

Schmidt (Hrsg.)

Medizinische Versorgungszentren – Entwicklungschancen und Perspektiven



**Deutsche Krankenhaus
Verlagsgesellschaft mbH**

Impressum

ISBN: 978-3-942734-70-7

1. Auflage 2013

Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf

Fax +49 211 17 92 35-20
www.DKVG.de
bestellung@DKVG.de

Umschlaggestaltung: TZ-Marketing, Krefeld
Herstellung: rewi Druckhaus, Wissen

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen und Übersetzungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Inhalt

Inhaltsverzeichnis	III
Geleitwort	VII
Vorwort	IX
Einführung	1
I. Rechtliche Erwägungen	9
1. Medizinrechtliche Aspekte	9
1.1. Das neue Patientenrechtegesetz	9
1.2. Werbung im Gesundheitswesen – die neuen Regelungen des Heilmittelwerberechts	16
1.3. Zuwendungen durch die Industrie	25
1.4. Abrechnung – von der Notlösung zum Abrechnungsbetrug	34
2. Öffentliches Vergaberecht	38
2.1. Vergaberecht in Krankenhaus und MVZ	38
2.2. Einordnung von Krankenhaus und MVZ ins Vergaberecht	39
2.3. „Make or Buy“ als zentrale strategische Entscheidung	43
2.4. Ausgestaltung und Durchführung des Vergabeverfahrens	45
2.5. Bieterrechtsschutz	51
2.6. Auswahl aktueller vergaberechtlicher Problemstellungen	55
II. Steuerrechtliche Fallstricke	65
1. Die steuerliche Situation eines MVZ	65
1.1. Rechtsform der GmbH oder AG	66
1.2. Rechtsform der GbR oder Partnergesellschaft	66
1.3. Rechtsform der eingetragenen Genossenschaft	66

2. Steuern oder Gemeinnützigkeit	67
3. Organschaft steuerlich beleuchtet	70
4. Gründung von Servicegesellschaften	72
4.1. Rechtliche Grundlagen	73
4.2. Nicht steuerbare Innenumsätze	74
4.3. Vertragliche Konstellation	75
4.4. Ablauf zur Gründung einer Servicegesellschaft	78
4.5. Organisation	80
4.6. Vor- und Nachteile	81
4.7. Fazit	82
5. Umsatzsteuerliche Behandlung von Leistungen eines MVZ	83

III. Planung, Organisation und Controlling im MVZ..... 85

1. Immobilie und Gebäudemanagement	85
1.1. Immobilie	85
1.2. Gebäudemanagement	90
1.3. Beschaffungsmodelle	97
1.4. Erfolgsfaktoren für eine wirtschaftliche Beschaffung	110
1.5. Finanzierung der anfänglichen Investition zur Errichtung des MVZ	116
1.6. Zusammenfassung	118
2. Logistik im MVZ	119
2.1. Der Patient im Mittelpunkt – Herausforderungen in der Patientenlogistik	119
2.2. Aktiv agieren statt reagieren – softwaregestützte Logistik in Krankenhäusern und MVZ	120
2.3. Aus der Praxis: Erfahrungen der Berufsgenossenschaft- lichen Kliniken Bergmannstrost (Halle)	121
2.4. Erfolgsfaktor Logistik – keine Grenzen gesetzt?	122
2.5. Kein Gang umsonst im Lukaskrankenhaus Neuss	122
3. Benchmarking	124
3.1. Ziele des Benchmarking für ein MVZ	124
3.2. Vor- und Nachteile des Benchmarkings für das MVZ	125

3.3.	Arztpraxen als Benchmark-Partner	126
3.4.	Benchmarking versus Betriebsvergleich	127
3.5.	Nutzen von Benchmarks	128
4.	Risikomanagement im MVZ	130
4.1.	Grundlagen des Risikomanagements im MVZ.....	130
4.2.	Schwachstellen und Risiken von IT-Anwendungen	131
4.3.	Wie viel IT-Risikomanagement braucht das MVZ?	133
4.4.	Anforderungen an das IT-Sicherheitsmanagement eines MVZ	136
4.5.	Schlussbemerkung	147
5.	Datenschutz im MVZ	148
5.1.	Einführung	148
5.2.	Grundlagen des Datenschutzes und ärztliche Schweigepflicht.....	149
5.3.	Organisation des Empfangsbereichs eines MVZ	155
5.4.	Patientenakte	157
5.5.	Übermittlung von Patientendaten	158
5.6.	IT-Ausstattung des MVZ.....	160
5.7.	Datenschutzkontrollen	163
5.8.	Datenschutz und Datengeheimnis	166
5.9.	Datenschutzrechtliche Compliance	166
5.10.	Schlussbemerkung	167
IV.	EU- und internationale Aspekte	169
1.	Ambulanter Gesundheitsmarkt in der EU	169
1.1.	Demografische Trends	169
1.2.	Europäische Gesundheitsziele 2014 bis 2020	174
1.3.	Zukunftsaussichten in der EU	177
1.4.	Fazit.....	183
2.	Marketing im Hinblick auf ausländische Patienten	184
2.1.	Marketing für MVZ als Dienstleistungsmarketing	184
2.2.	Vergleich zwischen einer Dienstleistung und einer Sachleistung.....	184
2.3.	Marketinginstrumente einer Dienstleistung.....	185

3. Interkulturelle Kompetenz als Marketingfaktor – Wie der glückliche ausländische Patient Korruption überflüssig macht	194
3.1. Korruption ist verboten, überflüssig und geschäftlich schädigend.....	194
3.2. Rituale und Traditionen als wahrnehmbare Besonderheiten der Landeskultur und der Religion im medizinischen Alltag.....	195
3.3. Kulturdimensionen und ihre Bedeutung im Alltag eines MVZ	198

Verzeichnisse	211
Abbildungsverzeichnis	211
Tabellenverzeichnis	213
Literaturverzeichnis.....	215
Stichwortverzeichnis.....	219
Autorenverzeichnis.....	223

Vorwort

von Martina Schmidt

Im Jahr 2003 sollten mit der Gesundheitsreform die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und für Arbeitgeber die Lohnnebenkosten dauerhaft gesenkt werden. Dieses Ziel sollte u.a. durch eine Stärkung der ambulanten Versorgung erreicht werden. Seit 2004 können neben niedergelassenen Vertragsärzten oder Gemeinschaftspraxen auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) vertragsärztliche Tätigkeiten ausüben. Das Neue daran war vor allem, dass es den bisher nahezu ausschließlich stationär tätigen Krankenhäusern ermöglicht wurde, an der ambulanten Versorgung teilzunehmen.

Viele Krankenhäuser, aber auch die nach dem SGB V zugelassenen Leistungserbringer (z.B. Ärzte, Psychotherapeuten, Apotheker, Heil- und Hilfsmittelerbringer u.a.), gründeten daher seit 2004 Medizinische Versorgungszentren als Tochterunternehmen des Krankenhausträgerunternehmens. Die MVZ-Landschaft ist so vielfältig wie es die Gründer der ersten MVZ-Stunde waren.

Seit dem 1. Januar 2012 (mit dem in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)) können MVZ nur noch von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen oder von gemeinnützigen Trägern, die an der medizinischen Versorgung der GKV aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag teilnehmen, gegründet werden. Der Gesetzgeber schränkte zudem bei Neugründungen die Auswahl der gesellschaftsrechtlichen Formen ein. Ein MVZ darf als Personengesellschaft, PartG, eingetragene Genossenschaft oder GmbH gegründet werden. Andere Rechtsformen sind als Rechtsformträger für Neugründungen nicht mehr zulässig. Auch wurden die Anforderungen an die Zulassung als MVZ nochmals neu gefasst und verschärft.

Dennoch ist das MVZ aus der gesundheitlichen Versorgungslandschaft nicht mehr wegzudenken.

Das MVZ bietet viele Vorteile. Neben der gemeinsamen Nutzung von Ressourcen (z.B. Personal, Räume, IT-Technik und Medizintechnik) können weitere Kosteneinsparungen erzielt werden. Enger fachlicher Austausch mit anderen ärztlichen Fachrichtungen kann aufgrund kurzer Wege besser umgesetzt werden. Der Arzt kann infolge der Entlastung von verwaltungstechnischen Arbeiten wieder Arzt sein.

Zum Stichtag 30. Oktober 2011 waren 1.750 MVZ mit 9.571 Vertragsärzten, davon 8.257 Ärzte in einem Anstellungsverhältnis, in Betrieb. Die meisten medizinischen Versorgungszentren wurden bislang in Bayern (ca. 19% aller MVZ in Deutschland) gegründet.

Innerhalb weniger Jahre sind also in der Gesundheitswirtschaft Unternehmen entstanden, die in ihren regionalen Strukturen sowohl Arbeitsplätze zu Verfügung stellen und sichern, als auch eine hochqualifizierte Patientenversorgung gewährleisten. Es handelt sich um leistungsfähige kleine und mittlere Unternehmen (KMU) der Gesundheitswirtschaft.

Es ist also Zeit, nach 10 Jahren MVZ den Blick nach vorn zu richten und aufzuzeigen, wo mögliche Entwicklungschancen (z.B. Marketing, Europäischer Gesundheitsmarkt, Benchmarking), aber auch Risiken (z.B. Compliance, IT, ausgewählte rechtliche und steuerliche Aspekte) oder Kostenoptimierungen (Betriebsimmobilie, Logistik u.a.) zu finden sind.

Lassen Sie sich durch die Autoren und -innen aufzeigen, wie Sie Ihr MVZ zukunftsfähig gestalten und die unternehmerischen Risiken gezielt steuern können oder lassen Sie es mich mit den Worten der Nobelpreisträgerin Marie Curie ausdrücken: „Ich beschäftige mich nicht mit dem, was getan worden ist. Mich interessiert, was getan werden muss.“

Mein Dank gilt den Autoren/-innen, ohne deren Ideen und Engagement diese Broschüre nicht entstanden wäre. Das Autorenteam dankt der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, die bereit war, uns bei der Umsetzung unserer Idee „Medizinische Versorgungszentren – Entwicklungschancen und Perspektiven“ zu unterstützen.

Berlin, im Sommer 2013

Dipl.-Kffr. (FH) Martina W. Schmidt
Wirtschaftsprüferin
(Herausgeberin)

Einführung

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen zur ambulanten medizinischen Versorgung, in denen Ärzte als Vertragsärzte oder als Angestellte tätig sind. Die Rechtsgrundlage für MVZ bilden § 95 und § 140b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 eingeführten MVZ bieten eine fachübergreifende ambulante Versorgung aus einer Hand und unter einem Dach an. Damit soll eine besonders umfassende und sektorenübergreifende Versorgung angeboten werden.

Seit 2004 nehmen neben niedergelassenen Vertragsärzten in Einzelpraxen oder Praxismgemeinschaften auch MVZ an der vertragsärztlichen (kassenärztlichen) Versorgung teil. Die Medizinischen Versorgungszentren unterliegen wie die niedergelassenen Ärzte der Bedarfsplanung.

Im Gegensatz zur klassischen Arztpraxis können im MVZ beliebig viele Ärzte im Angestelltenverhältnis arbeiten, was in herkömmlichen Arztpraxen nur eingeschränkt möglich ist. Das MVZ bietet den Ärzten darüber hinaus die Möglichkeit, als Angestellte an der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung gesetzlich Versicherter teilzunehmen, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken tragen zu müssen. Weitere Vorteile des MVZ liegen in der Kosteneinsparung durch die gemeinsame Nutzung von Ressourcen (z.B. Medizintechnik, Räume, Personal), in der engen Zusammenarbeit mehrerer Fachrichtungen mit kurzen Wegen sowie in der Entlastung der Mediziner von verwaltungstechnischen Aufgaben.

Für die Patienten hat ein MVZ Ähnlichkeit mit einer Gemeinschaftspraxis, mit dem Unterschied, dass kein direkter Behandlungsvertrag mit dem behandelnden Arzt, sondern mit dem MVZ entsteht.

10 Jahre Erfahrungen

Zielsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahre 2004 war es, insbesondere der ambulanten Versorgung erweiterte Organisations-, Finanzierungs- und Innovationsmöglichkeiten zu eröffnen. Die Medizinischen Versorgungszentren sollen nach dem Willen des Gesetzgebers als Ideengeber für die ambulante Versorgung dienen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat die Entwicklung seit Einführung der Medizinischen Versorgungszentren seit dem Jahr 2004 verfolgt. Betrachtet man das Datenmaterial der KBV im 3. Quartal 2011, so zeigen sich folgende Entwicklungen und Trends:

Nach den statistischen Angaben der KBV vom 3. Quartal 2011 gibt es in Deutschland 1.750 Medizinische Versorgungszentren. Die Gesamtzahl der in Medizinischen Versorgungszentren tätigen Ärzte beläuft sich danach auf 9.571, von denen 1.314 als Vertragsärzte und 8.257 als Ärzte im Anstellungsverhältnis tätig sind. Im Durchschnitt beschäftigt ein MVZ 5,5 Ärzte.

Zulassung und Gründung

Seit dem 01. Januar 2012 sind gem. § 95 Abs. 1a Satz 2 SGB V nunmehr nur noch zugelassene Ärzte und Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V und gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gründungsberechtigt. Für die bis zum 01. Januar 2012 zugelassenen MVZ gilt, unabhängig von Trägerschaft und Rechtsform, ein Bestandsschutz.

MVZ müssen fachübergreifend sein, das heißt Fachärzte unterschiedlicher Richtungen oder psychologische Psychotherapeuten beschäftigen und unter ärztlicher Leitung stehen.

Die Zulassung erfolgt über den Zulassungsausschuss bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Betriebsstätte. Die Krankenkassen können mit MVZ im Rahmen der Integrierten Versorgung auch Direktverträge abschließen. Voraussetzungen für die Zulassung sind:

- Mindestens zwei vertragsärztliche volle Zulassungen in verschiedenen Fachrichtungen.
- Fachübergreifende Tätigkeit: Das MVZ ist dann eine fachübergreifende Einrichtung, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbeziehungen tätig sind. Für ein MVZ sind mindestens zwei Fachärzte erforderlich. Ausschlaggebend für die Bewertung ist die vertragsärztliche Zulassung. Zum Beispiel erfüllen ein Facharzt für Allgemeinmedizin (als Hausarzt) und ein hausärztlich tätiger Internist nicht die Voraussetzung der fachübergreifenden Tätigkeit.

- Alle Ärzte bzw. Psychotherapeuten müssen an einem Standort arbeiten.
- Vorliegen eines Gesellschaftsvertrages und Benennung eines ärztlichen Leiters: Der ärztliche Leiter ist in medizinischen Angelegenheiten keinerlei Weisungen unterworfen. Die ärztliche Leitung kann mit Geschäftsführungsbefugnissen ausgestattet sein.
- Übernahme einer Bürgschaft durch alle Gesellschafter (Gründer) für die Forderungen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung für das MVZ (für Neugründungen seit dem Jahr 2007).

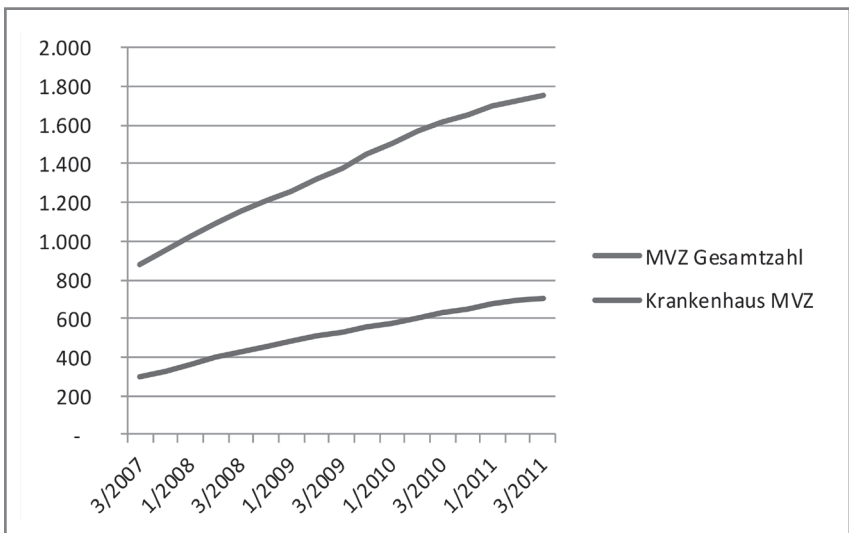


Abbildung 1: MVZ-Gründungen¹

Medizinische Versorgungszentren werden in Deutschland sowohl von Vertragsärzten (Anteil 41,9%) als auch Krankenhäusern (Anteil 37,9%) gegründet. Für Vertragsärzte steht hierbei oft die Idee im Vordergrund, vernetzt mit anderen Ärzten sowohl zusammen arbeiten zu können als auch die wirtschaftlichen und zeitlichen Personalressourcen effizienter zu gestalten. Für Krankenhäuser steht als Gründungsmotiv in der Regel die Generierung von Patienten für die stationären Bereiche im Vordergrund, aber auch im ländlichen Bereich die ambulante

¹ KV Hamburg, Stand 1. Quartal 2011

Versorgung in den Landkreisen abzusichern. Die am häufigsten vertretenen Facharztgruppen sind Hausärzte und Internisten.

Medizinische Versorgungszentren in Deutschland werden überwiegend in der Rechtsform einer GbR oder einer GmbH gegründet. Üblicherweise gründen Vertragsärzte eher in der Rechtsform einer GbR. Die GbR bietet hier dem freien Beruf des Arztes eine Gesellschaftsform, die einer Gemeinschaftspraxis nahekommt und aus diesem Grund bevorzugt wird. Krankenhäuser ziehen dagegen die Rechtsform der GmbH vor. Begründet ist dies darin, dass Krankenhäuser überwiegend selbst in der Rechtsform einer GmbH tätig sind. Tochtergesellschaften einer Krankenhaus-GmbH werden daher zur Durchsetzung der gesellschaftsrechtlichen Interessen in der Rechtsform einer GmbH gegründet. Eine Aussage über den wirtschaftlichen Erfolg lässt sich anhand der Rechtsform nicht treffen, denn maßgeblich beteiligt sind hieran die handelnden Personen an sich (s. Abbildung 2). Die gewählte Rechtsform hat wesentlichen Einfluss auf die Gründungskosten und die Besteuerung des MVZ.

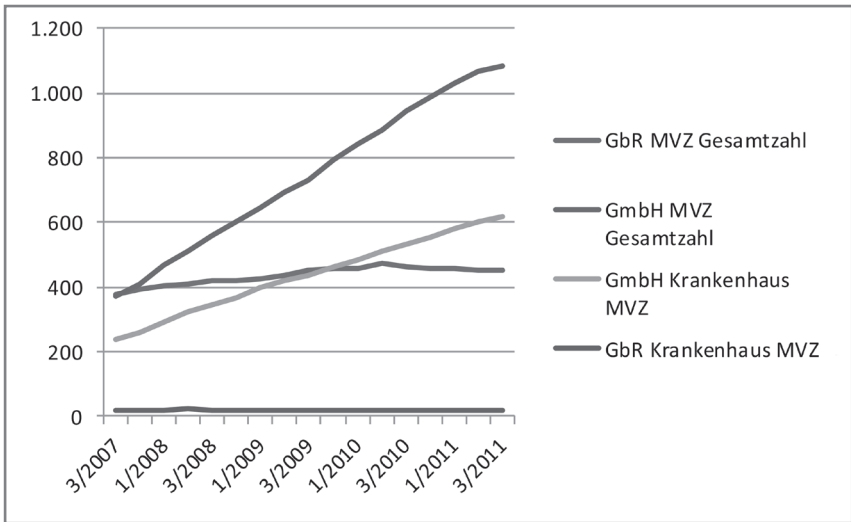


Abbildung 2: Verteilung Rechtsformen MVZ-Gründungen²

Insbesondere für Krankenhausträgergesellschaften ist es attraktiv, ein Medizinisches Versorgungszentrum zu gründen. Es können zusätzliche Einnahmen

² KV Hamburg Hamburg 1. Quartal 2011

außerhalb des Krankenhausbudgets erzielt werden, es können vor- und nachstationäre Leistungen in ein Medizinisches Versorgungszentrum verlagert und infolgedessen bessere Deckungsbeiträge erzielt werden. Es können leichter stationäre Fälle für das Krankenhaus generiert werden und auch Personal, Räume und Großgeräte können besser ausgelastet werden. Darüber hinaus kann in ländlichen Regionen eine langfristige Sicherstellung der ambulanten Versorgung gewährleistet werden.

Die Medizinischen Versorgungszentren stehen aufgrund der Änderung des Vertragsarztänderungsgesetzes stärker in Konkurrenz zu großen Gemeinschaftspraxen von niedergelassenen Ärzten. Auch diese dürfen nunmehr Arztsitze kaufen und Berufskollegen als angestellte Ärzte beschäftigen. Der Anreiz eines niedergelassenen Arztes, ein Medizinisches Versorgungszentrum zu gründen oder seinen Arztsitz an ein Medizinisches Versorgungszentrum (z.B. aus Altersgründen) zu veräußern, ist geringer geworden. Die Möglichkeiten der Gründung von Zweigniederlassungen und/oder überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften eröffnet hier neben dem Medizinischen Versorgungszentrum auch der niedergelassenen Gemeinschaftspraxis Wettbewerbschancen z.B. durch überregionale und/oder fachärztlich interdisziplinäre Kooperationen.

Regionale Verteilung

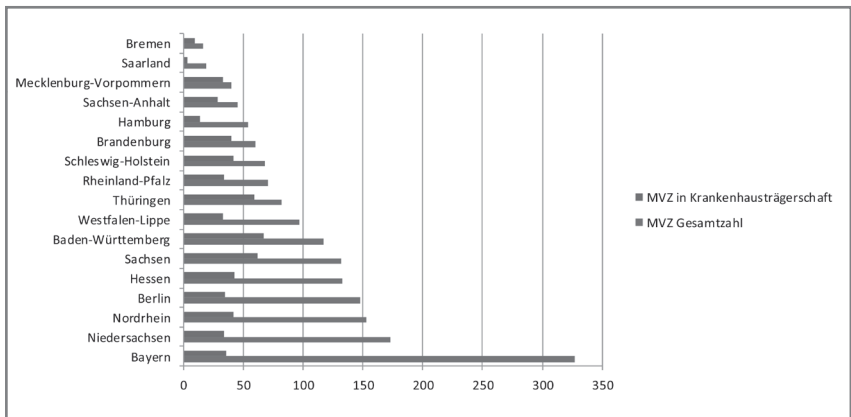


Abbildung 3: Regionale Verteilung von MVZ in Krankenhausträgerschaft/gesamt³

Die regionale Verteilung der Medizinischen Versorgungszentren über die Bundesländer ist in Deutschland sehr unterschiedlich ausgeprägt. Das Bundesland Bayern verfügt mit 327 Medizinischen Versorgungszentren über die höchste Gesamtanzahl, während die Hansestadt Bremen mit 14 Medizinischen Versorgungszentren über den geringsten Anteil verfügt. Die Medizinischen Versorgungszentren, die sich in der Trägerschaft von Krankenhäusern befinden, sind am stärksten in den Bundesländern Thüringen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Sachsen konzentriert. Dies liegt u.a. daran, dass die ambulante Versorgung der DDR in Polikliniken organisiert war, die der Struktur eines Medizinischen Versorgungszentrums ähnlich waren. Die Akzeptanz bei Patienten war von Beginn an höher als in den Alt-Bundesländern. Die Medizinischen Versorgungszentren werden oft in größeren Städten sowie Ober- und Mittelzentren in den Bundesländern gegründet.

Perspektiven

Vorteilhaft für die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren ist die Aufteilung in ärztliche Tätigkeit und Managementkompetenz. Der Arzt kann sich ausschließlich auf die ärztliche Leistungserbringung konzentrieren und sich ggf. fachlich spezialisieren. Die Fragen der Verwaltung, Finanzierung, Organisation klärt das Management des Medizinischen Versorgungszentrums. Durch die Möglichkeiten der flexiblen Arbeitszeitgestaltung (z.B. 32-Std.-Modelle) in einem Medizinischen Versorgungszentrum ist dies im Hinblick auf den Fachärztemangel ein nicht zu unterschätzender Wettbewerbsvorteil. Die Arbeitszeitmodellmöglichkeiten in einem Medizinischen Versorgungszentrums lassen Beruf und Familie besser vereinen als dies im klassischen stationären Klinikalltag möglich ist. Folgt man der Demografie und betrachtet die Absolventenraten des Studienganges Humanmedizin, ist der Trend festzustellen, dass der Anteil von weiblichen Absolventen zunimmt. Gerade hier kann im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein Medizinisches Versorgungszentrum ein attraktiver Arbeitsplatz sein. Die nicht unerheblichen wirtschaftlichen Risiken einer eigenen Arztpraxisgründung, aber auch die fachlichen Kooperationen in einem Medizinischen Versorgungszentrum mit Kollegen sind ein Wettbewerbsvorteil im Kampf um die besten Arbeitskräfte. Das MVZ ist oft sektorenübergreifend tätig, sodass eine effizientere Versorgungskette gestaltet werden kann, die mit wirtschaftlichen Effekten versehen ist.

Ein Medizinisches Versorgungszentrum kann die Wettbewerbschancen nutzen, mit einem höheren Investitionsbedarf im ambulanten Bereich modernere Versorgungsstrukturen zu schaffen. Die finanziellen Möglichkeiten eines Medizinisches

Versorgungszentrums in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft bieten aus Finanzierungssicht die Chance weiterer Spielräume, als dies in einer klassischen niedergelassenen Arzt- bzw. Gemeinschaftspraxis der Fall ist. Eine größere Einheit kann Risiken in der Leistungserstellung und im Absatz besser verteilen, sichert sich dadurch in der Kapitalbeschaffung bei Finanzinstituten Vorteile und erhält in der Regel eine bessere Kreditratingeinstufung.

Es bleibt festzuhalten, dass sich die Medizinischen Versorgungszentren als eine Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Sektor in den letzten zehn Jahren im Gesundheitsmarkt etabliert haben. Sie sichern die ambulante medizinische Versorgung in ländlichen Regionen und bieten attraktive Arbeitsplätze – gerade auch in ländlichen Regionen. Mittels des EU-Programmes „Gesundheit für Wachstum (2014 bis 2020)“ bestehen weitere Chancen, die Versorgungsstrukturen sektorenübergreifend weiter zu verbinden. Der Fokus sollte stärker auch auf die Behandlung von Spezialerkrankungen in enger Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Universitätskliniken gesetzt werden, um hier Patienten medizinische Versorgungsleistungen anbieten zu können, die ihnen mangels Behandlungsmöglichkeiten bisher verwehrt waren. Hier sollten auch die Möglichkeiten genutzt werden, die sich im grenznahen Bereich europaweit realisieren lassen.