

# Schlussbericht

FRIDAY 22 FEBRUARY 2008

MESSE SCHWEIZ

EXHIBITION CENTER BASEL,

HALL 1 ROOM «LUCERNE»

## EUROPEAN CO-OPERATION IN THE HEALTH SECTOR II

Added value for people, economy and regions

## EUROPÄISCHE GESUNDHEITSKOOPERATION II

Mehrwert für Menschen, Wirtschaft und Regionen

## COOPÉRATION EUROPÉENNE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Valeurs ajoutées pour les populations, l'économie et les régions

Sponsoren:



Staatssekretariat für Wirtschaft  
Secrétariat d'Etat à l'économie  
Segreteria di Stato dell'economia  
State Secretariat for Economic Affairs



# EUROPÄISCHE GESUNDHEITSKOOPERATION II

Freitag, 22. Februar 2008 in Basel

## Programm

- 08.30 Uhr            Empfang und Kaffee
- 09.15 Uhr            Eröffnung
- Lambert van Nistelrooij**, Mitglied des Europäischen Parlaments (NL),  
Präsident der Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen,  
Gronau (D)
- Dr. Georg F. Kraye**r, Präsident REGIO BASILIENSIS, Präsident der  
Bank Sarasin, Basel (CH)
- 09.30 Uhr            Patientenmobilität in Europa
- Dr. Andreas Schwab**, Mitglied des Europäischen Parlaments (D),  
*Die Rolle des Europäischen Parlaments hinsichtlich der  
Patientenmobilität*
- Klaus Bremen**, Vorstandsvorsitzender EPECS (European Patients  
Empowerment for Customised Solutions), Wuppertal (D)  
*Möglichkeiten zur Stärkung der Position des europäischen Patienten*
- Dr. Xavier Conill**, Grenzüberschreitendes Spital Cerdanya (F-E)  
*Erfahrungen mit dem gemeinsamen grenzüberschreitenden Spital in  
Cerdanya*
- 10.30 Uhr            Kaffeepause
- 11.00 Uhr            **Pascal Gare**l, Chief Executive HOPE (European Hospital and  
Healthcare Federation), Brüssel (B):  
*Eine Richtlinie zur Entwicklung hochwertiger Spitaldienstleistungen?*
- Dr. Marian Ramakers-van Kuijk**, Public Health Organisation South-  
Limburg (NL)  
*Grenzüberschreitender Rettungsdienst*
- Dr. Alexander Friedrich**, Universitätsklinikum Münster (D):  
*Der Kampf für Patientensicherheit und gegen multiresistente Bakterien  
(MRSA) als europäische Herausforderung*
- 12.00 Uhr            Diskussion über die Patientenmobilität
- Leitung: **Martín Guillermo Ramírez**, Generalsekretär AGEG, Gronau  
(D)

12.45 Uhr            Mittagspause

14.00 Uhr            Aspekte der Gesundheitswirtschaft

**Dr. Carlo Conti**, Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt, Vorsteher des Gesundheitsdepartements (CH)  
*Die wirtschaftliche Dimension des Gesundheitssektors in der Region Basel*

**Martin Eurlings**, Koordinator der Task Force on Cross Border Health der AGEH  
*Videopräsentation: Die Chancen für Grenzregionen in der Gesundheitswirtschaft.*

**Dr. Jean Severijns**, Programm-Manager Internationalisierung der Provinz Limburg, Maastricht (NL)  
*Die Beschleunigungsagenda in der Euregio Maas-Rhein und deren praktische Auswirkungen in der Gesundheitskooperation*

**Thomas Voncken**, Adviser of the Board of Orbis Medical Centre, Sittard (NL)  
*New concepts in living, cure, care, services and activities in an aging society. A triple win for Europe*  
*(Neue Konzepte für Wohnen, Pflege, medizinische Versorgung und Dienstleistungen in einer alternden Gesellschaft. Ein dreifacher Gewinn für Europa)*

**Dr. Petr Petr**, Hospital České Budějovice (Budweis), Region Südböhmen (CZ)  
*Chancen und Risiken der grenzüberschreitenden Gesundheitszusammenarbeit in Osteuropa*

15.15 Uhr            Best Practice-Beispiele für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

**Andreas Faller**, Leiter der Gesundheitsdienste des Kantons Basel-Stadt (CH)  
*Pilotprojekt für eine gemeinsame deutsch-schweizerische Gesundheitsregion*

**Dr. Karl A. Stroetmann**, empirica Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung mbH, Bonn (D)  
*Neue eHealth-Möglichkeiten durch das Projekt TEN4Health*

**Prof. Dr. Martin Oberholzer**, Universitätsspital Basel (CH)  
*Globalisierung in der Medizin – Wissenstransfer in westliche und ländliche Regionen*

16.00 Uhr

Runder Tisch: Die Rolle der grenzübergreifenden Zusammenarbeit

Leitung: **Martín Guillermo Ramírez**, Generalsekretär AGEG, Gronau (D)

Teilnehmer:

**Olivier Denert**, Mission Opérationnelle Transfrontalière, Paris (F)

**Dr. Hans Sendler**, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Director European, International and Federal Affairs (bis Ende 2007), EUSENDOR European Strategy Consulting (ab 2008), Düsseldorf (D)

16.30 Uhr

Schlussbemerkungen

**Dr. Eric Jakob**, Generalsekretär REGIO BASILIENSIS, Basel (CH)

Umtrunk

# EUROPÄISCHE GESUNDHEITSKOOPERATION II

Freitag, 22. Februar 2008 in Basel

## Eröffnung

**Begrüssung durch Dr. Georg F. Kraye, Präsident REGIO BASILIENSIS, Präsident der Bank Sarasin, Basel (CH)**

Sehr geehrte Damen und Herren, Ladies and Gentlemen, ich freue mich sehr, Sie hier in Basel begrüßen zu dürfen, zur zweiten Konferenz zum Thema „Europäische Gesundheitskooperation“. Ich hoffe, dass ein zweites Mal der Grundstein ist für eine Tradition. Es haben sich über 130 Personen aus 15 verschiedenen Ländern Europas angemeldet, ein erfreuliches Interesse, ich danke Ihnen dafür. Ihre Anwesenheit, aber auch die Diskussionen um die neue Richtlinie zur Patientenmobilität – Lambert van Nistelrooij wird darauf eingehen – zeigen, dass die grenzüberschreitende Gesundheitszusammenarbeit ein brandaktuelles Thema darstellt. Die Internationalisierung macht auch vor dem Gesundheitswesen glücklicherweise nicht Halt. Die sukzessive Umstrukturierung der nationalen Gesundheitssysteme über die Binnenmarkt- und Wettbewerbspolitik der Europäischen Union verschärft europaweit den Wettbewerb im Gesundheitswesen. Förderung der Patientenmobilität, elektronische Versicherungskarte, Liberalisierung des Gesundheitsmarktes sind Stichworte dazu. Dass dieser zusätzliche Wettbewerb nicht nur die EU betrifft, sondern auch die Schweiz, welche durch ein System bilateraler Verträge immer enger mit der EU verbunden ist, liegt auf der Hand. Dabei sei nicht verschwiegen, dass wir in diesem Land mit 26 kantonalen Gesundheitsräumen für 7,5 Millionen Einwohner kein Mustermodell abgeben, das Sie kopieren könnten. Eher zeigen wir den grossen Handlungsbedarf auf diesem Gebiet auf. Eine grössere Durchlässigkeit der Grenzen im Gesundheitswesen schafft nicht nur einen verschärften Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern, sondern eröffnet auch vielerlei Chancen. Gerade in der Region Basel gibt es schon seit längerer Zeit einige erfolgreiche, wenngleich auch noch punktuelle Kooperationen zwischen Krankenversicherern, Spitälern und anderen Leistungserbringern. Ein deutsch-schweizerisches Pilotprojekt – vorläufig noch, wir hoffen auf eine Trinationalität –, welches vor rund einem Jahr gestartet wurde und welches eine sehr weitgehende grenzüberschreitende Durchlässigkeit auch für Grundversicherte beabsichtigt, hat sogar dazu geführt, dass die beiden Staaten – Deutschland und die Schweiz – ihre Gesetzgebung angepasst haben: Deutschland permanent, in der Schweiz hat man mal einen grossen Zeh ins kalte Wasser getaucht und für eine gewisse Zeit eine Ausnahmebestimmung gewährt. Sie werden heute Nachmittag mehr dazu hören. Eine der zentralen Ideen hinter diesen Kooperationsprojekten ist es, die Gesundheitsinfrastruktur und die entsprechenden Ressourcen grenzüberschreitend zu nutzen und damit besser auszulasten.



Gerade mit immer komplexeren medizinischen Ausrüstungen, die auch immer mehr kosten, und zunehmender medizinischer Spezialisierung braucht es grössere Einzugsgebiete. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen bietet somit die Chance einer besseren Arbeitsteilung von Leistungsanbietern ungeachtet der politischen Grenzen, was zu Kosteneinsparungen und längerfristig – und dies ist entscheidend – auch zu einem qualitativ besseren Angebot führen müsste, ich würde sagen: führen wird. Selbstverständlich ist die trinationale Oberrheinregion wie die meisten europäischen Grenzregionen heute noch weit entfernt von einer gemeinsamen, grenzüberschreitenden Angebots- und Bedarfsplanung im Gesundheitswesen, und noch weiter entfernt von gemeinsamen Kostenträgermodellen und gemeinsamer Führung dieser gesundheitsdienstlichen Räume. Doch es scheint sich angesichts steigender Gesundheitskosten und wachsender medizinischer Spezialisierung die Einsicht in den europäischen Grenzregionen durchzusetzen, dass Schritte in diese Richtung dringend notwendig sind: Sie sind der Beweis dafür und ich wünsche Ihnen, dass Sie heute ein Stück weiter kommen mit diesen Ideen. Ferner ist auch zu beachten, dass das Gesundheitswesen zu einem beachtlichen Wirtschaftssektor angewachsen ist. Gerade hier in unserer Region stellt das Gesundheitswesen – wenn man grosszügig auch die Life-Sciences-Industrie und die Medizinaltechnik dazuzählt – das Rückgrat der regionalen Wirtschaft dar. Zählen wir für den Raum Basel allein die beiden Sektoren „Life Sciences“ und Gesundheitsversorgung zusammen, so sind dies rund 55.000 Arbeitsplätze. Diese Ausgangslage veranlasste die Region Basiliensis zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen bereits 2005, eine Bestandsaufnahme vorzunehmen. Unter dem Titel „Europäische Gesundheitskooperation – Mehrwert für Menschen, Wirtschaft und Regionen“ wurden am 27.09.2005 europäische Entwicklungen im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitskooperation und beispielhafte Projekte aus verschiedenen europäischen Grenzregionen präsentiert. Mit der heutigen Veranstaltung wollen wir diese Arbeit fortsetzen und vertiefen. Was bedeuten die aktuellen Entwicklungen auf europäischer Ebene – Richtlinie hin oder her – für Patienten, Versicherer und Leistungserbringer? Welche ökonomischen Auswirkungen hat der wachsende Gesundheitssektor (und es zeichnet sich nicht ab, dass er in Zukunft nicht noch weiter wächst)? Von welchen „Best-Practice-Projekten“ können wir lernen? – Diesen und weiteren Fragen wollen wir heute nachgehen, und es gäbe noch einige weitere, denken Sie an das Stichwort Pandemie, das sicher vor nationalen oder kantonalen Grenzen keinen Halt macht. Ich wünsche Ihnen deshalb anregende Referate und interessante Diskussionen und Ihnen allen einen recht angenehmen, fruchtbaren Aufenthalt in Basel. Ich danke Ihnen.

**Lambert van Nistelrooij, Mitglied des Europäischen Parlaments (NL) und Präsident der Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen, Gronau (D)**, begrüsst die Teilnehmer zur zweiten Konferenz über die europäische Gesundheitskooperation und erinnert an

diesem Zusammenhang daran, dass es Verbände aus der Region gewesen waren, die im Jahre 1971 als Gründungsväter die **Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen** aus der Taufe gehoben hatten. Verbunden mit seinem Dank für das Engagement und die Unterstützung seitens der Regio Basiliensis drückte van Nistelrooij seine Hoffnung auf eine lebendige Tradition (mit Basel III, IV, ...) aus.

Angesichts des Zögerns der politischen Akteure einerseits und den Erwartungen der Bürger andererseits sei dies ein geeigneter Zeitpunkt, die konkreten Erfordernisse im europäischen Gesundheitssektor auch hinsichtlich solcher Themen wie der Globalisierung oder dem demographischen Wandel zu debattieren. Verschiedene Punkte in der geplanten EU-Richtlinie seien dabei von besonderem Interesse: So sei die weitere Förderung und Unterstützung der Grenzregionen als permanente Aufgabe der Union festgeschrieben, denn noch immer lägen die Grenzregionen abseits der grossen Zentren und müssten weiterhin um Aufmerksamkeit und angepasste Lösungen kämpfen. Zweitens verrate ein tieferer Blick in den Text der Richtlinie, dass territoriale Zusammenarbeit und Kohäsion wichtige Ziele der Union blieben, und dass die Antwort auf die Herausforderung der Globalisierung nicht einfach in einer weiteren Konzentration der großen Metropolregionen liege. Zahlreiche Untersuchungen über die zukünftige europäische Entwicklung zeigten zwar Tendenzen in Richtung Clustering, doch sei dies lediglich ein Teil der Antwort, denn territoriale Kohäsion heisse eben auch, dass *allen* Regionen die notwendige Unterstützung gewährt werde. Seiner Erwartung nach werde daher auch die Tradition von INTERREG und anderen grenzüberschreitenden Formen der Zusammenarbeit fortgesetzt werden, beispielsweise im Rahmen der EUREGIO-Programme.

Seinen als Gesundheitsminister in Brabant gewonnenen Erfahrungen nach drehe sich die Diskussion im Gesundheitsbereich stets um Zugang, Qualität, Information, Transparenz, Kostendeckung etc. Mit der geplanten Direktive stünde nun endlich ein Durchbruch bevor, den Patienten mehr Freiheit und Möglichkeiten zu geben, gleichzeitig aber immer noch den einzelnen Staaten die Kompetenz einzuräumen, ihre eigenen Gesundheitssysteme bilden und formen zu können. Lambert van Nistelrooij zeigte sich abschliessend überzeugt, dass die Ergebnisse der Konferenz auf vielen verschiedenen Ebenen der Kooperation von Bedeutung sein werden, und hofft, dass dies auch in der praktischen Arbeit der Teilnehmer für die weitere Entwicklung der Fall sein möge.

## **Patientenmobilität in Europa**

In seinem Vortrag zur **Rolle des Europäischen Parlaments hinsichtlich der Patientenmobilität** verwies **Dr. Andreas Schwab, Mitglied des Europäischen Parlaments (D)** einleitend darauf, dass grenzüberschreitende Kooperation immer auch von von einer Gleichwertigkeit der Verhältnisse dies- und jenseits der Grenzen abhängig sei und beeinflusst werde: Während am Oberrhein in erster Linie deutsche Patienten meinten, von einem Gesundheits-

Binnenmarkt zu profitieren, so seien dies an der Grenze zwischen Deutschland und Polen eben vielmehr die polnischen Bürger. Schwab rief die Teilnehmer folglich dazu auf, Bürger und Patienten in den Mittelpunkt der Diskussion zu stellen und regionale Gegebenheiten nach Möglichkeit auszublenden.

Die Gesundheitsminister der EU-Mitgliedsstaaten und andere Akteure hätten die Kommission bereits 2003 dazu aufgerufen, den Bürgern mehr Klarheit und Rechtssicherheit hinsichtlich der Anwendung ihrer Rechte als Patienten zu verschaffen, insbesondere im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, um damit die grenzüberschreitende Inanspruchnahme medizinischer Versorgung zu vereinfachen. Gesundheits-Binnenmarkt und Patientenmobilität seien jedoch stets auch unter dem Aspekt der Dienstleistungsfreiheit im europäischen Binnenmarkt zu sehen, führte Dr. Schwab weiter aus. So sollte die Dienstleistungsrichtlinie ja ursprünglich sämtliche Dienstleistungen umfassen, also auch den Gesundheitssektor miteinschließen. Aufgrund diverser Bedenken hinsichtlich der Besonderheiten der Gesundheitsdienstleistungen (u.a. ihre fachliche Komplexität und die umfassende öffentliche Finanzierung) seien diese dann letztlich aber aus dem Leistungsbereich der Richtlinie ausgenommen worden. Das Europäische Parlament habe jedoch mehrfach darauf hingewiesen, dass die Kommission einen Entwurf zur Regelung der Erbringung grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen vorlegen solle. Ein solcher Entwurf liege zwar inzwischen vor, wengleich auch (noch) nicht der Öffentlichkeit. Dr. Schwab verwies daher auf verschiedene Berichte, die das Europäische Parlament in der Zwischenzeit zu diesem Thema erstellt habe. So befasse sich ein im April 2005 veröffentlichter Bericht mit der Patientenmobilität und den Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union, ein Bericht vom März 2007 formuliere eine Entschliessung zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, und ein im Mai 2007 publizierter Bericht setze sich mit den Auswirkungen und Folgen der Ausklammerung von Gesundheitsdiensten aus der Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt auseinander.

Hinsichtlich der möglichen Inhalte einer zukünftigen Regelung für Gesundheitsdienstleistungen im europäischen Binnenmarkt hob Dr. Schwab drei für ihn grundlegende Punkte heraus:

1. Patienten, die sich im Ausland behandeln lassen, sollten künftig einen Rechtsanspruch auf Kostenerstattung erhalten, wobei sich die Höhe der erstatteten Kosten nach den in Heimatland geltenden Erstattungssätzen zu richten habe. Gleiches sollte auch für Arzneikosten im In- wie Ausland gelten. Eine mittelbare (nicht durch den Gesetzgeber vorzuschreibende) und mittelfristige Konsequenz hieraus könnte auch eine Harmonisierung der Arzneimittelpreispolitik im EU-Binnenraum sein. Nach den EU-Plänen könnten Patienten schliesslich künftig auch ambulante Behandlungen im Ausland problemlos und ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse beanspruchen. Mehrkosten gegenüber einer vergleichbaren Behandlung im Heimat-



land müsse der Patient jedoch privat tragen oder durch eine private Zusatzversicherung abdecken.

2. Komplizierter sei die geplante Regelung für eine Krankenhausbehandlung im Ausland aufgrund der viel stärker national organisierten Krankenhausstrukturen und nationalen Traditionen. Generell sei schon für die nahe Zukunft vorhersehbar, dass von den Patienten für alltägliche bzw. routinemässige Konsultationen weiterhin das nächste, für komplizierte Eingriffe dagegen das kompetenteste Klinikum gewählt würde. Bei stationären Behandlungen werde zwar zuvor eine Genehmigung seitens der Krankenkasse nötig sein, doch sehe der Gesetzentwurf dabei vor, dass „die Kriterien für eine Ablehnung des Antrags genau festgelegt werden“ müssten, um willkürliche Diskriminierungen zu verhindern. Der ursprünglich von der Kommission nicht vorgesehene so genannte „Genehmigungsvorbehalt“ bei stationären Behandlungen ist nach Protesten aus den Mitgliedstaaten doch in den Entwurf aufgenommen worden, weil verschiedene Länder Vorbehalte gegenüber einem „unkontrollierten Krankenhaustourismus“ äusserten, durch den dann keine verlässliche Krankenhausbedarfsplanung im Inland mehr möglich sei. So genannte nationale Kontaktpunkte in jedem Mitgliedsland sollen als zentrale Anlaufstellen die Information der Bürger gewährleisten.
3. Der Kommission gehe es aber nicht nur um mehr Wettbewerb zwischen den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen, sondern auch und insbesondere um eine bessere Qualität der Leistungen. So sollten Patienten die Möglichkeit erhalten, sich in Krankenhäusern („Referenzzentren“) behandeln zu lassen, die einem Netzwerk angehören und die auf die Behandlung und Erforschung bestimmter Krankheiten spezialisiert sind. Dies dürfte vor allem für Patienten mit seltenen Krankheiten von Vorteil sein.

Abschliessend hob Dr. Schwab hervor, dass angesichts der gegenwärtigen Zahlen – momentan lassen sich etwa zwei Prozent der Patienten im Ausland behandeln, was nur einem Prozent der Gesundheitsausgaben insgesamt entspricht – kein Land in Europa vor einem solchen Binnenmarkt Angst haben müsse. Namens des Europäischen Parlaments begrüsst er ausdrücklich einen Vorschlag seitens der Kommission für die Regelung der Dienstleistungen im Gesundheitsbereich. Der Patient müsse in einer solchen Richtlinie in jedem Fall im Mittelpunkt stehen. Die Richtlinie müsse sich weiterhin auf die Regelung von Dienstleistungen, auf die Harmonisierung von Ausbildungsrichtlinien und die gegenseitige Anerkennung von Abschlüssen konzentrieren, dürfe aber nicht in die nationalen Gesundheitssysteme eingreifen. Mit einer Vorlage durch die Kommission würde zudem verhindert, dass dem Europäischen Gerichtshof die alleinige Regelungskompetenz überlassen bliebe, was die Gefahr mit

sich brächte, dass nationale Zuständigkeiten über Bord geworfen würden. Die Gesundheitsdienste seien ein wichtiger Teil des europäischen Sozialmodells und Teil des wirtschaftlichen, sozialen und territorialen Zusammenhalts der Union und wirkten als solche auch vertrauensbildend beim Bürger. In einem derart heiklen Bereich sei daher die politische Dimension von ganz besonderer Bedeutung. Deswegen habe das Parlament auch zur Kenntnis genommen, dass die Kommission noch Bedenkzeit benötige, um den Vorschlag der Öffentlichkeit vorzustellen. Dr. Schwab drückte gleichwohl seine Hoffnung aus, dass dies noch im laufenden Jahr geschehen könne.

**Klaus Bremen, Vorstandsvorsitzender von EPECS (European Patients Empowerment for Customised Solutions), Wuppertal (D)**, setzte in seinem Vortrag zu den **Möglichkeiten der Stärkung der Position des europäischen Patienten** kritisch mit der gegenwärtigen Ausrichtung der europäischen Gesundheitsversorgung auseinander. So bestünden zwar momentan rund 200 grenzüberschreitende Kooperationsprojekte auf europäischer Ebene, aber nur sehr wenige verfolgten die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung aus einem Patientenblickwinkel heraus. Daher spielten Patienten in der europäischen Gesundheitsversorgung gegenwärtig auch eine eher passive Rolle, anstatt aktiv wählen zu können, seien eher „Behandlungs-Objekt“ denn unabhängig und autonom. EPECS vertrete demgegenüber der Auffassung, dass es bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in erster Linie um den Patienten gehen müsse – denn der Patient sei der erste Akteur in Sachen Gesundheit.

In der Folge nannte Bremen vier Gründe, weshalb das europäische Gesundheitssystem eine aktive Patientenrolle brauche: So müsse erstens angesichts des demographischen Wandels die Produktivität des Gesundheitssystems gesteigert werden; dies sei nicht nur eine technologische, sondern in gleichem Masse eine soziale Frage, und auch eine Frage eines neuen Berufsverständnisses und einer neuen Beziehung zwischen Patienten und Ärzten. Zweitens liefere, so Bremen, ein „besserwisserischer“ Ansatz seitens des Gesundheitspersonals aus: Moderne „Dienstleister“ bezögen ihre Kunden – die Patienten – mit ein und hätten ein Interesse an gut informierten Kunden als Partnern in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess. Drittens würden Patienten zukünftig mehr für ihre Gesundheit ausgeben müssen und daher konsequenterweise nach mehr Information, mehr Rechten und mehr Auswahl verlangen. Viertens und letztens werde ein starker Impuls seitens der Patienten im globalen Wettbewerb der Gesundheitssysteme helfen, notwendige Änderungen herbeizuführen. Daher könne die Stärkung der Patienten auch als ein spezifisch europäisches Element zur Entwicklung von Expertensystemen betrachtet werden.

EPECS ist ein vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband NRW, vom Zorgbelang Overijssel, vom Huis voor de Zorg und vom Zorgbelang Gelderland in der deutsch-niederländischen Grenzregion gegründetes Netzwerk, das sich eine Stärkung der Patienten-

rolle im europäischen Gesundheitssystem zum Ziel gesetzt hat. Neben der Unterzeichnung einer Absichtserklärung und der Gründung der EPECS-Stiftung (11.09.2007) haben bereits erste Konferenzen und Treffen stattgefunden und erste Projekte sind in die Wege geleitet worden. Als eine unabhängige Gruppe, in der Patienten ihre Meinungen, Fragen und Beschwerden zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung artikulieren können, möchte EPECS für die Überwachung und Stärkung der Patientenrechte allgemein und hinsichtlich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Besonderen kämpfen. Um das Patienteninteresse auf die europäische Bühne zu heben, brauche es, so Klaus Bremen, individuelle Lösungen, um damit auch den Zugang, die Transparenz und die Qualität der Gesundheitsversorgung zu erhöhen und um Einblick in den Informationsaustausch zwischen Gesundheitsorganisationen zu gewähren.

Das Beispiel NRW habe gezeigt, dass die neue Entwicklung der „Gesundheitswirtschaft“ (ein Begriff, der an sich bereits Markt und Wettbewerb impliziere) zwar von der Landesregierung angestossen worden sei und sich noch weitgehend auf die städtischen Regionen (Ruhrgebiet, Köln-Bonn) konzentriere, dass aber gleichzeitig ein grosses Interesse an einer generellen Zusammenarbeit mit den Niederlanden bestehe. Bremen zeigte sich überzeugt, dass die EUREGIOs auch weiterhin ihr Alleinstellungsmerkmal als ein „Labor“ behielten, in dem man sich vom traditionellen Weg der Kooperation – eine Menge interessanter Projekte, die aber kaum untereinander vernetzt seien – verabschiede und neue Wege hin zu einem integrierten grenzüberschreitenden Gesundheitssystem entwickle.

Abschliessend forderte Klaus Bremen, dass die EUREGIOs weiterhin voneinander lernen sollten, dass sie aber auch weitere euregionale, integrierte Projekte, die sich mit ähnlichen Problemstellungen befassen, anstossen sollten, was natürlich Ideen, eine gute Planung sowie Unternehmergeist erfordere. Sie sollten mit politischem Mut ein grenzüberschreitendes Gesundheitssystem gegen lokale Egoismen aufbauen und mit EPECS als Partner einen starken Einfluss der Patienten integrieren.

**Dr. Xavier Conill** aus **Cerdagne (F–E)** berichtete von den **Erfahrungen mit dem gemeinsamen grenzüberschreitenden Spital in Cerdagne**, das sich in einer Region befindet, die eine gemeinsame Geschichte und Kultur teilt. An der Grenze zwischen Spanien, Katalonien und Frankreich in den Pyrenäen gelegen, ist Cerdagne ein kleiner Kanton in der Nähe von Andorra. Das verhältnismässig kleine Projekt betrifft damit nur rund 30.000 Einwohner.

Die Liste der zu überwindenden Probleme sei lang: So brächten die zwei Staaten unterschiedliche Verwaltungsstrukturen mit sich, unterschiedliche Gesundheitssysteme sowie einen unterschiedlich geregelten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Hinzu komme eine Asymmetrie im Angebot mit einem kleinen Spital im Süden (Hôpital de Puigcerdà) und einem vergleichsweise grossen Angebot an Langzeitpflege und Nachsorge im Norden (das

nächstgelegene grössere Spital befindet sich dagegen in Carcassonne, ein paar Autostunden entfernt).

Gemeinsam sei der Bevölkerung in der Grenzregion jedoch, so Conill, der Bedarf an einem besseren Zugang zu Pflegedienstleistungen, an einer garantierten Verfügbarkeit der Gesundheitsdienste sowie an einer garantierten Qualität und Sicherheit. Die Bevölkerung erwarte daher „Nähe“ bei der Versorgung: hinsichtlich der räumlichen Distanz, hinsichtlich Wartezeiten, hinsichtlich administrativer Hürden und der Sprache. Weiterhin wünschten die Bürger Gleichheit in der Versorgung (mit gleichen Leistungen, vergleichbaren Rechten und Pflichten), Qualität und Sicherheit der Leistungen, qualifiziertes Personal sowie ein entsprechendes Engagement der Verantwortlichen in Politik und Verwaltung.

Den zahlreichen Problemen – unterschiedliche Gesundheits- und Organisationssysteme, Angebote, Koordinationsmodi und Services, Probleme bei Ausbildung und Rekrutierung, rechtliche und sprachliche Probleme – stünden die beteiligten Akteure und ihr Engagement entgegen, ein besonderer Pragmatismus, da die Region dringend auf das Projekt angewiesen sei, die ständige Suche nach den geeigneten Personen und Mitteln, das Projekt voranzubringen, sowie der Wunsch nach einer „kleinen“, individuellen, auf die lokalen Bedingungen abgestimmten Lösung. Die Menschen in Cerdagne erwarteten nun die Anerkennung ihres Gebiets als grenzüberschreitender Gesundheitsregion und die Anerkennung der Besonderheit des Projekts, weiterhin einen klaren Rahmen auf europäischer Ebene für ungelöste Fragen, der aber auch flexibel sein solle, sowie schliesslich eine grosse Sensibilität seitens der Staaten und Verwaltungen, welche über die entsprechenden Kompetenzen der grenzüberschreitenden Projekte entscheiden.

Conill erläuterte dies am konkreten Beispiel des grenzüberschreitenden Spitals in Cerdagne, dessen Geschichte 1997 mit einer einfachen Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsdienste in der Region begonnen habe. 2002 sei dann das Spital in Puigcerdà für ganz die gesamte Cerdagna geöffnet worden, noch begrenzt allerdings auf Notfälle, Geburten etc. Gemäss einer 2003 durchgeführten Machbarkeitsstudie für ein gemeinsames, grenzüberschreitendes Spital, das zu gleichen Teilen beiden Staaten angehört und von beiden betrieben wird, solle im August 2008 mit dem Bau des Spitals begonnen werden, die Fertigstellung sei für 2010 geplant.

**Pascal Garel, Chief Executive von HOPE (European Hospital and Healthcare Federation), Brüssel (B)**, setzte sich dagegen kritisch mit dem Thema einer **Richtlinie zur Entwicklung hochwertiger Spitaldienstleistungen** auseinander. Wie er selbst ein wenig schmunzelnd zugeben musste, sprach er dabei über eine Richtlinie, die noch gar nicht existiere.

HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) ist ein internationaler, gemeinnütziger Verband, der in erster Linie öffentliche und private Spitäler vertritt und dabei europaweit rund 80 % der Krankenhausbetten-Kapazität abdeckt. Hauptziele der Organisation, die sich durch

eine starke Diversität ihrer Mitglieder auszeichnet, seien der Informationsaustausch zwischen den Mitgliedern, die Patienteninformation sowie Lobbyarbeit allgemein. Seit seiner Gründung 1966 habe sich jedoch der inhaltliche Fokus von der Krankenhausarbeit hin in Richtung Gesundheitswesen allgemein geöffnet.

So stünden die HOPE-Mitglieder zahlreichen Aspekten der geplanten EU-Direktive kritisch gegenüber, so etwa dem hohen bürokratischen Aufwand (insbesondere angesichts der Tatsache, dass die Richtlinie wohl nur für rund 1 % der Versicherten von Bedeutung sei) und der grossen inhaltlichen Komplexität, die zudem Fragestellungen (bspw. Zahnheilkunde, Rückerstattungsansprüche von Sehhilfen etc.) enthalte, die in den meisten Mitgliedsländern ohnehin nicht relevant seien. Auch die vorgeschlagene Regelung des Problems von Wartelisten sei unbefriedigend, da die Entscheidungskriterien in den einzelnen Mitgliedsländern zu stark variierten.

Die Hauptfrage, welche sich die Kommission dagegen stellen müsse, sei dagegen, so Garel, ob es gewünscht sei, die Mobilität der Patienten zu erhöhen, oder vielmehr die Qualität der Mobilität? So enthalte die geplante Richtlinie beispielsweise keine Direktiven zum Thema Notfallversorgung, obwohl gerade dieses Thema auch aus Patientensicht sehr wichtig sei, kritisierte er weiter. Ebenfalls kritisch stehe HOPE Forderungen nach einem europaweiten Zertifizierungssystem gegenüber, weil Zertifizierungssysteme – entgegen den allgemein üblichen Vorstellungen – nicht *per se* die Qualität der Versorgung erhöhten, wie Untersuchungen etwa aus den USA gezeigt hätten. Weiterhin wies Garel darauf hin, dass es zwischen den EU-Mitgliedsstaaten keine Solidarität gebe, wenn es ums Geld geht. Dies sei gerade in einem Europa der 27 auch nicht weiter verwunderlich angesichts deutlich unterschiedlicher Lebensverhältnisse (Lebenserwartung, Sozialsysteme etc.), und finanzieller Leistungsfähigkeiten (Steuern, Deckungsgrade der Krankenversicherungen etc.). Zudem stünden sich permanent Zusammenarbeit und Wettbewerb gegenüber: So führe der allgemeine Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen in Europa dazu, dass qualifiziertes Personal in Länder mit besserer Bezahlung und besseren Arbeitsbedingungen dränge. Ein automatischer Ausgleich nach dem Prinzip der „invisible hand“ (Adam Smith) finde dabei nicht statt. Als Beispiel führte Garel die „European Networks of Reference“ an, für die dies ebenfalls gelte: Denn schliesslich bedeute die Konzentration von Ressourcen an bestimmten Orten indirekt auch immer, dass Ressourcen eben an anderen Orten abgezogen würden – dass eben auch Spitäler geschlossen würden. Die zentrale Festlegung dieser Referenz-Cluster durch eine Expertenkommission in Brüssel lehnte er in diesem Zusammenhang ab.

Abschliessend warnte Garel vor absehbaren Koordinationsproblemen zwischen den unterschiedlichen Akteuren in den unterschiedlichen Ländern der Gemeinschaft, die sich insbesondere angesichts einer alternden und überalterten Bevölkerung noch weiter verschärfen dürften. Faktisch seien jedoch die Regionen, die regionalen Akteure und vor allem die

Grenzregionen die wichtigsten Akteure in der Entwicklung des europäischen Gesundheitssektors, und er rief diese auf, ihre aufgrund der Grenzsituation gewonnenen Erfahrungen entsprechend einzubringen.

**Dr. Marian Ramakers-van Kuijk** von der **Public Health Organisation South-Limburg (NL)** gab in ihrem Beitrag über den **grenzüberschreitenden Rettungsdienst in der EUREGIO Maas-Rhein** demgegenüber Einblick in ein beeindruckendes Beispiel funktionierender Kooperation, das gleichwohl noch Potential für Verbesserungen biete.

Die EUREGIO Maas-Rhein umfasst ca. 3,8 Mio. Einwohner (mit der Stadt und dem Kreis Aachen, den Kreisen Heinsberg, Düren und Euskirchen, sowie den Provinzen B-Limburg, Lüttich und Süd Limburg) und damit 8 Leitstellen, 57 Krankenhäuser und ungefähr 70 Rettungsdienste.

Das Ziel des grenzüberschreitenden Rettungsdienstes **Eumed** sei es, möglichst schnell und unabhängig von den jeweiligen Staatsgrenzen medizinische Versorgung anzubieten, und dies sowohl im Bereich der Regelrettung als auch bei Gross-Schadensereignissen.

Eumed, so erläuterte Dr. Ramakers, setze sich dabei aus **Eumed ambu** (Rettungswagen, Notärzte), **Eumed hospital** (Krankenhaustilfe) und **Eucrew** (Fortbildung und Übung) zusammen. Eumed-Partner seien die Träger der Rettungsdienste (Süd-Limburg (GGD), Stadt Aachen, die Kreise Aachen, Heinsberg, Düren, die Provinz Lüttich), Krankenhäuser (AZM, Uniklinikum Aachen, ZOL Genk, CHU Luik, CHR Luik, Atrium Heerlen, Orbis Sittard/Geleen, Virga Jesse Hasselt, Salvator Hasselt) sowie alle anerkannte Rettungsdienstschulen in der EMR. Die Regelrettung werde in erster Linie von den Hubschraubern des ADAC, von der Nachbarschaftshilfe D–NL, von der Gemeinde Riemst (B) und dem jeweils am besten geeigneten Krankenhaus in der EMR geleistet. Bei Gross-Schadensereignissen sei Eumed für nahezu die gesamte Palette der zu leistenden Dienste zuständig:

- Kapazitäten sicherstellen (Rettungswagen, Notfall-Ambulanzen und Krankenhäuser)
- Hilfe aus den Nachbarregionen anfordern (Koordination)
- Empfang von ausländischen Kräfte (Lotsenstellen)
- Einsatzkoordination ausländischer Kräfte
- Koordination vor Ort
- Transport von Verletzten zu den Krankenhäuser (In- und Ausland)
- Empfang in den Krankenhäusern organisieren
- Registrierung von Verletzten vom Schadensort bis zur psychosozialen Nachsorge
- Kommunikationsmittel bereitstellen
- Mediakontakte koordinieren
- Verwaltung aufbieten
- Gemeinsame Evaluierung durchführen



**Eumed ambu** leiste dabei eine Bestandsaufnahme der pro Partner zu leistenden Hilfe pro Zeiteinheit in verschiedenen Paketen: So übernehme Eumed 1 die Erstversorgung im Zeitfenster von unter 30 Minuten durch Rettungswagen und Ärzte, Eumed 2 die Versorgung bis zu einer Stunde mit Rettungswagen, Ärzten und der notwendigen Koordination, und Eumed 3 diejenige über einer Stunde inkl. Rettungswagen, Ärzten, Koordination und umfangreichem Material.

**Eumed Hospital** setze sich aus neun Krankenhäuser in der Region zusammen, die alle jeweils in der Lage seien, die Rundum-Betreuung von Polytraumapatienten (7x24 Stunden) zu gewährleisten, und verfüge insgesamt über eine Kapazität von 101 Patienten pro Stunde (40 T1- und 61 T2-Patienten).

**Eucrew** biete für Fortbildung und Übung verschiedene Produkte an: Neben Bekanntschaftskursen, (Fach-)Sprachkursen, Informationskursen für verschiedene Systeme, Hospitationen und dem Emergo-Train-System seien dies auch der Vergleich von Abschlüssen und deren Anerkennung sowie euregionale Fortbildungstage. In Entwicklung befänden sich weitere funktionsspezifische Eumed-Kurse, ein Vergleich der Behandlung und Betreuung in den drei Ländern, sowie ein europäisches Symposium für 2009.

Eumed operiere auf der Basis entsprechender Vereinbarungen zwischen den drei beteiligten Ländern. Dennoch sehe sich das Eumed-System noch mit Sprachunterschieden, unterschiedlichen Gesetzen und Regelungen, Systemunterschieden sowie unterschiedlichen Versicherungen konfrontiert, die hemmend wirkten. Für die Zukunft Eumed-Projekts wünschte sich Dr. Ramakers daher die Ausräumung der wichtigsten noch bestehenden Engpässe. Diese beträfen in erster Linie die grenzüberschreitende Anerkennung des Rettungsdienstpersonals, die unterschiedlichen Bezahlungssysteme der Krankenkassen, eine einheitliche und dauerhafte Regelung für den Bereich der optischen und akustischen Signale, die Handhabung von Opiaten (insbes. In Belgien), eine bessere MRSA-Prävention, die bestehenden Sprachprobleme sowie fehlende Mittel für entsprechende Übungen.

**Dr. Alexander Friedrich** vom **Universitätsklinikum Münster (D)** beschrieb in seinem Beitrag den **Kampf gegen multiresistente Bakterien (MRSA) und für mehr Patientensicherheit** als eine europäische Herausforderung und zeigte auf, wie Grenzregionen in diesem Kampf helfen können. Insbesondere angesichts alternder Patienten und einer hochtechnisierten Versorgung stellten Infektionen inzwischen eines der grössten Probleme im Gesundheitswesen dar, obwohl diese Infektionen in 30–50 % der Fälle vermeidbar wären. Der häufigste Erreger ist ein Bakterium namens *staphylococcus aureus*, das gegen Antibiotika resistent ist (daher der Name MRSA = Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus). Ungenügende Hygiene in Krankenhäusern, ein zu breiter Einsatz von Antibiotika allgemein und mangelhafte Zusammenarbeit der betroffenen Stellen (*trans-mural case management*) zählten, so Dr. Friedrich, zu den Hauptgründen für um sich greifende MRSA-Infektionen.

Dabei steige die Sterblichkeitsrate der Patienten auf den Faktor 20 an, und die entstehenden Kosten durch MSRA-Infektionen beliefen sich auf geschätzte 5.000–20.000 Euro pro Jahr. Insgesamt entstünden allein dem deutschen Gesundheitssystem jährlich Kosten in Höhe von rd. 170 Mio. Euro gemäss Schätzungen des deutschen Gesundheitsministeriums. In Europa stellten bakterielle Infektionen in Gesundheitseinrichtungen sogar noch vor HIV, Pneumokokken und Grippe die grösste Gefahr für Patienten und Angestellte dar, so der entsprechende EU-Bericht. MSRA mache Krankenhäuser also gefährlicher und ineffizient, folgerte Dr. Friedrich.

Eine Übersicht nach Ländern (2005) zeige eine interessante Verteilung der MSRA-Infektionen in Europa: Während Grossbritannien gemeinsam mit dem Mittelmeerraum zu den Ländern mit einem sehr hohen MSRA-Infektionsgrad (25–50%) zähle, liege der Infektionsgrad in den skandinavischen Länder teilweise unter 1 % bzw. bei 1–5 %. Besonders interessant sei nun die Grenzregion zwischen Deutschland, den Niederlanden und Belgien mit einer weltweit wohl einzigartigen Situation, nämlich dem Aufeinandertreffen eines sehr geringen Infektionsgrads in den Niederlanden (1–5 %) mit einem erhöhten Wert in Deutschland (10–25 %) und einem sehr hohen Wert in Belgien (25–50 %). Während in Twente/Achterhoek zwischen 2005–2007 lediglich 95 MRSA-Fälle zu verzeichnen gewesen seien, waren es im Münsterland dagegen 2236, mehr als in den gesamten Niederlanden. Eine solche Situation fordere gerade dazu heraus zu fragen, ob die Länder nicht voneinander lernen könnten bzw. was getan werden müsse, um die Infektionsraten in den betroffenen Ländern zu senken.

Eine Gegenüberstellung der Situation auf deutscher und niederländischer Seite zeige, dass in Deutschland der Zugang zu spezialisierten Gesundheitsdiensten einfacher sei und dass Patienten kaum Wartezeiten in Kauf nehmen müssten, dass jedoch das Verhältnis von Ärzten pro Patient geringer sei (1:4/1:6) und dass eine höhere MSRA-Infektionsrate *innerhalb* der Krankenhäuser bestehe. Die Arbeitsbedingungen in Deutschland seien im Vergleich dagegen weniger attraktiv (geringere Bezahlung, längere Arbeitszeiten, höhere Arbeitslosigkeit aufgrund von Spitalfusionen), während in den Niederlanden spezialisiertes Personal gesucht werde. Für die Patienten in den Niederlanden sei der Zugang zu spezialisierten Diensten stärker eingeschränkt, die Wartelisten seien länger, die Qualität der Versorgung dagegen besser aufgrund eines günstigeren Ärzte-Quotienten (1:2). Die MSRA-Rate innerhalb der Spitäler liege deutlich niedriger, während sie ausserhalb (bedingt durch landwirtschaftliche Faktoren) signifikant höher sei. MSRA schränke nun, so folgerte Dr. Friedrich, auf der einen Seite den Patientenfluss von den Niederlanden nach Deutschland ein, auf der anderen Seite aber auch die Wanderungsbewegung des Personals von Deutschland nach den Niederlanden. Unterschiedliche Qualitätsstufen der Gesundheitssysteme in den verschiedenen Ländern sowie eine reduzierte grenzüberschreitende Mobilität von Patienten und Gesundheitspersonal verschärften die MSRA-Problematik also zusätzlich.

Das gehäufte Auftreten von MSRA-Infektionen mache es daher nötig:

- den Einsatz von Antibiotika zu reduzieren;
- mögliche Überträger stärker zu kontrollieren;
- eine bessere Hand-Hygiene einzuführen;
- den Zugang zu spezialisierten Ärzten ausserhalb des Gesundheitssektors zu vereinfachen und regionale Netzwerke zu schaffen.

Die EUREGIO Twente-Münsterland habe sich folglich zum Ziel gesetzt:

- ein grenzüberschreitendes Qualitätsnetzwerk aller am Gesundheitssystem beteiligten Akteure (Spitäler, Verwaltung, Labors etc.) zu bilden;
- grenzüberschreitende Standards für die Infektionskontrolle zu etablieren;
- ein grenzüberschreitendes Frühwarnsystem für das hoch pathogene CA-MRSA aufzubauen;
- betroffenes Personal aktiv zu schulen sowie die Öffentlichkeit zu sensibilisieren;
- ein EUREGIO-Expert-Center einzurichten;
- sowie Langzeit-Strukturen aufzubauen für die Reduzierung von Infektionen durch multi-resistente Erreger.

Die notwendige Verhaltensänderung insbesondere hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika müsse, so Dr. Friedrich, auf langfristiger, nachhaltiger Basis erfolgen und eine breite Information der Öffentlichkeit unter Einbezug von Medien, Gesundheitswirtschaft, Krankenversicherungen etc. einschliessen. Die Errichtung eines „Euregionalen Netzwerks für Patientensicherheit und Infektionsschutz“ für die fünf EUREGIOs entlang der deutsch-niederländisch-belgischen Grenze mit insgesamt 19,2 Millionen Einwohnern sei in diesem Rahmen ein wichtiger erster Schritt.

## **Diskussion über die Patientenmobilität**

**Martín Guillermo Ramírez, Generalsekretär AGEG, Gronau (D)** wies eingangs der Diskussion auf das Problem hin, dass es sich bei Grenzregionen häufig auch um strukturschwache Regionen handle, woraus sich nicht allein Probleme mit der grenzüberschreitenden Mobilität ergäben. Hieraus resultierten viele „De-Facto-Lösungen“, bei denen sich die Beteiligten über geltende Rechtslagen hinwegsetzten, um pragmatische Lösungen zu finden. Somit erfüllten Grenzregionen „Laborfunktionen“ für die inner-europäische Zusammenarbeit allgemein, indem sie Probleme aufdeckten, die so auch in anderen Regionen auftreten dürften.

**Dr. Friedrich** sprach ein weiteres Dilemma an: Auf der einen Seite beseitige die Öffnung von Grenzen zahlreiche Probleme, auf der anderen Seite entstünden dadurch aber auch neue Gefahren. Da die Lösung nun natürlich nicht lauten könne, die Grenzen geschlossen zu halten, müssten die entsprechenden grenzüberschreitenden Schnittstellen vielmehr an der Lösung der entstehenden Probleme arbeiten, wodurch sie wiederum auf andere, neue Heraus-

forderungen vorbereitet würden. So könnten etwa die am Beispiel MSRA gewonnenen Erfahrungen problemlos auf andere Infektionskrankheiten angewendet werden.

**Pascal Garel** regte an, angesichts der in aller Regel komplexen Problematiken öfter das Subsidiaritätsprinzip zur Anwendung kommen zu lassen, zumal eine zu starke Zentralisierung vielfach die Probleme verstärke. Wichtig sei es daher, jeweils lokal angepasste Lösungen zu finden, dabei jedoch Besonderheiten zu beachten, anstatt diese zu nivellieren.

**Dr. Ramakers** betonte, dass der Patient das Zentrum aller Aktionen sein bzw. bleiben müsse, und sprach sich für einen Abbau zahlreicher legislativer Hürden aus, welche die Arbeit behinderten. **Lambert van Nistelrooij** hob hervor, dass – völlig unabhängig von der geplanten EU-Richtlinie – andere EU-Instrumente wie beispielsweise das „European Territorial Cooperation Grouping Instrument“ sehr wertvoll seien, weil es u. a. den EUREGIOs ermögliche, ihre eigenen Grenzen und rechtlichen Einheiten je nach Bedarf flexibel festzulegen. Die gemeinsame Arbeit zusammen mit der EU-Kommission habe die Verabschiedung dieses Instruments im Jahre 2006 möglich gemacht.

Auf entsprechende Fragen von **Dr. Stroetmann** antwortete **Dr. Friedrich**, dass sich die MRSA-Problematik zunächst als grenzüberschreitendes Problem dargestellt habe, dass die gewonnenen Erkenntnisse aber deutschlandweit rezipiert und umgesetzt worden seien. Hinsichtlich der für das Projekt notwendigen Transparenz und Akzeptanz legte Dr. Friedrich dar, dass das grösste Problem zunächst gewesen sei, die ersten zehn Spitäler zur Teilnahme zu bewegen – ab dieser Zahl sei dann der Druck auf die übrigen Akteure (nicht nur Spitäler) ausreichend gross, nicht alleine abseits zu stehen.

## **Aspekte der Gesundheitswirtschaft**

**Dr. Carlo Conti, Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt und Vorsteher des Gesundheitsdepartements (CH)** wies eingangs seines Referats über die **wirtschaftliche Dimension des Gesundheitssektors in der Region Basel** darauf hin, dass die Offenheit gegenüber grenzüberschreitender Kooperation und EU-Kooperationsmodellen in der Region Basel gewissermassen „notgedrungen“ viel grösser sei als in anderen Teilen der Schweiz. Der „offene Blick nach Europa“ sei in Basel Selbstverständlichkeit.

Und so sei es auch kein Zufall, dass das **Pilotprojekt für eine gemeinsame deutsch-schweizerische Gesundheitsregion** ausgerechnet in Basel zustande gekommen sei. Das Projekt versuche, das Territorialitätsprinzip zu überwinden und die Gesundheitsversorgung in einem natürlich gewachsenen Agglomerationsraum zu definieren. Damit orientiere es sich an den Bedürfnissen und dem grenzüberschreitenden Alltag der Menschen in der Region.

Hinsichtlich der wirtschaftlichen Dimension des Projekts gab Dr. Conti zu, dass Kostenaspekte natürlich stets im Vordergrund stünden. Der volkswirtschaftliche Nutzen werde zwar auch gesehen, wenngleich vor allem von Fachleuten, er bleibe aber in der öffentlichen Dis-

kussion weitgehend ausgeblendet. Da der Gesundheitssektor eine breite Palette an sektoriellen Dienstleistungsbereichen (Medizin, Forschung, Medizintechnik, Ausbildung etc.) umfasse, sei es nötig, eine weite Definition des Begriffs anzuwenden. Von den rd. 300.000 Erwerbstätigen in der Nordwestschweiz seien 5 % (ca. 15.000) in Spitalwesen im engeren Sinne beschäftigt. Damit ist das Spitalwesen als Arbeitgeber für die Nordwestschweiz ungefähr so bedeutend wie der Finanzsektor. Das übrige Gesundheits- und Sozialwesen in der Nordwestschweiz beschäftige weitere 22.000 Personen, also in etwa so viele wie die Pharma-Industrie.

Dabei seien rund 75 % der in den Spitälern der Nordwestschweiz beschäftigten Personen in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft wohnhaft, weitere 8.5 % pendelten aus übrigen Schweizer Kantonen an ihren Arbeitsplatz, und ca. 16,5 % der Beschäftigten hätten ihren Wohnsitz ausserhalb der Schweiz. Damit sei, so betonte Dr. Conti, die Aufrechterhaltung der Versorgung in den Spitälern ohne Grenzgänger kaum vorstellbar.

Betrachte man nun die Wertschöpfung des Gesundheitssektors, so habe die direkte Wertschöpfung allein des Spitalwesens in der Nordwestschweiz 2004 bei rund 950 Mio. CHF gelegen, was einem Anteil an der Gesamtwirtschaft von etwas mehr als 2 % entspreche und mit der Informatikbranche oder dem Telekom-Sektor vergleichbar sei. Zu diesen 950 Mio. CHF Wertschöpfung der Spitäler kämen jedoch noch weitere 1,4 Mrd. CHF Wertschöpfung aus dem übrigen Gesundheits- und Sozialwesen hinzu, so dass der Gesundheitssektor eine Summe von rund 2,3 Mrd. CHF gesamthafter Wertschöpfung biete.

Hinzuzuzählen seien zusätzliche indirekte Effekte für die übrigen Branchen, denn von den Aufträgen des Gesundheitssektors profitierten schliesslich auch Hersteller medizinischer Bedarfsartikel sowie die Anbieter medizinischer Dienstleistungen. Aber auch viele Branchen ausserhalb des medizinischen Bereichs erhielten Aufträge der Nordwestschweizer Spitäler, erläuterte Dr. Conti am Beispiel des Basler Unispitals, das der grösste Broteinkäufer im Kanton Basel-Stadt sei. Diese Effekte, die die Spitäler der Nordwestschweiz pro Jahr entfalteten, lägen bei rund 550 Mio. CHF, woraus in der Region eine zusätzliche indirekte Wertschöpfung von rund 260 Mio. CHF entstehe und gut 1.700 weitere Arbeitsplätze sichere. Es komme hinzu, dass die Spitäler der Nordwestschweiz den Gesundheitszustand in der Region im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hoch hielten und dadurch die Produktivität in allen Branchen tendenziell gesteigert und der Volkswirtschaft mehr Arbeitskraft zur Verfügung gestellt werde.

Schliesslich zeigte Dr. Conti auch noch eine standortspezifische Dimension des Themas auf: Wo nämlich hochspezialisierte Medizin angeboten werde, da werde auch **gelehrt** (Universität, ETH, Medizinische Fakultät, Fachhochschulen), es werde **geforscht** (Pharma, Biotechnologie, Medizintechnik etc.), und es werde **investiert** (Wirtschaft, Zulieferindustrie, Arbeitsplätze etc.). Dr. Conti hielt fest, dass der medizinische Fortschritt und die Anspruchs-

haltung der Bevölkerung den Gesundheitssektor zu einer grenzüberschreitenden Wachstumsbranche gemacht haben, die Arbeitsplätze schaffe und (direkt und indirekt) zu einer bedeutenden Wertschöpfung führe.

Als Fazit und Ausblick formulierte er fünf Thesen:

**Erstens** werde die Anspruchshaltung der Bevölkerung mit wachsendem medizinischem Fortschritt noch weiter steigen; **zweitens** würden Leistungseinschränkungen, verbunden mit einer Entwicklung hin zur Zweiklassen-Medizin, zumindest in der Schweiz auch künftig politisch nicht akzeptiert und seien höchstens zum Preis grosser sozialer Unruhen zu erreichen; **drittens** werde das Gesundheitswesen als Branche aufgrund des medizinischen Fortschritts und der Anspruchshaltung der Bevölkerung wachsen und weitere Arbeitsplätze schaffen; **viertens** werde die künftige Aufteilung der hochspezialisierten Medizin zum mitentscheidenden regionalen Standortfaktor und führe zu mehr nationalem und internationalem Wettbewerb in Dienstleistung, Lehre und Forschung; und **fünftens** werde sich die Entwicklung des gesundheitspolitischen Föderalismus in Richtung grenzüberschreitender regionaler Gesundheitsnetzwerke oder -kooperationen entwickeln (Gesundheitsregionen). Es sei nicht korrekt, so Dr. Conti in seinem Schlusswort, bei medizinischen Dienstleistungen immer nur von den Kosten zu reden, sondern vielmehr notwendig, die volkswirtschaftliche Dimension der Branche und ihre Wertschöpfung mitzubedenken.

**Martin Eurlings, Koordinator der Task Force on Cross Border Health der AGEG**, begrüßte die Teilnehmer des Kongresses in einer Videobotschaft zum Thema der **Chancen für Grenzregionen in der Gesundheitswirtschaft**. Als Meuse-Rhein-EUREGIO-Vertreter und **Executive for Economic Development, Province of Limburg** lobte er die innovative Kraft, die in der richtigen Verbindung von Gesundheitseinrichtungen, Universitäten und der Wirtschaft liege und die zu einem beschleunigten Wachstum und zu neuen Perspektiven für die Menschen führe.

Als eine der führenden Regionen Europas im Gesundheitssektor habe die EUREGIO Meuse-Rhein die sich bietenden Chancen konsequent genutzt und so Probleme in Möglichkeiten verwandelt. Grenzregionen, so betonte Eurlings, sollten nicht abwarten, bis andere Regionen die Initiative ergreifen, sondern vielmehr selber aktiv und kreativ sein, um das Potential grenzüberschreitender Kooperation auszuschöpfen.

So habe die AGEG eine Task Force eingerichtet, um die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitssektor weiter zu beschleunigen und Herausforderungen und Lösungen in den Fokus zu rücken. Der Gesundheitssektor müsse als Teil der Wissensgesellschaft betrachtet und bislang ungenutzte Potentiale der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit sollten besser ausgeschöpft werden. Als Wunschziele formulierte Eurlings dabei bessere Pflegeleistungen für die Bürger, eine erhöhte Attraktivität der Region für die internationale Forschung sowie eine höhere grenzüberschreitende Patientenmobilität. Aus einer Innovations-



perspektive sei es wichtig, die Zusammenarbeit zwischen Wirtschaft, Spitälern und Universitäten weiter zu fördern, da sich ein erhöhter Wettbewerb zwischen den Regionen um qualifiziertes Personal und spezialisierte Kräfte abzeichne. So seien die Grenzregionen damit auch Testgebiete für das Europa der Zukunft. Der Oberrhein, so forderte Eurlings abschliessend, solle als natürlich gewachsene Region eine Vorreiterrolle in Europa spielen, und er wünschte der Konferenz als Kick-Off für die Arbeit der Task Force einen guten Verlauf.

Wie die relativ kleine (1.1 Mio. Einwohner) und (hinsichtlich des internationalen Wettbewerbs) wirtschaftlich vergleichsweise schwache Provinz Limburg in den Niederlanden versucht, sich mit den aktiven regionalen Wirtschaftszentren – Aachen, Leeuwen, Eindhoven – zu verbinden, zeichnete **Dr. Jean Severijns, Programm-Manager Internationalisierung der Provinz Limburg**, in seiner Präsentation zur **Beschleunigungsagenda in der Euregio Maas-Rhein und deren praktische Auswirkungen in der Gesundheitskooperation** nach. So möchte er die Region zu den europäischen „Hotspots“ aktiver Grenzregionen zählen können, weshalb versucht werde, eine „funktionale“ Region zu bilden, in der sich wichtige Technologieträger – wie beispielsweise Philips oder DSM – engagierten. Bei der Konzentration auf vier Bereiche (*High Tech Systems & Materials, Energy Technology, Health, Life Sciences & Leisure, Greenport, Food & Nutrition*) werde jedoch darauf geachtet, diese nicht als voneinander isolierte Sektoren zu betrachten, sondern vielmehr deren Integration und Kombination zu fördern.

Die Entwicklung im Gesundheitssektor, so führte Dr. Severijns aus, ruhe auf drei Säulen: auf der **Spitzenmedizin** (in den Spitälern), der eine besondere Bedeutung zukomme, mit den Hauptfeldern Kardiovaskulärmedizin, Onkologie sowie Psychologie/Psychiatrie, auf **Forschung und Entwicklung** als deren Grundlage und weiterem Anreiz, die Kooperationen unter den Top-Kliniken voranzutreiben, sowie auf der **biomedizinischen Business Community**, die wichtige Spin-Offs der beiden ersten Säulen bildet.

Grundlegende Punkte der 2004 unterzeichneten Kooperationsvereinbarung sähen die Schaffung eines europäischen Zentrums für Spitzenmedizin und -forschung vor, gegenseitigen Wissensaustausch, sich ergänzende Gesundheitsdienstleistungen, Nutzung von Synergiepotentialen sowie die Einrichtung eines Europäischen Referenzzentrums, die gemeinsame Führung von medizinischen Abteilungen, die Synchronisierung von Forschung und Lehre sowie eine vernetzte medizinische Ausbildung.

Die gegenwärtigen Aktivitäten umfassten insbesondere die Durchführung einer Machbarkeitsstudie zur Schaffung eines gemeinsamen europäischen Herzzentrums zwischen den Kliniken von Maastricht und Aachen sowie die Erstellung eines damit verbundenen Business-Plans für die Entwicklung des *Cardiovascular Center of Excellence Maastricht-Aachen*, sowie schliesslich die Findung eines neuen Standorts hierfür. Gleichwohl, so der Tenor der sich anschliessenden Diskussion, sei die Spitalzusammenlegung zwischen Maastricht und

Aachen als hochpolitische Angelegenheit noch ein wenig von ihrer definitiven Form entfernt, zumal hier alle beteiligten Partner und Interessengruppen, also auch Gewerkschaften und Wirtschaftsverbände, miteinbezogen werden müssten.

Am Beispiel von Gefäßprothesen für die Koronar-Arterie konnte Dr. Severijns anschaulich demonstrieren, wie neue Entwicklungen im Herzoperationscenter zu neuen Produkten in der biomedizinischen Industrie führen: Waren früher offene Herzoperationen für die Behandlung blockierter Koronar-Arterien nötig, so sorgten heute Prothesen für den Blutfluss und damit die Sauerstoffzufuhr zum Herzen. Die nächste Generation selbst-resorbierender Prothesen befinde sich bereits in Entwicklung. Dr. Severijns unterstrich zusammenfassend, dass die enge Partnerschaft zwischen öffentlichen Stellen und der Privatwirtschaft sowie ein Förderprogramm in Höhe von 90 Mio. Euro für die kommenden fünf Jahre die Position der Niederlande in der biomedizinischen Forschung weiter festigen werde.

**Thomas Voncken, Adviser of the Board of Orbis Medical Centre, Sittard (NL)**, stellte in seinem Vortrag **neue Konzepte für Wohnen, Pflege, medizinische Versorgung und Dienstleistungen in einer alternden Gesellschaft** vor, die einen **dreifachen Gewinn für Europa** bedeuten sollen. Orbis, ebenfalls Partner der Acceleration Agenda in Limburg, ist als öffentlicher Gesundheitsdienstleistungskonzern einer der grössten Arbeitgeber der Region Limburg mit 6.000 Angestellten, und betreibt Spitäler, Pflegedienste, Pflege- und Altenheime sowie psychiatrische Einrichtungen.

Voncken verwies eingangs auf die demographische Entwicklung in der Region (steigender Anteil an Menschen über 60, sinkender Anteil an Menschen unter 60), die mit einem sinkenden Beschäftigungsgrad einhergehe. Dies fordere genaue Überlegungen über die zukünftige Struktur der Versorgungskonzepte im Gesundheitssektor, auch, um Abwanderungsbewegungen zu verhindern. Orbis orientiere sich dabei am EU-Aktionsplan „Ageing well“ von EU-Kommissarin Redding, der eine verbesserte Versorgung daheim, in der Gemeinschaft sowie am Arbeitsplatz vorsehe, all dies, um eine höhere Lebensqualität und eine längere Aktivitätsphase alternder Menschen zu erzielen.

Weiterhin führe die (Über-)Alterung zu veränderten Nachfrageverhältnissen: So steige der Bedarf an Patienten-Information, die Bürger verlangten mehr Transparenz bei Produkten und Prozessen, die Mobilität steige, das Konsumverhalten verschiebe sich, die Phase eines selbständigen, selbstbestimmten Lebens verlängere sich, Menschen würden selbst chronische Krankheiten länger in ihrem eigenen Daheim behandeln und blieben allgemein stärker sozial in der Gesellschaft engagiert. Voncken illustrierte dies an Beispielen aus den USA, wo die Entwicklung in dieser Hinsicht bereits weiter fortgeschritten sei.

Das Projekt „Parc Hoogveld“ greife diese Erkenntnisse auf und versuche, eine „europäische Antwort“ auf das US-Modell der „Senior City“ zu formulieren. Mit dem Projekt wolle Orbis ein Wohnquartier schaffen, in dem sich Wohnen, Dienstleistungen, Pflege und Raum für Aktivitäts-

ten und Erholung integrierten, um so den Austausch von Jung und Alt zu fördern sowie eine offene Gemeinschaft zu schaffen. Das privat finanzierte Projekt umfasse Bauten und Einrichtungen auf einer Fläche von insgesamt 2 Ha. Verbunden mit „Parc Hoogveld“ sei das EU-Projekt des „Mobile Living Village“, das einen intelligenten Einsatz moderner Kommunikationselektronik vorsehe, indem beispielsweise der Gesundheitszustand von Patienten online überprüft werden könne.

Mit dem „Orbis Medical Park“ stellte Voncken einen integrierten Spitalkomplex vor, in dem Vorsorgeeinrichtungen mit einer Klinik sowie einem Rehabilitations- und Psychiatriezentrum verbunden sind, eine Investition von rund 330.000 Mio. Euro. Ziel sei es hier, in einem Zentrum hohe Qualität mit niedrigen Kosten zu kombinieren, was erfordere, neue Modelle und neue Organisationsformen zu entwickeln, um kostengünstigere Pflege-/Dienstleistungen mit gleichzeitig höherer Qualität anbieten zu können. Nicht allein das Gebäude und seine Einrichtung (mit neuen, modernen Raum- und Wohnkonzepten), sondern vor allem auch die Arbeitsabläufe und Prozesse mussten daher neu definiert und auf moderne, funktionale, prozess-orientierte Standards gehoben werden. Die komplette Digitalisierung des Spitals (Patientendossiers, Bestellverwaltung, Pflegeverwaltung, Arbeitsplätze, zentrale Wissensverwaltung, automatische Transportfahrzeuge im Logistikbereich, separierte Verkehrswege für Logistik und Patienten etc.) stelle einen wichtigen Teil dieser Re-Definition der Standards dar. Auf diese Weise sei schliesslich ein dreifacher Gewinn zu erreichen, resümierte Voncken:

1. Durch die Verbesserung der Nachhaltigkeit von Gesundheits- und Sozialdiensten hinsichtlich der finanziellen und personellen Ressourcen.
2. Durch die Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen, ihrer Angehörigen und des Pflegepersonals.
3. Durch die Schaffung neuer Arbeitsplätze und Geschäftsfelder für die europäische Wirtschaft, indem diese konzeptionelles Know-how in andere Länder exportieren sowie neue Produkte und Märkte erschliessen könnten, und indem in einem realen Umfeld eine Testmöglichkeit für Entwicklung, Planung und Evaluierung geschaffen werde.

## **Best Practice-Beispiele für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen**

**Andreas Faller, Leiter der Gesundheitsdienste des Kantons Basel-Stadt (CH)**, stellte in seiner Präsentation das **grenzüberschreitende Pilotprojekt für eine gemeinsame deutsch-schweizerische Gesundheitsregion in Bezug auf die Krankenhauskooperation** vor. Bei der Kooperation von Spitälern böten sich verschiedene Möglichkeiten, nicht nur im Bereich der Spitzenmedizin, sondern auch in der erweiterten Grundversorgung. Die ur-

sprüngliche, einfachere Variante sei dabei beispielsweise, dass der Patient nach seiner Einlieferung in ein anderes Spital jenseits der Grenze verlegt werde, das eine auf seinen Bedarf angepasste, spezialisierte Behandlung bieten kann. Der Patient folge also gewissermassen der Behandlung. Ebenso sei es jedoch möglich, dass der Arzt den Patienten in seinem „angestammten“ Spital aufsuche, dass also die Behandlung dem Patienten folge. Beide Konstellationen würden vom Projekt der „grenzüberschreitenden Zusammenarbeit BS/BL/LÖ“ abgedeckt. Derzeit bereits gängige Praxis sei beispielsweise die Grundversorgung im Kreiskrankenhaus Lörrach, die durch Spezialisten des Klinikums Basel ergänzt werde, indem diese zu bestimmten Behandlungen in das Lörracher Kreiskrankenhaus wechselten. Weiterhin wies Faller noch das zweite grosse grenzüberschreitende Projekt „eHealth/Telemedizin“ hin, bei dem Patienteninformationen und Fachwissen auf elektronischem Weg in das „angestammte“ Spital transportiert werden und das inzwischen überregionale Bedeutung erlangt habe.

Wichtigste Voraussetzung für das Projekt sei jedoch eine Veränderung der Rechtslage in der Schweiz wie auch in Deutschland gewesen, in erster Linie durch eine Revision der Verordnung zum schweizerischen Krankenversicherungsgesetz (KVG) per 1. Mai 2006, welches grundsätzlich keine Regelversorgung im Ausland kenne, sondern lediglich die Versorgung in Notfällen vorsehe. So erlaube das KVG nun die Durchführung von befristeten Pilotprojekten (Art. 36a KVV), da die Durchsetzung einer definitiven Freizügigkeit in einem ersten Schritt nicht möglich gewesen sei. Eine umfassende Revision des Krankenversicherungsgesetzes zur dauerhaften Aufhebung des Territorialitätsprinzips solle nach Auswertung des Pilotprojektes jedoch geprüft werden. Der Zeithorizont für solche Gesetzgebungsverfahren in der Schweiz sei dabei grosszügig zu bemessen, erfahrungsgemäss müsse mit mindestens zwei bis drei Jahre gerechnet werden.

In Deutschland erlaube das am 27. Oktober 2006 vom Bundestag beschlossene Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG) gemäss § 13 (Absatz 4, Satz 1 und Absatz 5, Satz 1) in Verbindung mit § 140e neu die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Schweiz. Im Gegensatz zur schweizerischen Regelung in Art. 36a KVV hätten die Bestimmungen der §§ 13 und 140e VÄndG allerdings dauernde Wirkung, bezögen sich also nicht nur auf zeitlich befristete Pilotprojekte.

Die Eckdaten des Pilotprojekts legten zunächst bestimmte Beschränkungen fest: räumlicher Art durch die Beschränkung auf den Landkreis Lörrach und die Kanton BS/BL, inhaltlicher Art durch die Festlegung auf einzelne Behandlungspfade, sowie zeitlich auf eine Dauer von drei Jahren (inkl. einem Jahr „Anlaufzeit“). Grundlegend sei weiterhin der Einbezug der Versicherer und Leistungserbringer (22 Schweizer und 5 deutsche Versicherer; 8 Schweizer und 13 deutsche Krankenhäuser) in die Projektstruktur sowie eine fundierte wissenschaftliche Begleitung und Auswertung durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)

und das Kompetenz-Centrum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement“ der MDK-Gemeinschaft und der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung (KCQ). Für die Behandlung von Schweizer Patienten in deutschen Spitälern gelte dabei der Tarifvertrag vom 19. September 2006, genehmigt durch eine Verfügung des eidgenössischen Departements des Innern vom 6. Dezember 2006 (zeitlich befristetes Pilotprojekt), für die Behandlung von deutschen Patienten in Schweizer Spitälern jeweils individuelle Vereinbarungen zwischen einzelnen deutschen Versicherern und Schweizer Spitälern (zeitlich unbefristet). Zudem dürften die Fallzahlen während der Dauer des Projektes eine gewisse Höhe nicht überschreiten, um das Versorgungssystem auf beiden Seiten der Grenze nicht zu beeinträchtigen.

In der wissenschaftlichen Begleitung, deren erste Resultate der Evaluation für das Frühjahr 2008 erwartet werden, gehe es darum darzustellen, wie viele Versicherte überhaupt Kenntnis von der Möglichkeit einer grenzüberschreitenden Behandlung hätten, wie viele der berechtigten Versicherten eine Behandlung im Ausland in Anspruch nehmen würden, und wie viele Versicherte sich tatsächlich behandeln liessen. In die Evaluation flössen dabei natürlich auch die Arten der Behandlung, der Grad der Patientenzufriedenheit sowie die generelle Entwicklung der Zahlen mit ein.

Andreas Faller bilanzierte, dass die Arbeit der Gesundheitsdienste das Thema in breiten Kreisen lanciert und weiter entwickelt habe, und dass immerhin zwei Staaten zu diesem Zweck ihre Gesetzgebung geändert bzw. angepasst hätten. Zudem biete sich für rund 400.000 Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und des Landkreises Lörrach (Zwischenstand 31.12.2007) die Möglichkeit, grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen in Anspruch zunehmen.

Als weiteres Vorgehen sei der Einbezug der französischen Seite (Südelsass) in das Pilotprojekt geplant, zudem liefen bereits die Vorbereitungen des politischen Meinungsbildungsprozesses nach Projektabschluss. Eine definitive Revision des schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes – mit Aufhebung des Territorialitätsprinzips – werde damit ebenso angestrebt wie die Erarbeitung eines Konzeptes zur Schaffung einer Gesundheitsregion, die sich nicht an Staatszugehörigkeiten, sondern an räumlichen Realitäten orientiere. Dies erfordere:

- eine grenzüberschreitende Bedarfsplanung mit einer Anpassung der Strukturen beidseits der Grenze;
- den Abbau von Doppelspurigkeiten (Gefahr von Mehrkosten);
- eine Realteilung mit einer gegenseitigen Verzichtsplannung und Fokussierung;
- eine Steuerung der Patientenströme;
- ein komplementär orientiertes Zusammenwachsen der Versorgungssysteme;
- sowie eine Anpassung der Finanzierungsmodalitäten.

Faller hob abschliessend hervor, dass es also nicht darum ginge, einfach nur „die Schleusen zu öffnen“, sondern vielmehr darum, die notwendigen organisatorischen und planerischen Vorkehrungen zu treffen, damit ein solches Projekt gelingen könne, denn ansonsten drohe durch ein unkoordiniertes Öffnen ein Scheitern aufgrund der Verlustängste der involvierten Akteure und des Risikos von Mehrkosten.

**Dr. Karl A. Stroetmann (empirica Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung mbH) aus Bonn (D)** demonstrierte in seinem Beitrag **neue eHealth-Möglichkeiten durch das Projekt TEN4Health**. Er wies einleitend darauf hin, dass die Frage der Gesundheitsversorgung zukünftig nicht nur grenzüberschreitend, sondern in einer pan-europäischen Dimension zu sehen sei. So steige mit wachsender Mobilität (in Grenzregionen, aber auch durch Tourismus, berufliche Mobilität etc.) der Bedarf an einer Gesundheitsversorgung, die nicht mehr allein vor Ort (d.h. am Heimatort) geleistet werde. Studien der letzten fünfzehn Jahre hätten dabei gezeigt, dass Patienten nicht Auslandsreisen missbrauchten, um dort (günstiger) behandelt zu werden, und dass auch die Krankenkassen selbst dies nicht als reale Gefahr ansähen. Patienten wollten jedoch sicher sein, auch im Ausland im Krankheitsfall eine hochwertige Behandlung zu erhalten.

Davon abgesehen förderten eine Reihe unterschiedlicher Faktoren den Bedarf an Gesundheitsversorgung im Ausland, wie beispielsweise:

- ein wachsendes Service-, Qualitäts- und Kostenbewusstsein von Bürgern und Patienten;
- Einschränkungen der nationalen Leistungskataloge, die dazu führten, dass Privatzahler günstigere Dienstleistungen im Ausland nachfragten (bspw. dentalmedizinische Leistungen oder Rehabilitationsleistungen);
- regionale oder nationale Wartelisten;
- öffentliche Leistungserbringer, die Leistungen in anderen Mitgliedsstaaten einkauften;
- eine grössere Bereitschaft, mehr für Gesundheitsdienstleistungen auszugeben, die überproportional zum Einkommen steige;
- sowie Änderungen in der EU-Rechtssprechung, die Rechtsunsicherheiten bezüglich des Leistungsbezugs in anderen Mitgliedsstaaten verringerten.

Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen gab es erstmals Mitte der neunziger Jahre, dabei bot die E112-Prozedur ein pragmatisches Mittel der Kooperation, führte Dr. Stroetmann weiter aus. 2002 starteten die deutsche AOK und die Techniker Krankenkasse (TK) sowie die niederländische CZ und die belgische CM mit der GesundheitsCard Europa dann einen Dienst, der über die Versorgung innerhalb der Grenzregionen hinausging. Das System ermögliche es den teilnehmenden Spitälern, die komplette Abwicklung eines Patientenfalls (inkl. Überprüfung, Zahlungsabwicklung etc.) über das Internet vorzunehmen. Da-



durch erhielten die Spitäler wesentlich schneller ihre Ausgleichszahlungen seitens der Krankenkassen, während die Versicherten den mit E111-Formularen verbundenen bürokratischen Aufwand (mit Kosten, Vorauszahlungen etc.) vermeiden konnten.

Über eine transparent agierende Software könne in den Spitälern vermittelt über Eingabemasken der lokalen Gesundheitssysteme in der jeweiligen Landessprache direkt auf die Daten der deutschen Versicherten zugegriffen werden, ganz so, als handle es sich um Versicherte des jeweiligen Landes. Zusätzlich sei sichergestellt, dass in jedem teilnehmenden Spital Personal für die jeweils anderen Sprachen zu Verfügung stehe. Ein deutsches Callcenter biete bei Bedarf notwendige Unterstützung per Telefon.

Ein solches System genieße natürliche eine hohe Akzeptanz seitens der Versicherten, weil sie bei einem Krankheitsfall im Ausland zugesicherte medizinische Leistungen erhielten und eine sehr geringe finanzielle Last zu tragen hätten (d.h. lediglich die üblichen Standardzahlungen). Dies gelte, so Dr. Stroetmann, in vergleichbarem Masse für die teilnehmenden Spitäler, die von einem schnellen und zuverlässigen elektronischen Abrechnungsprozess und einer zügigen Rückzahlung profitierten. Für die Krankenkassen schliesslich stelle das System einen wichtigen Wettbewerbsvorteil dar, weil sie ihren Verwaltungsaufwand senken könnten (da u. a. die Rückzahlungen von Patientenvorauszahlungen entfielen) und insbesondere, weil sie für zufriedene Versicherte sorgten.

Eine sozio-ökonomische Beurteilung des Projekts habe beispielsweise gezeigt, dass allein die AOK die Ausgabe von E111-Formularen von rund 200.000 im Jahr 2000 auf ca. 40.000 in den Jahren seit 2004 reduzieren und auf diese Weise zwischen 200 und 300 Stellenprozent anderweitig einsetzen konnte. Hinzu kämen die Vorteile für die Versicherten, die einem wesentlich geringeren Verwaltungsaufwand ausgesetzt seien, indem sie einfach auch im Ausland ihre normale deutsche Versicherungskarte verwendeten. Anhand einer weiteren Analyse legte Dr. Stroetmann dar, dass die kumulativen Einsparungen mit der Zeit konstant steigen, während die kumulativen Kosten relativ stabil bleiben, und dass auf diese Weise eine beträchtliche Einsparung erzielt werden kann.

Im Rahmen einer von der EU geförderten Validierungsstudie solle noch bis 2009 eine systematische Marktanalyse durchgeführt werden, die mittels einer Analyse der gegenwärtig gebotenen Dienste die Möglichkeit einer Erweiterung auf andere Länder prüfen solle. Ebenso seien ein Austausch mit dem niederländischen Vecozo-System sowie insbesondere die Erstellung eines Business- und Entwicklungsplans vorgesehen. In der Zukunft würden der momentan noch unterentwickelte Markt der „mobile workers“, „mobile citizens“ sowie „residential tourists“, aber auch die „wellness tourists“ für einen steigenden Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen im Ausland sorgen. Schwierig sei es jedoch, zu verlässlichen Zahlen zu kommen. Dabei bestehe eine starke Nachfrage, die noch weiter wachsen dürfte: So seien allein 2006 in Deutschland 21 Mio. Auslands-Zusatzkrankenversicherungen geschlossen

worden (d.h. für nahezu jeden vierten Bundesbürger). Nehme man Zahlen der AOK hinzu, nach denen ca. 3 % der Auslandsreisenden auch tatsächlich Leistungen in Anspruch nehmen, so ergebe dies allein über 5 Mio. Menschen, die europaweit Gesundheitsleistungen benötigen. Dabei lägen die Zahlen der *potentiellen* Kunden – d.h. all derjenigen, die verreisen – naturgemäss noch höher, so dass hier für die Zukunft ein bedeutender Markt zu erwarten sei.

**Prof. Dr. Martin Oberholzer vom Universitätsspital Basel (CH)** demonstrierte in seiner Präsentation zum Thema **Globalisierung in der Medizin – Wissenstransfer in westliche und ländliche Regionen** ganz praktisch und vor Ort den Einsatz von Telemedizin. Was einst 1999 mit einem regionalen Projekt in der Schweiz begonnen hatte, ist inzwischen zu einem internationalen und interkontinentalen Projekt mit Servern auf allen Kontinenten der Erde gewachsen. Globalisierung in der Medizin, vom Rektorat der Universitätsklinik zum strategischen Ziel für die nächsten Jahre erklärt, definierte Prof. Oberholzer als die **Verteilung von Wissen in Diagnose, Therapie und Ausbildung** durch **technisch effiziente Systeme** unter besonderer Beachtung von **Organisation und Zusammenarbeit**. Das aufgebaute Konzept sehe dabei vor, dass Nicht-Experten über die serververmittelte Plattform ihre Fragen stellen, die dann von (Fach-)Experten beantwortet werden können. Dabei sei es möglich, sämtliche in der Medizin gebräuchlichen Bildformate zu übertragen, damit die involvierten Experten anhand der Bilddaten Internet-basiert ihre Diagnosen stellen könnten.

Als Anwendungsbeispiel aus dem Bereich der Diagnostik konnte Prof. Oberholzer anschaulich zeigen, wie etwa Befunde in einem nur mit einer Krankenschwester besetzten Buschkrankenhaus in Südafrika mit einer Kamera aufgenommen und per Computer auf die Kommunikationsplattform übertragen werden können. Vergleichbares gelte für eine Gesundheitsstation auf den Salomonen, einer Region, in der die Verkehrswege lang und schwierig sind. Dort könne auch abgeklärt werden, ob Patienten überhaupt transportfähig seien. Ein drittes Beispiel demonstrierte, wie verschiedene Experten im gemeinsamen Austausch für ein krankes Kind in Afrika eine Diagnose stellen und Therapievorschlüsse diskutieren. Zusätzliche Kommunikationsmöglichkeiten schliessen Online-Konferenzen und die direkte Recherche in Online-Medizinbibliotheken mit ein.

Als Ziel für die nähere Zukunft nannte Prof. Oberholzer den Aufbau eines virtuellen Care-Teams zusammen mit dem Klinikum Lörrach, bei dem ein erkrankter Patient vollständig zentral und online über das telemedizinische System begleitet werden könne, von der Aufnahme über den Besuch in Spezialpraxen und Klinik bis hin zur präoperativen Abklärung etc., so dass alle involvierten Stationen stets Zugriff auf sämtliche relevanten Daten besitzen. Ein weiteres Ziel seien Fern-Vorlesungen, die der Verteilung von Kenntnissen dienen. Das hierzu eingesetzte System könne dank kombinierten Kanälen mit Chat, Videokonferenz und virtueller Tafel nicht nur für die Lehre, sondern auch zu Diagnosezwecken verwendet werden.

Prof. Oberholzer sah das bestehende System auf einem guten Weg. So liefen unter anderem Gespräche für einen Ausbau im Bereich der Krebsbehandlung, bei dem die pathologischen Daten eines Patienten inkl. seiner klinischen Daten über das Klinikum Lörrach direkt ans zentrale Krebsregister des Landes Baden-Württemberg transferiert würden. Essenziell für den Erfolg eines telemedizinischen Systems sei, so bilanzierte Prof. Oberholzer, dass die Anwendungen pragmatisch ausgewählt und im klinischen Kontext evaluiert würden, dass das Management „bottom up“ erfolge und dass die eingesetzte Technologie so benutzerfreundlich wie möglich sei. Schliesslich müsse ein offener, modularer Aufbau sicherstellen, dass zukünftig weitere Experten hinzugezogen werden könnten.

## **Runder Tisch: Die Rolle der grenzübergreifenden Zusammenarbeit**

Unter der Leitung von **Martín Guillermo Ramírez**, dem **Generalsekretär AGEG, Gronau (D)**, zogen **Brigitte van der Sanden** sowie **Olivier Denert** von der **Mission Opérationelle Transfrontalière, Paris (F)** und **Dr. Hans Sandler**, **Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Director European, International and Federal Affairs (bis Ende 2007), EUSENDOR European Strategy Consulting (seit 2008), Düsseldorf (D)** ein abschliessendes Résumé.

**Brigitte van der Sanden** begann mit einem kurzen Überblick über verschiedene grenzüberschreitende Projekte zwischen Deutschland, den Niederlanden, Österreich sowie der Regio Basiliensis, wie einem sehr erfolgreichen Präventionsprogramm in der EUREGIO Meuse-Rhein, einem Projekt über die rechtlichen Aspekte von Auslandsbehandlungen sowie einem Videokonferenz-Projekt zur Brustkrebsbehandlung in einem grenzüberschreitenden Kontext. Der erste Schritt jeder grenzüberschreitenden Kooperation liege in einer starken Motivation, die ein überschaubares und unbedingt praktisch ausgerichtetes Projekt vorantreiben müsse. Dabei müsse jeder von sich aus den ersten Schritt machen, um Kontakte zu knüpfen und gegenseitiges Vertrauen aufzubauen. Erst dann nämlich könne man die Systeme anderer Länder kennenlernen und mit dem Ziel der Zusammenarbeit an Bekanntem anknüpfen.

**Olivier Denert** bezeichnete die grenzüberschreitende Gesundheitskooperation als Schlüssel zum Verständnis des Funktionierens europäischer Kooperation allgemein. So seien die Grenzregionen gegenwärtig im Begriff, sich aus einer peripheren Situation zu wahrhaft „zentralen“ Gebieten zu wandeln, in denen Europa zusammenwachse.

Denert plädierte daher für eine (Re-)Integration der Gesundheitskooperation in den Rahmen der grenzüberschreitenden Kooperation allgemein sowie für eine Einordnung in den territorialen Rahmen der europäischen Zusammenarbeit, auch wenn Gesundheitsakteure zugegebenermassen spezielle und eigentlich nicht-territoriale Akteure seien. Dabei müsse der Versuch, eine grenzüberschreitende Gesundheitsgemeinschaft zu bilden, auf den vielen verschiedenen Ebenen (praktisch, rechtlich, versicherungsrechtlich etc.) und an den zahlreichen

unterschiedlichen Elementen (Notfallversorgung, Spitalversorgung etc.) ansetzen, wie die Beispiele der Konferenz gezeigt hätten. Und dies müsse stets vor dem Hintergrund einer gemeinsamen Geschichte und Kultur sowie dem Willen zum gemeinsamen Zusammenhalt erfolgen.

Interessant fand Denert denn auch den Umstand, dass die im Gesundheitsbereich verfolgten Projekte in der Regel nicht oder nur sehr schwach mit territorialen Fragen verknüpft seien. Dabei könne gerade die Gesundheitsversorgung einen der Pfeiler der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit darstellen, sofern sie die Gesamtheit der beteiligten Akteure und ihre Eigenheit berücksichtige. Abschliessend regte er an, die konkreten Formen der Zusammenarbeit zu überdenken und eine neue Methodologie der Kooperation zu entwickeln, die nicht auf den Gesundheitsbereich beschränkt bleiben solle.

Angesichts der zahlreichen hervorragenden Beispiele für gelungene Projekte der Kooperation im Gesundheitssektor betrachtete **Dr. Hans Sandler** als die nun entscheidende Frage, wo die Kooperation gegenwärtig stehe und in welche Richtung die Entwicklung ganz konkret weitergehen solle. So hätten sich nach seinem Eindruck die Rahmenbedingungen für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in den vergangenen 10–15 Jahren weitgehend konsolidiert (grenzüberschreitende Aktivitäten müssten inzwischen nicht mehr begründet werden, vielmehr habe eine „Umkehr der Beweislast“ stattgefunden, was einen gewaltigen Unterschied darstelle), so dass es inzwischen weitgehend um ein „Feintuning“ gehe, das aber ebenfalls gut überlegt sein wolle.

Für den Schutz von Patienteninteressen, die Sicherheit der Kassen etc. brauche es zugegebenermassen Regeln, um eine Gleichbehandlung der Bürger und Akteure sicherzustellen. Dies bedeute aber nicht zwangsläufig, dass notwendigerweise Rahmenregelungen (wie bspw. die geplante EU-Richtlinie) die Bedingung für die weitere Arbeit an den Grundlagen der Gesundheitskooperation darstellten. Grundsätzlich stimmten die bis anhin gefundenen Lösungen ja mit den Prinzipien des Binnenmarktes überein, so dass vielmehr die weitere institutionelle Arbeit forciert werden solle. Eine Ausnahme machte Dr. Sandler aber dann doch beim Thema der Gesundheitskarte von AOK/TK, die seiner Meinung nach eine Insellösung darstelle. Hier scheine es ihm wichtiger zu sein, eine allgemein europäische Lösung zu finden.

Für besonders wichtig erachtete er weiterhin die Berücksichtigung der unterschiedlichen Ebenen der Gestaltung (Kommunen, Regionen, Staaten sowie die europäische Ebene), die alle gemeinsam an einem Strang ziehen müssten, um zu bestimmten Lösungen zu gelangen. Als Fazit hielt Dr. Sandler fest, dass die Weiterführung von Arbeitsgruppen und Task Forces sinnvoll sei, dass sich diese jedoch nicht allein auf den Informationstransfer beschränken, sondern auch herausarbeiten sollten, was mit den Mitteln einer EUREGIO nicht leistbar sei und daher auf einer europaweiten Handlungsebene geleistet und gelöst werden müsse. So könnten bestimmte grenzüberschreitende Projekte auch immer helfen, Grundfra-

gen innerhalb einzelner Staaten hinsichtlich bestimmter Probleme zu stellen und zu beantworten. Für die weitere zielgerichtete Züchtung und Entwicklung der Kooperation wünschte er allen Akteuren Erfolg.

## **Schlussbemerkungen**

Abschliessend dankte **Dr. Eric Jakob, Generalsekretär REGIO BASILIENSIS, Basel (CH)** den Teilnehmern für ihre Ausdauer und den Referenten für spannende, interessante Referate. Er versprach, dass AGEG und Regio Basiliensis das Thema engagiert weiterverfolgen und weiter an einer vertieften Kooperation arbeiten würden, unterstützt vom Schub der zu Ende gegangenen Konferenz.

# Der Vormittag

## „Patientenmobilität in Europa“



Lambert van Nistelrooij,  
Andreas Schwab



Georg F. Krayer



Xavier Conill



Klaus Bremen



Pascal Garel



Marian Ramakers-van  
Kuijk



Martin Guillermo Ramírez



Alexander Friedrich



# Der Nachmittag



Carlo Conti

„Aspekte der Gesundheitswirtschaft“

„Best Practice-Beispiele für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“



Jean Severijns

Runder Tisch: „Die Rolle der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit“



Martin Eurlings  
(Videopräsentation)



Andreas Faller



Thomas Voncken



Karl A. Stroetmann



Martin Oberholzer



Olivier Denert



Hans Sandler



Eric Jakob