dienstleistungsfreiheit: Der Dienstleistungsempfänger empfängt die Dienstleistung in einem anderen Mitgliedstaat als seinen Heimatstaat (Patient aus Deutschland begibt sich zur Behandlung nach Frankreich).
- Produktverkehrsfreiheit bzw. Korrespondenzdienstleistungen: Weder Dienstleistungserbringer noch -empfänger überschreiten die Grenze, sondern nur die Dienstleistung (Patient in Deutschland lässt sich mittels Telemedizin, welche in Frankreich erstellt wird, behandeln).
- Auslandsbedingte Dienstleistungen: Dienstleistungsempfänger und Dienstleistungserbringer sind im selben Mitgliedstaat ansässig, jedoch wird die Dienstleistung in einem anderen Mitgliedstaat erbracht (möglich wenn sowohl Arzt als auch Patient zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, die nur im Ausland erhältlich oder möglich, ins Ausland reisen und dort, dann die Dienstleistung erfolgt, wohl eher selten der Fall).³²

³¹ RL/2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen vom 07.09.2005, ABl. 2005 L 255/22.

³² Vgl. Geiger/ Khan/ Gotzur, EUV/AEUV – Vertrag über die Europäische Union und Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, Art. 57 AEUV, Rn. 8 ff.

Nach Art. 56 AEUV sind Beschränkungen der Dienstleistungsfreiheit verboten. Hierunter fallen zum einen Diskriminierungen aufgrund der Staatsangehörigkeit und zum anderen Beschränkungen oder Hindernisse, die trotz unterschiedsloser Geltung, geeignet sind, die Tätigkeit eines in einem anderen Mitgliedstaat ansässigen Dienstleistenden (auch Drittstaatler), der dort regelmäßig gleichartige Dienstleistungen erbringt, zu unterbinden oder zu behindern.³³

e) Angleichung der Rechtsvorschriften, Art. 114 AEUV

Vorschriften, die die Errichtung und das Funktionieren des Binnenmarktes zum Inhalt haben, können von der EU in allen Rechtsbereichen erlassen werden, so dass auch das Gesundheitswesen davon erfasst ist.³⁴

Eine Abgrenzung zu Art. 168 AEUV gestaltet sich oftmals schwierig. Jedoch hat das Verbot der Harmonisierung in Art. 168 AEUV keinen Einfluss auf Art. 114 AEUV, wenn es bei der Angleichung von Rechtsvorschriften zugleich auch um den Schutz der Gesundheit geht.³⁵ Bei Art. 114 AEUV muss die Verwirklichung des Binnenmarkts nicht nur Neben- sondern Hauptzweck der Vorschrift sein. Wettbewerbsverzerrungen müssen vielmehr spürbar sein und die Vorschrift muss tatsächlich die Bedingungen auf dem Binnenmarkt verbessern. Ist dies der Fall so dürfen die Vorschriften einen erheblichen Einfluss auf die nationalen Gesundheitssysteme bewirken.³⁶

f) Sonstige Vorschriften

Neben diesen grundlegenden Vorschriften spielen aber auch die Wettbewerbsregelungen des EU-Rechts in Art. 101 ff. AEUV eine wichtige Rolle. Insbesondere muss eine Abgrenzung zwischen der Sozialpolitik eines Staates und der privatwirtschaftlichen Tätigkeit in diesem Bereich erfolgen.³⁷ Des

³³ EuGH, Rs. C-43/93, *Vander Elst*, Slg. 1994, I-3803.

³⁴ „Soweit in den Verträgen nichts anderes bestimmt ist, gilt für die Verwirklichung der Ziele des Artikels 26 die nachstehende Regelung. Das Europäische Parlament und der Rat erlassen gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren und nach Anhörung des Wirtschafts- und Sozialausschusses die Maßnahmen zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten, welche die Errichtung und das Funktionieren des Binnenmarkts zum Gegenstand haben. [...]“

³⁵ Ebsen, Harmonisierende Rechtssetzungskompetenz der Europäischen Union in der Gesundheitspolitik, in: GVG, (Fn. 16), S. 19.

³⁶ Calliess/ Ruffert/ Kingreen, (Fn. 23), Art 168 AEUV, Rn. 30 f.

³⁷ Mit weiteren Nachweisen Möller, Europäische Marktfreiheiten im Wettbewerb am Beispiel der stationären Patientenversorgung, 2009, S. 200.

Weiteren ist noch auf die Regelung zum Gesundheitsschutz in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union hinzuweisen. Diese ist seit Inkrafttreten des Lissabon-Vertrages für die EU und die Mitgliedstaaten durch Art. 6 EUV rechtsverbindlich geworden. Schließlich sind die speziellen Regelungen für die Gesundheit im Straßenverkehr in Art. 91 lit. a AEUV und zum Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmer in Art. 153 Abs. 1 lit. a AEUV zu nennen. Auch müssen Art. 169 AEUV, welcher sich mit Maßnahmen des Verbraucherschutzes – natürlich auch mit gesundheitspezifischen Schutzvorschriften – befasst, und Art. 191, 192 AEUV, die im Rahmen der Umweltpolitik auch den Schutz der menschlichen Gesundheit berücksichtigen, beachtet werden.

Daneben existieren weitere allgemeine grundlegende Normen in den Verträgen, welche für das Gesundheitswesen von Bedeutung sind, wie etwa die Zielfestlegungen in Art. 3 Abs. 3 Satz 4 und 5 EUV, die soziale Querschnittsklausel in Art. 9 AEUV, die Kompetenzregelung in Art. 2 Abs. 5 AEUV und das Harmonisierungsverbot in Art. 6 lit. a) AEUV.

2.2.2 Sekundärrecht

Unter sekundärem Unionsrecht, auch abgeleitetes Recht genannt, versteht man das von den Organen der EU erlassene Recht. Dieses ergeht nach dem Prinzip der Einzelermächtigung, wonach jeder Rechtsakt eine ausdrückliche oder anderweitige anwendbare Kompetenz im Primärrecht haben muss (Art. 5 EUV). Sekundärrecht stellt sich nach Art. 288 AEUV durch Verordnungen, Richtlinien, Entscheidungen, Empfehlungen und Stellungnahmen dar.³⁸

a) Verordnung (EWG) Nr. 1408/71

Die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern³⁹, auch Wanderarbeitnehmerverordnung genannt, versuchte die Koordinierungsregelungen, die in der Verordnung Nr. 3 über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer⁴⁰ festgelegt wurden, zu verbessern und zu erweitern. Aufgrund der Rechtsprechung des EuGH und

³⁸ Mickel/ Bergmann, (Fn. 22), Stichwort Gemeinschaftsrecht.

³⁹ VO (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, ABl. 1971 L 149/2.

⁴⁰ VO (EWG) Nr. 3 des Rates über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer, ABl. 1958 (EG) Nr. 597/58.

der Aufnahme von neuen Mitgliedstaaten erfuhr die Verordnung auch immer wieder zahlreiche Veränderungen und Erweiterungen.

Die durch die vielen nachträglichen Ergänzungen unübersichtlich gewordene Verordnung wurde durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der sozialen Systeme der sozialen Sicherheit⁴¹ geändert, um die Rechtslage klarer und einfacher zu gestalten. Diese grundlegende Reform war zudem aufgrund der mittlerweile sehr umfassenden Rechtsprechung des EuGH und der zahlreichen ausdifferenzierten Sozialsysteme der Mitgliedstaaten notwendig.⁴² Die vorherige Durchführungsverordnung (EWG) Nr. 574/72⁴³ wurde von der Verordnung (EG) Nr. 987/2009⁴⁴ ersetzt. Insbesondere wird in den neuen Verordnungen der Datenaustausch zwischen den einzelnen mitgliedstaatlichen Behörden berücksichtigt. Die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bleibt allerdings bezüglich Drittstaatsangehöriger in Kraft, da diese nicht unter die neuere Verordnung fallen.

b) Verordnung (EG) Nr. 883/2004

Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 behält die meisten Prinzipien der Koordinierungsregelungen bei und versucht lediglich die Übersichtlichkeit des Europäischen koordinierenden Sozialrechts wiederherzustellen. Neu eingeführt wurde das Gebot der Tatbestandsgleichstellung und das Gebot der Zusammenrechnung der Versicherungszeiten in Art. 5 lit. f. Die Verordnung ist mit Verabschiedung der Durchführungsverordnung (EG) Nr. 987/2009 zum 1. Mai 2010 in Kraft getreten.

Der persönliche Geltungsbereich der Verordnung „gilt für Staatsangehörige eines Mitgliedstaats, Staatenlose und Flüchtlinge mit Wohnort in einem Mitgliedstaat, für die die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten, sowie für ihre Familienangehörigen und Hinterbliebenen.“⁴⁵ Sie gewährt in Art. 4 Gleichbehandlung und somit haben

⁴¹ VO (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. 2004 L 166/1.

⁴² Fuchs, Europäisches Sozialrecht, 5. Aufl. 2010, S. 33.

⁴³ VO (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der VO (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, ABl. 1972 L 74/1.

⁴⁴ VO (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der VO (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. 2010 L 284/1.

⁴⁵ Zuvor galt die VO (EWG) Nr. 1408/71 gemäß Art. 2 „für Arbeitnehmer und Selbständige sowie für Studierende [...] sowie für deren Familienangehörige und Hinterbliebene“.

„Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates.“ Die Regelungen der Verordnung beziehen sich ebenso auf Leistungen im Falle einer Krankheit oder ähnlichem.⁴⁶

Die Verordnung bestimmt, dass ein Arbeitnehmer oder selbständig Tätiger im Grundsatz nur den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates unterliegt. In den meisten Fällen sind dies die Vorschriften des Staates, in welchem er beschäftigt bzw. beruflich tätig ist, außer es handelt sich um Beamte oder entsandte Arbeitnehmer. Weiter legt sie fest, dass die Versicherungs-, Beschäftigungs- und Wohnzeiten, die in mehreren Mitgliedstaaten angefallen sind, zusammengerechnet werden, so dass keine Benachteiligung durch die Inanspruchnahme der Freizügigkeitsregelungen eintritt. Der Schwerpunkt der Vorschriften liegt auf den „Voraussetzungen und Folgen grenzüberschreitender Behandlungsleistungen“.⁴⁷ Berücksichtigt werden die Fälle, in denen der Berechtigte in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnt oder Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat, der weder Wohn- noch Beschäftigungsstaat ist, in Anspruch nimmt.⁴⁸ Die Regelungen umfassen Sach-, Geld- und Dienstleistungen und erstrecken sich auch auf Familienangehörige. Es bestehen demnach Ansprüche auf Präventionsleistungen, stationäre Behandlungen, Medikamente- und Heilmittelversorgung sowie Pflegeleistungen.⁴⁹

c) Patientenrichtlinie

Am 9. März 2011 wurde nach heftigen Kontroversen die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vom Europäischen Parlament und dem Rat, gestützt auf Art. 114 und 168 AEUV, erlassen. Die Patientenrichtlinie wurde 2007 auf den Weg gebracht, nachdem Gesundheitsdienstleistungen aus der Dienstleistungsrichtlinie aufgrund ihres besonderen Charakters ausge-

⁴⁶ Art. 3 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/2004: „Diese Verordnung gilt für alle Rechtsvorschriften, die folgende Zweige der sozialen Sicherheit betreffen:

- a) Leistungen bei Krankheit;
- b) Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft;
- c) Leistungen bei Invalidität; [...]
- f) Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten; [...].“

⁴⁷ Eichenhofer, Sozialrecht der Europäischen Union, 4. Aufl. 2010, S. 131.

⁴⁸ Eine vertiefte Darstellung ist unter 4 zu finden.

⁴⁹ Eichenhofer, (Fn. 47), S. 132.

klammert wurden.⁵⁰ Ziel ist es gemeinsame Grundsätze in den verschiedenen Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten zu etablieren, einen rechtlichen Rahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu schaffen und die Zusammenarbeit in diesem Bereich auf europäischer Ebene zu stärken.⁵¹ Insbesondere sollen die Mitgliedstaaten, die die bisherige Rechtsprechung des EuGH noch nicht gesetzlich kodifiziert haben, gezwungen werden dies nachzuholen.⁵²

Die Richtlinie bestimmt, dass „*Dienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege*“, die „*Zuteilung von und der Zugang zu Organen*“, „*öffentliche Impfprogramme gegen Infektionskrankheiten*“ und „*Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten zur Organisation und Finanzierung von Gesundheitsversorgung in Fällen, die nicht die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung betreffen*“ von ihrem Anwendungsbereich ausgenommen sind.

Zunächst wird in Art. 4 die Zuständigkeit des Behandlungsmitgliedstaates festgelegt. Dieser ist verpflichtet, von ihm festgelegte Standards bei der Behandlung einzuhalten und den Patienten mit den notwendigen entscheidungsrelevanten Informationen durch die Gesundheitsdienstleister zu versorgen. Darüber hinaus gewährleistet der Behandlungsmitgliedstaat, dass im Falle einer Schädigung ein Beschwerdeweg eröffnet ist und der Behandelnde über eine Berufshaftpflicht verfügt. Zudem besteht die Verpflichtung eine Patientenakte zu erstellen, den Datenschutz einzuhalten und die gleiche Gebührenordnung wie für inländische Patienten anzuwenden. Des Weiteren ist geregelt, dass die Mitgliedstaaten nationale Kontaktstellen einzurichten haben, die nach Art. 6 die Patienten mit allen notwendigen Informationen bezüglich der Behandlung, den Gesundheitsdienstleistern, seinen Rechten, den Beschwerde- oder Rechtsbehelfsverfahren versorgen.⁵³ In den Art. 7 bis 9 ist

⁵⁰ Schulte/ Westenberg, Gesundheitsdienstleistungen in der EU – die geplante „Patienten-Richtlinie“, NZS 2009, S. 136; Prunzel, Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen: Das neue Sozialpaket der Europäischen Kommission, RDG 2009, S. 161 f.

⁵¹ Kommission, Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, KOM (2008), 414, S. 4.

⁵² EU-Agenda, Nachrichten zum Europäischen Sozial- und Arbeitsrecht, Parlament, Richtlinie zu Patientenrechten angenommen, ZESAR 2011, S. 97.

⁵³ Vgl. die umfassende Formulierung in Art. 6 Abs. 3: „*Damit Patienten ihre Rechte in Bezug auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung wahrnehmen können, stellen ihnen die nationalen Kontaktstellen im Behandlungsmitgliedstaat gemäß dessen gesetzlichen Bestimmungen Informationen über die Gesundheitsdienstleister zur Verfügung, einschließlich – auf Anfrage – der Informationen über die Berechtigung eines konkreten Dienstleisters zur Erbringung von Leistungen oder über jegliche Beschränkungen seiner Tätigkeit, Informati-*

die Kostenerstattung bei der Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen festgelegt. Art. 7 postuliert, dass der Versicherungsmitgliedstaat die Kosten erstattet, die im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung entstanden sind, soweit diese im Leistungsspektrum enthalten sind und zwar in der Höhe, wie wenn sie im eigenen Hoheitsgebiet vorgenommen worden wären. Weitere Kosten oder Übernachtungs- und Reisekosten können gezahlt werden, jedoch besteht hierauf kein Anspruch. Die Mitgliedstaaten richten einen transparenten Mechanismus zur Kostenabrechnung ein. Ferner wurde den Mitgliedstaaten in Art. 8 gestattet, bestimmte Behandlungen von einer Vorabgenehmigung abhängig zu machen. Zu diesem Zweck differenziert die Richtlinie grundsätzlich zwischen ambulanten und stationären Behandlungen. Nur bei letzteren kann eine Vorabgenehmigung erforderlich sein, ebenso bei kostenintensiven oder hoch spezialisierten Behandlungen. Solche Anträge müssen nach Art. 9 innerhalb von angemessenen Fristen bearbeitet werden und den Gesundheitszustand, die Dringlichkeit und den Einzelfall berücksichtigen.

Die Richtlinie versucht durch die Einführung von Europäischen Referenznetzwerken die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu fördern. Das gleiche Ziel soll mit der Unterstützung von elektronischen Gesundheitsdiensten und bei der Bewertung von Gesundheitstechnologien verfolgt werden.

Das Verhältnis der Richtlinie zur Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist äußerst interessant, denn grundsätzlich bleibt gemäß Art. 2 lit. m letztere unberührt. In Erwägungsgrund 30 der Richtlinie wird klargestellt, dass entweder die Richtlinie oder die Verordnung zur Anwendung gelangt. Besteht ein Anspruch nach beiden Rechtsgrundlagen so ist der Patient gemäß Erwägungsgrund 31 darauf hinzuweisen, dass derjenige nach der Verordnung günstiger ist. Inhaltlich ist ein Unterschied bereits bei der Rechtsaktqualität festzustellen.⁵⁴ Im Gegensatz zu der Verordnung Nr. (EG) Nr. 883/2004 bedarf die Patientenrichtlinie einer Umsetzung in das nationale Recht. Hierzu bleibt den Mitgliedstaaten bis zum 25. Oktober 2013 Zeit. Ein weiterer Unterschied liegt darin, dass entgegengesetzte Leistungsprinzipien verfolgt werden. Die Verordnung gewährt Leistungen aufgrund des Sachleistungsprinzips – wonach Leistungen bereitgestellt werden, ohne dass diese dem Empfänger in

onen nach Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe a sowie Informationen über Patientenrechte, Beschwerdeverfahren und Verfahren zur Einlegung von Rechtsbehelfen sowie über die verfügbaren rechtlichen und administrativen Möglichkeiten zur Streitbeilegung, auch bei Schäden, die im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung entstanden sind.“

⁵⁴ Wunder, Zum Vorschlag des Erlasses einer Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung – Was ist neu?, MedR 2009, S. 328.

Rechnung gestellt werden – wohingegen die Richtlinie das Prinzip der Kostenerstattung vorsieht.

Grundsätzlich ist die Patientenrichtlinie zu begrüßen. Sie bekräftigt den Anspruch der Patienten auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, klärt die Kostenerstattung und stärkt die Zusammenarbeit in diesem Bereich. Als Novum ist insbesondere die Stärkung der Patientenrechte durch die Einführung eines umfassenden Informationsrechts zu sehen. Dennoch erfährt die Richtlinie auch Kritik,⁵⁵ so wird erst die Umsetzung in der Praxis zeigen, ob die neu eingeführten nationalen Kontaktstellen die umfassenden Aufgaben, die sowohl medizinischen als auch juristischen Sachverstand benötigen, effizient und verlässlich wahrnehmen können. Auch stellt sich die Frage, ob deren Auskünfte überhaupt Bindungswirkung für Krankenkassen, Ärzte und andere Mitgliedstaaten entfalten können und wenn ja, in welchem Umfang. Vielfach wird auch bemängelt, dass die Richtlinie an manchen Stellen einen zu unbestimmten Wortlaut bezüglich der Voraussetzungen einer Vorabgenehmigung besitzt und auch das Kriterium der Übernachtung für die Abgrenzung einer stationären von einer ambulanten Behandlung nicht zweckmäßig ist, da dies oftmals von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat unterschiedlich gehandhabt wird.⁵⁶ Fraglich erscheint weiterhin, ob das Genehmigungserfordernis, wie es nunmehr ausgestaltet ist, tatsächlich mit der Dienstleistungsfreiheit zu vereinbaren ist. Dies wird der EuGH in Zukunft zu klären haben. Gleiches gilt für die Abgrenzung zwischen den Ansprüchen nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, welche das Sachleistungsprinzip verfolgt, und nach der Richtlinie, welche die vom Patienten vorgelegten Kosten nur im Nachhinein erstattet.

Schließlich muss befürchtet werden, dass die Patienten aufgrund des Kostenerstattungsprinzips von der Wahrnehmung von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland abgeschreckt werden, da sie für diese in Vorlage treten, und befürchten müssen, die Kosten nicht (vollständig) erstattet zu bekommen. Zum einen wurde nicht geregelt, ob eine Zusage der Kostenerstattung vorgesehen ist, wie diese ausgestaltet sein soll und welche Bindungswirkung sie im Ausland entfaltet.⁵⁷ Zum anderen besteht eine Pflicht zur Kostenerstattung

⁵⁵ Vgl. Stellungnahme der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung vom 02.09.2008, http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/europa/dokumente/dl1/Stellungnahme_DSVAE_RL_Vorschlag_Patientenrechte_KOM_2008_414_endg.pdf (30.07.2011).

⁵⁶ So sind in manchen Mitgliedstaaten Behandlungen nur stationär möglich, während sie in anderen ausschließlich ambulant vorgenommen werden; siehe auch Rübke, (Fn. 3), S. 81.

⁵⁷ Ein angedachtes Voucher-System mit einem festen Geldbetrag hätte den Nachteil, dass der Patient zwar den Betrag kennt der ihm erstattet wird, dies könnte aber dazu führen, dass z.B. deutsche Patienten, denen durch die deutsche Gebührenordnung relativ teure Behandlungen

immer nur in Höhe der Kosten, die auch im Inland erstattet worden wären, d.h. dass Patienten aus Mitgliedstaaten, die niedrige Gebührensätze zugrunde legen oder gewisse Behandlungen überhaupt nicht erstatten, dann häufig einen Teil der Kosten selbst tragen müssen.

2.2.3 Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs

Eine weitere wichtige Säule des EU-Rechts stellt die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs dar, da dessen Auslegung des Primär- und Sekundärrechts verbindliche Wirkung für die Mitgliedsstaaten entfaltet. Die stärker werdenden Verflechtungen zwischen den Mitgliedstaaten bringen im Hinblick auf grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen eine Vielzahl von Problemstellungen mit. Im Folgenden sollen die wichtigsten Urteile kurz inhaltlich und in ihrer Bedeutung für die Entwicklung der grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen dargestellt werden.

a) Decker und Kohll

Den Ausgangspunkt für die Auseinandersetzung des EuGH mit dem Bereich der Gesundheitsversorgung im grenzüberschreitenden Kontext bilden die beiden Grundsatzurteile in den Rechtssachen *Decker*⁵⁸ und *Kohll*⁵⁹ aus dem Jahr 1998.⁶⁰ Darin stellte der EuGH neue Grundsätze im Hinblick auf die Grundfreiheiten und die Erstattung von in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsstaat entstandenen Kosten für gesundheitliche Leistungen auf.

In der Entscheidung *Decker* machte die luxemburgische Krankenkasse die Erstattung der Kosten einer in Belgien gekauften Brille durch einen luxemburgischen Versicherten von einer vorherigen Genehmigung abhängig. Der EuGH stellt jedoch fest, dass eine nationale Regelung, die eine solche Genehmigung für eine Kostenerstattung verlangt, gegen die Warenverkehrsfreiheit verstößt. Diese Problematik lag auch der Rechtssache *Kohll* zugrunde. Die luxemburgische Krankenkasse machte hier die Erstattung der Zahnbehandlung der Tochter eines luxemburgischen Versicherten in Deutschland

erstattet werden, im Ausland mit günstigen Behandlungen medizinische nicht notwendige Untersuchungen oder Behandlungen erhalten, um den Höchstbetrag auszuschöpfen.

⁵⁸ EuGH, Rs. C-120/95, *Decker*, Slg. 1998, I-1831.

⁵⁹ EuGH, Rs. C-158/96, *Kohll*, Slg. 1998, I-1931.

⁶⁰ Es ist darauf hinzuweisen, dass sich der EuGH auch schon früher mit Einzelfragen zur Ausgestaltung der mitgliedstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit beschäftigt hat, so z.B. EuGH, Rs. 238/82, *Duphar*, Slg. 1984, 523.

ebenfalls von einer solchen vorherigen Genehmigung abhängig. Der Gerichtshof kam zu dem Ergebnis, dass eine solche vorherige Genehmigung im Hinblick auf die Erstattung von Kosten, die in einem anderen Mitgliedstaat anfallen, eine Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs darstellt und solche Hindernisse nur durch zwingende Erfordernisse des Allgemeininteresses gerechtfertigt sein können, welche jedoch nicht vorgebracht wurden.

In Folge dieser beiden Urteile steht fest, dass die nationalen Systeme der sozialen Sicherheit nicht als gemeinschaftsrechtsfreie Bereiche zu qualifizieren sind,⁶¹ sondern dass die Waren- und Dienstleistungsfreiheit grundsätzlich auch in diesem Bereich Anwendung finden. Diese Grundfreiheiten wurden hier jedoch durch das Erfordernis einer Vorabgenehmigung verletzt, weil eine solch einschränkende nationale Regelung aus bloß wirtschaftlichen Motiven nicht zulässig ist. Im Ergebnis haben sozialversicherte Patienten das Recht ambulante Gesundheitsdienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat – auch außerhalb einer Notfallbehandlung – in Anspruch zu nehmen und grundsätzlich die daraus resultierenden Kosten von ihrem Sozialversicherungsträger ersetzt zu bekommen.⁶²

b) Vanbraekel

Durch die fortschreitende europäische Integration rückten im Jahre 2001 auch die stationären Gesundheitsdienstleistungen in das Blickfeld des Gerichtshofs. Die erste wichtige Entscheidung *Vanbraekel*⁶³ betraf die Frage der Höhe der Erstattung von Kosten für einen chirurgischen Eingriff und den notwendigen Krankenhausaufenthalt einer bei einer belgischen Krankenkasse versicherten belgischen Staatsbürgerin in Frankreich.

Der Gerichtshof kam zu dem Ergebnis, dass die belgische Krankenkasse aufgrund der Dienstleistungsfreiheit als zuständiger Träger verpflichtet war, eine Erstattung der Kosten in der Höhe zu gewähren, wie sie nach den für sie geltenden Bestimmungen zu erbringen gewesen wäre. Eine Kostenerstattung bestimmt sich somit nach den Tarifen des Systems des Versicherungsstaats. Im Ergebnis ist somit auch eine ergänzende Erstattung zu gewähren, wenn die

⁶¹ Lafrenz, Die Pflegeversicherung als Teil der Krankenversicherung im Sozialrecht der Europäischen Union, Die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes, ZERP-Diskussionspapier 2/2002, S. 38.

⁶² Möller, (Fn. 37), S. 95, 98.

⁶³ EuGH, Rs. C-368/98, *Vanbraekel*, Slg. 2001, I-5363.

Erstattung der Kosten niedriger ist als diejenige, die sich aus den Vorschriften des Mitgliedstaates der Versicherungszugehörigkeit ergeben würde.⁶⁴

c) **Smits und Peerbooms**

In der nächsten wichtigen Entscheidung aus dem Jahr 2001 setzte sich der Gerichtshof mit der Rechtmäßigkeit des Erfordernisses einer vorherigen nationalen Genehmigung für eine stationäre Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat, mit der Ermessensausübung bei der Erteilung der Genehmigung sowie mit der Üblichkeit und Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung auseinander. In der Entscheidung *Smits und Peerbooms*⁶⁵ ging es um niederländische Staatsangehörige, die sich ohne vorherige Genehmigung ihrer niederländischen Krankenkasse in einer deutschen Klinik mit hohem Spezialisierungsgrad bzw. in einer österreichischen Klinik mit einer speziellen Intensivtherapie behandeln ließen.

Einleitend stellte der EuGH in seiner Entscheidung erneut fest, „*dass das Gemeinschaftsrecht nach ständiger Rechtsprechung die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt lässt*“, aber die Mitgliedstaaten dabei gleichwohl das Gemeinschaftsrecht beachten müssen und die Bestimmungen über die Dienstleistungsfreiheit auch auf die Krankenhausversorgung Anwendung findet.

Weiterhin führte der Gerichtshof aus, dass stationär erbrachte medizinische Leistungen im Vergleich zu ambulanten Besonderheiten aufweisen. Das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung ist dabei für eine stationäre Krankenhausbehandlung grundsätzlich notwendig und angemessen, da die Krankenhausversorgung in den Mitgliedstaaten auf einem nationalen System von vertraglichen Vereinbarungen beruht, um dadurch zu gewährleisten, dass ein ausgewogenes Angebot qualitativ hochwertiger Krankenhausversorgung ständig ausreichend zugänglich ist und die entstehenden Kosten beherrschbar bleiben. Jedoch ist ein solches System der vorherigen Genehmigung und ein damit stattfindender Eingriff in die Dienstleistungsfreiheit nur gerechtfertigt, wenn er auf im Voraus bekannten objektiven und nicht diskriminierenden Kriterien basiert und somit dem Ermessen der Behörde hinsichtlich eines Missbrauchs Grenzen gesetzt werden. Eine Genehmigung darf im Ergebnis nach dem EuGH nur dann versagt werden, wenn es sich um keine nach internationalen medizinischen Erkenntnissen erprobte und anerkannte Behand-

⁶⁴ Beschoner, Krankenbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, ZESAR 2006, S. 50.

⁶⁵ EuGH, Rs. C-157/99, *Smits und Peerbooms*, Slg. 2001, I-5473.

lungsmethode handelt und keine dringende medizinische Notwendigkeit für eine ausländische Behandlung besteht, weil eine gleiche oder ebenso wirksame Behandlung auch rechtzeitig im Inland bei einer Vertragseinrichtung stattfinden kann. Außerdem hervorzuheben ist, die wichtige Feststellung des Gerichtshofs, dass das Gemeinschaftsrecht die Mitgliedstaaten grundsätzlich nicht dazu zwingen kann, die Liste der vom nationalen System zu tragenden medizinischen Leistungen zu erweitern und hinsichtlich dessen auch nicht maßgeblich ist, ob eine medizinische Leistung von einem anderen mitgliedstaatlichen Krankenversicherungssystem übernommen wird.

Mit diesem Urteil hat der EuGH schließlich auch klargestellt, dass seine Rechtsprechung zur Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen auch auf Sachleistungssysteme übertragbar ist.⁶⁶ Im Ergebnis nähern sich somit durch die Rechtsprechung des Gerichtshofs die Versicherungssysteme (Sachleistungs- und Erstattungsprinzip) an und es wird gewissermaßen ein europaweites Kostenerstattungsprinzip eingeführt.⁶⁷

d) Müller-Fauré und van Riet

Im Jahre 2003 fasste der Gerichtshof seine bisherige Rechtsprechung in einer weiteren wichtigen Entscheidung zur Erstattung von Behandlungskosten aus einem anderen Mitgliedstaat noch einmal zusammen und präziserte diese weiter. In der verbundenen Entscheidung *Müller-Fauré* und *van Riet*⁶⁸ ging es um die Kostenerstattung für zwei niederländische Staatsangehörige, die zum einen den Urlaub in Deutschland nutzten, um ohne vorherige Genehmigung zum Zahnarzt zu gehen und zum anderen eine Untersuchung sowie die daraus resultierende Operation ohne vorherige Genehmigung in einem belgischen Krankenhaus durchführen ließen, da dies dort zu einem früheren Termin als in den Niederlanden möglich war.

Der EuGH wiederholte zunächst, dass auf medizinische Tätigkeiten – unabhängig, ob ambulante oder stationäre – die Bestimmungen über den freien Dienstleistungsverkehr Anwendung finden, woran auch gerade die Zugehörigkeit zum Bereich der sozialen Sicherheit nichts ändert. Im Hinblick auf die Behandlung in einem Krankenhaus verwies der Gerichtshof auf seine Ausführungen im Urteil *Smits* und *Peerbooms*, wonach das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung grundsätzlich notwendig und angemessen ist, jedoch auf

⁶⁶ Kingreen, Zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im europäischen Binnenmarkt, NJW 2001, S. 3383.

⁶⁷ Frenz, Grenzüberschreitende medizinische Leistungen und Grundfreiheiten im Spiegel der EuGH-Rechtsprechung, MedR 2004, S. 298.

⁶⁸ EuGH, Rs. C-385/99, *Müller-Fauré und van Riet*, Slg. 2003, I-4509.

im Voraus bekannten objektiven und nicht diskriminierenden Kriterien beurteilen muss. Eine Genehmigung ist somit zu erteilen, wenn die medizinische Behandlung des Versicherten es erfordert. Bei der hier entscheidenden rechtzeitigen Verfügbarkeit einer Behandlung müssen die nationalen Behörden sämtliche Umstände des konkreten Falls berücksichtigen, wobei eine Versagung der Genehmigung nicht nur durch die Existenz einer Warteliste gerechtfertigt sein kann. In Bezug auf die ambulante Behandlung kam der EuGH hingegen zu dem Ergebnis, dass der Grundsatz der Dienstleistungsfreiheit einer nationalen Regelung entgegen stehe, wonach der Versicherte für eine ambulante Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat eine vorherige Genehmigung einholen müsse und zudem auch keine Rechtfertigung durch Gründe des Schutzes der öffentlichen Gesundheit gegeben sei. Allerdings erfolgt die Kostenübernahme für eine solche Versorgung nur insoweit als das Krankenversicherungssystem der Versicherungszugehörigkeit eine Deckung garantiert.

Insgesamt zeigt auch diese Entscheidung des Gerichtshofs,⁶⁹ dass die Mitgliedstaaten zwar weiterhin die Verantwortung für die soziale Sicherheit tragen, dabei jedoch die Regelungen des Binnenmarktes berücksichtigen müssen.⁷⁰ Somit führt die Entscheidung zu einer Einschränkung der Mitgliedstaaten in ihrer Souveränität bei der Ausgestaltung der Systeme der gesetzlichen Krankenversicherung und dies nicht nur unmittelbar durch die Entscheidung der Unzulässigkeit eines Genehmigungsvorbehalts, sondern auch durch das Setzen von weiteren Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung, was eine weitere Anpassung der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten,⁷¹ aber auch einen erzwungenen „Wettbewerb der nationalen Gesundheitssysteme“ bewirkt.⁷²

⁶⁹ Da der EuGH in den Entscheidungen *Smits und Peerbooms* und *Müller-Fauré und van Riet* umfassend zu Sachleistungssystemen Stellung genommen hatte, wurden zwei deutsche Vorabentscheidungsverfahren (C-454/02 und C-322/02) gestrichen.

⁷⁰ Becker, gesetzliche Krankenversicherung im Europäischen Binnenmarkt, NJW 2003, S. 2277.

⁷¹ Kötter, Die Entscheidung Müller-Fauré/van Riet – Harmonisierung der sozialen Sicherung im Krankheitsfall durch die Rechtsprechung des EuGH?, ZESAR 2003, S. 311.

⁷² Nowak, Anmerkung zu EuGH: Übernahme von Krankheitskosten im EU-Ausland, EuZW 2003, S. 477.

e) Watts

Der Gerichtshof setzte im Jahr 2006⁷³ seine Rechtsprechung zur Reichweite der Grundfreiheiten im Bereich des Gesundheitsrechts und zur Ausgestaltung der Voraussetzungen hinsichtlich der Pflicht zur Kostenerstattung für Krankenhausbehandlungen in einem anderen Mitgliedstaat fort. Die Entscheidung *Watts*⁷⁴ betraf die Kostenerstattung der Hüftoperation einer britische Staatsbürgerin in einem französischen Krankenhaus, die diese ohne Genehmigung vornehmen ließ, nachdem ihr eine solche Behandlung in Großbritannien zuvor mit Hinweis auf ihren Wartelistenplatz versagt worden war. Anzumerken ist dabei, dass der National Health Service (der staatliche Gesundheitsdienst des Vereinigten Königreichs) einige Besonderheiten aufweist, denn er wird im Wesentlichen über Steuermittel finanziert und seine Einrichtungen stellen allen Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Großbritannien kostenfrei Krankenhausbehandlungen zur Verfügung. In Folge dessen besteht im britischen Recht kein Erstattungstarif. Die Patienten des National Health Service haben zudem keinen Anspruch auf eine spezifische Behandlung zu einem bestimmten Zeitpunkt und auch Art, Ort und Dauer einer Krankenhausbehandlung werden aufgrund klinischer Priorität sowie den Mitteln der zuständigen Einrichtung festgelegt.

Der EuGH stellte in seinem Urteil zunächst grundsätzlich fest, dass nationalen Stellen nicht das Recht abgesprochen wird, bei Erforderlichkeit ein System von Wartelisten einzuführen, das darauf abzielt, die Erbringung von Behandlungen zu planen und Prioritäten nach Maßgabe der verfügbaren Mittel und Kapazitäten festzulegen. Jedoch darf der zuständige Sozialversicherungsträger eine Genehmigung für eine Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat nur unter Berufung auf das Bestehen einer Warteliste versagen, wenn er nachweisen kann, dass diese Wartezeit nicht den vertretbaren zeitlichen Rahmen überschreitet, der sich aus einer objektiven medizinischen Beurteilung des klinischen Bedarfs des Betroffenen unter Berücksichtigung sämtlicher Parameter – z.B. Vorgeschichte, voraussichtliche Krankheitsentwicklung, Ausmaß der Schmerzen und/oder Behinderung – ergibt, die seinen Gesundheitszustand zu diesem Zeitpunkt ausmachen,

⁷³ In der Zwischenzeit waren noch die Entscheidung EuGH, Rs. C-56/01, *Inizan*, Slg. 2003, I-12403, mit der der EuGH seinen Standpunkt zum Erfordernis einer Genehmigung für die Kostenerstattung von stationären Leistungen unterstrichen und gefestigt hat, und die Entscheidung EuGH, Rs. C-8/02, *Leichtle*, Slg. 2004, I-2641, ergangen, welche sich mit der besonderen Konstellation von Rehabilitationseinrichtungen auseinander setzte.

⁷⁴ EuGH, Rs. C-372/04, *Watts*, Slg. 2006, I-4325.

zu dem der Antrag auf Genehmigung gestellt oder gegebenenfalls auch erneuert wurde. Aufgrund der Verpflichtung, die Grundsätze und den Aufbau ihrer Gesundheitssysteme mit den sich aus den Gemeinschaftsfreiheiten und Art. 22 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 ergebenden Erfordernissen in Einklang zu bringen, sind die Mitgliedstaaten des Weiteren dazu angehalten, Mechanismen für die Kostenübernahme von solchen Krankenhausbehandlungen vorzusehen, die in einem anderen Mitgliedstaat erbracht werden, weil dieser Mitgliedstaat die erforderliche Behandlung nicht selbst innerhalb eines medizinisch vertretbaren zeitlichen Rahmens erbringen kann.

Zur Höhe der Kostenerstattung führte der Gerichtshof aus, dass der Patient Anspruch auf eine vollständige Übernahme der Kosten für die Behandlung nach den Vorschriften des Behandlungsmitgliedstaats hat, da der im Verfahren betroffene nationale Gesundheitsdienst die Kostenfreiheit von Krankenhausbehandlungen vorsieht. Darüber hinaus ist der nationale Gesundheitsdienst verpflichtet, sich zugunsten des Patienten ergänzend in Höhe der Differenz zwischen dem Betrag, der den objektiv bezifferten Kosten der gleichwertigen Behandlung entspricht (gegebenenfalls nach oben begrenzt durch den für die Behandlung im Behandlungsmitgliedstaat in Rechnung gestellten Gesamtbetrag) und dem Betrag der Beteiligung des Trägers des Behandlungsmitgliedstaats, der sich aus der Anwendung der Bestimmungen dieses Staates ergibt, zu beteiligen, wenn der erste Betrag höher ist als der zweite.

Insgesamt stellte der EuGH in diesem Urteil fest, dass die Dienstleistungsfreiheit immer bei grenzüberschreitenden Behandlungen auch unabhängig von der Funktionsweise des nationalen Gesundheitssystems zur Anwendung kommt, somit also ebenfalls im britischen System.⁷⁵ Ein Anspruch auf grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen kann zudem auch nicht an den dadurch entstehenden Mehrkosten scheitern, sondern vielmehr ist die Schaffung eines Kostenerstattungssystems eine notwendige Anpassung der nationalen Systeme an die durch das Gemeinschaftsrecht gesetzten Vorgaben, die die Mitgliedstaaten nach Ansicht des Gerichtshofs zu leisten haben.⁷⁶

⁷⁵ Calliess, Der Einfluss der EU-Grundrechte und Grundfreiheiten auf das nationale Gesundheitsrecht, in: Brennpunkt des Medizinrechts 2008, Schriftenreihe des Deutschen Anwaltsinstituts e.V., 2009, S. 40.

⁷⁶ Bieback, Neue Rechtsprechung des EuGH zur grenzüberschreitenden Beanspruchung von Gesundheitsleistungen – zugleich eine Anmerkung zum Urteil des EuGH in der Rs C-372/04, ZESAR 2006, S. 245. Im Jahr 2006 erging zudem noch die Entscheidung EuGH, Rs. C-466/04, *Herrera*, Slg. 2006, I-5341, welche sich mit der Erstattung der Reise-, Aufenthalts- und Verpflegungskosten, die durch die Reise zum Krankenhaus verursacht wurden, beschäftigte. Im Jahr 2007 befasste sich der Gerichtshof in der Entscheidung

f) Kommission gegen Spanien

Im Jahr 2010 urteilte der Gerichtshof in einem von der Kommission gegen Spanien eingeleiteten Vertragsverletzungsverfahren, welches sich mit der Kostenerstattung einer nicht geplanten Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat während eines vorübergehenden Aufenthalts befasste. Die Entscheidung *Kommission gegen Spanien*⁷⁷ setzte sich mit einer spanischen Regelung auseinander, wonach der zuständige Sozialversicherungsträger im Heimatstaat nicht verpflichtet ist, die vollen Kosten zu erstatten, die dem Patienten durch den Behandlungsstaat auferlegt worden sind. Die Kommission vertrat die Auffassung, dass diese Regelung gegen die Dienstleistungsfreiheit verstoße, wobei als möglicherweise betroffene Dienstleistungen nicht nur Behandlungsdienstleistungen im Krankenhaus sondern auch touristische oder bildungsbezogene Leistungen umfasst seien.

Der EuGH wies die Klage ab und stellte dabei im Bezug auf die in Frage stehende Gesundheitsversorgung in einem Krankenhaus auf die Unterscheidung zwischen einer „*unerwarteten Behandlung*“ und einer „*geplanten Behandlung*“ ab. Einem Versicherten, der sich zum Beispiel aus touristischen oder bildungsbezogenen Gründen, nicht aber wegen einer beliebigen Unzulänglichkeit im Angebot seines nationalen Gesundheitssystems, in einem anderen Mitgliedstaat befindet, garantieren die europäischen Bestimmungen über die Freizügigkeit gerade nicht die Neutralität in Bezug auf alle Leistungen der Krankenhausbehandlung. Vielmehr können aufgrund der nationalen Unterschiede bei der sozialen Sicherung einerseits und dem Zweck der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 – die nationalen Vorschriften nur zu koordinieren und nicht einander anzugleichen – andererseits die Bedingungen im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat je nach Einzelfall gerade Vor- oder Nachteile für den Versicherten haben. Der Gerichtshof stellte im Ergebnis fest, dass die spanische Regelung nicht gegen die Dienstleistungsfreiheit verstößt, denn die Situation der unerwarteten Behandlung umfasst Fälle, in denen der Gesundheitszustand eines Versicherten während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat eine Behandlung im Krankenhaus erforderlich macht, ohne dass die Möglichkeit besteht eine Rückreise in der Versicherungsstaat anzutreten. Dem Versicherten bleibt in solch einer Situation objektiv gerade keine andere Wahl als die Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsmitgliedstaat durchzuführen. In dieser Konstellation ist jedoch keine Einschränkung

EuGH, Rs. C-444/05, *Stamatelaki*, Slg. 2007, I-3185, mit der Frage der Kostenerstattung einer Behandlung in einer in einem anderen Mitgliedstaat gelegenen Privatklinik.

⁷⁷ EuGH, Rs. C-211/08, *Kommission/Spanien*, Slg. 2010, I-5267.

des Dienstleistungsverkehrs von touristischen oder bildungsbezogenen Leistungen gegeben, da ein Krankheitseintritt als zu ungewiss zu bewerten ist. Der Versicherungsmitgliedstaat ist somit nur verpflichtet, dem Behandlungsstaat die Kosten zu erstatten, die nach Maßgabe des in diesem Land geltenden Deckungsniveaus getragen worden wären.

Insgesamt handelt es sich bei dieser Entscheidung um das erste durch die Kommission eingeleitete Vertragsverletzungsverfahren zur Thematik der grenzüberschreitenden Patientenmobilität, was für einen neuen Stellenwert in der Arbeit der Kommission spricht⁷⁸ sowie im Zusammenhang zu den Entwicklungen im Bereich der Patientenrichtlinie zu sehen ist.

g) Kommission gegen Frankreich

In einer weiteren am 5. Oktober 2010 ergangenen Entscheidung befasste sich der Gerichtshof in einem von der Kommission gegen Frankreich eingeleiteten Vertragsverletzungsverfahren mit der Kostenerstattung einer geplanten grenzüberschreitenden Behandlung mit Hilfe medizinischer Großgeräte außerhalb von Krankenhäusern. Die Entscheidung *Kommission gegen Frankreich*⁷⁹ setzte sich mit einer französischen Regelung auseinander, wonach die Erstattung der Kosten für eine den Einsatz medizinischer Großgeräte erfordernde Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat auch außerhalb von einem Krankenhaus von einer vorherigen Genehmigung des französischen Trägers abhängig war. Die Kommission vertrat die Meinung, dass diese Regelung gegen die Dienstleistungsfreiheit verstoße.

Der EuGH wies die Klage jedoch mit der Begründung ab, dass die im französischen Recht abschließend aufgezählten medizinischen Großgeräte unabhängig davon, ob sie innerhalb oder außerhalb von Krankenhäusern aufgestellt oder benutzt werden, aufgrund der mit ihnen verbundenen besonders hohen Kosten Gegenstand einer Planungspolitik seien. Das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung für die Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat mit solchen Großgeräten stellt angesichts der Gefahren einerseits für die Organisation der öffentlichen Gesundheitspolitik wie auch andererseits für das finanzielle Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit eine gerechtfertigte Einschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs dar. Darüber hinaus ist der Gerichtshof in seiner Entscheidung auf die sogenannte ergänzende Erstattung von Kosten entsprechend der Entscheidung

⁷⁸ Vgl. die Urteilsanmerkung von Frischhut, Keine ergänzende Erstattung von in anderem Mitgliedstaat entstandenen Krankheitskosten – Kommission/ Spanien, EuZW 2010, S. 677.

⁷⁹ EuGH, Rs. C-512/08, *Kommission/Frankreich*, Slg. 2010.

Vanbraekel zurückgekommen und stellte fest, dass nach den französischen Regelungen im Fall von in einem anderen Mitgliedstaat erbrachten Krankenhausbehandlungen Anspruch auf eine Kostenerstattung unter den gleichen Bedingungen besteht, wie wenn die Behandlung in Frankreich durchgeführt worden wäre und in den Grenzen der dem Sozialversicherten tatsächlich entstandenen Kosten gewährt wird. Dementsprechend umfasst die französische Regelung auch die ergänzende Erstattung zu Lasten des zuständigen französischen Trägers, sofern Unterschiede der Niveaus der sozialen Absicherung zwischen dem Versicherungsmitgliedstaat und dem Behandlungsmitgliedstaat vorlägen.

Mit diesem zweiten Urteil in einem Vertragsverletzungsverfahren zu grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen ist der EuGH seiner Linie der vorangegangenen Entscheidungen treu geblieben indem er die für die Praxis wichtige Überlegung einer notwendigen Planbarkeit auch für die ambulante Behandlung mit medizinischen Großgeräten bejaht und dies somit über die oft schwierige Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Behandlungen gestellt hat.⁸⁰

h) Kommission gegen Luxemburg

In seinem jüngsten Urteil vom Januar 2011 beschäftigte sich der Gerichtshof im Rahmen eines weiteren Vertragsverletzungsverfahrens mit zwei bei der Kommission eingegangenen Beschwerden wegen der Ablehnung der Übernahme von biomedizinischen Analysen in anderen Mitgliedstaaten durch die luxemburgische Sozialversicherung. Die Entscheidung *Kommission gegen Luxemburg*⁸¹ betraf nationale Rechtsvorschriften, die die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen nur unmittelbar vorsahen und die mangels Vorliegen einer Gebührenregelung im Hinblick auf die betreffenden Analysen und Laboruntersuchungen aus einem anderen Mitgliedstaat nicht zur Erstattung befugt waren und somit eine Kostenerstattung ablehnten.

Einführend stellte der EuGH fest, dass die Tatsache, dass eine nationale Regelung in den Bereich der sozialen Sicherheit fällt und eine Erstattung nach dem Sachleistungsprinzip erfolgt, nicht dazu führt, dass Behandlungen im medizinischen Bereich aus dem Geltungsbereich der Grundfreiheiten ausgeschlossen werden. Ein Verstoß gegen die Dienstleistungsfreiheit liegt zudem vor, wenn die Anwendung dieser nationalen Vorschrift solche Analysen oder Laboruntersuchungen „*de facto nahezu oder sogar vollständig*“ ausschließt,

⁸⁰ Vgl. Frischhut, (Fn. 78), S. 867.

⁸¹ EuGH, Rs. C-490/09, *Kommission/Luxemburg*, Slg. 2011.

was vorliegend durch den Gerichtshof bejaht wurde. Schließlich führte der EuGH aus, dass die Mitgliedstaaten zur Verwirklichung der Grundfreiheiten unvermeidlich verpflichtet werden, „*einige Anpassungen in ihren nationalen Systemen der sozialen Sicherheit vorzunehmen, ohne dass dies als Eingriff in ihre souveräne Zuständigkeit in den betreffenden Bereich angesehen werden könnte.*“ Im Ergebnis muss somit auch Luxemburg die Möglichkeit der Kostenerstattung in seinen nationalen Bestimmungen vorsehen.

i) Schlussfolgerung

Die Rechtsprechung des EuGH führt zu dem Ergebnis, dass grundsätzlich die grenzüberschreitende Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dem Schutz der Grundfreiheiten unterfallen. Insgesamt sieht der Gerichtshof eine Differenzierung zwischen ambulanten und stationären Leistungen vor, wobei ambulante Behandlungen grenzüberschreitend grundsätzlich – Ausnahme jedoch zum Beispiel bei Großgeräten – ohne vorherige Zustimmung der Sozialversicherungsträger in Anspruch genommen werden können. Für eine stationäre Behandlung ist dahingegen das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung mit den Bestimmungen über den freien Dienstleistungsverkehr grundsätzlich vereinbar. Dies vor dem Hintergrund, dass die Existenz bzw. Auslastung der nationalen Krankenhäuser planbar sein muss, damit eine ausgewogene hochwertige Versorgung immer ausreichend vorhanden ist und das Krankenkassensystem dennoch insgesamt finanzierbar bleibt. Eine vorherige Genehmigung ist abhängig von der Möglichkeit einer rechtzeitigen Behandlung im Inland sowie der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung im Einzelfall. Der EuGH hat mit seiner Rechtsprechung insgesamt den Weg zu einer Europäisierung der mitgliedstaatlichen Gesundheitssysteme geebnet und dies auch ohne das Vorliegen einer entsprechenden vertraglichen Grundlage, indem er vielmehr auf die Achtung und Sicherstellung der Grundfreiheiten abstellt. In Bezug auf die Gewährleistung der Grundfreiheiten verpflichtet die Rechtsprechung die Mitgliedstaaten zu einer Anpassung der Systeme der sozialen Sicherheit. Dabei besteht aber auch die Möglichkeit der Rechtfertigung von Eingriffen in die Grundfreiheiten bei einer erheblichen Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems, so dass eine Anpassung keinesfalls grenzenlos verlangt werden kann.

Dass diese Thematik noch nicht abschließend geklärt ist und die durch die Kommission eingeleiteten Verfahren anhalten, zeigen zum einen die Schlussanträge der Generalanwältin *Trstenjak* vom 14. April 2011 im

Verfahren *Kommission gegen Portugal*.⁸² Zum zweiten bahnen sich zwei neue Konflikte zwischen der Kommission und Dänemark bzw. Polen im Hinblick auf grenzüberschreitende Behandlungen an, welche letztendlich auch zu Klagen vor dem EuGH führen könnten. Im Streitfall Dänemark gibt es unterschiedliche Standpunkte zum Erstattungsumfang von Behandlungen im europäischen Ausland⁸³ und im Konflikt mit Polen steht die Problematik im Raum, dass Anträge auf Auslandsbehandlungen sehr strengen Voraussetzungen unterliegen und überhaupt nur befürwortet werden, wenn die entsprechende Behandlung nicht oder nur mit einer unzumutbaren Wartezeit angeboten wird.⁸⁴

2.3 Perspektiven einer europäischen Entwicklung

Die Sozial- bzw. Gesundheitspolitik der Europäischen Union hat sich bisher auf Nischenbereiche und symbolträchtige Themen bezogen. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Sozialsysteme der Mitgliedstaaten extrem disparat und heterogen sind. Obwohl die Prämissen bezüglich der sozialen Absicherung allgemein als gleich einzuschätzen sind, differieren die Umsetzung und grundlegenden Konzeptionen. Außerdem besitzt die nationale Ausgestaltung der Sozial- und Gesundheitspolitik einen großen Stellenwert bei der Erlangung von Loyalitäten oder Unterstützung und kann wahlentscheidend wirken. Jedoch können Unterschiede in den Lebensverhältnissen zu Unzufriedenheit, sozialen Spannungen und politischen Instabilitäten führen sowie darin gipfeln, dass Einwohner aus Mitgliedstaaten mit einem niedrigen sozialen Niveau in solche mit einem hohen abwandern. Dennoch ist zu bezweifeln, ob eine europäische, unionsweite Solidarität existiert, die ein Gleichgewicht unter allen 27 Mitgliedstaaten bewirken kann, ohne dass die mitgliedstaatlichen Strukturen innerhalb der EU aufgelöst werden müssten.⁸⁵ Dies erscheint in naher Zukunft nicht realistisch. Das liegt vor allen Dingen an der Gefahr und der Angst, dass die nationalen Systeme der sozialen Sicherheit ausgehöhlt werden und so die Mitgliedstaaten ihrer Verpflichtung

⁸² Schlussanträge GA Trstenjak zu EuGH, Rs. C-255/09, *Kommission/Portugal*. Streitpunkt sind dabei portugiesische Bestimmungen, wonach die Erstattung für ambulante Behandlungen in einem anderen Mitgliedstaat von der Erteilung einer vorherigen Genehmigung abhängig ist, die nur unter sehr restriktiven Bedingungen erteilt wird.

⁸³ Dänemark: Streit um Auslandsbehandlungen, *Eureport social* 3/2011, S. 20.

⁸⁴ Dänemark/Polen: Fehlendes Wissen setzt Grenzen, *Gesundheitsmonitor* 4/2010, Newsletter der Bertelsmann Stiftung, S. 9.

⁸⁵ Lamping, (Fn. 6), S. 610 ff.; Ribhegge, *Europäische Sozialpolitik*, in: Beichelt/ Choluj/ Rowe (Hrsg.), *Europa-Studien*, 2006, S. 369.

eine flächendeckende Daseinsvorsorge zu gewährleisten nicht mehr nachkommen könnten.

Dennoch sprechen Gründe für eine Europäisierung der Sozial- und Gesundheitspolitik, da sich die Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren hin zu einem grenzüberschreitenden Markt entwickelt hat. Der Wettbewerb der Gesundheitssysteme und der immer größer werdende Kostendruck innerhalb der nationalen Gesundheitsversorgung führen zwangsläufig zur Erschließung von neuen Märkten und Zielgruppen. Dies könnte als Chance für eine effektive und sichere Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen gesehen werden. Gerade die erhöhte Nachfrage nach Pflegeleistungen aufgrund der veränderten demographischen Entwicklung der Bevölkerung macht einen solchen grenzüberschreitenden europaweiten Gesundheitsmarkt attraktiv und birgt Entwicklungspotential für alle Beteiligten.

3 Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten

Kein Gesundheitssystem eines Landes dieser Welt scheint dem eines anderen identisch zu entsprechen. Es gibt vielmehr einige wesentliche Differenzierungsmerkmale und zahlreiche Unterschiede im Detail. Dies ist verständlich vor dem Hintergrund der hohen Anforderungen, die ein Gesundheitssystem zu erfüllen hat. Welche Ziele zum Schutz der Gesundheit im Vordergrund stehen sollen, wird ganz unterschiedlich betrachtet. So hält die EU-Kommission den freien Zugang für alle, hohe Qualität von Leistungen im Gesundheitssektor und die langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems von enorm wichtiger Bedeutung.⁸⁶ Daran lässt sich erkennen, dass hohe Anforderungen an die Staaten gestellt werden, den Bedürfnissen der Bevölkerung nachzukommen und gleichzeitig die verschiedenen Zielsetzungen zu erfüllen.

Vergleicht man die Gesundheitssysteme verschiedener Staaten miteinander, so gelingt es – bei allen Unterschieden im Detail – anhand wesentlicher struktureller Übereinstimmungen oder auch Unterschieden verschiedene Gruppen von Sozialversicherungssystemen zu identifizieren. Häufig wird

⁸⁶ Kommission, EU-Pressemitteilung vom 05.12.2001, IP/01/1747; vgl. aber auch zu differierenden Zielsetzungen OECD, *L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCED*, 2005 und WHO, Weltgesundheitserklärung der WHO, Mai 1998.

dabei zwischen den Ländern mit dem sogenannten „Bismarck“-System auf der einen Seite und dem „Beveridge“-System auf der anderen differenziert⁸⁷:

Strukturprinzipien	Bismarck	Beveridge
Grundprinzip	(Sozial-)Versicherungsprinzip	Versorgungsprinzip
Verwaltung	Selbstverwaltung	Staat
Finanzierung	Beiträge	Steuern
Leistungsanspruch	Sachleistung/Kostenerstattung	Sachleistung
Leistungserbringung	Öffentlich/ freigemeinnützig/ privatwirtschaftlich	öffentlich
Abgesicherter Personenkreis	Ausgewählte Personengruppen	Gesamte Bevölkerung

Zu den Ländern, die dem „Beveridge“-System zugeordnet werden, zählen beispielhaft neben Großbritannien, Irland und Portugal letztlich auch Italien, Spanien, Australien, Neuseeland, Kanada und die skandinavischen Länder. Sozialversicherungssysteme nach dem „Bismarck“-Modell weisen vor allem Deutschland, Österreich, Frankreich, Belgien, Luxemburg und Japan auf. Im Einzelfall weichen die jeweils nationalen Systeme mehr oder weniger stark von dem typisierten Modell ab, so dass es in der Staatenpraxis zu zahlreichen Mischformen beider Modelle kommt.⁸⁸

3.1 Deutschland

Das deutsche Krankenkassenversicherungssystem geht zurück auf das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883.⁸⁹ Heute bildet das Sozialgesetzbuch V (SGB V) die rechtliche Grundlage für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Eine wesentliche Besonderheit des deutschen Krankenversicherungssystem im Vergleich zu den Systemen anderer Staaten liegt darin, dass es als eines der letzten Gesundheitssysteme Westeuropas noch einem Teil der Bevölkerung die Möglichkeit lässt, der gesetzlichen Krankenversicherung fernzubleiben und in ein eigenes, privates und von der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängiges Versicherungssystem einzuzahlen.⁹⁰

⁸⁷ Übersicht von Schölkopf, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2010, S. 2.

⁸⁸ Eine gute Übersicht m.w.N. findet sich bei rad. (Fn. 86).

⁸⁹ Reichsgesetzblatt I, S. 73.

⁹⁰ Schölkopf, (Fn. 86), S. 50.

Träger der Krankenversicherung sind die Krankenkassen als in Selbstverwaltung organisierte Körperschaften des öffentlichen Rechts (§§ 4 Abs. 1 SGB V, 29 Abs. 1 SGB IV). Diese haben Satzungs- und in gesetzlich festgelegten Rahmenbedingungen Finanzautonomie. Finanziert wird die gesetzliche Krankenversicherung aus einem Gesundheitsfonds, in den sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer und Arbeitgeber einzahlen, und kassenindividuellen Zusatzbeiträgen. Seit 2005 wird die Beitragslast nicht mehr paritätisch von Arbeitnehmer und -geber getragen (§ 249 Abs. 1 SGB V). Seit Januar 2011 beträgt der allgemeine Beitragssatz 15,5 % des Bruttoarbeitslohns (§ 241 SGB V) und setzt sich aus einem 7,3 %-igen Anteil der Arbeitgeber und einem 8,2 %-igen Anteil der Arbeitnehmer zusammen.

Die Vorgaben der einschlägigen EuGH-Rechtsprechung wurden im Jahre 2004 mit dem GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz umgesetzt. Seitdem bedürfen ambulante Behandlungen im EU-Ausland gemäß § 13 Abs. 4 SGB V keiner vorherigen Genehmigung mehr durch die gesetzlichen Krankenkassen. Krankenhausleistungen hingegen dürfen nach § 13 Abs. 5 SGB V nach wie vor nur nach vorheriger Zustimmung in Anspruch genommen werden.

Neben der gesetzlichen Krankenversicherung besteht in Deutschland die Möglichkeit, sich unter bestimmten Bedingungen für eine private Krankenversicherung zu entscheiden. Dabei ist mit dem Begriff private Krankenversicherung (PKV) die Gesamtheit der privatrechtlich organisierten Krankenversicherungsunternehmen, die eine Absicherung gegen Krankheitskosten anbieten, umfasst.⁹¹ Rechtliche Grundlage für die Private Krankenversicherung sind die §§ 192-208 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Rechtsgrundlage für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland ist § 207 Abs. 3 VVG.⁹²

Die GKV erhebt einkommensabhängige Beiträge, die Beiträge zur PKV sind einkommensunabhängig. Während bei den GKV angebotenen und dem von den PKV zwingend anzubietenden Basistarif das Sachleistungsprinzip

⁹¹ <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/versicherte/private-krankenversicherung.html> (30.07.2011).

⁹² „Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.“

gilt, werden bei den übrigen Tarifen der PKV grundsätzlich die dem Versicherten entstandenen Kosten erstattet.⁹³

3.2 Frankreich⁹⁴

3.2.1 Organisation und Struktur des Krankenversicherungssystems

Mit Art. 11 der französischen Verfassung von 1945 ist das Recht auf Schutz der Gesundheit verfassungsrechtlich verankert. Das französische Krankenversicherungssystem datiert ebenfalls von 1945.⁹⁵ Das französische Gesundheitssystem baut auf zwei Grundprinzipien – dem Prinzip der freien Arztwahl und dem Prinzip der Kostenerstattung nach vorheriger Zahlung durch den Patienten⁹⁶ – auf.

Das französische Krankenversicherungssystem – geprägt von einer starken staatlichen Intervention – beruht auf dem Solidaritätsprinzip.⁹⁷ Das heißt, es besteht für Jedermann mit Wohnsitz in Frankreich freier Zugang zur Gesundheitsversorgung, unabhängig von Herkunft, Alter, Geschlecht oder Einkommen. Das französische Gesundheitssystem ist eines der kostenintensivsten in Europa. Im Jahr 2005 betragen die Ausgaben 181 Mrd. Euro; eine Summe, die 10,6 % des Bruttoinlandprodukts ausmacht.⁹⁸ Damit ist Frankreich unter 23 Ländern nach den USA, der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland⁹⁹ Vorreiter bezüglich der Ausgaben in der Gesundheitsversorgung. Praktisch alle Franzosen (99 %) sind zum heutigen Zeitpunkt über die gesetzliche Krankenversicherung in Frankreich (*l'assurance maladie*) versichert. Darunter annähernd 85 % über die allgemeine Krankenversicherung

⁹³ Bund der Versicherten e.V. (Hrsg.), Gut versichert in der privaten Krankenversicherung oder in der gesetzlichen Krankenkasse, <https://www.bundderversicherten.de/app/download/BdV-PKV-Broschuere.pdf> (30.07.2011).

⁹⁴ Aktuelle Zusammenfassung auch von Kümin/ Lemberger, Ausgewählte Aspekte der Gesundheitsrechtsordnungen der Schweiz, Deutschlands und Frankreichs, in: Odendahl/ Tschudi/ Faller (Hrsg.), Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, 2009, S. 23 ff.; sehr ausführliche Darstellung von Tiemann, Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwischen Staat und Markt, 2006.

⁹⁵ Ordonance n°45-2250 du 4 octobre portant organisation de la securité sociale, JORF du 6 octobre 1945, S. 6280.

⁹⁶ Dupeyroux, Droit de la sécurité sociale, 13. Aufl. 1998.

⁹⁷ Tiemann, (Fn. 94), S. 82.

⁹⁸ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/assurance-maladie-france/> (30.07.2011).

⁹⁹ Je nach Statistik auch an fünfter Stelle hinter Kanada, siehe Tiemann, (Fn. 94), S. 77 mit Verweis auf Quellen der OECD.

(*régime général*). Im Durchschnitt gibt jeder Franzose im Jahr 2.580 Euro für seine Gesundheit aus.¹⁰⁰ Frankreich ist eines der Länder mit dem höchsten Medikamenten-pro-Kopf-Verbrauch.¹⁰¹ Dies hat – wie in praktisch allen Ländern mit vergleichbarem Niveau des Gesundheitsschutzes – zu der Notwendigkeit einiger Reformbemühungen in den letzten Jahren geführt. Bei den angestrebten Reformen spielen natürlich auch die gesetzlichen Vorgaben der Europäischen Union eine Rolle.¹⁰²

Das in Frankreich pluralistisch organisierte Gesundheitssystem ist mit privaten und öffentlichen Strukturen ausgestattet. Der staatliche Einfluss auf das Gesundheitssystem in Frankreich ist bedeutend.¹⁰³ So legt der Staat beispielsweise die Beitragssätze fest, er kann Entscheidungen der Krankenkassen aufheben, die Haushaltspläne werden staatlich kontrolliert, die Qualitätsstandards in der Gesundheitsversorgung stehen unter staatlicher Überwachung, das Leistungsangebot wird staatlich reguliert, die Gesundheitskräfte werden vom Staat ausgebildet und die Öffentlichkeitsarbeit wird von staatlicher Seite betrieben.

In Frankreich bestehen verschiedene Krankenversicherungen neben einander, die sich nach Berufsgruppen ihrer Mitglieder unterscheiden. Der größte Teil der Bevölkerung ist in der allgemeinen Krankenversicherung (*régime générale d'assurance maladie*) auf lokaler Ebene versichert, die für die Mehrheit der Arbeitnehmer zuständig ist. Zudem werden auch andere Personengruppen erfasst, wie insbesondere Studenten und Empfänger von Sozialleistungen. Es sind alle Familienmitglieder mitversichert. Die allgemeine Krankenversicherung deckt die vier Versorgungsbereiche „Krankheit, Mutterschaft, Invalidität und Tod“, „Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten“, „Altersversorgung“ und „Familie“¹⁰⁴ sowie auch Verdienstaufschlag bei Arbeitsunfähigkeit ab.¹⁰⁵

Neben der allgemeinen Krankenversicherung gibt es zusätzlich Sondersysteme für bestimmte Arbeitnehmergruppen. In manchen dieser speziellen Krankenversicherungen werden alle Risiken, wie in der allgemeinen Kran-

¹⁰⁰ OECD, Health at a Glance 2009 – OECD Indicators, 2009, S. 160 ff.

¹⁰¹ Ibid., S. 166 ff.

¹⁰² Del Sol, La construction juridique du marché de l'assurance santé en Europe, Revue de droit sanitaire et social 2011, S. 197.

¹⁰³ Pellet, Assurance maladie et territoires, Revue de droit sanitaire et social 2009, S. 38.

¹⁰⁴ Beske/ Drabinski/ Goldbach, Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich, Bd. I – Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen, 2005, S. 93.

¹⁰⁵ Chauchard, Droit de la sécurité sociale, 2. Aufl. 1998.

kenkasse, versichert, andere sind nur für die Altersversicherung zuständig. In letzterem Fall sind die Arbeitnehmer noch zusätzlich Mitglied bei der allgemeinen Krankenversicherung, damit alle Gesundheitsrisiken abgedeckt sind. Die Krankenversicherung für Selbstständige (*régime autonomes d'assurance maladie*, CANAM) zählt zu den Sondersystemen. Sie ist für Gewerbetreibende, Handwerker und Freiberufler zuständig. Sie deckt allerdings nur die Alterssicherung ab. Daher ist für die Selbstständigen eine Zusatzversicherung in der allgemeinen Krankenkasse obligatorisch.¹⁰⁶ Zuletzt ist im Jahr 2000 eine Krankenkasse für Einkommensschwache, die allgemeine Zusatzversicherung (*Couverture maladie universelle*⁶⁶, CMU), gegründet worden, damit auch für den bedürftigen Teil der Bevölkerung ein Versicherungsschutz gewährleistet werden kann. Die Mehrheit der Versicherungsnehmer ist dabei über die Sozialversicherungskasse (*Caisse de Sécurité Sociale*) versichert. Die allgemeinen Zusatzversicherungsorganisationen übernehmen die verbliebenen zu Versicherten. Für Einkommensschwache fällt die Beitragspflicht weg. Die Kostenübernahme erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip.¹⁰⁷ Die ursprüngliche Vorstellung, dass ein gesetzliches Krankenkassensystem das Sozialhilfesystem ersetzen könnte, hat sich somit nicht verwirklicht. Auch heute bedarf es beider Systeme, um einen umfassenden Sozialschutz zu gewährleisten.¹⁰⁸

Da die Krankenkassen oft nur einen Teil der Gesundheitskosten erstatten, haben viele Franzosen Zusatzversicherungen abgeschlossen.¹⁰⁹ Diese sind über Gesellschaften auf Gegenseitigkeit (*mutuelles*), Versicherungsgesellschaften oder Vorsorgewerke organisiert.¹¹⁰ Die gesetzlichen Regelungen für die privaten Krankenversicherungen finden sich in den Artikeln R. 310-11 ff. Code des Assurances.

Die primären Krankenkassen oder auch Ortskrankenkassen genannt, die von der nationalen Krankenkasse für Arbeitnehmer kontrolliert werden, zahlen die Versicherungsleistungen. Daneben gibt es lokale Krankenkassen, die von der nationalen Krankenkasse der Landwirtschaft oder der des Handels und des Handwerks gelenkt werden und auch nur in diesen Sektoren zuständig sind. Sie erbringen soziale Dienstleistungen und finanzieren diese. Insbe-

¹⁰⁶ Beske/ Drabinski/ Goldbach, (Fn. 104), S. 96.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Borgetto/ Lafore, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 3. Aufl. 2000.

¹⁰⁹ André/ Turquet, *L'assurance maladie complémentaire en France : état des lieux et perspectives, de droit sanitaire et social* 2011, S. 210; Borgetto, *L'assurance santé privée en Europe*, *Revue de droit sanitaire et social* 2011, S. 195.

¹¹⁰ Tiemann, (Fn. 94), S. 71 ff.

sondere befinden sich auf lokaler Ebene die verschiedenen oben angesprochenen Einzugsstellen für die Versicherungsbeiträge.

3.2.2 Finanzierung, Kostenerstattung und Beitragssätze

In Frankreich gilt das Kostenerstattungsprinzip. Das heißt, die Gesundheitsleistungen werden zunächst vom Patienten direkt bezahlt und erst später von der Krankenkasse zurückerstattet. Die Leistungen der verschiedenen Krankenversicherungen sind nahezu identisch. Es gibt einen Leistungskatalog für anerkannte Behandlungsverfahren, der regelmäßig evaluiert wird. Er enthält Vorgaben, welche Behandlungen und Versorgungsmaßnahmen erstattet werden. Eine gleiche Liste besteht für Arznei- und Hilfsmittel, deren klinische Wirksamkeit von der Transparenzkommission analysiert und alle fünf Jahre beurteilt wird.

Die Versicherungsbeiträge werden sowohl vom Arbeitgeber als auch vom Arbeitnehmer erbracht. Im Unterschied zum deutschen und luxemburgischen System tragen sie aber nicht jeweils annähernd die Hälfte der Versicherungskosten, sondern dem Arbeitgeber fallen 12,8 % Lohnanteil als Beitragslast zu und der Arbeitnehmer zahlt nur 0,75 % Lohnanteil zu seiner Krankenversicherung.¹¹¹

Die Versicherungsnehmer zahlen nicht nur den regulären Beitragssatz zur Finanzierung der medizinischen Versorgung, sondern sie sind auch mit einem Zusatzbeitrag und einem allgemeinen Sozialbeitrag belastet. Der Zusatzbeitrag variiert je nach Region und dient der Bereitstellung finanzieller Mittel für die Verwaltungsaufgaben und die sonstigen sozialen Maßnahmen der Krankenversicherung.¹¹² Neben Beiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgeber ist von allen Franzosen also ein einkommensabhängiger Sozialbeitrag in Höhe von derzeit 5,25 % des Einkommens (3,95 % bei Lohnersatzleistungen) zu leisten. Darüber hinaus fließen Einnahmen aus der Alkohol- und der Tabaksteuer ebenso unmittelbar ins Gesundheitssystem wie eine Steuer auf die Werbung der Pharmaindustrie. Seit 2007 müssen die Franzosen zudem eine Zuzahlung ähnlich der deutschen Praxisgebühr leisten.

3.2.3 Umsetzung der europäischen Regelungen

Die Kostenübernahme für medizinische Behandlungen, die außerhalb Frankreichs vorgenommen werden, ist im Code de la sécurité sociale in den

¹¹¹ Homepage des französischen Gesundheitsministeriums, www.sante.gouv.fr (30.07.2011).

¹¹² Beske/ Drabinski/ Goldbach, (Fn. 104), S. 93, Rn. 153.

Art. R. 332-3 und R 332-4 geregelt.¹¹³ Die Kostenerstattung durch die Krankenkasse für die Behandlung von französischen Versicherten im Ausland erfolgt unter den gleichen Bedingungen wie bei einer inländischen Behandlung. Krankenhausaufenthalte und der Einsatz von Großgeräten bedürfen außer bei Notfällen der vorherigen Genehmigung der Kostenübernahme durch die jeweils zuständige Krankenkasse. Die Genehmigung darf aber nur verweigert werden, wenn entweder die Behandlung auch in Frankreich nicht erstattungsfähig wäre oder die gleiche Behandlung in einer dem Patienten zumutbaren Art und Weise auch in Frankreich angeboten werden kann.

3.3 Luxemburg

3.3.1 Organisation und Struktur des Krankenversicherungssystems

In Luxemburg fand 2009 eine Neustrukturierung der Krankenkassenlandschaft statt. Mit dem Zusammenschluss von sechs Krankenkassen aus der Privatwirtschaft – namentlich der Privatbeamtenkasse, Arbeiterkrankenkasse, Kasse der Arbed¹¹⁴-Beamten, Kasse der Arbed-Arbeiter, der Krankenkasse der Freiberufler und der Krankenkasse der Landwirte – hat Luxemburg seit Januar 2009 eine nationale Gesundheitskasse (*Caisse Nationale de Santé*), ausgestattet mit 18 Zweigstellen im gesamten Herzogtum. Die drei Krankenkassen für die Beschäftigten im öffentlichen Sektor sind eigenständig

¹¹³ Dekret Nr. 2005-386 vom 19.04.2005 über die Kostenübernahme für außerhalb Frankreichs erhaltene Behandlungen und zur Änderung des Code de la sécurité sociale (Zweiter Teil: Dekrete mit Anhörung des Conseil d'État), JORF vom 27.04.2005, S. 7321: Art. R. 332-3: Krankenkassen erstatten die Kosten von Behandlungen, die einer versicherten Person und ihren anspruchsberechtigten Angehörigen in einem Mitgliedstaat [...] erbracht wurden, unter den gleichen Bedingungen, wie wenn die Behandlung in Frankreich durchgeführt worden wäre, ohne dass die gewährte Erstattung die der versicherten Person entstandenen Kosten überschreiten darf und vorbehaltlich der in den Art. R. 332-4 bis R. 332-6 vorgesehenen Anpassungen. Art. R. 332-4: Außer im Fall unvorhergesehener Behandlungen erstatten die Krankenkassen die Kosten von Sozialversicherten und ihren anspruchsberechtigten Angehörigen [...] erbrachten, ihrem Zustand angemessenen Krankenhausbehandlungen oder Behandlungen, die den Einsatz der in Art. R. 712-2 Abschnitt II des Code de la santé publique genannten medizinischen Großgeräte erfordern, nur bei Vorliegen einer vorherigen Genehmigung. Diese Genehmigung kann nur abgelehnt werden, wenn eine der beiden folgenden Voraussetzungen vorliegt: 1. Die vorgesehene Behandlung zählt nicht zu denjenigen, für die nach französischem Recht eine Erstattung vorgesehen ist; 2. die gleiche oder eine ebenso wirksame Behandlung kann unter Berücksichtigung der Verfassung des Patienten und der mutmaßlichen Entwicklung seiner Krankheit in einem angemessenen Zeitraum in Frankreich erlangt werden.

¹¹⁴ Arbed (Akronym für *Acieries Réunies de Burbach-Eich-Dudelange*, deutsch „Vereinigte Stahlhütten Burbach-Eich-Düdelingen“) war ein luxemburgischer Stahlkonzern.

bestehen geblieben. Durch diese Maßnahme sollte das finanziell stark beanspruchte Gesundheitssystem entlastet werden. „*Wie auch in anderen Ländern wachsen in Luxemburg die Ausgaben für Gesundheit stark an. 2003 sind sie noch um rund 10 Prozent gestiegen. 2009 waren es immer noch 6 Prozent.*“¹¹⁵

In Luxemburg besteht wie in vielen EU-Mitgliedstaaten die Versicherungspflicht im Bereich der Krankenversicherung. Dabei enthält die Krankenversicherung nicht zugleich eine Pflegeversicherung (*assurance dépendance*), sondern diese ist davon getrennt abzuschließen. Für sie zieht das *Centre commun de la Sécurité sociale* einen Sonderbeitrag von 1,4 % des Gesamteinkommens ein, der überwiegend der Finanzierung von Seniorenheimen und Pflegeeinrichtungen dienen soll.

3.3.2 Finanzierung, Kostenerstattung und Beitragssätze¹¹⁶

Primär wird die Gesundheitsversorgung über die Krankenversicherungsbeiträge finanziert. Da diese aber allein nicht ausreichen, fangen staatliche Beihilfen einen Teil der Gesundheitskosten auf. Nicht zuletzt die Zuzahlungen durch die Patienten sowie die Zusatz- und Privatversicherungen tragen dazu bei, die Kosten der sozialen Sicherung der Bevölkerung zu decken. Inzwischen wird aufgrund dessen jährlich mit den jeweiligen Krankenhäusern ein Jahresbudget ausgehandelt, das nicht überschritten werden darf.

Die Versicherungsbeiträge müssen jeweils zu gleichen Teilen von Arbeitnehmer und Arbeitgeber erbracht werden. Dabei behält der Arbeitgeber seinen zu leistenden Beitrag ein und leitet ihn an die zuständige Behörde weiter. Die Beitragshöhe ist einkommensabhängig und betrug im Juli 2010 2,7 % des Bruttolohnes, wobei dies so niedrig ist, wie in keinem anderen EU-Mitgliedstaat. Zudem soll für alle Beschäftigte ab dem Jahr 2012 der Beitragssatz stufenweise auf 0,25 % gesenkt werden. Selbstständige müssen ihren Versicherungsbeitrag in voller Höhe (5,4 %) selbst entrichten. Personen, die Sozialleistungen empfangen, erhalten ihre Beitragshälfte von der Sozialbehörde. Demgegenüber findet bei Renten-, Arbeitslosengeld- und Lohnersatz-Beziehern eine Einbehaltung des entsprechenden Beitragssatzes vor der Auszahlung statt und der dann direkt an die jeweilige Krankenkasse abgeführt wird.

¹¹⁵ Ausschnitt aus einem Schreiben des Gesundheitsministeriums zur Gesundheitsreform vom 17.12.2010, <http://www.cns.lu/assures/?m=81-0-0&p=240> (30.07.2011).

¹¹⁶ http://www.statistiques.public.lu/stat/ReportFolders/ReportFolder.aspx?IF_Language=fra&MainTheme=3&FldrName=2&RFPath=127 (30.07.2011).

Die Gesundheitsleistungen werden, anders wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland, jedoch wie in Frankreich, nicht direkt von den Krankenkassen bezahlt, sondern die Patienten müssen als Versicherungsnehmer in Vorkasse treten und bekommen den Betrag erst mit der Einreichung aller Quittungen von der Krankenkasse innerhalb der nächsten 28 Tage zurückerstattet. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass die erste ärztliche Behandlung meist zu 80 % erstattet wird, alle folgenden zu 95 %. Bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln werden grundsätzlich 78 % von der nationalen Gesundheitskasse übernommen, dies kann jedoch je nach Arzneimittel schwanken. Jedenfalls darf die Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers 3 % des beitragspflichtigen Jahreseinkommens des Vorjahres nicht übersteigen.

3.3.3 Leistungen und Umfang der Gesundheitsversorgung

Für alle im Privatsektor tätigen Personen ist die nationale Gesundheitskasse (*Caisse Nationale de Santé*) zuständig. Die Familienmitglieder, insbesondere Kinder bis 27 Jahre, sind darin mitversichert.

Nicht nur die geringe Beitragsleistung zeichnet das luxemburgische Gesundheitssystem aus, sondern auch ein umfassender Versicherungsschutz. Grundsätzlich besteht freier Zugang zum Hausarzt sowie zum Facharzt. Auch Zahn- und Augenbehandlungen werden von der Krankenkasse übernommen. Allerdings kann in diesen Fachrichtungen eine Pflicht zu Kontrolluntersuchungen bestehen, damit eine Erstattung durch die Krankenkasse erfolgt. Des Weiteren sind Laboruntersuchung, Rezepte und auch Notfallbehandlungen im Ausland erfasst, wenn der Auslandsaufenthalt nicht nur zum Zwecke der Behandlung stattfindet. Bei erforderlichen Krankenhausaufenthalten besteht zwar grundsätzlich eine freie Wahl des Krankenhauses, jedoch ist die vorherige Zustimmung der Krankenkasse einzuholen. Es werden jedoch nicht immer die vollen Kosten der Behandlung übernommen, stattdessen werden Zuzahlungen von den Patienten gefordert.

Um diese Zuzahlungen aufzufangen haben viele Luxemburger Zusatzversicherungen abgeschlossen, die oftmals auf dem Prinzip des Genossenschaftswesens basieren. Sie übernehmen Kosten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht getragen werden können. Die dem Sozialversicherungsministerium angeschlossenen Versicherungsträger sind gemeinnützige Krankenversicherungen oder Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (*mutuelles*). Der hohe Anspruch zu den Zusatzversicherungen begründet sich schon allein aus den nur geringen Kosten, die damit verbunden sind. Außerdem sind bei den Zusatzversicherungen eventuell noch weitere Leistungen

inbegriffen, wie zum Beispiel Krankenhausaufenthalte, Zahnbehandlungen, Kosten für Behandlungen im Ausland, die die *Caisse Nationale de Santé* aufgrund der europäischen Regelungen nicht zu erstatten hätte. Zu beachten ist jedoch, dass die Zusatzversicherungen keine Familienversicherungen sind.

4 Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen

In diesem Abschnitt soll näher auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in Grenzregionen bzw. der Großregion SaarLorLux eingegangen werden. Hierbei soll zum einen die Behandlung von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen im Allgemeinen und zum anderen deren Abwicklung innerhalb der Großregion dargestellt werden.

4.1 Grenzregionen

Eine Grenzregion ist ein „*identifizierbarer Handlungsraum (Region), der sich durch eine oder mehrere nationalstaatliche Grenzen und damit durch nationalstaatliche Teilräume auszeichnet und gleichzeitig durch grenzüberschreitende institutionelle Arrangements auf subnationaler Ebene repräsentiert wird.*“¹¹⁷ Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass sie an der Peripherie eines Nationalstaates liegen und zumeist erhebliche Strukturprobleme aufweisen, da Nationalstaaten sich grundsätzlich auf die Zentren der politischen Macht, die Hauptstädte, oder des wirtschaftlichen Wachstums, zumeist Ballungsräume, orientieren und konzentrieren. Eine solche Ausrichtung ist jedoch für Grenzregionen nicht förderlich. Im Rahmen der Globalisierung und der Europäischen Integration sind zahlreiche Verflechtungen entstanden, die die Bedeutung von Grenzregionen in den Vordergrund treten lassen.

Hinzu kommt, dass insgesamt ca. 30 % der EU-Bevölkerung auf mehr als 40 % der Fläche der EU in Grenzregionen leben.¹¹⁸ Dies kann und sollte effektiv sowie sinnvoll für den europäischen Integrationsprozess genutzt werden. Solche Grenzregionen zeichnen sich durch „intensive grenzüberschreitende funktionale Verflechtungen“, „etablierte institutionelle Arrangements grenzüberschreitender Zusammenarbeit“ und die „Ausbildung groß-

¹¹⁷ Schmidt-Egner, Handbuch zur Europäischen Regionalismusforschung – theoretisch-methodische Grundlagen, empirische Erscheinungsformen und strategische Optionen des Transnationalen Regionalismus im 21. Jahrhundert, 2005.

¹¹⁸ Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (AGEG), Europäische Charta der „Grenz- und grenzübergreifenden Regionen, 2004.

räumiger Kooperationsräume“ aus.¹¹⁹ Dabei stehen solche Grenzregionen vielfach vor den gleichen Herausforderungen, wie etwa die großen Unterschiede in den funktionalen und territorial-administrativen Strukturen, den Sprachbarrieren, den unterschiedlichen Planungs- und Verwaltungskulturen sowie der doppelten bzw. mehrfachen Organisation der gleichen Handlungsbereiche.¹²⁰ Ein wichtiger Bereich in diesem Spannungsfeld ist die Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen.

Als wichtige Grenzregionen mit Entwicklungspotenzial gelten in Deutschland insbesondere die Euregio Rhein-Maas mit den beteiligten Staaten Belgien und Niederlande; die trinationale Metropolregion Oberrhein mit Frankreich und der Schweiz; die Bodenseeregion mit der Schweiz, Österreich und Liechtenstein sowie natürlich die Großregion SaarLorLux. Diese ist mit einer Fläche von 65.400 km² und einer Bevölkerung von ca. 11.3 Mio. der größte Verflechtungsraum.

4.2 Allgemeine Bedeutung und Abwicklung

Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen nehmen in ihrem Stellenwert immer mehr zu. Bereits 2007 wurden 680.000 Deutsche, die in der GKV versichert sind, im Ausland behandelt¹²¹ – bei der Berücksichtigung der privat Versicherten schätzt man die Zahl der im Ausland behandelten auf maximal 4 Mio. Deutsche.¹²² Das volkswirtschaftliche Potenzial eines EU-Gesundheitsmarktes wird als hoch und zukunftsfähig eingeordnet.¹²³

4.2.1 Grenzüberschreitungen

Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen können in unterschiedlicher Weise in Anspruch genommen werden und werden in diesen Fällen auch

¹¹⁹ Hartz/ Damm/ Köhler, Großräumige grenzüberschreitende Verflechtungsräume – Ein „Modellvorhaben der Raumordnung“ (MORO) des Bundes, RuR 2010, S. 505 ff.

¹²⁰ BuMI Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, Metropolitan Grenzregionen – Abschlussbericht des Modellvorhabens der Raumordnung (MORO), Überregionale Partnerschaften in grenzüberschreitenden Verflechtungsräumen, 2011, S. 10.

¹²¹ TK, Die TK in Europa – TK-Ergebnisanalyse zu EU-Auslandsbehandlungen 2007, 2007, S. 13 ff.

¹²² European Commission, Cross-border health services in the EU – Analytical Report, in Flash Eurobarometer, June 2007, S. 7 ff.

¹²³ Demnach wird der öffentlich-finanzierte EU-Gesundheitsmarkt 2007 auf ein Marktvolumen von 1 Billion Euro geschätzt, wovon 10 Mrd. Euro auf grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen entfallen, vgl. http://www.mig.tu-Berlin.de/fileadmin/a38331600/2011_publications/2011.Wismar_Cross-border_HealthCare_EU.pdf (30.07.2011).

unterschiedlich behandelt, wobei hier nur ein Auslandsbezug mit EU-Mitgliedstaaten bzw. Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) berücksichtigt wird:

- *Akutbehandlungen bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland*
Hierunter sind solche Behandlungen zu verstehen, die bei einem kurzfristigen Aufenthalt im Ausland spontan vorgenommen werden, z.B. Krankheit oder Verletzung während des Urlaubs oder einer Geschäftsreise.
- *Geplante Behandlungen im Ausland*
Dies sind Behandlungen, die gezielt im Ausland vorgenommen werden und die bei einem stationären Aufenthalt zuvor bei der zuständigen Krankenkasse beantragt bzw. genehmigt werden müssen, so etwa bei Zahnbehandlungen, Kuraufhalten, Spezialoperationen etc.
- *Grenzgänger*
Grenzgänger sind Arbeitnehmer, die nicht im gleichen Staat arbeiten, wo sie auch wohnen, d.h. der Wohnsitz liegt beispielsweise in Deutschland und der Arbeitsort in Frankreich, so dass täglich die Grenze überquert werden muss.
- *Aufenthalt von Studierenden im Ausland (Auslandsstudium)*
Hierunter fallen Studierende, die einen Auslandsaufenthalt zum Studium in einem EU-Mitgliedstaat oder einem Land des EWR verbringen und dort Gesundheitsleistungen bei Krankheit oder Verletzung in Anspruch nehmen. Diese Studierenden sind an einer deutschen Hochschule formell immatrikuliert.
- *Rentner*
Hier sind zum einen die Rentner zu nennen, die ihren Wohnsitz dauerhaft ins Ausland verlegt haben und zum anderen diejenigen, die zwischen ihrem bisherigen Wohnsitz und einem Wohnsitz im Ausland pendeln.

Neben diesen Fallgruppen sind weitere Sonderkonstellationen möglich, die im Einzelfall näher betrachtet werden müssen. Das Gutachten beschränkt sich auf die ersten drei genannten Kategorien, da Studierende und Rentner zwar ähnlich behandelt werden, aber doch Besonderheiten aufweisen.

4.2.2 Anwendbare Rechtsvorschriften

Durch die neue Patientenrichtlinie ist die bisherige Rechtslage nicht unbedingt vereinfacht worden. In Deutschland haben Patienten den Vorteil, dass die bisherigen Entwicklungen bereits umfangreich gesetzlich umgesetzt wurden, so dass sie ihren Anspruch nach den Regelungen des deutschen Sozialgesetzbuchs durchsetzen können.

a) Abrechnungsmodalitäten nach beiden Systemen

Die Patientenrichtlinie 2011/24/EU und die Wanderarbeitnehmerverordnung (EWG) Nr. 1407/71 bzw. die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 unterscheiden sich in den Anspruchsvoraussetzungen, -inhalt und -abwicklung voneinander. Aufgrund dessen ist der Anwendungsbereich der beiden Regelungssysteme zu klären, wobei bereits oben die unterschiedliche Rechtsqualität der beiden Rechtsakte Richtlinie und Verordnung dargestellt wurde.

aa) Wanderarbeitnehmerverordnung

Personen können gemäß der Verordnung Leistungen der Gesundheitsfürsorge des Mitgliedstaates, in dem sie wohnen, in Anspruch nehmen, obwohl sie dort nicht versichert sind. Jedoch sind hierbei bestimmte Modalitäten zu beachten. So bestimmt Art. 19 Abs. 1 Verordnung (EG) Nr. 883/2004, dass der Berechtigte Anspruch auf Sachleistungen gegen den Sozialversicherungsträger des Wohnmitgliedstaates nach dessen Vorschriften hat. Dies erfolgt jedoch auf Rechnung des zuständigen Trägers. Bei Behandlungen, die außerhalb des Wohnmitgliedstaates bzw. des zuständigen Mitgliedstaates vorgenommen werden, werden Sachleistungen ebenfalls von dem Träger des Aufenthaltsstaates nach dessen Vorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers geleistet. Jedoch nur solche Behandlungen, die medizinisch notwendig sind. Verreist der Versicherte ausschließlich aus dem Grund, dass er woanders Sachleistungen in Anspruch nehmen will, so muss er sich dies vorab gemäß Art. 20 Verordnung (EG) Nr. 883/2004 genehmigen lassen.

Sachleistungen werden vom Träger vor Ort vorgenommen und dann nach Art. 35 Verordnung (EG) Nr. 883/2004 mit dem zuständigen Träger abgerechnet. Da bei den Leistungen und deren Umfang das Recht des Behandlungsstaates einschlägig ist, hat der zuständige Träger nur zu prüfen, ob ein Versicherungsverhältnis zur Zeit der Behandlung bestanden hat. Bei Geldleistungen exportiert der zuständige Träger diese nach Art. 1 Verordnung (EG) Nr. 883/2004 entweder selbst oder auf seine Rechnung durch den Träger des Wohnortstaates in diesen.

bb) Patientenrichtlinie

Die Patientenrichtlinie bestimmt in Art. 7 „*dass die Kosten, die einem Versicherten im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung entstanden sind, erstattet werden, sofern die betreffende Gesundheitsdienstleistung zu den Leistungen gehört, auf die der Versicherte im Versicherungsmitgliedstaat Anspruch hat.*“ Hierbei wird nicht zwischen dauerhaftem und vorübergehendem Aufenthalt unterschieden. Jedoch werden stationäre Behandlungen besonders behandelt, da bei diesen eine Vorabgenehmigung gemäß Art. 8 gefordert werden kann.

Bei der Inanspruchnahme im Rahmen der Richtlinie bzw. der nationalen Umsetzungsakte tritt der Patient zunächst in Vorlage und kann sich dann die Kosten im Versicherungsmitgliedstaat wiederum erstatten lassen. „[Hierbei] [...] erstattet oder bezahlt [der Mitgliedstaat] direkt die Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bis zu den Höchstbeträgen, die er übernommen hätte, wenn die betreffende Gesundheitsdienstleistung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden wäre, wobei die Erstattung die Höhe der tatsächlich durch die Gesundheitsversorgung entstandenen Kosten nicht überschreiten darf.“ Demnach erhält ein Patient genau die Leistungen, die er auch erhalten hätte, wenn er sich im zuständigen Mitgliedstaat behandeln lassen hätte. Hierbei ist der Leistungskatalog des Versicherungsmitgliedstaates maßgeblich und zudem kann dieser dem Versicherten nach Art. 7 Abs. 7 „*Voraussetzungen, Anspruchskriterien sowie Regelungs- und Verwaltungsfomalitäten vorschreiben, die er für die gleiche Gesundheitsversorgung im eigenen Hoheitsgebiet heranziehen würde.*“ Die Einführung des Prinzips der Kostenerstattung und die damit verbundene Abkehr vom Sachleistungsprinzip ist nach sozialen Gesichtspunkten fragwürdig, jedoch bleibt es den Mitgliedstaaten nach Erwägungsgrund 33 der Richtlinie überlassen durch Einzelverträge der Krankenkassen mit Leistungserbringern im Ausland das Sachleistungsprinzip zu vereinbaren, wie dies etwa § 140e SGB V ermöglicht.¹²⁴

¹²⁴ Kingreen, Der Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Patienten-Richtlinie, ZESAR 2009, S. 109 ff.

b) Patientenrichtlinie versus Wanderarbeitnehmerverordnung?

Die Patientenrichtlinie 2011/24/EU soll neben der Wanderarbeitnehmerverordnung (EWG) Nr. 1408/71 und der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 gelten und setzt diese nicht außer Kraft.¹²⁵ „Für Patienten sollten die beiden Systeme daher kohärent sein: Entweder die vorliegende Richtlinie oder aber die Verordnungen der Union zur Koordinierung der Sozialversicherungssysteme gelangen zur Anwendung.“¹²⁶ Demnach ist eine Unterscheidung und Abgrenzung hilfreich.

Eines der wichtigsten Merkmale in der Unterscheidung sind die Wurzeln und die Aufgaben dieser Regelungen. Die Wanderarbeitnehmerverordnung geht bis in die 70er Jahre zurück und sollte die Inanspruchnahme von Personenverkehrsfreiheiten im Rahmen einer grenzüberschreitenden Erwerbstätigkeit sicherstellen. Dahingegen schützt die Patientenrichtlinie die Produktverkehrsfreiheiten und in diesem Zusammenhang nicht nur den Leistungserbringer, sondern in einem erheblichen Maße auch den Empfänger der Leistung. Die Richtlinie setzt die Rechtsprechung des EuGH zur Patientenmobilität um.¹²⁷

Die Verordnung gilt im Gegensatz zur Richtlinie nur für Versicherte, d.h. nur für Erwerbstätige, wohingegen die Richtlinie aufgrund der Formulierung „Patienten“ für alle Personen gelten soll, die Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Darüber hinaus unterscheidet die Verordnung zwischen der Aufenthaltsdauer und dem Behandlungsumfang. Einer Beschränkung der Patientenrichtlinie auf nur vorübergehende Aufenthalte muss abgelehnt werden, da dies zu einer Ungleichbehandlung von Personen führen würde, die sich dauerhaft in einem anderen Mitgliedstaat aufhalten, denn sie nehmen sowohl ihre Personen- als auch Produktverkehrsfreiheiten in Anspruch. Demnach gewährt die Richtlinie einen umfassenden Anspruch auf Kostenerstattung.

Dem Versicherten steht somit ein Wahlrecht zu, wenn er sowohl einen Anspruch aufgrund der Verordnung als auch nach der Richtlinie geltend machen kann.¹²⁸ Jedoch sollte man genau prüfen, welche Vorschriften vorteilhafter sind, da bei der Verordnung der Leistungskatalog des Behandlungsstaates gilt und bei der Richtlinie derjenige des Versicherungsstaates. Daraus

¹²⁵ Vgl. Erwägungsgrund Nr. 28 der Patientenrichtlinie.

¹²⁶ Vgl. Erwägungsgrund Nr. 30 der Patientenrichtlinie.

¹²⁷ Kingreen, (Fn. 124), S. 109 ff.

¹²⁸ Vgl. Erwägungsgrund Nr. 31: „Die Patienten sollten nicht die ihnen vorteilhafteren Ansprüche gemäß den Verordnungen der Union zur Koordinierung der Sozialversicherungssysteme verlieren, wenn die Bedingungen erfüllt sind.“.

können sich zwei unter anderem stark differierende Leistungsspektren ergeben. Sollte sich die Anwendung einer Vorschrift als vorteilhafter erweisen, so ist der Patient darauf hinzuweisen. Eine Abrechnung erfolgt aufgrund der Vorschrift, nach der eine Genehmigung ergangen ist.

Zusammenfassend kann demnach folgendes Fazit gezogen werden: Es ist im Einzelfall zu prüfen, welche Ansprüche vorliegen und in welchem Umfang nach der Verordnung oder der Richtlinie Kosten übernommen werden. Unter dem günstigeren Regime sollte dann eine Genehmigung eingeholt werden. Die Umsetzung der Patientenrichtlinie in nationales Recht durch die Mitgliedstaaten bis zum 25. Oktober 2013 wird zeigen, ob die nationalen Gesetzgeber dieser Verpflichtung in umfassender Weise nachkommen oder eventuell nachbessern müssen bzw. im schlimmsten Fall der EuGH darüber entscheiden muss.

4.2.3 Relevanz in der Praxis

Die Relevanz der Thematik nimmt stetig zu, obwohl sich bisher zwar noch nicht mal 5 % der EU-Bevölkerung in anderen Mitgliedstaaten behandeln lassen, jedoch wären ca. 50 % bereit für eine medizinische Behandlung einen anderen Mitgliedstaat aufzusuchen, wobei aber die geographische Lage, die medizinische Ausstattung und die Größe des Mitgliedstaates als Hintergrund zu berücksichtigen sind.¹²⁹

Gründe für eine auswärtige Behandlung wären die Reduzierung der Wartezeit, eine qualitativ bessere Behandlung oder eine Behandlung durch einen Spezialisten. Eine kostengünstigere Behandlung spielt keine so große Rolle wie erwartet, jedoch sind über 90 % der EU-Bevölkerung bereit sich im Ausland behandeln zu lassen, wenn in ihrem Heimatland eine solche Behandlung nicht angeboten wird. Gründe gegen eine Behandlung im Ausland liegen insbesondere darin, dass es angenehmer ist zu Hause behandelt zu werden und man mit der Behandlung dort insgesamt zufrieden ist. Darüber hinaus besteht aber auch ein Informationsdefizit über die Behandlungsmöglichkeiten und deren Qualität, die Angst vor Sprachbarrieren und die fehlenden finanziellen Möglichkeiten für eine Auslandsbehandlung.¹³⁰ In Bezug auf die in Deutschland Versicherten wurde von der Techniker Krankenkasse festgestellt, dass sich bis zu 419.000 Mitglieder der GKV im Ausland – insbesondere in den

¹²⁹ European Commission, (Fn. 122), S. 7 ff.

¹³⁰ Ibid., S. 11 ff.

Reiseländern Spanien, Österreich und Italien, aber auch in Tschechien und Polen – haben behandeln lassen.¹³¹

Diese Darstellung zeigt, dass die Zahl der geplanten Behandlungen durchaus einen zukunftsfähigen, europaweiten Gesundheitsmarkt rechtfertigt. Sollten die oben genannten Vorbehalte – auch durch die Patientenrichtlinie – abgebaut werden, so stehen grenzüberschreitenden Behandlungen aus Gründen der optimalen Versorgung keine Schranken mehr entgegen. Demnach ist die Relevanz von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen, deren Durchsetzung und ihre Voraussetzungen hoch und entscheidend für einen funktionierenden EU-Gesundheitsmarkt.

Auch in der Großregion sind sowohl die Krankenversicherungsträger als auch die Gesundheitsdienstleister wie Ärzte oder Krankenhäuser regelmäßig mit Fällen und Patienten konfrontiert, die nicht in dem Land krankenversichert sind, in dem sie behandelt werden.¹³²

4.3 Gesundheitsdienstleistungen in der Großregion

4.3.1 Die Großregion im Überblick

Der Begriff der Großregion umfasst auf einer Fläche von mehr als 65.000 km² neben den deutschen Bundesländern Saarland und Rheinland-Pfalz, die französische Region Lothringen, das Großherzogtum Luxemburg und die Wallonische Region in Belgien. Insgesamt leben in der Großregion 11,4 Mio. Menschen (Saarland ca. 1 Mio., Lothringen ca. 2,33 Mio., Luxemburg 483.000, Rheinland-Pfalz 4 Mio. und Wallonie/Belgien ca. 3,5 Mio.). Die Großregion ist die größte Grenzregion der EU, obwohl sie nur 1,6 % des Gebietes der EU stellt und 2,3 % der Bevölkerung der EU ausmacht. Strukturell ist die Großregion geprägt von vier großen Verdichtungsräumen (Rheinland-Pfalz, der Wallonie und dem Großraum Saarbrücken sowie Luxemburg/Thionville) umgeben von einem starken Grüngürtel, der nur dünn

¹³¹ TK, (Fn. 121), S. 13 ff: Hierbei waren 60 % der Behandlungen Akutfälle und 40 % der Behandlungen geplant. Die Gründe hierfür sind zum einen ein höherer Behandlungskomfort und zum anderen die Einsparungen, die durch günstigere Kostenstrukturen ermöglicht werden. Interessant ist, dass 3 % der Behandelten das Ausland aufsuchten, da sie eine Spezialklinik in einer Grenzregion nutzen.

¹³² Die Krankenkassen der Mitgliedstaaten bearbeiten im Monat von 100 bis 165.000 Fälle. In Luxemburg sind wesentlich mehr grenzüberschreitende Fälle zu verzeichnen, da sich viele Luxemburger im Ausland behandeln lassen. Zudem sind die großen Krankenkassen z.B. AOK) stärker mit solchen Fällen beschäftigt, weil diese aus Unwissenheit über das Spektrum der möglichen Krankenkassen öfter ausgewählt werden. Die Krankenhäuser im Saarland haben bis zu 50 grenzüberschreitende Fälle im Monat zu behandeln.

besiedelt ist. Diese heterogene Raumstruktur führt zu einer polyzentrischen Organisation, die jedoch seit Überwindung der historischen Grenzkonflikte zu einem Kooperationsgeflecht zusammengewachsen ist.¹³³

Als größte Grenzregion bewegen sich in der Großregion die meisten Grenzgänger und Pendler – 203.191 Grenzgänger im Jahr 2009. Hiervon stammen 54,7 % aus Lothringen und 72,6 % kommen täglich nach Luxemburg. Das Saarland und Luxemburg weisen beide eine positive Grenzgängerbilanz auf. Luxemburg bietet am meisten Grenzgängern Arbeit in der Großregion; dabei pendeln knapp 50 % der Grenzgänger aus Frankreich und jeweils ca. 25 % aus Deutschland und Belgien nach Luxemburg, wobei die Zahl der deutschen Grenzpendler angestiegen ist. Die Zahlen der einpendelnden Arbeitnehmer aus Lothringen ins Saarland in der Automobilindustrie bzw. dem verarbeitendem Gewerbe ist dahingegen rückläufig.¹³⁴

Im Laufe der Jahre haben sich zur effektiven grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zahlreiche Institutionen entwickelt.¹³⁵ Zunächst ist hier der SaarLorLux-Gipfel zu nennen. Bei diesem regelmäßigen Gipfeltreffen kommen seit 1994 die obersten politischen Repräsentanten der einzelnen Regionen zusammen und legen die notwendigen allgemeinen Orientierungen fest. Als zentrales politisches Organ bei der grenzübergreifenden und interregionalen Zusammenarbeit diskutieren sie die Entwicklung und Fragestellungen der Zusammenarbeit und beschließen Handlungsempfehlungen. Seit 1996 besteht der Wirtschafts- und Sozialausschuss, der sich mit Problemen der grenzüberschreitenden Kooperation im wirtschaftlichen und sozialen Bereich befasst. Die seit 1970 existierende deutsch-französisch-luxemburgische Regierungskommission, die aus Delegationen der Zentralregierungen besteht, kümmert sich um die notwendigen formellen internationalen Grundlagen und begleitet die grenzüberschreitende Zusammenarbeit auf außenpolitischer Ebene. Die Regionalkommission SaarLorLux-Trier/Westpfalz ist als Handlungsakteur u.a. für die Erweiterung der Regionalkommission zuständig. Zudem wurde von den regionalen Parlamenten (dem saarländischen und rheinland-pfälzischen Landtag, der Abgeordnetenkammer des Großherzogtums Luxemburg, dem lothringischen Regionalrat und dem Provinzialrat der Provinz Luxemburg (Belgien)/ Wallonischer Regionalrat) 1986 der Interregionale

¹³³ BuMI Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, (Fn. 120), S. 10.

¹³⁴ Wirtschafts- und Sozialausschuss der Großregion, Bericht zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der Großregion 2009/2010, Schriftenreihe der Regionalkommission SaarLorLux – Trier/Westpfalz – Wallonien, Bd. 17, 2010, S. 48 ff.

¹³⁵ Vgl. hierzu <http://www.saarland.de/SID-3E724395-7D8E4285/3350.htm> (30.07.2011).

Parlamentarierrat (IPR) gegründet. Er setzt sich aus Mitgliedern dieser Parlamente zusammen und verfügt über ständige Ausschüsse für Wirtschaft, Soziale Angelegenheiten, Verkehr und Kommunikation, Umwelt und Landwirtschaft sowie Bildung, Ausbildung, Forschung und Kultur. Zu seinen Aufgaben gehört „die wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rolle der Großregion durch eine enge grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen den Regionen zu fördern; langfristig zur Entwicklung einer Perspektive der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auf den Gebieten beizutragen, die in die Zuständigkeit der einzelnen Regionen fallen.“¹³⁶

4.3.2 Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung

Nachfolgend soll die praktische Seite für Grenzgänger kurz beleuchtet werden.¹³⁷ Grenzgänger unterliegen, wie bereits oben festgestellt, u.a. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Demnach sind sie in dem Land zu versichern, in dem sie arbeiten. Grenzgänger können sowohl in ihrem Wohnsitz- als auch in ihrem Beschäftigungsstaat Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen.

a) Grenzgänger Deutschland → Luxemburg

Jeder Arbeitnehmer erhält nachdem er beim *Centre Commun de Sécurité Sociale* angemeldet wurde eine Sozialversicherungskarte und -nummer. Um neben den Leistungen in Luxemburg auch solche in Deutschland zu erhalten, muss sich der Versicherte bei einer Krankenkasse seiner Wahl mittels des mobilen Dokuments S1 (vormals E 106- und E 109-Formular) melden. Das Formular S 1 gilt für den Versicherten und seine Familienangehörigen, die bei ihm wohnen. Angehörige, die in einem anderen Staat wohnen, benutzen nun auch das Formular S1 – und nicht wie früher das gesonderte E 109-Formular. Diese werden von der Caisse Nationale de Santé ausgegeben. Der Versicherte und seine Familienangehörigen können sich dann sowohl in Deutschland als auch in Luxemburg behandeln lassen, wobei eine Behandlung in Luxemburg für die Familienangehörigen nur nach vorherigem Antrag möglich sein soll.¹³⁸

¹³⁶ Konvention des IPR, http://www.cpi-ipr.com/de/Conventions/conv_cre.asp (30.07.2011).

¹³⁷ Touristen sind bei Reisen innerhalb Europas entweder durch die Europäische Gesundheitskarte (EHIC) oder einen Auslandskrankenschein abgesichert sind.

¹³⁸ Weitere Informationen Arbeitskammer des Saarlandes, Ratgeber für Grenzgänger, Deutschland – Luxemburg, 2009, S. 34 ff.

b) Grenzgänger Deutschland → Frankreich

Zunächst wird der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber bei der URSSAF (*Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales*) angemeldet. Der Arbeitnehmer meldet sich dann selbst bei einer der CPAM (*Caisse Primaire d'Assurance Maladie*) an bzw. wird von seinem Arbeitgeber bei dessen Kasse angemeldet. Hierzu wird eine Versichertenkarte mit lebenslanger Versicherungsnummer benötigt, daraufhin wird die „Carte vitale“ ausgehändigt. Darüber hinaus muss sich der Versicherte auch bei einer deutschen Krankenkasse seiner Wahl anmelden. Dies erfolgt ebenfalls mit dem Formular S1. Zudem muss eine Bescheinigung über die Zusammenrechnung der Versicherungs-, Beschäftigungs- oder Wohnzeiten erfolgen, da in Frankreich die Inanspruchnahme von Sach- und Geldleistungen von Arbeits- und Wartezeiten abhängig gemacht wird.¹³⁹

4.3.3 Grenzüberschreitende Zusammenarbeit

In Grenzregionen bietet sich aus geografischen sowie wirtschaftlichen Erwägungen ein breites Feld für die grenzüberschreitende Kooperation, beispielsweise durch eine gemeinsame Zusammenarbeit im Hinblick auf die Ausbildung von medizinischem Personal,¹⁴⁰ die gemeinsame Planung von Investitionen bezüglich medizinischer Großgeräte oder Spezialbehandlungen¹⁴¹ sowie eine gemeinsame Forschungsarbeit¹⁴² an. Eine Zusammenarbeit kann im Ergebnis positive Auswirkungen auf allen Ebenen erzeugen: Der Patient erhält wohnortnah die bestmögliche Behandlung. Leistungserbringer können sich länderübergreifend austauschen und spezielle Kompetenzen aufbauen sowie ihre Auslastung steigern. Die nationalen Träger der Krankenversicherung und Gesundheitssysteme können durch das grenzüberschreitende Zusammenwirken Kosten reduzieren, Aufgaben teilen und so eine höhere Wirtschaftlichkeit wie auch eine gesteigerte Zufriedenheit Ihrer Mitglieder erreichen.¹⁴³ Die Basis für eine weitere grenzüberschreitende Zusammenarbeit bildet in der Großregion das Rahmenabkommen über die grenzüberschreiten-

¹³⁹ Weitere Informationen Arbeitskammer des Saarlandes, Ratgeber für Grenzgänger aus Deutschland und Frankreich, 2010, S. 61 ff.

¹⁴⁰ Z.B. Partnerschaft zwischen dem Centre Hospitalier Sarreguémises und den SHG-Kliniken Sonnenberg hinsichtlich der gemeinsamen Fortbildung von Ärzten und Pflegekräften.

¹⁴¹ Z.B. Traumanetzwerk „Saar-(Lor)-Lux-Westpfalz“.

¹⁴² <http://www.uniklinikum-saarland.de/aktuelles/pressemitteilungen/einzelsicht/article/kuenstliche-hueftgelenke-saar-lux/> (30.07.2011)

¹⁴³ Möller, (Fn. 37), S. 246 f.

de Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zwischen Deutschland und Frankreich,¹⁴⁴ das am 1. April 2007 in Kraft getreten ist und den Zugang zu einer kontinuierlichen Gesundheitsversorgung und zu mobilen Rettungsdiensten für die Bewohner in den Grenzregionen verbessern sowie die verwaltungs- und finanztechnischen Verfahren erleichtern soll.¹⁴⁵

4.3.4 Schwierigkeiten in der Großregion

Bei der Behandlung von ausländischen Patienten und der damit verbundenen Abrechnung treten immer wieder Probleme auf, die im nachfolgenden Teil näher behandelt werden sollen. Diese Schwierigkeiten führen dazu, dass sich Patienten nicht dafür entscheiden, sich im Ausland behandeln zu lassen.

Als problematisch bei der Inanspruchnahme oder Bereitstellung von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen wurden folgende Punkte angesehen:¹⁴⁶

- **Sprachbarrieren**

Eines der größten Hindernisse für eine Behandlung im Ausland sind die vorhandenen Sprachbarrieren bei Patienten und den Erbringern von Gesundheitsdienstleistungen. Die Möglichkeit zur Kommunikation ist notwendig, um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, die eine umfassende und zufriedenstellende medizinische Behandlung ermöglicht.

Auf der einen Seite sind die sprachlichen Fähigkeiten der Patienten nicht ausgebildet genug, dass sich diese eine Auslandsbehandlung zutrauen. Dies ist insbesondere dadurch nachvollziehbar, dass es sich bei Gesundheitsdienstleistungen um eine sensible und lebenswichtige persönliche Angelegenheit handelt. Jeder zweite EU-Bürger gab Sprachbarrieren als Grund für seine Ablehnung einer ausländischen medizinischen Behandlung an. Dies war vor allem in den englischsprachigen Ländern Irland und Vereinigtes Königreich,

¹⁴⁴ http://www.espaces-transfrontaliers.org/de/publikationen/rahmenabkommen_gesundheit_05.pdf (30.07.2011).

¹⁴⁵ So bestehen heute Vereinbarungen zum grenzüberschreitenden Einsatz von Rettungsdiensten zwischen Elsass/Rheinland-Pfalz, Wallonie/Lothringen, Belgien/Rheinland-Pfalz sowie Lothringen/Saarland.

¹⁴⁶ Die Beobachtungen basieren grundlegend auf einer nicht-repräsentativen Befragung der involvierten Krankenversicherungsträger, Gesundheitsdienstleistungserbringer, Institutionen und Stellen, die sich mit der Grenzgänger-Problematik befassen. Grundsätzlich konnte festgestellt werden, dass die Problematik der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Kontext der Grenzgängerproblematik nur eine untergeordnete Rolle spielt, jedoch die Beteiligten auf regionaler Ebene nur einigermaßen mit dem bisherigen System zufrieden sind.

aber auch in der Tschechischen Republik und in Polen der Fall; dahingegen war dies in Luxemburg und Malta kaum ein Problem.¹⁴⁷ Dies mag aber auch an der Tatsache liegen, dass diese Länder so klein sind, dass sie keine umfassende medizinische Behandlung, insbesondere für seltene Krankheiten, bieten können. In diesem Zusammenhang muss noch in die Überlegungen mit einbezogen werden, dass gut ausgebildete und/ oder junge Personen sich eher im Ausland behandeln lassen würden als ältere und/ oder schlechter ausgebildete.¹⁴⁸ Diese Problematik könnte zwar durch die Verbesserung der Sprachkenntnisse gemildert werden, jedoch wird kein Patient ausschließlich aus diesem Grund seine Sprachkenntnisse vertiefen.

Deshalb ist auf der anderen Seite die Situation beim behandelnden Personal zu betrachten. Auch hier bestehen Defizite. Die meisten Krankenhäuser stellen nationales Personal ein, welches zumeist keine oder nur geringe Fremdsprachenkenntnisse aufweisen kann. Auch in der Großregion besteht hier Nachholbedarf, obwohl deutsche Krankenhäuser bereits bei der Einstellung auf die Sprachkenntnisse ihres Personals achten.

• Information

Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Informationsdefizit, welches bezüglich der Möglichkeit einer grenzüberschreitenden Behandlung bzw. der Qualität der Versorgung in den anderen Mitgliedstaaten besteht. Letzteres ist jedoch notwendig um eine Entscheidung für eine effiziente und adäquate Behandlung treffen zu können. Ein solches Defizit liegt bei über 70 % der Bevölkerung in Irland, der Slowakei, der Tschechischen Republik und dem Vereinigten Königreich vor; durchschnittlich beläuft sich die Zahl der nicht-informierten Patienten innerhalb der EU auf ca. 30 %.¹⁴⁹

Innerhalb der Großregion werden zwar bereits von den Krankenkassen und Gesundheitsdienstleistungserbringern Informationen bereitgestellt, jedoch erfolgt dies ausschließlich vereinzelt (Flyer, Broschüren, Sprechstage, persönliche Beratung). Es mangelt an einem gemeinsamen strukturierten Vorgehen, da zur Zeit überwiegend Einzelinitiativen vorherrschen, die nicht koordiniert von z.B. den Krankenkassen vorgenommen werden.

¹⁴⁷ European Commission, (Fn. 122), S. 22.

¹⁴⁸ Ibid.

¹⁴⁹ Ibid., S. 21.

• **Genehmigung und Kostenerstattung**

Weitere Schwierigkeiten bereitet die Abrechnung von medizinischen Behandlungen im Ausland sowohl für den Leistungserbringer als auch für den zuständigen Krankenversicherungsträger. Zwar ist die Verpflichtung zur Kostenerstattung sowohl in der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 sowie der Patientenrichtlinie vorgesehen und auch in diversen Fällen vom EuGH bestätigt worden, jedoch gibt es in diesem Bereich weiterhin zahlreiche Probleme.

Zunächst stellt sich die Problematik der Genehmigung von bestimmten Behandlungen. Diesbezüglich wissen die Patienten oftmals nicht, dass sie eine solche benötigen und falls sie dennoch informiert sind, erschweren oder verweigern die Krankenkassen die Ausstellung einer solchen. Sollte eine Genehmigung erteilt worden sein, so wird diese oftmals nicht in einer festgelegten Frist vorgelegt. Liegt eine solche Genehmigung bzw. Kostenzusage vor, so ist die Abrechnung in den meisten Fällen unproblematisch. Erhebliche Schwierigkeiten treten dann auf, wenn eine solche Zusage nicht vorliegt (wie etwa auch bei Notfällen) oder unklare Versicherungsverhältnisse bestehen. Darüber hinaus wurde zwar zur Vereinfachung die EHIC (*European Health Insurance Card*) als Ersatz für das Formular E 111 eingeführt, jedoch wird diese selten akzeptiert bzw. die französischen Patienten besitzen kaum eine solche Karte und ihre Krankenversicherungskarten sind in Deutschland nicht lesbar. Aus diesen Gründen hat die Karte kaum Bedeutung erlangt, obwohl sie in Deutschland durch die Krankenkassen zusammen mit der nationalen Versichertenkarte ausgegeben wurde. Oftmals ist ihr Einsatz im Ausland nicht möglich,¹⁵⁰ so dass die Patienten wiederum in Vorkasse treten müssen. Zudem ist in der Praxis zu beobachten, dass die Nomenklatur der einzelnen Länder, die verschiedenen Krankenversicherungssysteme (z.B. GKV/PKV in Deutschland), fehlende Übersetzungen und abweichende Abrechnungsmethoden Schwierigkeiten bereiten, insbesondere wird die Ausstellung des Formulars E 106 zur jährlichen Vorlage bei einer deutschen Krankenkasse durch die französischen Sozialversicherungsträger erschwert, so dass dieser Vorgang bis zu 6 Monate dauern kann.

• **Kooperation und Kommunikation**

Ein weiterer wichtiger Punkt bei der Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen ist die grenzüberschreitende Zusammenarbeit

¹⁵⁰ 41% der im Ausland behandelten TK-Versicherten gaben an, dass sie zwar versucht hätten eine Behandlung im Ausland vor Ort mit der EHIC abzurechnen, dies aber nicht akzeptiert wurde, vgl. TK, (Fn. 121), S. 23 ff.

aller beteiligten Stellen, um einen reibungslosen Ablauf der Behandlung und Abrechnung sicherzustellen. Diese Kooperationen sollten sich auf alle Ebenen beziehen und so eine freie Auswahl des Behandlungsortes in Grenzregionen erleichtern.

Es besteht zwar ein Rahmenabkommen zwischen Deutschland und Frankreich, welches die Hürden bei einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung durch Kooperationsvereinbarung beseitigen sollte, jedoch ist dies nicht zufriedenstellend erfolgt. Insbesondere ist hier auch hinderlich, dass in einer Verwaltungsanweisung des französischen Gesundheitsministeriums Kooperationen nur dann zugelassen werden, wenn in Frankreich ein Versorgungsdefizit besteht.¹⁵¹ Dies dürfte selten der Fall sein, wenn man zur Ermittlung des Versorgungsdefizits nicht nur die französischen Grenzregionen, sondern auch den Rest von Frankreich berücksichtigt. Folglich sind deutsch-französische Kooperationsvereinbarungen nur schwer abzuschließen. Dennoch wurde im Bereich der Notfallversorgung und Rettungsdienste, wie bereits dargestellt, eine Zusammenarbeit erfolgreich abgeschlossen, die aber weiterhin verbessert werden kann.

Auch wird vielfach bemängelt, dass es bei den französischen Krankenkassen selten direkte Ansprechpartner gibt. Zudem sind die französischen Servicenummern nicht von anderen Mitgliedstaaten aus anwählbar, so dass eine direkte Kommunikation nicht stattfinden kann und der schriftliche Weg eingeschlagen werden muss. Dieser ist jedoch häufig ineffektiv, da er umständlich ist und auch zu lange dauert, was kurzfristige Entscheidungen komplett unmöglich macht.

• Aus- und Fortbildung

Das Thema der grenzüberschreitenden Gesundheitsbehandlung und die europarechtlichen Grundlagen sind notwendige Arbeitswerkzeuge für alle, die bei grenzüberschreitenden Behandlungen beteiligt sind. Dies wird innerhalb der Ausbildung zumeist berücksichtigt. Im Rahmen von Fortbildungen wäre eine Vertiefung und Aktualisierung der Kenntnisse flächendeckend notwendig, denn dies wird bisher nur von einigen Beteiligten zuverlässig vorgenommen (wie z.B. AOK, DVKA, Agence régionale de la Santé Alsace, Caisse nationale de Santé Lux). Da dieser Bereich stark von eingreifenden Veränderungen geprägt ist und neben der europäischen auch die nationale Ebene beachtet werden muss, sollen Fort- und Weiterbildungen angeboten werden, die dieses

¹⁵¹ Art. 2 der Circulaire DSS/DACI n° 2007-291 du 18 juillet 2007, <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-08/a0080242.htm> (30.07.2011).

Thema regelmäßig behandeln. Insbesondere könnte die Information über aktuelle Entwicklungen schnell durch zentral organisierte und koordinierte Rundschreiben erfolgen.

- **Einstellung/ Motivation**

Als letzter Punkt ist auf die Einstellung der beteiligten Stellen und Personen zu einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung einzugehen. Die Motivation für eine effektive Zusammenarbeit kann auf französischer Seite als gering eingeschätzt werden. Die Mitgliedstaaten sind, da sie die Daseinsvorsorge für ihre Bürger gewährleisten müssen, denklogisch skeptisch gegenüber einer Kooperation im grenzüberschreitenden Bereich eingestellt. 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. Die Patienten sollen im eigenen Lande behalten und behandelt werden. Dies führt dazu, dass in der Großregion hoch qualifizierte Kräfte aus Deutschland abgeworben werden, da diese in Luxemburg wesentlich besser verdienen und in allen Teilregionen große Investitionen in z.B. Großgeräte getätigt worden sind, anstatt zu kooperieren und sich zu ergänzen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass innerhalb der Großregion bereits verschiedene Initiativen unternommen wurden. Aufgrund der Grenzregion sind sowohl die Patienten als auch die Mitarbeiter der zuständigen Stellen im Grundsatz informiert sind, dies bedarf jedoch einer Vertiefung. Europaweit – Grenzregionen ausgenommen – dürfte solch eine Bereitschaft für grenzüberschreitende Dienstleistungen nicht im gleichen Maße bestehen.

5 Handlungsempfehlungen

Die rechtlichen Grundlagen für eine effektive, grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich sind gelegt worden, jetzt bedarf es insbesondere einer praktischen Umsetzung, die auf regionaler administrativer und politischer Ebene sowie darauf aufbauend zwischen den verschiedenen beteiligten Akteuren zu erfolgen hat. Deshalb ist das Bekenntnis des 12. Gipfels der Großregion vom 24. Januar 2011 zur Dokumentation des politischen Willens zur Verstärkung der Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich hervorzuheben, der *„davon überzeugt [ist], dass die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich weiter ausgebaut werden muss.“*

Ein Handlungsbedarf lässt sich für die folgenden Themenschwerpunkte Information und Kommunikation, Strukturen, Abrechnung sowie Genehmigung identifizieren:

- **Verbesserung der Information**

Eine umfassende Information der beteiligten Stellen und insbesondere der Patienten ist nicht ausreichend gegeben. Die Komplexität der Situation erfordert gut aus- und regelmäßig weitergebildetes Personal, das den betroffenen Patienten zur Verfügung steht. Besonderes Augenmerk ist hierbei auf die regelmäßige Zurverfügungstellung aktueller Informationen zu richten. Geeignetes und aktuelles Informationsmaterial ist notwendig für eine umfassende Information und muss auch den Patienten und den medizinischen Beteiligten auf einfachem Wege zugänglich sein. Informationen sollten gebündelt, koordiniert und mehrsprachig zur Verfügung gestellt werden.

Anlass für ein Überdenken der Informationsgestaltung und der Schaffung eines zentral gesteuerten Informationsmanagements sollte die Umsetzung der Patientenrichtlinie sein. Diese sieht die Schaffung nationaler Kontaktstellen vor, welche die Patienten umfassend zum Thema grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung informieren und beraten sollen. Dabei sollte verhindert werden, dass die Kontaktstellen lediglich bundesweit arbeiten und auf die Erteilung von Auskünften zur Patientenrichtlinie beschränkt sind – also die spezielle Grenzgängerproblematik und Versorgungssituation in Grenzregionen vernachlässigen. Effizient wäre vielmehr die Schaffung regionaler Kontaktstellen, die dann beispielsweise in der Großregion auch Spezialfragen zu dem Status von Grenzgängern beantworten können.

- **Verbesserung der Kommunikation**

Es bedarf einer Verbesserung der Kommunikation zwischen allen Akteuren, so dass insbesondere schnelle, den Einzelfall berücksichtigende Entscheidungen ermöglicht werden. Hierzu erscheint es unbedingt erforderlich in einem ersten Schritt die zuständigen Ansprechpartner innerhalb der Großregion zu identifizieren, deren Kontaktdaten zugänglich zu machen und die erforderlichen Kommunikationsstrukturen zu etablieren.

Des Weiteren müssen alle Seiten die technischen Möglichkeiten der Erreichbarkeit gewährleisten, d.h. auf nur national erreichbare Sondertelefonnummern ist zu verzichten. Darüber hinaus wäre über eine großregionale Stelle nachzudenken, die bei der Suche nach Ansprechpartnern Hilfe leistet und die Koordinierung der möglichen Kommunikationswege auf übergeordneter Ebene sicherstellt.

- **Abbau der Sprachbarrieren**

Da die Angst vor Verständigungsschwierigkeiten bei Patienten die größte Hemmschwelle für eine ausländische Behandlung darstellt, sollte diese reduziert werden. Dies könnte entweder durch mehrsprachiges Fachpersonal in den Krankenhäusern oder in anderen medizinischen Einrichtungen erfolgen oder durch die Bereitstellung von speziellen Mitarbeitern, die ausschließlich für ausländische Patienten zuständig sind und für diese auch Dolmetschen könnten. Ebenso sollte weiterhin jede regionale Niederlassung der Krankenkassen über Mitarbeiter verfügen, die auch in der jeweiligen Fremdsprache Versicherte beraten können.

- **Verbesserung in Aus- und Fortbildung**

Die Thematik sollte zudem regelmäßig in Aus- und Fortbildungen berücksichtigt werden. Dies ist allein schon aufgrund der ständigen Entwicklung innerhalb der EU, aber auch der Mitgliedstaaten notwendig. Solche Veranstaltungen könnten bei entsprechender Ausgestaltung der Vernetzung der in der Praxis Beteiligten dienen. Die Bereitschaft bei den Krankenkassen, Krankenhäusern, etc. Mitarbeiter zu schulen könnte durch eine öffentliche Förderung der Aus- und Fortbildungen erhöht werden.

- **Verbesserung des koordinierten Vorgehens und Förderung von Kooperationen**

Zum jetzigen Zeitpunkt ergibt sich innerhalb der Großregion ein Bild, welches von vereinzelt Kooperationen, Initiativen und Aktionen geprägt ist. Es lässt sich bisher keine Stelle identifizieren, welche sich übergeordnet und umfassend mit dieser Problematik auseinandersetzt. Eine solche Koordination auf Ebene der Großregion würde ein abgestimmtes Vorgehen ermöglichen, welches zu Kosteneinsparungen führen könnte. Die Veröffentlichung von guten Beispielen (best practice) könnte eine Signal- und Vorbildwirkung für die beteiligten Akteure innerhalb der Großregion entfalten. Eine jährliche Bestandsaufnahme der vorliegenden Situation bezüglich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der Großregion würde sowohl die Kooperation als auch die Koordinierung der regionalen Stellen voranbringen. Insbesondere sollten auch Direktvereinbarungen zwischen den Trägern der Krankenversicherungen und den einzelnen Gesundheitsdienstleistungserbringern über eine effektive Kostenerstattung und Zusammenarbeit forciert werden.

- **Unterstützung der Bedarfsplanung**

Eben gesagtes trifft auch auf die Bedarfsplanung von Krankenhäusern, Spezialzentren und Großgeräten innerhalb der Großregion zu. Diese ist bisher von allein nationalstaatlichen Erwägungen gekennzeichnet. Es sollte eine großregionale Bedarfsanalyse vorgenommen werden, die die Interessen aller Beteiligten widerspiegelt und auf Dauer angelegt ist. Bei der Bedarfsplanung sollten unabhängig von den Landesgrenzen existierende Strukturen genutzt, die Leistungsfähigkeit mit einbezogen und die Versorgungssicherheit gewährleistet werden. Hierbei ist die Vernetzung untereinander hilfreich.

- **Verbesserung Akzeptanz und Verbreitung EHIC**

Die Einsetzbarkeit der EHIC sollte deutlich verbessert werden, so dass eine europaweite reibungslose Abwicklung von ausländischen medizinischen Behandlungen möglich ist. Hierzu ist zum einen die Verbreitung der EHIC in allen Mitgliedstaaten der EU verstärkt zu fördern, zum anderen ist die Akzeptanz der EHIC als Abrechnungssicherheit im Ausland zu erhöhen. Dies könnte insbesondere durch eine europaweit einheitliche Ausgestaltung bzw. Lesbarkeit der EHIC erreicht werden. Der Nutzen der EHIC sollte in einer Informationsoffensive erneut beworben werden.

- **Bürokratieabbau bei Genehmigungen innerhalb der Großregion**

Als Zukunftsvision sollte der Abbau der Bürokratie bezüglich einer Genehmigung für eine Behandlung innerhalb der Großregion bzw. das Entfallen einer solchen verfolgt werden. Hierzu sollte eine Kooperationsvereinbarung dahingehend getroffen werden, dass Krankenversicherungen generell ihr Einverständnis für Behandlungen von in der Großregion lebenden Patienten in der Großregion erklären. Dies könnte auch eine effiziente Abschätzung der Auslastung von Krankenhäusern vereinfachen und somit Grundlage für eine realistische Bedarfsplanung innerhalb der Großregion ermöglichen.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die Großregion ihre Stärken und Potentiale zugunsten eines funktionierenden grenzüberschreitenden Arbeitsmarktes hinsichtlich einer effektiven grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ausschöpfen muss. Dies auch vor dem Hintergrund, dass jeder 10. Arbeitnehmer im Gesundheitsbereich beschäftigt ist und im Gesundheitswesen nur allein in der Bundesrepublik Deutschland 250 bis 260 Mrd. Euro im Jahr erwirtschaftet werden, dies entspricht derselben Größenordnung wie in der Automobilindustrie. Im Ergebnis könnten Synergieeffekte einer erfolgreichen Gesundheitsversorgung in der Großregion in anderen Bereichen genutzt werden.

Die Autorinnen/die Autoren

Prof. Dr. Wolfgang Appel, Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, wolfgang.appel@htw-saarland.de

Dr. Veit Damm, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Historischen Institut der Universität des Saarlandes, Wirtschafts- und Sozialgeschichte (einschließlich Technik- und Umweltgeschichte), v.damm@mx.uni-saarland.de

Ass. iur. Mareike Fröhlich LL.M., Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Europa-Institut der Universität des Saarlandes, Sektion Rechtswissenschaft, m.froehlich@europainstitut.de

Tilman Lahann LL.M., Rechtsanwalt und Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Europa-Institut der Universität des Saarlandes, Sektion Rechtswissenschaft, tilman.lahann@mx.uni-saarland.de

Dr. Carolin Lehberger, (Einleitung und Mitherausgeberin) Diplom-Pädagogin, Leiterin des Referates für Wissenschaft und Hochschulen der Abteilung Bildungs- und Wissenschaftspolitik der Arbeitskammer des Saarlandes, carolin.lehberger@arbeitskammer.de

Prof. Dr. Volker Linneweber (Vorwort) Universitätspräsident der Universität des Saarlandes, Alternierender Beiratsvorsitzender der Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt (KoWA) der Universität des Saarlandes, Professor für Sozialpsychologie, praesident@uni-saarland.de

Mathieu Lionello, Dipl.-Betriebswirt, Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes

Prof. Dr. Ulrich Mahlknecht, Universitätsklinikum des Saarlandes, José Carreras Zentrum für Immuntherapie und Gentherapie, ulrich.mahlknecht@uks.eu

Prof. Dr. Walther Müller-Jentsch, em. Professor für Soziologie an der Ruhr Universität in Bochum, w.mueller-jentsch@ruhr-uni-bochum.de

Dr. Luitpold Rampeltshammer, (Einleitung und Mitherausgeber) Leiter der Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt (KoWA) der Universität des Saarlandes, l.rampeltshammer@mx.uni-saarland.de

Eugen Roth (Vorwort), Vorsitzender des DGB-Saar, Mitglied des Landtags des Saarlandes, alternierender Beiratsvorsitzender der Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt (KoWA) der Universität des Saarlandes

Ass. iur. Anja Trautmann LL.M., Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Europa-Institut der Universität des Saarlandes, Sektion Rechtswissenschaft, a.trautmann@europainstitut.de

PD Dr. Susanne Völter-Mahlknecht, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Tübingen, voelter-mahlknecht@gmx.net, susanne.voelter-mahlknecht@med.uni-tuebingen.de

Die Beiträge in diesem Band gehen der Frage nach, welchen Einfluss die Europäische Union auf die Gestaltung von Arbeits-, Wirtschafts- und Beschäftigungsbedingungen ausübt. Gerade die Region Saar-LorLux ist durch einen hohen Anteil von Grenzgängerinnen und Grenzgängern gekennzeichnet. Mit dem Leben und Arbeiten über die Grenzen hinweg gehen spezielle Probleme einher, welche nicht nur die europäische Integration, sondern vor allem auch die Arbeits- und Lebensbedingungen der Grenzgängerinnen und Grenzgänger erschweren. Die Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt wollte mit der Forschungsausschreibung 2009 diese Probleme analysieren und Handlungsspielräume und -alternativen in Wissenschaft und Arbeitswelt (weiter-) entwickeln.

Das vorliegende Buch liefert wissenschaftliche Fachbeiträge, die für sämtliche Ansprech- und Kooperationspartner in grenzüberschreitenden Fragestellungen von Interesse sind. Dazu zählen insbesondere Betriebs- und Personalräte sowie Gewerkschaften, Kammern, Unternehmen/Betriebe und Verwaltungen, Hochschulen und deren soziales und kulturelles Umfeld und viele andere Einrichtungen und Institutionen. Gerade für Akteure in der Arbeit des Wirtschafts- und Sozialausschusses der Großregion (WSAGR) liefert das Buch wichtige arbeitsweltorientierte Forschungsergebnisse.

Allen Leserinnen und Lesern wünschen wir eine anregende Lektüre der Forschungsergebnisse zum Themenspektrum „Der Einfluss der Europäischen Union auf die Gestaltung der Arbeitswelt“.