



Europäische
Kommission

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen: Theorie und Praxis



Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen in Europa: Theorie und Praxis

Der Text dieser Veröffentlichung wurde im Mai 2017 fertiggestellt und von der Generaldirektion Regionalpolitik und Stadtentwicklung der Europäischen Kommission – Abteilung für Interreg, grenzüberschreitende Zusammenarbeit und Binnengrenzen – koordiniert

Kontakt: REGIO-D2-CROSS-BORDER-COOPERATION@ec.europa.eu

Weitere Informationen zur Europäischen Union stehen im Internet über den Server Europa (<http://europa.eu>) zur Verfügung.

Weder die Europäische Kommission noch eine im Namen der Kommission handelnde Person übernehmen Haftung für die Verwendung der nachfolgenden Informationen. Der Inhalt dieser Veröffentlichung spiegelt nicht den Standpunkt oder die Meinung der Europäischen Kommission wider. Die Verantwortung für die in diesem Dokument enthaltenen Ansichten, Interpretationen oder Schlussfolgerungen liegt ausschließlich bei den Autoren.

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2017

© Europäische Union, 2017

Nachdruck und Wiedergabe sind gestattet, sofern dies mit der Quellenangabe erfolgt.

Die Weiterverwendungspolitik der Europäischen Kommission ist durch den Beschluss 2011/833 / EU (ABl. L 330 vom 14.12.2011, Seite 39) geregelt.

Jede Nutzung oder Wiedergabe von Fotos oder anderen Dokumenten, die nicht dem Urheberrecht der Europäischen Union unterstellt sind, ist ohne die Genehmigung des Urheberrechtinhabers untersagt.

Druck	ISBN 978-92-79-70878-7	doi:10.2776/34993	KN-01-17-780-DE-C
PDF	ISBN 978-92-79-70881-7	doi:10.2776/271537	KN-01-17-780-DE-N

© Drawnalism: Titelbild, S. 12, 17, 18, 20, 22, 27, 30, 31, 33, 34, 35, 41, 45, 49, 54, 58, 62, 67, 74, 76, 77, 82, 84 und 89

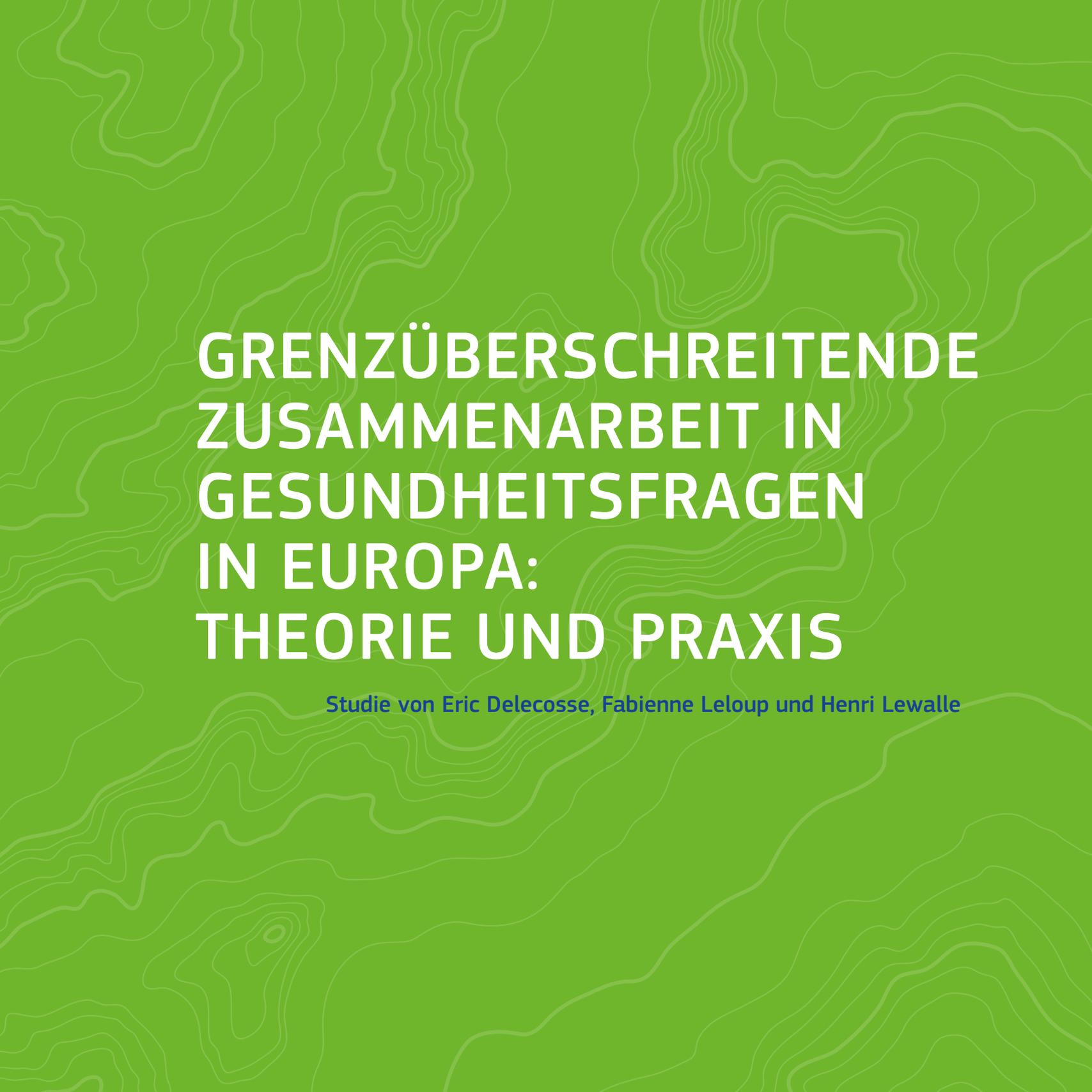
© Karte: S. 8, 40, 44, 48, 52, 56, 61, 65 und 78

© Europäische Kommission: S. 4, 5, 68, 73 und 93

© iStock by Getty Images: S. 11, 21, 38, 42, 46, 50, 57, 59, 80, 85 und 90

© Jérôme Van Belle: S. 73 und 93

Printed in Belgium

The background of the entire page is a vibrant green color with a white topographic map pattern. The map lines are irregular and wavy, representing contour lines on a terrain. The text is centered on the page.

GRENZÜBERSCHREITENDE ZUSAMMENARBEIT IN GESUNDHEITSFragen IN EUROPA: THEORIE UND PRAXIS

Studie von Eric Delecosse, Fabienne Leloup und Henri Lewalle

Inhalt

VORWORT	4
GLOSSAR	7
EINFÜHRUNG	9
KAPITEL 1 – DIE ROLLE DER EUROPÄISCHEN UNION IM BEREICH DER ÖFFENTLICHEN GESUNDHEIT	15
1. Vor dem Vertrag von Lissabon (2007)	16
2. Vom Vertrag von Lissabon bis heute: Bedeutende Fortschritte	18
3. Aktuelle Probleme und Herausforderungen	22
KAPITEL 2 – ZUGANG ZUR GRENZÜBERSCHREITENDEN GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER EUROPÄISCHEN UNION	25
1. Die Ursprünge der Freizügigkeit für Arbeitnehmer	26
2. Die Definition von besonderen sozialen Rechten für Wanderarbeitnehmer	26
3. Ein europäisches System der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer entwickeln	27
4. Der freie Dienstleistungsverkehr und Patientenmobilität	31
5. Formen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung im Ausland	33
6. Zusammenfassung	35

KAPITEL 3 – SIEBEN ERFAHRUNGEN IN DER GRENZÜBERSCHREITENDEN ZUSAMMENARBEIT	37
1. TRISAN: Ein Instrument zur Strukturierung und Koordination der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung am Oberrhein (Frankreich-Deutschland-Schweiz)	39
2. INTERSYC: Kinder gemeinsam behandeln und beschützen (Griechenland, Bulgarien)	43
3. Patienten, Klienten und Familien an erste Stelle setzen: Eine grenzüberschreitende Gesundheitspartnerschaft (die Republik Irland und das Vereinigte Königreich)	47
4. TELEMEDIZIN EUROREGION POMERANIA: Lasst Daten wandern und nicht die Patienten (Deutschland, Polen)	51
5. Das französisch-deutsche krankenhausübergreifende Kardiologie-Partnerschaftsprojekt (Frankreich, Deutschland)	55
6. Das IZOM-Projekt: Maßgeschneiderte Gesundheitsversorgung in der Euregio Maas-Rhein (Belgien, Deutschland, Niederlande)	60
7. Das grenzüberschreitende Krankenhaus in Cerdanya: Ein Krankenhaus, zwei Staaten (Frankreich-Spanien)	64
KAPITEL 4 – FRANZÖSISCH-BELGISCHE ZUSAMMENARBEIT	71
1. Interreg, die treibende Kraft hinter der Zusammenarbeit	72
2. Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung	72
3. Zusammenarbeit bei der medizinischen Notfallversorgung	82
4. Zusammenarbeit im medizinisch-sozialen Bereich	83
ALLGEMEINE SCHLUSSFOLGERUNG	87
DANKSAGUNGEN	92
KOORDINIERUNGS- UND REDAKTIONSTEAM	93
WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN	94
Bibliographie	94
Websites	95

Vorwort



Corina Crețu
EU-Kommissarin für
Regionalpolitik

.....

Gesundheit betrifft uns alle. Ob wir nun Angehörige der Gesundheitsberufe oder Patienten sind, wir alle sind Bürger und Steuerzahler, die erwarten, dass das Gesundheitsversorgungssystem – ein öffentlicher Dienst – von guter Qualität, erschwinglich und zugänglich ist.

Die Gesundheit kennt keine Grenzen. Das bedeutet, dass es Patienten erlaubt sein sollte, in das nächstgelegene Krankenhaus zu gehen, auch wenn es sich in einem anderen Land als dem, in dem sie leben, befindet.

In ganz Europa gibt es innovative und nachhaltige Lösungen, um den Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung in Grenzgebieten zu gewährleisten. Ich kann mit Stolz sagen, dass die Interreg-Förderung seit mehr als 25 Jahren Grenzregionen, die gemeinsam in Gesundheit und Langzeitpflege investieren wollen, echtes Potenzial bietet.

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen zielt darauf ab, die Mobilität von Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe, die in diesen Regionen leben und arbeiten, zu erleichtern, den Zugang zu lokaler Gesundheitsversorgung zu verbessern sowie gemeinsame Einrichtungen und Dienstleistungen zu entwickeln. Diese Art der Zusammenarbeit ist angesichts der isolierten Lage bestimmter Regionen oft notwendig.

Ich freue mich über diese Studie, nicht nur weil sie einen Überblick über die Entwicklung der bestehenden europäischen Rechtsvorschriften gibt,

die eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen ermöglichen, sondern auch, weil sie einen nützlichen Einblick in die Hindernisse und Erfolgsfaktoren der Zusammenarbeit in verschiedenen geografischen Kontexten bietet.

Sie werden darin einige Beispiele für Formen der Zusammenarbeit finden, die durch die Interreg-Förderung unterstützt werden, angefangen bei der Schaffung eines französisch-spanischen Krankenhauses in den Bergen, das Krankenwagen die Überschreitung der Grenze erlaubt, bis hin zu der Befähigung polnischer Patienten, einen deutschen Arzt zu konsultieren, ohne sich dafür in ein anderes Land begeben zu müssen.

Ein besonderer Schwerpunkt der Studie liegt auf der fortgeschrittenen Kooperation an der französisch-belgischen Grenze, die als Maßstab für andere Grenzregionen dienen könnte. Dank des Rahmenabkommens über grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen zwischen Belgien und Frankreich im Jahr 2005 wurden sieben Bereiche des organisierten Zugangs zu grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung geschaffen. Die Patienten in diesen Gesundheitszonen können ohne administrative und finanzielle Barrieren auf beiden Seiten der Grenze versorgt werden. Seit 2008 arbeiten auch ärztliche Notfalldienste auf beiden Seiten der Grenze zusammen.

Abschließend möchte ich allen Personen gratulieren, die an der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen beteiligt sind. Ungeachtet der verschiedenen, oft administrativen oder rechtlichen, Hindernisse, die Sie überwinden müssen, bin ich froh, dass Sie nach wie vor davon überzeugt sind, dass die Zusammenarbeit für alle von Vorteil ist. Es kostet einfach weniger, wenn Grenzregionen gemeinsam statt getrennt handeln. Durch die Zusammenarbeit entstehen innovative Lösungen, die wiederum Chancen und Wachstum in den Grenzregionen schaffen.



Vytenis Andriukaitis
EU-Kommissar für Gesundheit
und Lebensmittelsicherheit

.....

Ich begrüße diese Studie sehr, die einen nützlichen Überblick über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsinitiativen bietet. Sie skizziert, wie sich die europäische Gesundheitspolitik durch die verschiedenen europäischen Verträge entwickelt hat. Die Studie liefert des Weiteren eine Reihe von guten Bei-

spielen für eine fruchtbare grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen Ländern und Regionen, die zeigen, dass sich die Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung zwischen den EU-Ländern für alle lohnt. Unter den vielen grenzüberschreitenden Projekten wird hier besonderes Gewicht auf die für beide Seiten vorteilhafte Zusammenarbeit in der Grenzregion zwischen Belgien und Frankreich gelegt.

Die im Jahr 2011 verabschiedete Richtlinie über grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung war ein wichtiger Schritt für die europäische Gesundheitspolitik, der die EU wieder ein Stück näher an die Bedürfnisse der Bürger heranführte. Sie gewährleistet den Patienten das Recht auf Zugang zu einer sicheren und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung über die nationalen Grenzen in der EU hinweg sowie ihr Recht, die Kosten dieser Gesundheitsdienstleistungen erstattet zu bekommen. Darüber hinaus bietet diese Richtlinie einen starken Rahmen für die freiwillige Zusammenarbeit, deren deutlichen Mehrwert wir heute in den Bereichen elektronische Gesundheitsdienste, Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitswesen und europäische Referenznetzwerke erkennen können.

Dieser letztgenannte Bereich ist ein hervorragendes Beispiel für innovative grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Im März dieses Jahres hat die Kommission 24 thematische Netzwerke ins Leben gerufen, an denen mehr als 900 spezialisierte Gesundheitseinrichtungen in über 300 Krankenhäusern in 25 EU-Mitgliedstaaten und Norwegen beteiligt sind. Die Netzwerke werden denjenigen, die an seltenen Krankheiten oder komplexen gesundheitlichen Einschränkungen leiden, in ganz Europa helfen, indem sie den Zugang zu Fachärzten sowie zu Diagnose und Behandlung verbessern. Diese Zusammenarbeit birgt auch das große Potenzial, beispielsweise die medizinische Forschung anzukurbeln sowie neue Pflegemodelle und eHealth-Instrumente zu entwickeln, was alle Akteure ermutigen sollte, sie weiterzuentwickeln.

Die Studie liefert eine Reihe von guten Beispielen für eine fruchtbare grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen Ländern und Regionen, die zeigen, dass sich die Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung zwischen den EU-Ländern für alle lohnt. Im vergangenen April hatte ich das Vergnügen, ein Krankenhaus in einer französisch-belgischen Grenzregion zu besuchen und das ausgezeichnete Kooperationsmodell zwischen zwei Ländern in der Praxis zu sehen. Es war ein klarer Beweis dafür, dass mit etwas gutem Willen sowie talentierten und engagierten Menschen das Leben der Europäer zum Besseren verändert werden kann. Ich bin zuversichtlich, dass solche Beispiele andere Länder dazu inspirieren und ermutigen werden, es ihnen gleich zu tun.

Lassen wir uns von den Anregungen und Ratschlägen aus dieser Studie leiten, die ihrerseits dazu beiträgt, dass die Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ihr volles Potenzial entfaltet. Wir müssen unsere Wege der Zusammenarbeit über nationale Grenzen hinweg zum Nutzen der EU-Bürger weiterentwickeln!

Glossar

ARH: Agence régionale d'hospitalisation
(Regionale Krankenhausagentur – Frankreich)

ARS: Agence régionale de santé
(Regionale Gesundheitsbehörde – Frankreich)

EEA: Einheitliche Europäische Akte

EHIC: Europäische Krankenversicherungskarte

EGKS: Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl

EWG: Europäische Wirtschaftsgemeinschaft

CH: Centre hospitalier (Krankenhaus)

CHAFEA: Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit,
Landwirtschaft und Lebensmittel

EuGH: Gerichtshof der Europäischen Union

CLEISS: Zentralstelle für europäische und internationale
Verbindungen im Bereich der sozialen Sicherheit

CPAM: Caisse primaire d'assurance maladie
(örtliches Krankenversicherungsamt – Frankreich)

GD SANCO: Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher
(jetzt Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit)

GD SANTE: Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

ESPON: Europäisches Beobachtungsnetz

EVTZ: Europäischer Verbund für territoriale Zusammenarbeit

AG: Arbeitsgruppe

AZ: Antwortzeit

INAMI: Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
(Landesinstitut für Kranken- und Invaliditätsversicherung)

MRT: Magnetresonanztomographie

OMK: Offene Methode der Koordinierung

WHO: Weltgesundheitsorganisation

NRO: Nichtregierungsorganisation

CSRs: Länderspezifische Empfehlungen

SED: Strukturierte elektronische Dokumente

SMUR: Service mobile d'urgence et de réanimation
(mobiler Notfall- und Reanimationsdienst – Frankreich und Belgien)

AEUV: Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union

EU: Europäische Union

ZOAST: Zone organisée d'accès aux soins de santé transfrontaliers
(Geplante grenzüberschreitende Gesundheitszone)

Einleitung

Interreg: Ein Katalysator für die Zusammenarbeit

Die Europäische territoriale Zusammenarbeit, besser bekannt als Interreg, feierte 2015 ihr 25-jähriges Bestehen. Als integraler Bestandteil der Kohäsionspolitik seit 1990 ist Interreg zu einem Schlüsselinstrument geworden, um die für Grenzgebiete typischen Probleme zu lösen, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen Partnern zu fördern und das Potenzial der europäischen Grenzgebiete zu entwickeln.

Diese Initiative ist sowohl aufgrund ihrer Langlebigkeit – es gibt sie seit einem Vierteljahrhundert – als auch vor allem hinsichtlich der Entstehung oder Stärkung grenzüberschreitender territorialer Dynamiken einzigartig. Jedes Interreg-Programm verfügt über ein Budget, um eine Kooperationsstrategie umzusetzen, die die Stärken und Schwächen jedes Bereichs berücksichtigt. Die lokalen Projektträger haben die Aufgabe, die praktischen Maßnahmen auf freiwilliger Basis durchzuführen.

Von Anfang an haben die Interreg-Programme die Zusammenarbeit großzügig unterstützt. Durch die Förderung einer Dynamik der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit haben diese Programme den Institutionen, Einrichtungen und Partnern auf beiden Seiten der Grenze ermöglicht, gemeinsame Maßnahmen und Projekte zu entwickeln, die durch ihre verschiedenen Erfahrungen bereichert werden.

Diese Unterstützung verwandelt die Grenze, die einst als Hindernis galt, in eine Gelegenheit zur Zusammenarbeit in verschiedenen Bereichen. Für den Zeitraum 2014-2020 wurde Interreg V ein Budget von rund 10,1 Mrd. EUR bereitgestellt, das in mehr als einhundert Programme zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Regionen und ihren territorialen, sozialen und wirtschaftlichen Partnern investiert werden soll.

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen

Zum 25-jährigen Jubiläum von Interreg wurde Gesundheit als ein besonders repräsentativer Bereich für den Aufbau Europas genannt. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen zeugt von den positiven Auswirkungen des europäischen Einigungsprozesses durch die Entwicklung von Rechtsvorschriften zur Förderung der Mobilität von Arbeitnehmern und des freien Personenverkehrs, der Schaffung des Binnenmarktes und der Entwicklung von regionalen Kooperationsprojekten

für den Zugang zu Gesundheitsversorgung und von Synergien zwischen den Gesundheitssystemen in Europa.

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen zielt in erster Linie auf die Erleichterung des Grenzübertritts ab, d. h. auf die Förderung der Mobilität von Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe. Zweitens soll der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung „an der Grenze“ durch die Nutzung gemeinsamer Ausrüstungen, Dienstleistungen und Einrichtungen im grenzüberschreitenden Bereich verbessert werden. Im Laufe der Zeit hat die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zahlreiche Initiativen erfahren, vor allem dank der Interreg-Förderung.

Die Idee für diese Publikation entstand aus dieser Beobachtung heraus. Angesichts des beispielhaften Charakters der französisch-belgischen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung und der Existenz vieler anderer innovativer Beispiele in der EU waren die Autoren bestrebt, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen zu dokumentieren. Diese Zusammenarbeit umfasst ein umfangreiches Maßnahmen- und Regelprogramm. Es betrifft in erster Linie den Patienten, aber auch die Koordination und Unterstützung von betroffenen Angehörigen der Gesundheitsberufe, Institutionen und Entscheidungsträgern. Zudem betrifft es zwangsläufig auch die betroffenen Gesundheitssysteme.

Parallel zur Einführung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit hat Europa seine Rolle in Gesundheitsfragen seit den frühen Phasen der Integration erweitert. Der Anstieg der Lebenserwartung und Fortschritte in der Diagnose und Behandlung, unterstützt durch technologische Innovationen und andere derartige Entwicklungen, schaffen neue Bedürfnisse mit einer steigenden Nachfrage nach Behandlungen sowie hohe Erwartungen an die Gesundheitssicherheit. Gesundheitskrisen, wie der Blutskandal oder der Rinderwahnsinn, haben diese Forderungen umso akuter gemacht.

Nach und nach ist die öffentliche Gesundheit zu einem Bereich gemeinsamer Zuständigkeit zwischen der EU und ihren Mitgliedstaaten geworden. Der Schutz und die Verbesserung der Gesundheit liegen dabei weiterhin in der Verantwortung der Staaten. Dennoch werden sie aufgefordert, im Rahmen des Vertrags von Lissabon (Artikel 168) und der Richtlinie 2011/24 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zur Verbesserung der Lebensqualität ihrer grenzüberschreitenden Bevölkerungen beizutragen.

Die Rolle der Europäischen Union im Bereich der öffentlichen Gesundheit

Eine Analyse des Hintergrunds der öffentlichen Gesundheit in Europa ist ein notwendiger erster Schritt zum Verständnis der europäischen grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Bereich Gesundheit.

Wie im ersten Kapitel erläutert, wurde die Gesundheit vor der Einheitlichen Europäischen Akte (1986) nicht auf EU-Ebene behandelt, außer indirekt oder unter außergewöhnlichen Umständen. Erst der Vertrag von Maastricht (1992) hat die Rechtsgrundlage für die Zuständigkeit der EU im Gesundheitsbereich geschaffen. Diese Grundlage wurde durch den Vertrag von Amsterdam erweitert, der die Verabschiedung verbindlicher Entscheidungen erlaubt und die Einrichtung der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher (GD SANCO, jetzt GD SANTE) im Jahr 1999 ermöglicht hat. Diese GD stellt ein Symbol für das Engagement der EU in diesem Sektor dar.

In Artikel 168 des Vertrags von Lissabon, der 2009 in Kraft trat, sind die Ziele der EU in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten festgelegt. Sein übergeordnetes Ziel besteht darin, in all seinen Strategien und Aktivitäten ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen. Der Artikel fördert zudem die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten zugunsten einer besseren Ergänzung ihrer Gesundheitsdienste in grenzüberschreitenden Regionen. Er erweitert die Befugnisse der EU durch die Aufnahme von Arzneimitteln und Medizinprodukten.

Das zweite Kapitel befasst sich mit dem Zugang zu grenzüberschreitenden Behandlungen in der Europäischen Union. Es beschreibt das Entstehen einer Sozialgesetzgebung, die auf der ganzen Welt ihresgleichen sucht, seit den Anfängen der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl (EGKS) und später des Gemeinsamen Marktes. Diese Gesetzgebung ermöglichte zunächst Arbeitnehmern und später den europäischen Bürgern die Freizügigkeit in der gesamten EU unter Wahrung ihrer Rechte auf Sozialleistungen.

Diese Gesamtregelung besteht aus europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, die es Patienten, die im Rahmen dieser Systeme versichert sind, ermöglichen, nach Einholung ärztlicher Genehmigung, eine Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch zu nehmen, die dann ihrem Sozialversicherungssystem belastet wird. Seit 2013 wird diese Gesetzgebung durch die Richtlinie 2011/24 über die Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ergänzt, die bisher erste und einzige Gesundheitsrichtlinie, die eine gewisse Patientenmobilität ohne vorherige Genehmigung für geplante ambulante Behandlungen erlaubt.

Heute ermöglicht die Öffnung der Grenzen allen europäischen Bürgern eines der elementarsten Rechte der EU: das Recht auf Freizügigkeit, einschließlich des Rechts, eine Behandlung zu gewähren oder zu erhalten, ohne Verlust der Sozialleistungen, die ihnen zustehen.

Grenzüberschreitende Gesundheitsprojekte in Europa

Im dritten Kapitel wird die Umsetzung einiger grenzüberschreitender gesundheitspolitischer Kooperationsprojekte in der Europäischen Union beleuchtet. Die sieben ausgewählten Projekte veranschaulichen die Vielfalt grenzüberschreitender Kontexte und Umstände und vertreten dabei städtische wie ländliche Gebiete, den Norden, Süden, Osten und Westen der EU sowie aktuelle Projekte und Projekte, die auf Partnerschaften oder jahrzehntelangen Erfahrungen basieren.

All diese Projekte zeigen, wie menschliche Intelligenz in Verbindung mit der Offenheit der Partner und dem Entstehen gemeinsamer Interessen trotz häufig restriktiver rechtlicher und administrativer Kontexte zu oft erfolgreichen und innovativen Lösungen führen kann. Diese Beispiele zeigen, wie die Zusammenarbeit die Landesgrenze von einer Einschränkung in eine Gelegenheit verwandelt und so den Zugang zu Behandlung und damit zu öffentlicher Gesundheit verbessert.

Die beschriebenen Fälle unterstreichen die entscheidende Unterstützung der Interreg-Programme, zeigen aber auch die Kreativität und den proaktiven Ansatz der Betreiber selbst. Diese Kooperationsprojekte sind nur der Beginn eines langfristigen Prozesses, der zu einer besseren Sichtbarkeit der Ergebnisse und Vorteile der Zusammenarbeit, aber vor allem zur Nutzbarmachung und damit zur Verbreitung guter Praktiken führen sollte.

Dieses Kapitel wurde auf der Grundlage schriftlicher oder telefonischer Interviews mit den Projektmanagern sowie durch Sekundärforschung erstellt, wobei Quellen wie die auf InfoRegio (der Website der Generaldirektion Regionalpolitik und Stadtentwicklung) verfügbaren Projektdateien sowie die Websites der Partner, wissenschaftliche Publikationen und Presseberichte verwendet wurden.



Die französisch-belgische Erfahrung als Maßstab für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen

Das vierte und letzte Kapitel bietet eine eingehende Analyse der Fortschritte, die in den mehr als 25 Jahren des Aufbaus der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Bereich Gesundheit im französisch-belgischen Grenzgebiet erzielt wurden.

Die Erfahrung entlang dieser französisch-belgischen Grenze spiegelt die Dynamiken wider, die durch die verschiedenen Zeiträume der Interreg-Programmplanung unterstützt wurden. Beginnend mit den ersten Formen der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern beschreibt dieses Kapitel zunächst das Transcards-Projekt, das es Personen mit staatlicher Krankenversicherung ermöglichte, ihre Sozialversicherungskarte dazu zu nutzen, um in ein Krankenhaus auf der anderen Seite der Grenze aufgenommen zu werden. Aus dieser Form der Kooperation wurde dann das französisch-belgische Rahmenabkommen für die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, das es den für die Planung, Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems zuständigen regionalen Behörden erlaubt, Vereinbarungen im Bereich Gesundheit auszuhandeln und zu validieren.

Schließlich wurden sieben organisierte Zonen für den grenzüberschreitenden Zugang zur Gesundheitsversorgung (ZOAST) entlang der französisch-belgischen Grenze geschaffen. Diese ZOAST, die heute die gesamte Grenze abdecken, ermöglichen die Bündelung von Ressourcen und Techniken, um zahlreiche Betreuungsleistungen zu entwickeln, die für die Bevölkerung des festgelegten Rechtsgebiets ohne administrative oder finanzielle Barrieren zugänglich sind. Sie gelten als Maßstab für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen in ganz Europa.

In diesem Kapitel wird auch die Zusammenarbeit zwischen Frankreich und Belgien im Bereich der medizinischen Notfallversorgung sowie im medizinisch-sozialen Bereich mit speziellem Fokus auf Menschen mit Behinderungen erläutert. Die Errungenschaften und Gewinne sind den Interreg-Programmen und ihren Zielen des Zusammenhalts und der europäischen Integration zu verdanken.

Zusammenarbeit zugunsten von Komplementarität, Wachstum und Mobilität

Das wiederkehrende Thema in dieser Veröffentlichung ist die Bedeutung eines ganz bestimmten Sektors für die grenzüberschreitenden Bereiche: Gesundheit, insbesondere öffentliche Gesundheit. Im Hinblick auf die öffentlichen Bedürfnisse stellt die öffentliche Gesundheit aufgrund des freien

Verkehrs und Handels eine Herausforderung für die europäischen und nationalen Behörden dar, eine Herausforderung, die durch die Haushaltszwänge der EU und ihrer Mitgliedstaaten noch verschärft wurde.

Wie diese Kapitel zeigen, ist angesichts der Marginalisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen und ihrer Gebiete eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen notwendig. Diese Zusammenarbeit ermöglicht die Einführung spezifischer, innovativer und angepasster Maßnahmen. Sie bietet den Bürgerinnen und Bürgern in Grenzregionen würdige Gesundheitsbedingungen und initiiert in einigen Fällen Veränderungen auf lokaler Ebene, die auf europäischer Ebene verallgemeinert werden sollen.

In der Gesundheit wie auch in anderen Sektoren zwingen lokale Probleme die Menschen dazu, über den Tellerrand hinaus zu schauen, um Lösungen zu finden und eine Gelegenheit zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zu schaffen. Diese Gelegenheit kann es uns dann ermöglichen, weitere

Probleme zu lösen und Praktiken oder sogar Strukturen zu transformieren. Sie kann – wenn der Kontext günstig ist – auch dazu führen, dass bewährte Verfahren in anderen Grenzregionen oder bei der Zusammenarbeit in anderen Bereichen übernommen werden.

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen, die vor allem die Bürgerinnen und Bürger in ihrem alltäglichen Leben zu erreichen versucht, verbessert den Zugang zur lokalen Gesundheitsversorgung, trägt aber auch zum ergänzenden Charakter der Gesundheitsversorgung auf beiden Seiten einer Grenze bei. Sie ermöglicht die grenzüberschreitende Bündelung von Gesundheitsdienstleistungen und erleichtert sowohl Patienten als auch Fachkräften den Grenzübertritt.

Menschen, die in Grenzgebieten leben, seien es Patienten oder Angehörige der Gesundheitsberufe, werden so zu Symbolen des Grenzübertritts, einem Vektor des Friedens, der Zusammenarbeit und der Entwicklung.



KAPITEL 1

DIE ROLLE DER EUROPÄISCHEN UNION IM BEREICH DER ÖFFENTLICHEN GESUNDHEIT

Öffentliche Gesundheit im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO):

Die Wissenschaft und Kunst zur Vorbeugung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens sowie zur Förderung der geistigen und körperlichen Gesundheit und Leistungsfähigkeit durch organisierte Gemeinschaftsbemühungen um die Sanierung der Umwelt, die Kontrolle übertragbarer Infektionen, die Erziehung des Einzelnen in der Körperpflege, die Organisation von Medizin und Pflegediensten für die frühzeitige Diagnose und präventive Behandlung von Krankheiten sowie die Entwicklung einer Gesellschaftsmaschinerie, um jedem einzelnen einen Lebensstandard gewährleisten zu können, der hinsichtlich der Aufrechterhaltung der Gesundheit angemessen ist, und diese Vorteile so zu organisieren, dass jeder Bürger sein Geburtsrecht auf Gesundheit und Langlebigkeit verwirklichen kann (WHO Technical Report Series Nr. 55, 1952, S. 6).

Unter den im Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union festgelegten Aspekten stellt die öffentliche Gesundheit einen Bereich der geteilten Zuständigkeit zwischen der Europäischen Union und ihren Mitgliedstaaten dar: Der Schutz und die Verbesserung der Gesundheit liegt in der Verantwortung der Staaten, wobei die EU die nationalen Richtlinien durch ihre eigenen Strategien ergänzt.

Wie Willy Palm (2014) zusammenfasst¹, hat sich die Geschichte der europäischen Gesundheitspolitik von einer indirekten, fast außergewöhnlichen Intervention in den Tagen vor der Einheitlichen Europäischen Akte (EEA) 1986 zu der heutigen gemeinschaftsorientierten Gesundheitspolitik entwickelt.

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Entwicklungsetappen der Gesundheitspolitik seit dem Vertrag von Rom dargestellt. Anschließend werden aktuellere Aspekte thematisiert wie beispielsweise Artikel 168 des Vertrags von Lissabon, der für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen eintritt, die Richtlinie über die Ausübung der Pa-

tientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die Verbindung zwischen der öffentlichen Gesundheit und der Initiative „Europäisches Semester“ sowie die offene Methode der Koordinierung (OMK) für diesen Sektor.

1 Vor dem Vertrag von Lissabon (2007)

1.1 Gesundheit als Unterstützung für den Binnenmarkt

Anfangs wurde die Gesundheit in den europäischen Gründungsverträgen nicht speziell angesprochen. Vom Vertrag von Rom bis hin zur Einheitlichen Europäischen Akte (EEA) war Gesundheit nur ein indirekter Faktor, insbesondere dort, wo von eingeschränkter Freizügigkeit auszugehen war.

Im Jahr 1986 führte die EEA Rechtsvorschriften zum Schutz der Gesundheit und Sicherheit von Arbeitnehmern in einem integrierten Binnenmarkt ein. Zu dieser Zeit wurde die Gesundheit im Wesentlichen als zusätzliche Unterstützung für den Binnenmarkt betrachtet, insbesondere für die Freizügigkeit der Arbeitnehmer.

1.2 Auf dem Weg zu einer Gesundheitspolitik der Europäischen Union

In den Jahren 1986 bis 1997 kam es zur schrittweisen Einführung einer EU-Gesundheitspolitik. In diesen Jahren wurden Programme ins Leben gerufen, die auf große gesundheitliche Herausforderungen wie den Kampf gegen Krebs oder die HIV/AIDS-Pandemie ausgerichtet waren.

Ab den 1990er Jahren traten in Europa mehrere Gesundheitskrisen wie beispielsweise der Rinderwahnsinn auf. Ihre Bekämpfung erforderte eine koordiniertere Gesundheitspolitik auf EU-Ebene. Diesem Bedarf wurde 1992 durch die Aufnahme eines Artikels in den Vertrag von Maastricht entsprochen, in dem die Zuständigkeiten der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit festgelegt wurden.

Artikel 129 des Vertrags von Maastricht schuf somit eine Rechtsgrundlage für die Stärkung der Maßnahmen der Mitgliedstaaten in diesem Bereich, wonach die Kommission einen Beitrag zur Gewährleistung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus leistet, indem sie die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und auch mit Drittländern und internationalen Organisationen fördert und, falls erforderlich, ihre Maßnahmen unterstützt. Der Artikel sieht zudem vor, dass sich die Maßnahmen der Europäischen Gemeinschaft auf die Verhütung von Krankheiten und schwerwiegenden Gesundheitsschädigungen ausrichten, indem die For-

¹ Willy Palm ist Berater und Leiter der Kommunikation am Europäischen Observatorium für Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme.



schung und Verbreitung von Informationen gefördert und der Umfang und Geltungsbereich dieser neuen Macht definiert werden. Diese Angaben werden begleitet von der Bestätigung der Grundsätze der Subsidiarität und der ausschließlichen Zuständigkeit der Mitgliedstaaten in Gesundheitsfragen.

Gleichzeitig wurde mit der Stärkung der europäischen Integration auch die soziale Dimension der Gesundheit hervorgehoben. Seit 1992 haben sich daher europäische Beschlüsse in diesem Bereich unter Beibehaltung der nationalen Präferenzen und Besonderheiten entwickelt. Ab 1993 wurden europäische Gesundheitsprogramme in acht Aktionsbereichen eingerichtet: Gesundheitsförderung, Gesundheitsüberwachung, „Europa gegen den Krebs“, Drogen, AIDS und übertragbare Krankheiten, Verhütung von Verletzungen, durch Umweltverschmutzung bedingte Krankheiten und seltene Krankheiten. Diese Programme wurden bis 2002 durchgeführt.

Der im Oktober 1997 unterzeichnete Vertrag von Amsterdam ermöglichte eine Ausweitung der Rechtsgrundlage für die Maßnahmen der EU sowie die Verabschiedung verbindlicher Beschlüsse: All dies war eine Reaktion auf die Suche nach einem regionalen Gleichgewicht im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

Artikel 6 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) von 1997 nennt ausdrücklich den Schutz und die Verbesserung der menschlichen Gesundheit als einen Bereich der geteilten Zuständigkeit zwischen den Mitgliedstaaten und der EU. Sie ist als einer der Bereiche aufgeführt, für die die Union befugt ist, Maßnahmen zur Unterstützung, Koordinierung oder Ergänzung der Maßnahmen der Mitgliedstaaten durchzuführen.

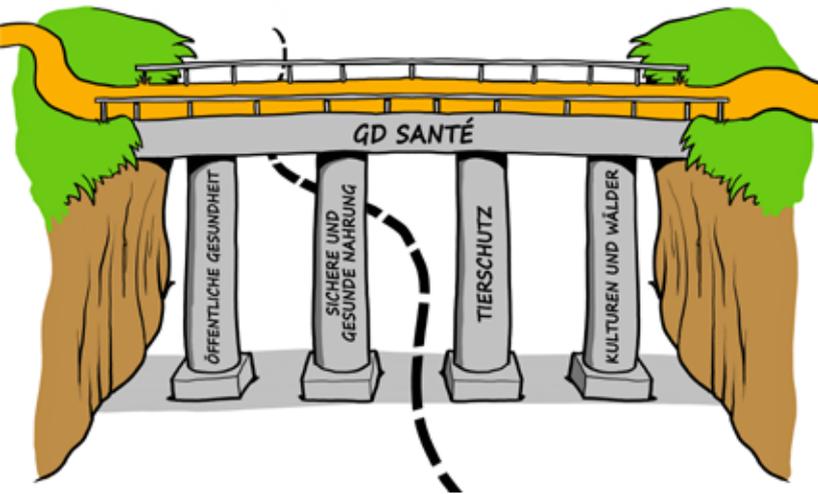
Die Maßnahmen der EU ergänzen somit die nationale Politik, insbesondere bei der Bekämpfung größerer Gesundheitsgefahren oder der Überwachung grenzüberschreitender Bedrohungen. Die EU fördert die Koordinierung der Maßnahmen der Mitgliedstaaten und kann Initiativen ergreifen.

1.3 Eine Politik zur Förderung sozialer Werte und Prinzipien

Bereits im Jahr 1998, bevor der Vertrag von Amsterdam im Mai 1999 in Kraft trat, leitete die Europäische Kommission eine umfassende Debatte ein, um die Richtung der künftigen gemeinschaftlichen Gesundheitspolitik zu prüfen. Ziel war es, auf die großen Veränderungen, die sich abzeichneten, zu reagieren, einschließlich des wachsenden Drucks auf die Gesundheitssysteme. Tatsächlich kam es zu ersten Spannungen zwischen steigenden Gesundheitsausgaben aufgrund der zunehmenden technischen Möglichkeiten, der demografischen Alterung und einer steigenden Nachfrage nach qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung auf der einen und der Verringerung der öffentlichen Ausgaben der Mitgliedstaaten auf der anderen Seite. Ergänzend kamen noch die Veränderungen hinzu, die sich aus der Erweiterung der EU und den neuen Vertragsbestimmungen ergaben.

Eine der größten Herausforderungen in diesem Zeitraum war die zunehmende Anwendung der Grundsätze des Binnenmarktes im Gesundheitswesen. Wie wir weiter unten sehen werden, hat das Urteil des Gerichtshofs der Europäischen Union (EuGH) in den Rechtssachen Kohll und Decker 1998 teilweise den wirtschaftlichen Charakter der Gesundheitsdienste und die Notwendigkeit, ein Gegengewicht zur Marktlogik zu entwickeln, bestätigt.

1999 wurde innerhalb der Europäischen Kommission die Generaldirektion (GD) Gesundheit und Verbraucher eingerichtet. Die Tätigkeit dieser GD, die heute als Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit oder GD SANTE bekannt ist, stützt sich auf vier Säulen: die öffentliche Gesundheit zu schützen und zu verbessern; sicherzustellen, dass Europas Lebensmittel sicher und bekömmlich sind; die Gesundheit und das Wohlergehen landwirtschaftlicher Nutztiere zu sichern; und die Gesundheit von Nutzpflanzen und Wäldern zu bewahren.



Die im Jahr 2000 eingeleitete Lissabon-Strategie soll unter anderem ein besseres Gleichgewicht zwischen den wirtschaftlichen Bestrebungen der EU und dem europäischen Sozialmodell herstellen. Folglich wurden neue Gemeinschaftsansätze zur Modernisierung der Sozialschutzsysteme entwickelt.

Die Charta der sozialen Grundrechte, die im Dezember 2000 angenommen wurde, legt die Grundrechte fest, die im Mittelpunkt des europäischen Projekts stehen und von der Union wie auch von ihren Mitgliedern geachtet werden müssen. Artikel 35 dieses verbindlichen Rechtsinstruments begründet das Recht auf Gesundheitsversorgung, d. h. Zugang zur Gesundheitsvorsorge und das Recht auf medizinische Behandlung sowie ein hohes Gesundheitsschutzniveau.

Mit dem Entwurf der Dienstleistungsrichtlinie vom Januar 2004 wurde eine Debatte über die Liberalisierung des Dienstleistungssektors einschließlich des Gesundheitswesens eingeleitet. Ziel dieser Richtlinie war es, einen echten Binnenmarkt für Dienstleistungen in Europa zu schaffen und den betreffenden Sektoren sowohl den freien Zugang von Dienstleistungserbringern als auch die freie Ausübung von Dienstleistungstätigkeiten in Europa zuzusichern. Nach zwei Jahren der Debatte und Kontroversen wurden die Gesundheitsdienste schließlich vom Geltungsbereich dieser Richtlinie ausgenommen.

Zu dieser Zeit fasste sich die EU mit der bevorstehenden Erweiterung um die mittel- und osteuropäischen Länder. In diesen Ländern bestanden hinsichtlich der Gesundheitssysteme nicht nur erhebliche Unterschiede zu anderen Mitgliedstaaten, sondern auch innerhalb ihrer eigenen Grenzen, unter anderem in Bezug auf den Gesundheitszustand und den Zugang zu Gesundheitsversorgung und -leistungen. Vor dem Hintergrund dieser historischen Erweiterung sowie in Verbindung mit der zunehmenden Globalisierung wurde die Zusammenarbeit zwischen der Kommission und internationalen Organisationen wie der WHO gestärkt.

Im Jahr 2006 verfassten die Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten eine gemeinsame Erklärung, in der die Werte Universalität, Zugänglichkeit, Gerechtigkeit und Solidarität sowie die Grundsätze Qualität, Sicherheit, Selbstbestimmungsrecht der Patienten, Vertraulichkeit und Wiedergutmachung dargelegt werden. Sie forderten die Achtung dieser gemeinsamen Werte und Grundsätze bei der Ausarbeitung von Vorschlägen für Gesundheitsdienste. Diese Werte und Grundsätze sind zwar unverbindlich, sollen jedoch die Richtlinien für Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten inspirieren und die europäischen Institutionen dazu anregen, sie bei der Umsetzung der EU-Politik einfließen zu lassen.

2 Vom Vertrag von Lissabon bis heute: Bedeutende Fortschritte

2.1 Förderung der öffentlichen Gesundheit durch Artikel 168

Die Gesundheit, ein Bereich, den man ursprünglich entweder indirekt oder nur unter außergewöhnlichen Umständen durch eine Vielzahl von verschiedenen Maßnahmen behandelte, wurde nun schrittweise in die EU-Politik integriert. Parallel dazu entwickelte die Europäische Kommission einen eher horizontalen und integrierten Ansatz, um die neuen Herausforderungen im Gesundheitsbereich anzugehen.

Dieser Ansatz für die öffentliche Gesundheit ist in seiner jetzigen Form auf den Vertrag von Lissabon, insbesondere auf Artikel 168 (Titel XIV), zurückzuführen.

Der Text beginnt mit der Definition eines übergeordneten Ziels: der Gewährleistung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus in allen Strategien und Tätigkeiten der Union. Anschließend werden die in den verschiedenen Bereichen bestehenden Zuständigkeiten und Interventionsmethoden dargelegt und der Vorrang der Mitgliedstaaten bei der Festlegung der Gesundheitspolitik sowie bei der Organisation und Finanzierung von Gesundheitsdiensten und medizinischer Behandlung bekräftigt. In einem anderen Punkt enthält Artikel 168 einen neuen Aspekt: die Entwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen. Schließlich wurde der Zuständigkeitsbereich erweitert und umfasst jetzt Arzneimittel und Medizinprodukte (Artikel 168 4c).

Andere Artikel in diesem Vertrag betreffen ebenfalls den Gesundheitsbereich, insbesondere Artikel 169 zum Verbraucherschutz und Artikel 191 zum Arbeitsplatzumfeld.

AEUV (Amtsblatt der Europäischen Union vom 26. Oktober 2012)
TITEL XIV

PUBLIC HEALTH

Artikel 168

(ex-Artikel 152 EGV)

1. Bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt. Die Tätigkeit der Union ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit gerichtet. Sie umfasst die Bekämpfung der weit verbreiteten schweren Krankheiten, wobei die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert werden; außerdem umfasst sie die Beobachtung, frühzeitige Meldung und Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren.

Die Union ergänzt die Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Verringerung drogenkonsumbedingter Gesundheitsschäden einschließlich der Informations- und Vorbeugungsmaßnahmen.

2. Die Union fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in den in diesem Artikel genannten Bereichen und unterstützt erforderlichenfalls deren Tätigkeit. **Sie fördert insbesondere die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, die darauf abzielt, die Komplementarität ihrer Gesundheitsdienste in den Grenzgebieten zu verbessern.**

Die Mitgliedstaaten koordinieren untereinander im Benehmen mit der Kommission ihre Politiken und Programme in den in Absatz 1 genannten Bereichen. Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordination förderlich sind, insbesondere Initiativen, die darauf abzielen, Leitlinien und Indikatoren festzulegen, den Austausch bewährter Verfahren durchzuführen und die erforderlichen Elemente für eine regelmäßige Überwachung und Bewertung auszuarbeiten. Das Europäische Parlament wird in vollem Umfang unterrichtet.

3. Die Union und die Mitgliedstaaten fördern die Zusammenarbeit mit Drittländern und den für das Gesundheitswesen zuständigen internationalen Organisationen.

4. Abweichend von Artikel 2 Absatz 5 und Artikel 6 Buchstabe a tragen das Europäische Parlament und der Rat nach Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe k gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren und nach Anhörung des Wirtschafts- und Sozialausschusses sowie des Ausschusses der Regionen mit folgenden Maßnahmen zur Verwirklichung der Ziele dieses Artikels bei, um den gemeinsamen Sicherheitsanliegen Rechnung zu tragen:

(a) Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs sowie für Blut und Blutderivate; diese Maßnahmen hindern die Mitgliedstaaten nicht daran, strengere Schutzmaßnahmen beizubehalten oder einzuführen;

(b) Maßnahmen in den Bereichen Veterinärwesen und Pflanzenschutz, die unmittelbar den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung zum Ziel haben;

(c) Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Arzneimittel und Medizinprodukte.

5. Das Europäische Parlament und der Rat können unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren und nach Anhörung des Wirtschafts- und Sozialausschusses und des Ausschusses der Regionen auch Fördermaßnahmen zum Schutz und zur Verbesserung der menschlichen Gesundheit sowie insbesondere zur Bekämpfung der weit verbreiteten schweren grenzüberschreitenden Krankheiten, Maßnahmen zur Beobachtung, frühzeitigen Meldung und Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren sowie Maßnahmen, die unmittelbar den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung vor Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch zum Ziel haben, erlassen.

6. Der Rat kann ferner auf Vorschlag der Kommission für die in diesem Artikel genannten Zwecke Empfehlungen erlassen.

7. Bei der Tätigkeit der Union wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt. Die Verantwortung der Mitgliedstaaten umfasst die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel. Die Maßnahmen nach Absatz 4 Buchstabe a lassen die einzelstaatlichen Regelungen über die Spende oder die medizinische Verwendung von Organen und Blut unberührt.

2.2 Ein rechtlicher Rahmen für die Organisation des Rechts von Patienten auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Die Richtlinie über die Rechte von Patienten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die 2011 verabschiedet wurde, stellt eine wichtige Etappe in der EU-Gesundheitspolitik dar. Diese Richtlinie regelt die Frage der Erstattung von Gesundheitsleistungen, die außerhalb des Versicherungsmitgliedstaats des Patienten erbracht werden, eine Problematik, die sich aus der Rechtsprechung des EuGH ergibt. Gleichzeitig schafft dieses neue Gesetz unter gebührender Berücksichtigung der Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten gemäß Artikel 168 Absatz 7 des Vertrags eine Rechtsgrundlage für die Entwicklung einer gemeinschaftlichen Koordinierungsstrategie für die Gesundheitsversorgung.

Die Richtlinie bietet daher einen rechtlichen Rahmen für die Organisation einer strukturierten Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in einer Reihe von Bereichen wie Gesundheitstechnologien, Schaffung von Referenznetzen oder elektronischer Gesundheitsdienste.

Diese Entwicklungen haben auf Gemeinschaftsebene zu einer offeneren Diskussion der Mitgliedstaaten über Probleme und Herausforderungen geführt, die sich aus den Gesundheitsstrategien und der Verwaltung ihrer

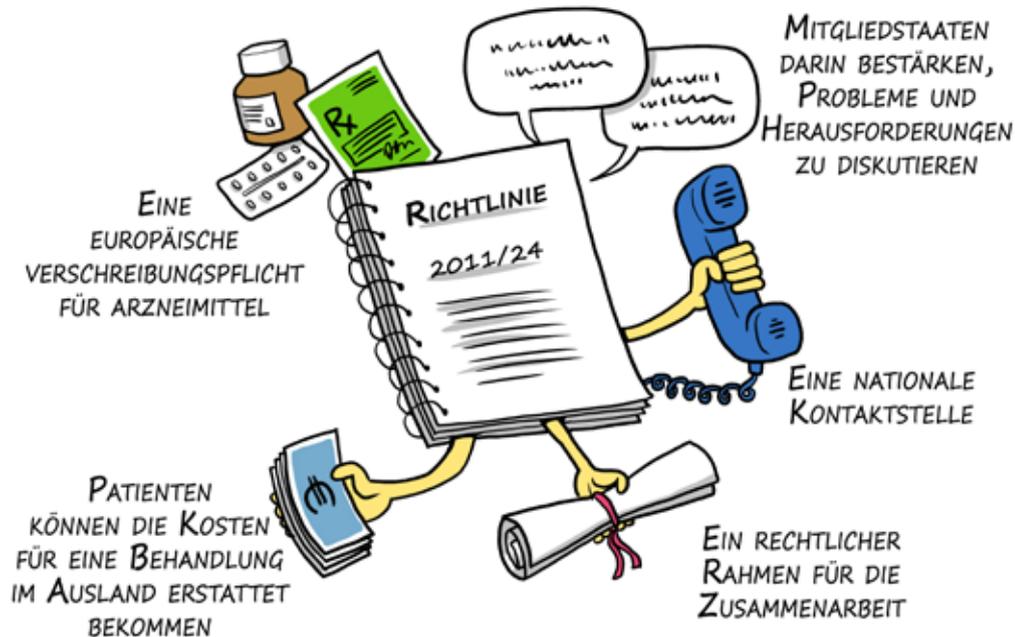
Gesundheitssysteme ergeben. Daher gibt es jetzt einen kollektiven Ansatz für das Problem des Mangels an Angehörigen der Gesundheitsberufe (ein Mangel, der manchmal durch das Recht auf Freizügigkeit entsteht), die Einrichtung von Systemen zur Bewertung und Gewährleistung der Qualität der Versorgung oder die Schaffung eines integrierten Ansatzes bei der Vorbeugung, Behandlung und Nachsorge von Krankheiten wie Krebs.

2.3 Die wichtigsten Instrumente der Europäischen Kommission im Bereich der Gesundheit

Mehrjährige öffentliche Gesundheitsprogramme

Ab 2003 wurden mehrjährige Aktionsprogramme angenommen wie das EU-Gesundheitsprogramm 2003-2008, gefolgt von dem Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich Gesundheit und Verbraucherschutz 2007-2013. Diese Programme organisieren und finanzieren gemeinsame Aktivitäten und Projekte im Bereich Gesundheit.

In Fortführung dieser mehrjährigen Aktionsprogramme fasste die Europäische Kommission im Jahr 2007 alle ihre Maßnahmen im Bereich Gesundheit in einer integrierten Strategie mit dem Titel „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz für die EU 2008-2013“ zusammen. Drei allgemeine Ziele werden vorgeschlagen:



- Verbesserung der Gesundheit in einem alternden Europa durch lebenslange Gesundheitsförderung;
- Schutz der Bürger vor Gesundheitsgefahren (einschließlich übertragbarer Krankheiten und Bioterrorismus) und Gewährleistung der Sicherheit der Patienten;
- Unterstützung dynamischer Gesundheitssysteme und neuer Technologien.

Das dritte mehrjährige Gesundheitsprogramm der EU bezieht sich auf den Zeitraum 2014-2020. Es stellt das Hauptinstrument der Europäischen Kommission zur Erreichung der EU-Gesundheitsstrategie dar und ist in jährliche Arbeitspläne unterteilt.

Verwaltet wird es von der Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Lebensmittel (CHAFEA), die ihre Arbeit im Jahr 2014 aufgenommen hat und aus der früheren Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher hervorgegangen ist. Sie führt die ihr von der GD SANTE anvertrauten Aufgaben aus und verwaltet unter anderem das Gesundheitsprogramm der EU.

Das mehrjährige Programm „Gesundheit für Wachstum“ (2014-2020) verfolgt vier Hauptziele:

1. die Gesundheit zu fördern, Krankheiten vorzubeugen und sich für Umgebungen einzusetzen, die zu einer gesunden Lebensweise beitragen, wobei das Prinzip „Gesundheit in allen Politikbereichen“ berücksichtigt wird;
2. die EU-Bürger vor schweren grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren zu schützen;
3. zu innovativen, wirksamen und tragfähigen Gesundheitssystemen beizutragen;
4. den Zugang zu einer besseren und sichereren Gesundheitsversorgung für EU-Bürger zu verbessern.





Das Europäische Semester und die länderspezifischen Empfehlungen

Seit der Wirtschafts- und Finanzkrise im Jahr 2008 haben die Gesundheitssysteme als Teil der sozioökonomischen Strategien der Staaten eine größere Aufmerksamkeit auf Gemeinschaftsebene erfahren. Diese Systeme haben erhebliche Auswirkungen auf die Haushalte der Mitgliedstaaten.

Im Rahmen des Zyklus des Europäischen Semesters² wurden die Gesundheitssysteme allmählich länderspezifischen Empfehlungen unterworfen. Obwohl diese Empfehlungen vor allem haushaltstechnischer Art sind, werden die Mitgliedstaaten auch zu Reformen aufgefordert, die Zugang zu medizinischer Versorgung, einen ausgeglichenen Haushalt und leistungsfähigere Gesundheitssysteme schaffen.

Die offene Methode der Koordinierung (OMK)

Zusätzlich zu diesen Empfehlungen sammelt die EU auch umfassende Informationen. Dies ermöglicht einen Vergleich der Gesundheitssysteme und erlaubt es der Europäischen Kommission, Stellungnahmen und Empfehlungen an die Mitgliedstaaten zu richten. Im Rahmen der offenen Methode der Koordinierung wurde zudem ein gemeinsamer Bewertungsrah-

men entwickelt. Dieser konzentriert sich hauptsächlich auf die Themen Zugang, Qualität, Gerechtigkeit und Effektivität der Gesundheitssysteme.

Trotz ihrer begrenzten Befugnisse im Gesundheitsbereich ermöglicht die 2004 als neues politisches Instrument eingeführte offene Methode der Koordinierung die Etablierung gemeinsamer operativer Ziele zusammen mit Indikatoren und einem Bewertungsprozess.

3 Aktuelle Probleme und Herausforderungen

Zugegebenermaßen gibt es heute immer noch Unterschiede in der Gesundheitsversorgung innerhalb und zwischen den Mitgliedstaaten, auch wenn sich die Gesundheitssysteme in den EU-Ländern immer stärker annähern. Tatsächlich werden sie sogar immer mehr voneinander abhängig, nicht zuletzt aufgrund der verbesserten Bedingungen für die Mobilität von Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen nahm die Kommission am 4. April 2014 eine EU-Agenda an, in der die Mitgliedstaaten dazu aufgefordert wurden, zugängliche und wirksame Gesundheitssysteme zu entwickeln, die in der Lage sind, sich den neuen sozialen Herausforderungen anzupassen. Zu den von dieser Agenda geförderten Initiativen gehören die Verbesserung der Patientengesundheit und der Abbau von Ungleichheiten, insbesondere im Hinblick auf regionale Unterschiede in der Qualität der Gesundheitsversorgung.

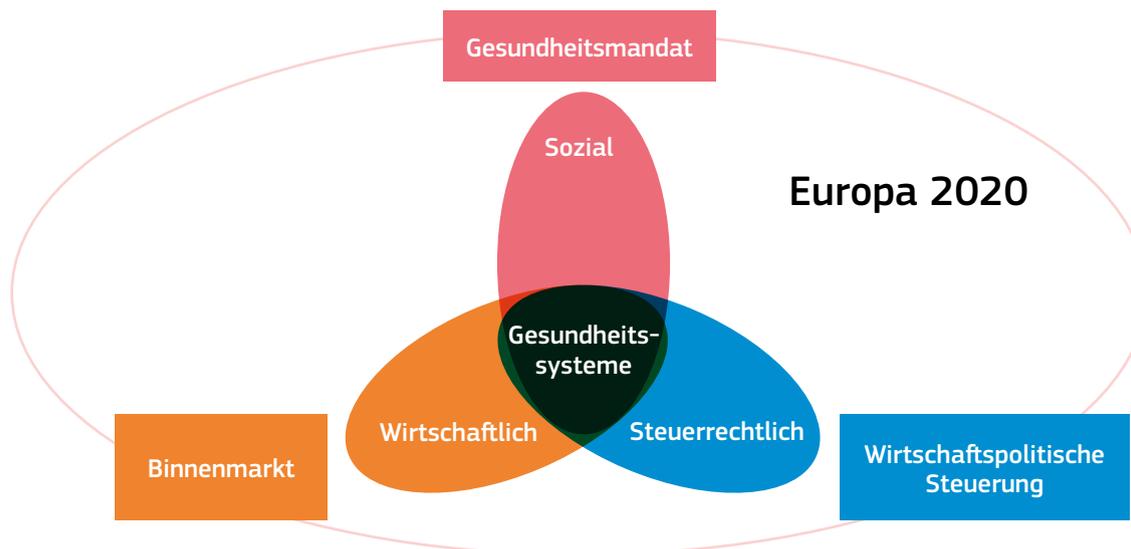
Die Chronologie, die wir hier verfolgen, könnte quasi vermuten lassen, dass sich die EU-Gesundheitspolitik auf eine etwas fragmentierte Art und Weise entwickelt hat und zwar im Wesentlichen als Reaktion auf Gesundheitskrisen. Die Realität ist allerdings etwas komplizierter. Artikel 168 des Vertrags von Lissabon spiegelt zweifellos die Veränderungen wider, die durch Gesundheitskrisen wie den Blutskandal in den 1990er Jahren verursacht wurden. Nach dieser Krise wurden jedoch echte Befugnisse und ein Gemeinschaftsmechanismus für Normen eingeführt. Diese Standards sind besonders streng, wenn es sich um Garantien für die Sicherheit von Blutprodukten sowie menschlichen Geweben, Zellen und Organen handelt.

Es scheint auch, dass der Prozess der europäischen Integration einen realen, wenn auch indirekten Einfluss ausgeübt hat, der unter anderem durch Maßnahmen für den freien Verkehr von Personen, Waren und Dienstleistungen zum Ausdruck kommt. Er hat sich somit als Faktor für die Einbeziehung von Gesundheit in die EU-Politik erwiesen.

Wie die Grafik (Palm, 2014) zeigt, stehen Gesundheitssysteme an der Schnittstelle zwischen Sozial-, Wirtschafts- und Steuersystemen.

² Ein 2010 geschaffener Mechanismus zur Koordinierung der Wirtschafts- und Haushaltspolitik der Mitgliedstaaten.

Abbildung 1: Gesundheitssysteme an der Schnittstelle zwischen Sozial-, Wirtschafts- und Steuersystemen (Palm, 2014)



Wie dargestellt, beruht das Gesundheitskonzept der EU auf diesen drei Aktionsbereichen. Gesundheit wird als entscheidendes Element für Wachstum und sozialen Zusammenhalt der Bevölkerungen in den Mitgliedstaaten angesehen. Außerdem ist sie ein wichtiger Wirtschaftssektor, nicht zuletzt, weil sie sowohl direkt als auch indirekt eine große Zahl von Arbeitsplätzen schafft. Zu guter Letzt stellt die Gesundheit einen wichtigen Haushaltsaspekt dar, insbesondere im Hinblick auf die EU-Maßnahmen zur Wirtschafts- und Währungsstabilität.

Die öffentliche Gesundheit im Sinne von Artikel 168 berührt somit viele gemeinschaftliche Strategien.

Es bestehen deutliche Spannungen zwischen den von den Mitgliedstaaten festgelegten sozialen Bedürfnissen einerseits und den von der EU vorgegebenen wirtschaftlichen und haushaltspolitischen Zwängen andererseits. Es existiert jedoch ein weit verbreitetes und wachsendes Bewusstsein für die politische und soziale Bedeutung des Gesundheitssektors.

Die Strategie Europa 2020, die auf ein intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum abzielt, betrachtet die Gesundheit als unabdingbare Voraussetzung für die Verwirklichung ihrer Ziele.

Während die Wirtschafts- und Finanzkrise zu einem Rückgang der öffentlichen Ausgaben führte, wächst die Notwendigkeit, eine konsequentere europäische Politik für die Gesundheit sowie für Gesundheitssysteme zu

entwickeln. Die finanziellen Schwierigkeiten der Mitgliedstaaten führen dazu, dass sie stärker zusammenarbeiten und sowohl Informationen als auch bewährte Verfahren austauschen.

Angesichts dieser Herausforderungen kann die Kommission zur Verwirklichung ihrer Ziele eine Vielzahl von Instrumenten und Institutionen heranziehen. Neben den in diesem Kapitel behandelten Behörden gibt es beispielsweise die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit, die Europäische Arzneimittel-Agentur und das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten.

Gewiss setzt sich die europäische Integration im Bereich der öffentlichen Gesundheit im Vergleich zu anderen Sektoren eher zögerlich fort, da die Gesundheit immer noch einen Bereich darstellt, den nationale Regierungen tendenziell lieber selbständig verwalten.

Angesichts der globalen Herausforderungen, der Erwartungen und Bedürfnisse der Bevölkerungen, des freien Verkehrs von Personen und Waren sowie der grenzüberschreitenden Dynamik hat die EU jedoch präzise Antworten auf einige der Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit geliefert. Allgemeiner ausgedrückt muss die EU dazu beitragen können, Ideen, Rechtsrahmen und Ressourcen zusammenzuführen, um eine harmonisierte europäische Gesundheitspolitik zu fördern, die diesen Namen auch verdient.

KAPITEL 2

ZUGANG ZUR GRENZÜBER- SCHREITENDEN GESUND- HEITSVERSORGUNG IN DER EUROPÄISCHEN UNION

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in der EU geht ausschließlich über die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten. Um jedoch die Mobilität von Arbeitnehmern und Bürgern im Allgemeinen zu fördern, wurde in den Anfangstagen der europäischen Integration eine Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten eingeleitet. Dies hat den Weg für den Zugang zur Gesundheitsversorgung in der EU in verschiedenen Formen geebnet. Es ist daher nützlich, die Ursprünge dieser Maßnahme nachzuvollziehen, da sie den Bürgern das Recht auf Betreuung in einem anderen Mitgliedstaat eröffnet hat, während die Kosten von ihrem eigenen Sozialversicherungssystem getragen werden.

Insgesamt gibt es vier verschiedene Phasen. Die erste betrifft die von der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl (EGKS) erzielten Vereinbarungen; die zweite die Umsetzung des Vertrags von Rom; die dritte die Verabschiedung europäischer Vorschriften zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, und die vierte und letzte Phase bezieht sich auf die Anwendung der Dienstleistungsfreiheit im Bereich der Gesundheitsversorgung.

1 Die Ursprünge der Freizügigkeit für Arbeitnehmer

Der Zugang zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung entstand mit der frühesten Form der europäischen Integration, nämlich durch die Vereinbarungen zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl (EGKS) im Jahr 1952. Ursprünglich sollte der Zugang zur Gesundheitsversorgung im Ausland die Mobilität von Wanderarbeitnehmern erleichtern und unterstützen.

Die Entstehung des europäischen Sozialschutzrechts hängt eng mit der Geschichte des europäischen Aufbauwerks zusammen, das in seiner ersten Form bis auf den am 18. April 1951 unterzeichneten Pariser Vertrag zurückverfolgt werden kann. Dieser Vertrag hatte im Wesentlichen eine wirtschaftliche Ausrichtung. Ziel war die Schaffung eines Kohle- und Stahlmarktes zwischen sechs Ländern: der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Italien, den Niederlanden, Belgien und Luxemburg.

Nach Artikel 2 des Pariser Vertrags soll ein Beitrag zur Entwicklung der Beschäftigung und zur Verbesserung des Lebensstandards in den teilnehmenden Ländern geleistet werden. Diese soziale Zielsetzung wird in Artikel 3 bestätigt, in dem von einer Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Erwerbsbevölkerung gesprochen wird, um eine aufwärts gerichtete Angleichung dieser Bedingungen in den vom Vertrag betroffenen Wirtschaftssektoren zu ermöglichen.

Auf diese Weise bekräftigt der Vertrag die gegenseitige Abhängigkeit sozialer und wirtschaftlicher Faktoren, wonach der soziale Fortschritt einen Markt begleiten wird, der das Wirtschaftswachstum fördert. Dieser Ansatz der Hohen Behörde der EGKS schuf eine Sozialpolitik, die sich in erster Linie auf den Wohnraum und die berufliche Bildung erstreckte.

Die Sozialpolitik der EGKS war somit Teil einer umfassenderen Strategie: der Beschäftigungsstrategie. Der riesige Kohle- und Stahlmarkt konnte nicht ohne Arbeitskräfte bewerkstelligt werden und diese Arbeitskräfte mussten in der Lage sein, sich den wirtschaftlichen Veränderungen anzupassen und ihren Wohnort innerhalb des neuen Wirtschaftsraums zu wechseln, um auf die Arbeitskräftenachfrage in den vom Vertrag betroffenen Wirtschaftssektoren reagieren zu können.

Der Pariser Vertrag sah keine Einführung einer überstaatlichen Sozialversicherungspolitik vor. Die Hohe Behörde bemühte sich ihrerseits, die nationalen Verordnungen nicht zu harmonisieren, sondern eher zu koordinieren, um die Hindernisse für den freien Personenverkehr im EGKS-Markt zu beseitigen.

Dieses Ziel spiegelt sich im Vertragstext wider, der vorsieht, dass die Mitgliedstaaten jede Diskriminierung zwischen Staatsangehörigen und Migranten in Bezug auf Entlohnung und Arbeitsbedingungen verbieten und alle notwendigen Vorkehrungen treffen müssen, so dass die Maßnahmen der sozialen Sicherheit der Arbeitskräftemobilität nicht im Wege stehen. Auf der Grundlage dieser Bestimmungen ergriff die EGKS die Initiative zur Koordinierung der nationalen Verordnungen.

2 Die Definition von besonderen sozialen Rechten für Wanderarbeitnehmer

Nach Artikel 2 des Vertrags von Rom (1957) zur Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) ist es das Ziel der Gemeinschaft, durch die Errichtung eines gemeinsamen Marktes und die schrittweise Annäherung der Wirtschaftsstrategien der Mitgliedstaaten eine harmonische Entwicklung des Wirtschaftslebens innerhalb der Gemeinschaft, eine beständige und ausgewogene Wirtschaftsausweitung, eine größere Stabilität, eine beschleunigte Hebung der Lebenshaltung und engere Beziehungen zwischen den Mitgliedstaaten zu fördern.

Die sozialen Bestimmungen des Vertrags von Rom sind in den Artikeln 48 bis 51 über die Freizügigkeit der Arbeitnehmer sowie in den Artikeln 117 bis 128 über die Sozialpolitik, einschließlich der Schaffung des Europäischen Sozialfonds, zusammengefasst.

Zur Förderung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer verleiht Artikel 51 dem Ministerrat Entscheidungsbefugnisse: „Der Rat erlässt durch einen einstimmigen Beschluss zu einem Vorschlag der Kommission im Bereich der sozialen Sicherheit die erforderlichen Maßnahmen, um die Freizügigkeit der Arbeitnehmer zu gewährleisten, insbesondere durch die Einführung eines Systems, das Wanderarbeitnehmern und ihren Begünstigten zusichert:

- dass für die Zwecke der Begründung und Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs und für dessen Berechnung alle Zeiten zusammengerechnet werden, die nach den jeweiligen Rechtsvorschriften der betreffenden Länder zu berücksichtigen sind;
- dass diese Leistungen an Personen gezahlt werden, die in den Hoheitsgebieten der Mitgliedstaaten ansässig sind.“

Diese Bestimmungen, die in dem am 9. Dezember 1957 unterzeichneten Europäischen Übereinkommen über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer festgelegt sind, sollten später in den ersten europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit aufgegriffen werden.

3 Ein europäisches System der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer entwickeln

Die europäische Sozialgesetzgebung bildet die unabdingbare Voraussetzung für die Ausübung des Rechts auf einen freien Verkehr von Personen im Allgemeinen und Arbeitnehmern im Besonderen.

Das europäische Sozialversicherungsrecht sieht keine Harmonisierung der Sozialversicherungssysteme verschiedener Mitgliedstaaten vor. Vielmehr sollen sie koordiniert werden, ohne die Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten in diesem Bereich zu verändern. Folglich kann jeder Mitgliedstaat beispielsweise bestimmen, wer nach seinen eigenen Rechtsvorschriften versichert werden soll und welche Leistungen unter welchen Bedingungen gezahlt werden müssen.



3.1 Die ersten europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

Die erste vom Ministerrat am 25. September 1958 angenommene Koordinierungsverordnung und ihre Durchführungsverordnung bilden das erste Instrument zur Koordinierung der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften über die soziale Sicherheit von Wanderarbeitnehmern.

Diese europäischen Koordinierungsverordnungen enthalten Regeln und Grundsätze zur Erleichterung der Ausübung des Rechts auf Freizügigkeit. Sie spielen eine Schlüsselrolle bei der Gewährleistung der Gleichbehandlung von Bürgern, die ihr Recht auf Freizügigkeit innerhalb der EU ausüben, und denjenigen, die in demselben Mitgliedstaat leben und arbeiten.

Sie legen einige wichtige Grundsätze fest:

1. Die Gleichbehandlung von Einheimischen und Staatsangehörigen anderer Mitgliedstaaten dergestalt, dass eine Person, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnt, den gleichen Verpflichtungen unterliegt und die gleichen Vorteile genießt wie die Staatsangehörigen dieses Mitgliedstaates, ohne (unmittelbare oder mittelbare) Diskriminierung aus Gründen der Staatsangehörigkeit;
2. Die Zusammenrechnung von Versicherungszeiten, Beschäftigungszeiten, Zeiten einer selbständigen Erwerbstätigkeit oder Wohnzeiten nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats, so dass diese Zeiträume soweit erforderlich berücksichtigt werden, z. B. für den Erwerb des Anspruchs auf Leistungen nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaats;
3. Die „Ausfuhr“ von Leistungen, so dass sie in jeden anderen Mitgliedstaat ausgeführt und in bar erstattet werden können;
4. Die Festlegung des Mitgliedstaates, dessen Sozialversicherungsvorschriften anwendbar sind; im Prinzip ist jeweils nur ein Recht der sozialen Sicherheit auf einmal anwendbar, so dass eine Person den angemessenen sozialen Schutz genießt, ohne gleichzeitig den Rechtsvorschriften von zwei oder mehr Mitgliedstaaten unterworfen zu sein. Daraus folgt auch, dass diese Person unter keinen Umständen verpflichtet ist, einen doppelten oder überhaupt keinen Beitrag zu zahlen.

Diese Grundsätze ermöglichen es versicherten Personen, sich innerhalb der EU frei von einem Mitgliedstaat zum anderen bewegen zu können. Demnach verbietet der Grundsatz der Gleichbehandlung und Nichtdiskriminierung nicht nur eine unmittelbare Diskriminierung von Arbeitnehmern aufgrund der Staatsangehörigkeit, sondern auch eine mittelbare Diskriminierung, die sich mit besonders hoher Wahrscheinlichkeit benachteiligend auf Staatsangehörige anderer Mitgliedstaaten auswirkt.

3.2 Die Ausweitung der europäischen sozialen Sicherheit durch neue Koordinierungsverordnungen

Die ersten Bestimmungen von 1958, die als sehr komplex erachtet wurden, gaben Anlass zu erheblichen Streitigkeiten, bevor sie Anfang der 1970er Jahre durch zwei Verordnungen ersetzt wurden: Verordnung 1408/71 und ihre Durchführungsverordnung 574/72. Die Verordnung 1408/71 betrifft die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern.

Diese Verordnungen wurden zu dem Zeitpunkt erlassen, als Dänemark, Irland und das Vereinigte Königreich zu Mitgliedern der Gemeinschaft wurden. Die Gesundheitssysteme dieser drei Länder entsprechen dem Beveridge-Modell, während die sechs Gründungsmitglieder Bismarcksche Zugangssysteme zur Gesundheitsversorgung aufweisen.

Zur Definition des Konzepts von Rechteinhabern und Leistungsempfängern erforderte die Koexistenz dieser beiden Modelle innerhalb der EU eine Erweiterung des damaligen Konzepts einer versicherten Person (Bismarckscher Ansatz), die auch Einwohner (Beveridge-Modell) in die Koordinierungsverordnung mit einbezieht, um die neuen Mitgliedstaaten unter Berücksichtigung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit, die vom Wohnsitz und nicht der Versicherung ausgehen, zu integrieren.

Die neuen Verordnungen gewährleisten die Gleichbehandlung von ausländischen und inländischen Bürgern. Sie verfolgen einen nichtterritorialen Ansatz in Bezug auf Rechtsvorschriften, die nach dem Grundsatz der Zusammenrechnung von Versicherungszeiten anzuwenden sind, und zwar sowohl für den Erwerb von Leistungsansprüchen als auch für die Aufrechterhaltung dieser Rechte. Sie ermöglichen die Übertragung der angewandten Rechtsvorschriften auf Personen mit Wohnsitz im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats, in dem die Familienangehörigen des Wanderarbeitnehmers leben. Diese Verordnungen erlauben es den Arbeitnehmern, die Rechte, die sie im Hoheitsgebiet anderer Mitgliedstaaten erworben haben, beizubehalten. Sie verpflichten den Mitgliedstaat, der Geldleistungen schuldet, sein Verwaltungssystem über sein Hoheitsgebiet hinaus auszudehnen und die einem im Ausland lebenden Arbeitnehmer zustehenden Leistungen zu zahlen.

SOZIALSCHUTZSYSTEME

Sozialschutzsysteme (Organisation, Anwendung, Finanzierung) bauen auf zwei strukturellen Modellen auf: dem Bismarck- und dem Beveridge-System.

Das Bismarcksche oder versicherungsbasierte System

Dieses Modell basiert auf den vom deutschen Reichskanzler Otto von Bismarck (1815-1898) eingeführten Sozialgesetzen. Sie wurden in der Hoffnung angenommen, soziale Bewegungen auszumerzen und gleichzeitig die Lebensbedingungen der Arbeiter zu verbessern, um die Produktivität zu steigern. Das Modell legte die Grundsätze eines obligatorischen Krankheitsschutzes fest, die sich an Versicherungstechniken orientierten. In diesem Modell erfolgt der Schutz nach Kategorien, hauptsächlich nach Art der Beschäftigung auf der Grundlage von „Sozialbeiträgen“, die von den Sozialpartnern, den Vertretern der Arbeitnehmer und Arbeitgeber, verwaltet werden.

Das Beveridge-System

Dieses Modell basiert auf dem Bericht des Ökonomen William Beveridge (1879-1963), der 1942 auf Ersuchen der britischen Regierung im Hinblick auf die Schaffung eines nationalen Gesundheitssystems nach dem Zweiten Weltkrieg erstellt wurde. Es beruht auf den Grundsätzen der Universalität des sozialen Schutzes, d. h. auf der Absicherung von sozialen Risiken der gesamten Bevölkerung; der Einheitlichkeit der Leistungen basierend auf den individuellen Bedürfnissen der Patienten; und der Finanzierung auf der Grundlage von Steuern und einer zentralisierten Verwaltung durch die Regierung.

Im Fall von Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft erleichtern diese Verordnungen die Anspruchsberechtigung und die Erbringung der Leistungen außerhalb des Gebiets des Schuldnerstaats.

Die Verordnung gilt für alle Arbeitnehmer oder Selbständigen sowie für Studenten, die den Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten unterliegen oder unterlagen und die Staatsangehörige eines der Mitgliedstaaten oder Staatenlose oder Flüchtlinge mit Wohnsitz in einem der Mitgliedstaaten sind sowie für ihre Familienangehörigen und Hinterbliebenen. Beamte sind von diesen Verwaltungsvorschriften nicht betroffen. Schließlich sind ergänzende Systeme der sozialen Sicherheit vom Geltungsbereich dieser Koordinierungsinstrumente ausgenommen.

3.3 Das neue Jahrtausend und die Modernisierung der sozialen Sicherheit in Europa

Der Gerichtshof der Europäischen Union (EuGH) wurde wiederholt aufgefordert, die Bestimmungen der Koordinierungsverordnungen so auszulegen, dass die Freizügigkeit der Arbeitnehmer, die Niederlassungsfreiheit und nach der Verabschiedung der Einheitlichen Europäische Akte ebenfalls der freie Personenverkehr gewährleistet ist.

Die Urteile des EuGH und die Forderungen nach Änderungen der Verordnungen durch die Mitgliedstaaten haben dazu geführt, dass viele Änderungsanträge angenommen wurden, die die Texte im Laufe der Zeit stark verkompliziert haben, so dass sie nur schwer nachzuvollziehen sind.

Im Dezember 1998 legte die Europäische Kommission aus Effizienzgründen einen Vorschlag zur Vereinfachung und Modernisierung der Koordinierungsverordnungen vor. Dieser Vorschlag zielte auch darauf ab, die Rechte versicherter Personen zu verbessern, z. B. durch Einbeziehung von nichterwerbstätigen Personen und Vorruhestandsleistungen, durch Verbesserung des grenzüberschreitenden Zugangs zu Sachleistungen bei Krankheit für Grenzgänger im Ruhestand, durch Erweiterung des Kapitels über Arbeitslosigkeit dahingehend, dass auch Systeme für Selbständige erfasst werden, und durch Erweiterung der Rechte von Rentnern und Waisen im Hinblick auf Familienleistungen.

Die Modernisierung der Verordnungen 1408/71 und 574/72 wurde 2009 durch die Annahme der neuen Verordnungen 883/2004 und 987/2009 mit Wirkung ab 1. Mai 2010 abgeschlossen. Diese neuen Texte berücksichtigen teilweise die Rechtsprechung des EuGH, hauptsächlich in Bezug auf Urteile, die ab 1998 erlassen wurden.

Die Träger der sozialen Sicherheit sollten auch miteinander kommunizieren, da die neue Verordnung eine förmliche Verpflichtung zur Zusammenarbeit vorsieht. Die Institutionen müssen alle für das Case Management erforderlichen Informationen über einen gemeinsamen elektronischen Zugangspunkt übermitteln.

So wird der Austausch von Informationen in Papierform, begleitet von europäischen Standardkontaktformularen, mit Hilfe des elektronischen Austauschs von Informationen der sozialen Sicherheit (EESSI) schrittweise informatisiert. Dieses System wird die Träger der sozialen Sicherheit dabei unterstützen, Informationen schneller und sicherer auszutauschen. Strukturierte elektronische Dokumente oder SED sollen die Kommunikation von Daten einfacher und effizienter gestalten. Die elektronische Plattform EESSI wird derzeit von der Kommission in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten entwickelt.

Die Verordnung Nr. 883/2004 verfolgt das spezifische Ziel, es den Versicherten zu ermöglichen, ihre Freiheiten im Rahmen des Vertrags leichter auszuüben. Sie führt eine Reihe von Änderungen ein:

- **Im persönlichen Geltungsbereich** gilt die neue Verordnung für Staatsangehörige eines Mitgliedstaats, Staatenlose und Flüchtlinge mit Wohnort in einem Mitgliedstaat, für die die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten, sowie für ihre Familienangehörigen und Hinterbliebenen (unabhängig davon, ob sie Angestellte, Selbständige, Studenten, Staatsangestellte, Rentner oder sogar Nichterwerbstätige sind);
- **Im Hinblick auf die Vereinfachung** wird die manchmal komplizierte Unterscheidung zwischen Arbeitnehmern und Selbständigen zugunsten der Regel der „Zusammenrechnung von Zeiten“ aufgegeben;
- **Gleichbehandlung:** Die neue Verordnung verlangt nicht mehr, dass eine Person in einem Mitgliedstaat wohnen muss, um sich auf die Regelungen der Verordnung wie den Grundsatz der Gleichbehandlung zu berufen, sondern erfasst die Personen, für die die Verordnung gilt.
- **Gleichbehandlung von Leistungen, Einkünften, Sachverhalten oder Ereignissen:** Hat zum Beispiel der Eintritt bestimmter Sachverhalte oder Ereignisse Rechtswirkungen, so berücksichtigt ein Mitgliedstaat die in einem anderen Mitgliedstaat aufgetretenen entsprechenden Sachverhalte oder Ereignisse, als ob sie im eigenen Hoheitsgebiet stattgefunden hätten;
- **Vereinfachung der Bestimmungen zur Festlegung der anzuwendenden Rechtsvorschriften:** Alle Arbeitnehmer sind unabhängig von ihrem Wohnsitzstaat in dem Mitgliedstaat versichert, in dem sie arbeiten; im Allgemeinen sind diejenigen, die nicht mehr erwerbstätig sind, in ihrem Wohnsitzmitgliedstaat versichert;
- **Familienangehörige eines Grenzarbeitnehmers** haben im Allgemeinen ebenfalls Anspruch auf Gesundheitsdienstleistungen in dem Mitgliedstaat, in dem der Grenzgänger seine Tätigkeit ausübt;
- **Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat** muss genehmigt werden, wenn die Behandlung in dem Mitgliedstaat vorgesehen ist, in dem die betreffende Person wohnt, jedoch nicht innerhalb einer medizinisch akzeptablen Frist unter Berücksichtigung des aktuellen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Krankheitsverlaufs des Patienten durchgeführt werden kann.
- **Der Grundsatz der guten Verwaltungspraxis** erfordert eine verstärkte Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung zwischen den Trägern der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten, von denen erwartet wird, dass sie innerhalb einer angemessenen Frist Angaben übermitteln, die zur Durchsetzung der Rechte von Wanderarbeitnehmern erforderlich sind.

Darüber hinaus wurden ein Dutzend portable Dokumente ausgearbeitet wie die Europäische Krankenversicherungskarte, die es dem Inhaber ermöglicht, während eines Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat unter Berücksichtigung der Art der Behandlung und der Länge des Aufenthalts die erforderliche medizinische Behandlung zu erhalten.

Heute gelten die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in allen EU-Mitgliedstaaten sowie in Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz.

Am 13. Dezember 2016 legte die Kommission eine erneute Überarbeitung der Verordnung vor. Der Vorschlag soll die bestehenden Regeln gerechter, klarer und fairer gestalten. Es ist ein Vorschlag, der die Mobilität der Arbeitnehmer erleichtert und ihre Rechte schützt, während gleichzeitig die Instrumente zur Bekämpfung der Gefahr von Missbrauch oder Betrug gestärkt werden. Außerdem zielt der Vorschlag auf die Einführung genauer Koordinierungsregeln für Langzeitbehandlungen ab, die sich an den Grundsätzen für Leistungen bei Krankheit orientieren. In der Zwischenzeit bleiben die bestehenden Regeln in Kraft.



4 Der freie Dienstleistungsverkehr und Patientenmobilität

4.1 Wie der Europäische Gerichtshof den Grundsatz der Dienstleistungsfreiheit anwendet

Die Intervention des Gerichtshofs der Europäischen Union (EuGH) im Bereich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung stellt einen Bruch mit dem in den EGKS-Vereinbarungen und den europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit festgelegten eingetragenen Ansatz dar.

Die schärfsten Fragen zum freien Zugang zu medizinischer Versorgung im Ausland und zu deren Erstattung werden in einigen berühmten Urteilen behandelt, die jetzt Teil der EuGH-Rechtsprechung sind. So konnte eine günstigere Situation für die Patienten geschaffen und der Weg für die Liberalisierung der Patientenmobilität in der EU geebnet werden, was den Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs im Gesundheitsbereich bestätigt.

Die ersten Urteile in den Rechtssachen *Decker et Kohll*³ im Jahr 1995 betreffen zwei in Luxemburg ansässige Personen, denen die Erstattung der Kosten für eine im Ausland außerhalb eines Krankenhauses geleistete Versorgung verweigert wurde. Im Urteil Decker und Kohll hat der EuGH entschieden, dass die vorherige ärztliche Genehmigung, die für die Erstattung der in einem anderen Mitgliedstaat erbrachten Behandlung erforderlich ist, ein Hindernis für den im Gesundheitsbereich geltenden Grundsatz der Dienstleistungsfreiheit darstellt. Folglich hatte der Patient zumindest Anspruch auf Rückzahlung der Gesundheitsleistung im für seinen Versicherungsstaat üblichen Umfang. In den betreffenden Fällen bedeutete dies die Rückzahlung der Kosten für die zahnärztliche Versorgung durch einen Kieferorthopäden in Deutschland sowie die Erstattung der Kosten für den Kauf einer in Belgien verschriebenen Brille.

Im Jahr 2001 bestätigte der EuGH diese Rechtsprechung im Urteil *Smits und Peerbooms*⁴, doch da sich diese Fälle auf die Behandlung im Krankenhaus bezogen, entschied das Gericht, dass aus zwingenden Gründen der Gewährleistung des finanziellen Gleichgewichts der Systeme der sozialen Sicherheit und der Aufrechterhaltung eines für alle zugänglichen Krankenhausdienstes eine vorherige ärztliche Genehmigung gerechtfertigt war, um eine Erstattung für die Behandlung im Ausland zu erhalten.



Auch im Jahr 2001 stellte der EuGH im Urteil *Vanbraeckel*⁵ fest, dass eine versicherte Person, die in einem Krankenhaus in einem anderen Mitgliedstaat als ihrem Versicherungsstaat behandelt wird, Anspruch auf Rückzahlung der mit dem Vertrag verbundenen Kosten hat, wenn nach diesem Krankenhausaufenthalt eine Bewilligung erteilt wird. Das Gericht kam zu dem Schluss, dass die Erstattung mindestens der Höhe der Zahlung entsprechen müsse, die gewährt worden wäre, wenn man die versicherte Person in ihrem Versicherungsmitgliedstaat in ein Krankenhaus eingeliefert hätte. Daher gewährte der EuGH dem Patienten eine zusätzliche Erstattung, die die Differenz zwischen der Rückzahlung der Versorgungsleistungen in dem Staat, in dem sie erbracht wurden, und dem Erstattungsbetrag im Versicherungsmitgliedstaat, sofern dieser höher ausfällt, abdeckte.

Im Jahr 2003 unterschied der EuGH im Urteil *Müller-Fauré et Van Riet*⁶ klar zwischen dem Verfahren für die ambulante und dem für die stationäre Behandlung (einem Aufenthalt von mindestens einer Nacht). Zwar entschied der EuGH, dass die Verordnung eines Mitgliedstaats, die eine vorherige Genehmigung für die in einem anderen Mitgliedstaat außerhalb eines Krankenhauses geleistete Versorgung verlangt, gegen den Grundsatz der Dienstleistungsfreiheit verstößt. Im Fall von Krankenhausdiensten vertrat der EuGH jedoch die Auffassung, dass die vorherige Genehmigung weiterhin gerechtfertigt sei, sofern angemessen und nicht willkürlich verlangt.

³ Urteile in den Rechtssachen Kohll und Decker, 28. April 1998, C-120/95 und C-158/96.

⁴ Urteil in der Rechtssache Geraerts-Smits und Peerbooms, 12. Juli 2001, C-157/99.

⁵ Urteil in der Rechtssache Vanbraeckel, 12. Juli 2001, C-396/98.

⁶ Urteil in der Rechtssache Müller-Fauré und Van Riet, 13. Mai 2003, C-385/99.

Das Urteil *Watts* aus⁷ dem Jahr 2006 betraf eine britische Patientin, die sich in Frankreich einer Hüftersatz-Operation unterzogen hatte. Das Vereinigte Königreich lehnte die Erstattung der Kosten mit der Begründung ab, dass eine angemessene Behandlung ohne unzumutbare Verzögerung im Vereinigten Königreich möglich gewesen wäre. Der EuGH urteilte, dass es die Aufgabe des britischen Gesundheitsdienstes ist sicherzustellen, dass die Wartezeit für eine Behandlung nicht den zeitlichen Rahmen überschreitet, der unter Berücksichtigung der gesundheitlichen und klinischen Bedürfnisse der betroffenen Person vertretbar ist. Da dies nicht der Fall war, musste das Vereinigte Königreich Frau Watts die Kosten für ihre Gesundheitsversorgung in Frankreich erstatten.

Schließlich geht es im Urteil⁸ *Elchinov* von 2010 um einen bulgarischen Patienten, der an einer seltenen Form von Augenkrebs erkrankt ist. Der Patient forderte seine Sozialversicherungsanstalt zur Erstattung der Kosten einer in Berlin angebotenen innovativen Behandlung (Protonentherapie) auf, da diese Technik in Bulgarien nicht verfügbar ist und daher als erstattungsfähig gilt. Der EuGH entschied, dass die Rückzahlung nicht verweigert werden kann, sofern die Liste der nicht erstattungsfähigen Behandlungen die betreffende Methode nicht enthält. Wenn die Mitgliedstaaten folglich eine Liste erstellen, in der die erstattungsfähigen Behandlungen genau aufgeführt sind, so wird es für die Patienten schwierig, eine Rückzahlung für die im Ausland erhaltene Behandlung zu erwirken, wenn diese Gesundheitsleistung von der, die im Versicherungsland angeboten wird, abweicht.

Aus diesen Urteilen geht klar hervor, dass der EuGH annimmt, dass das Erfordernis einer vorherigen ärztlichen Genehmigung vor der Rückzahlung der im Ausland erhaltenen Gesundheitsversorgung in Anwendung der europäischen Sozialversicherungsvorschriften ein Hindernis für die Dienstleistungsfreiheit darstellt.

Nur zwingende, objektive und angemessene Gründe des Allgemeininteresses können ein Hindernis für diesen Grundsatz rechtfertigen. Der EuGH vertritt die Auffassung, dass dies bei Krankenhausbehandlungen (mit einem Aufenthalt von mindestens einer Nacht) der Fall ist, jedoch nicht bei Behandlungen, die außerhalb eines Krankenhauses geleistet werden. Um eine Rückzahlung für letztere zu erhalten, hat der EuGH auf der Grundlage der Dienstleistungsfreiheit ein neues Erstattungsverfahren geschaffen, das unabhängig von dem in den Verordnungen 883/2004 und 987/2009 festgelegten Verfahren ist. Dieses Verfahren sieht die Erstattung von Kosten einer im Ausland außerhalb eines Krankenhauses geleisteten Versorgung ohne vorherige ärztliche Ge-

nehmigung zu den im Versicherungsland geltenden Tarifen vor. In der Praxis müssen Patienten all ihre Kosten im Voraus bezahlen, die dann von ihrem Krankenversicherungsträger in ihrem Heimatland zu den in diesem Land geltenden Tarifen erstattet werden. Dieses System kann zwar einigen Patienten zugute kommen, sich aber auch nachteilig für andere auswirken, je nach Höhe der Rückzahlung in ihrem Versicherungsland.

Die Rechtsprechung des EuGH führt nur eine partielle Mobilität für Patienten in der EU ein, da sie einerseits zwischen einer Gesundheitsversorgung außerhalb von Krankenhäusern (externe und ambulante Behandlung), die ein Recht auf Rückzahlung im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit gewährt, und andererseits einer Gesundheitsversorgung innerhalb von Krankenhäusern unterscheidet, die weiterhin dem Verfahren unterliegt, das in den Koordinierungsverordnungen 883/2004 und 987/2009 festgelegt ist und eine vorherige ärztliche Genehmigung erfordert.

4.2 Die Richtlinie über grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die bisher erste und einzige Gesundheitsrichtlinie, enthält Bestimmungen für die öffentliche Gesundheit und den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Diese Richtlinie umfasst europäische Maßnahmen zur Verbesserung der Funktionsweise des Binnenmarktes und des freien Dienstleistungsverkehrs, so wie sie im Vertrag niedergelegt sind. Sie ist eine Reaktion auf das Ziel der EU, ein hohes Gesundheitsschutzniveau zu erreichen.

Während die Gesundheit hinsichtlich der Finanzierung und Organisation der Gesundheitssysteme weiterhin in den Zuständigkeitsbereich der Mitgliedstaaten fällt, kann die Europäische Union die Mitgliedstaaten dazu verpflichten, eine europäische Rechtsprechung, wie sie vom EuGH für den Zugang zur Gesundheitsversorgung im Ausland eingeführt wurde, in gleicher Weise anzuwenden.

Die Richtlinie 2011/24 erkennt die Befugnis der Mitgliedstaaten zur Festlegung des Anbieters, der Qualitäts- und Sicherheitskriterien, der Begünstigten und des zu erstattenden Leistungsumfangs an. Sie schafft eine europäische Verschreibungspflicht für Arzneimittel und fordert die Mitgliedstaaten auf, eine nationale Kontaktstelle einzurichten, die Patienten Informationen über die Bedingungen für den Zugang zur Gesundheitsversorgung im Ausland und zu Gesundheitssystemen bietet.

Der Hauptbeitrag der Richtlinie betrifft jedoch die Anwendung der Rechtsprechung des EuGH zur Erstattung von Kosten für eine geplante ärztliche Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat.

⁷ Urteil in der Rechtssache *Watts*, 16. Mai 2006, C-372/04.

⁸ Urteil in der Rechtssache *Elchinov*, 5. Oktober 2010, C-173/09.

Seit ihrer Umsetzung in das Recht der Mitgliedstaaten am 25. Oktober 2013 können Patienten die im Voraus gezahlten Kosten für geplante im Ausland erhaltene Behandlungen außerhalb von Krankenhäusern (extern und ambulant) ohne vorherige Genehmigung zu den im Versicherungsland geltenden Tarifen zurückfordern.

Bei Krankenhausaufenthalten von mehr als einer Nacht und spezialisierten Dienstleistungen (kostenintensive Infrastruktur) bleibt die vorherige ärztliche Genehmigung in den meisten Mitgliedstaaten obligatorisch, wobei die Rückzahlung zu den im Versicherungsland aktuell geltenden Tarifen erfolgt.

Es gibt nun zwei Möglichkeiten, die Kosten für eine im Ausland erhaltene externe bzw. ambulante Behandlung erstattet zu bekommen. Im Fall von Krankenhausbehandlungen und spezialisierten Dienstleistungen (kostenintensive Infrastruktur), für die eine vorherige Genehmigung erforderlich ist, bieten die in den europäischen Koordinierungsverordnungen 883/2004 und 987/2009 festgelegten Verfahren die besten Voraussetzungen für eine Erstattung.

5 Formen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung im Ausland

Europäische Programme erlauben drei Formen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung im Ausland: grenzüberschreitende Arbeit, vorübergehende Aufenthalte und geplante ärztliche Behandlungen.

5.1 Arbeitnehmer mit Wohnsitz in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsland

Diese Maßnahme betrifft in erster Linie Grenzgänger, d. h. angestellte oder in anderer Weise beschäftigte Arbeitnehmer, die ihre berufliche Tätigkeit im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats ausüben und in einem anderen Mitgliedstaat leben, in den sie jeden Tag oder mindestens einmal wöchentlich zurückkehren (Artikel 1f der Verordnung 883/04).

Diese versicherten Personen erhalten Leistungen in ihrem Wohnsitzland. Die Anspruchsbescheinigung, Formular S1 (früher E106), deckt den Inhaber und seine Angehörigen ab.

Dieser Status ermöglicht es den Arbeitnehmern, die Kosten für Gesundheitsleistungen, die sie in dem Land, in dem sie arbeiten, in Anspruch genommen haben, erstattet zu bekommen. Der Zugang zu den Rechten in diesem Versicherungsland endet, wenn der Inhaber seinen Status als Grenzgänger verliert.

Die Familienangehörigen eines Grenzgängers haben im Land der Beschäftigung keinen freien Zugang zur Gesundheitsversorgung. Sie können jedoch eine Kostenerstattung für Gesundheitsleistungen erhalten, die:

- notwendigerweise, während eines vorübergehenden Aufenthalts (Europäische Krankenversicherungskarte) erbracht wurden;
- als geplant oder beabsichtigt gelten, unter der Voraussetzung, dass eine vorherige ärztliche Genehmigung (Formular S2 oder früher E112) vorliegt;
- oder im Rahmen von Abkommen zwischen Staaten wie Frankreich und Belgien geleistet wurden.

Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen als der Arbeitnehmer, erhalten Leistungen in ihrem Wohnsitzstaat. Die Anspruchsbescheinigung ist das Formular S1 (früher E109).



5.2 Absicherung der Gesundheitsversorgung während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat

Ein vorübergehender Aufenthalt besteht dann, wenn Reisen außerhalb des Versicherungslandes unternommen werden, aus Gründen wie z. B. Urlaub, Studium, Berufsausbildung oder Arbeitssuche.

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat haben die versicherten Personen je nach Art der Behandlung und voraussichtlicher Dauer des Aufenthalts Anspruch auf Erstattung der erforderlichen medizinischen Versorgung.

Die Anspruchsbescheinigung ist die Europäische Krankenversicherungskarte, die in dem Land und von der Sozialversicherungsanstalt ausgestellt wird, die für den Patienten oder die versicherte Person zuständig ist.

Die Kosten für notwendige Gesundheitsleistungen werden vom Träger des Aufenthaltsorts auf der Grundlage der Europäischen Versicherungskarte gemäß den im Behandlungsland geltenden Rechtsvorschriften und Tarifen erstattet. Die Behandlung wird dann von dem zuständigen Land auf der Grundlage des vom Träger des Aufenthaltsorts ausgestellten Formulars E125 gedeckt.



Wenn die versicherten Personen nicht in der Lage sind, diese Schritte im Aufenthaltsland auszuführen, können sie auch nach der Rückkehr in ihr Heimatland von ihrem Krankenversicherungsträger eine Erstattung beantragen.

5.3 Geplante Behandlung

Personen, die unter die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit fallen und freiwillig in einen anderen EU-Mitgliedstaat reisen, um dort eine Behandlung zu erhalten, müssen die vorherige Genehmigung ihrer zuständigen Krankenversicherung einholen und dem Träger des Aufenthaltsorts vorlegen (früher E112, S2 seit 2010).

Formular S2, ehemals E112, weist das Recht auf Zugang zu medizinischer Versorgung im Versicherungsstaat und die Zustimmung des zuständigen Trägers zur Deckung der Kosten der betreffenden medizinischen Behandlung nach.

Die Mitgliedstaaten können ihre Richtlinien für die Zulassung von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland ändern. Nach Artikel 20 Absatz 2 der Verordnung 883/04 kann die Zulassung jedoch nicht verweigert werden, wenn zwei kumulative Voraussetzungen erfüllt sind: die Behandlung gehört zu den Leistungen, die durch das System der sozialen Sicherheit abgedeckt werden, und sie kann nicht im Wohnsitzland innerhalb einer medizinisch vertretbaren Frist durchgeführt werden, wobei der Gesundheitszustand und der voraussichtliche Krankheitsverlauf des Patienten berücksichtigt werden.

Die europäische Rechtsprechung hat festgelegt, dass der Versicherungsträger bei dieser Entscheidung das Ausmaß der Schmerzen oder die Art der Behinderung des Patienten, die z. B. die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit unmöglich machen oder übermäßig erschweren könnte, berücksichtigen muss.

Die Kosten für die Gesundheitsleistungen werden vom Träger des Aufenthaltsorts auf der Grundlage des Formulars S2 (früher E112) gemäß den im Behandlungsland geltenden Rechtsvorschriften und Tarifen erstattet. Die Behandlung wird dann von dem zuständigen Land auf der Grundlage der vom Träger des Aufenthaltsorts vorgelegten Kostenaufstellung gedeckt.

In einem Urteil des Gerichtshofs der Europäischen Union⁹ heißt es ferner, dass die Behandlungskosten einer Person mit einer Europäischen Versicherungskarte oder einem S2-Formular bzw. einem früheren E112-Formular, die in einem Drittland aus akuten medizinischen Gründen in ein Krankenhaus eingeliefert werden muss, von dem Sozialversicherungsträger des Aufenthaltsstaats nach dessen eigenen Vorschriften und im Namen des Trägers des Versicherungsmitgliedstaats abgedeckt werden müssen. Wenn ein Mitgliedstaat folglich einem seiner Staatsangehörigen die Behandlung in einem anderen Staat gestattet hat, unterliegt diese Person damit automatisch dessen Entscheidungsbefugnis.



6 Zusammenfassung

Im Rahmen ihrer Fortschritte auf dem Weg zur europäischen Integration hat die EU die Grenzen zwischen den Staaten durch die Anwendung der Grundsätze des freien Verkehrs von Waren, Dienstleistungen, Personen und Kapital abgebaut. Dennoch bleibt der Zugang zur Gesundheitsversorgung ein Bereich der nationalen Zuständigkeit für jeden Mitgliedstaat. Glücklicherweise hat dies die Koordinierung zwischen der EU und den Mitgliedstaaten in diesem Bereich seit den frühesten Tagen der europäischen Integration nicht verhindert.

Die Mobilität der Arbeitnehmer und später der europäischen Bürger im Allgemeinen hat die Mitgliedstaaten und die EU dazu veranlasst, Maßnahmen zu ergreifen, mit denen nach und nach ein gewisses Maß an Patientenmobilität erreicht worden ist. Diese Mobilität ist vor allem in den Grenzregionen besonders relevant und wirksam.

In den folgenden zwei Kapiteln wird eine Reihe von bestehenden Formen der Zusammenarbeit hervorgehoben, die innovative Programme zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in Grenzregionen bieten. Die in Kapitel vier erläuterte französisch-belgische Zusammenarbeit bietet ein strukturiertes und institutionalisiertes Modell für eine solche Vereinbarung. Diese von den Interreg-Programmen unterstützten Kooperationsprojekte spielen eine Schlüsselrolle bei der Verbesserung der Gesundheit der Grenzbevölkerungen und ihres Zugangs zu qualitativ hochwertigen medizinischen Leistungen in ihrer Nähe.

⁹ Urteil in der Rechtssache Keller, 12. April 2005 – C-145/03.

KAPITEL 3

SIEBEN ERFAHRUNGEN IN DER GRENZÜBER- SCHREITENDEN ZUSAMMENARBEIT



In diesem dritten Kapitel werden sieben grenzüberschreitende Kooperationsprojekte aus der gesamten Europäischen Union vorgestellt. Beginnend mit TRISAN, einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsversorgung am Oberrhein und endend mit dem Krankenhaus in Cerdanya im Hochgebirge zwischen Frankreich und Spanien, werden in diesem Kapitel Programme zum Schutz und zur Betreuung von Minderjährigen (INTERSYC), die Unterstützung für Patienten, Klienten und Familien entlang der irischen Grenze, die Entwicklung der Telemedizin in der Euroregion Pomerania sowie die krankenhausesübergreifende Partnerschaft im Eurodistrict SaarMoselle und das personalisierte Gesundheitsprojekt IZOM an der belgisch-deutsch-niederländischen Grenze behandelt.

Jedes Projekt ist individuell, baut auf seiner eigenen Geschichte auf und mobilisiert eigene öffentliche oder private Betreiber. Einige wurden mehr oder weniger schnell eingerichtet, andere wurden aufgehoben. Nichtsdestotrotz beschreibt jede Fallstudie den gleichen Wunsch nach Partnerschaft und gegenseitiger Unterstützung, die gleiche menschliche Erfahrung und das gleiche Engagement für die Zusammenarbeit im Interesse der Allgemeinheit.

Die ausgewählten Projekte veranschaulichen die Vielfalt grenzüberschreitender Kontexte: städtische oder isolierte Bergregionen, Gebiete im Norden und Süden Europas, aktuelle Kooperationen oder Projekte, die im Rahmen mehrerer Interreg-Programme durchgeführt wurden. Sie heben sowohl die jüngsten Initiativen als auch jene, die auf jahrzehntelangen Partnerschaften und Erfahrungen basieren, hervor.

Die Fallstudien wurden auf der Basis von Sekundärforschung erstellt, wobei die auf der Website der Generaldirektion Regionalpolitik und Stadtentwicklung „InfoRegio“ verfügbaren Projektdateien, die Websites der Partner, Presseberichte sowie schriftliche und telefonische Umfragen mit relevanten Projektmanagern verwendet wurden.

Auch wenn hier nicht darauf eingegangen wurde, ist es dennoch interessant zu sehen, dass die transnationale (Interreg B) und interregionale (Interreg C) Zusammenarbeit auch die Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen einschließt, wie zum Beispiel die Entwicklung des Telemedizinnetzes in abgelegenen Regionen in der Ägäis und auf Zypern.

1 TRISAN

Ein Instrument zur Strukturierung und Koordination der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung am Oberrhein (Frankreich-Deutschland-Schweiz)

1.1 Ein hyper-grenzüberschreitendes Umfeld

Das trinationale grenzüberschreitende Großprojekt TRISAN zielt darauf ab, Synergien, die aus der jahrzehntelangen Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen am Oberrhein entstanden sind, zu identifizieren, zu koordinieren und zu verstärken. Es soll Behörden und Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen auf beiden Seiten der Grenzen unterstützen, um so Partnerschaften und Projekte optimal strukturieren und entwickeln zu können.

Die Oberrheinregion umfasst die Region Baden und die Südpfalz, das Elsass (Frankreich) sowie den Nordwesten der Schweiz. Es ist eine dicht bevölkerte Region um mehrere städtische Zentren, die eine große Zahl von Grenzgängern beschäftigt. Die trinationale Metropolregion wurde im Jahr 2010 geschaffen, um dem Raum einen verstärkten Rahmen für die Zusammenarbeit zu bieten. Sie koordiniert die Arbeit der wichtigsten Partner am Oberrhein und zwar des Obersten Rates des Oberrheins, des Städtenetzes und der Eurodistricts.

Insgesamt bietet die Region eine breite Palette an Gesundheitsdienstleistungen auf beiden Seiten der Grenzen. Das Thema Gesundheit ist expliziter Bestandteil vieler grenzüberschreitender Institutionen: zum Beispiel der Oberrheinkonferenz, deren gesundheitspolitische Arbeitsgruppe an der Wiege des TRISAN-Projekts stand, des Rhein-Rats, der eine Reihe von Kommissionen für Gesundheitsfragen umfasst, oder der INFOBEST. Die INFOBEST sind Informationsbüros, die Informationen und Beratung zu grenzüberschreitenden Fragen in Deutschland, Frankreich und der Schweiz liefern. Vier dieser öffentlichen Einrichtungen sind über das Gebiet des Oberrheins verteilt.

Das TRISAN-Projekt wird vom Euro-Institut in der deutschen Stadt Kehl geleitet, einem deutsch-französischen Institut für Fortbildung, Beratung und Unterstützung in Fragen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, das im Jahr 1993 gegründet wurde. Als grenzüberschreitender örtlicher Zweckverband spielt es heute aufgrund seines Status als bikulturelle

ZIEL: Die Schaffung eines trinationalen Kompetenzzentrums zur Koordinierung und Entwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen.

SCHLÜSSELDATEN: Seit 1991 entstanden mehrere Kooperationsprojekte im Bereich Gesundheit. 2015: Die Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik erstellt Pläne für ein grenzüberschreitendes Zentrum. Dezember 2016: Eröffnung des Zentrums TRISAN.

GRENZE: Oberrhein zwischen Frankreich, Deutschland und der Schweiz.

EUROPÄISCHES PROGRAMM (KOFINANZIERUNG): Interreg VA – Frankreich-Deutschland-Schweiz 2014-2020: Gesamtmittel in Höhe von 801 916 EUR, EFRE-Beitrag von 367 750 EUR.

WEBSITE: <http://www.trisan.org/>

und binationale Organisation (Frankreich und Deutschland), die Fortbildung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit anbietet, eine wichtige Rolle in der Region. Ihr Ziel ist dabei, das gegenseitige Verständnis zwischen den Akteuren auf beiden Seiten der Grenze zu fördern, die Zusammenarbeit zu stärken und die Entwicklung grenzüberschreitender Initiativen voranzutreiben.

1.2 Mehrere grenzüberschreitende Kooperationsprojekte

Seit Interreg I (1990-1993) haben mehrere Initiativen die grenzüberschreitende Zusammenarbeit am Oberrhein geprägt. Insbesondere im Gesundheitsbereich wurden mehrere Großprojekte zur Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen eingeleitet und vier Kooperationsabkommen unterzeichnet. Zu diesen Projekten gehört das Pilotprojekt „GRÜZ“ für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen Deutschland und der Schweiz in den Grenzregionen Basel-Stadt, Basel-Landschaft (Schweiz) und dem Landkreis Lörrach (Deutschland). Mithilfe dieses Projekts soll eine grenzüberschreitende Zone für den Zugang zur Gesundheitsversorgung nach dem Vorbild derer, die sich bereits an der französisch-belgischen Grenze befinden, geschaffen werden (siehe Kapitel 4).

Zudem gibt es Initiativen in Bezug auf die medizinische Notfallversorgung. Seit 2002 besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen dem



Rheinland-Pfalz

DEUTSCHLAND

Grand Est

FRANKREICH

Deutsch-französisch-schweizerische
Obersrheinkonferenz

TRISAN

Strasbourg • Kehl*

Bade-Wurtemberg

Freiburg im
Breisgau

Mulhouse

Bâle

Schweiz

Imot © Mission Opérationnelle Transfrontalière

* Sitz des Euro-Instituts, Leitungsstruktur des TRISAN-Projekts



mobilen Notfall- und Reanimationsdienst (SMUR) in Wissembourg in Frankreich und den Mitgliedern des Roten Kreuzes im deutschen Bad Bergzabern.

Um dem Mangel an medizinischem Personal bei der präklinischen Notfallversorgung in der Nacht zu begegnen, kommt ein kombiniertes Team zum Einsatz, unabhängig davon, aus welchem Land der Anruf stammt. Wenn das Call-Center das SMUR-Team für einen Einsatz in Deutschland alarmiert, wird automatisch das deutsche Alarmsystem aktiviert. Von den 862 Aufrufen, die an das SMUR-Team in Wissembourg im Jahr 2013 weitergeleitet wurden, betrafen 126 deutsche Gebiete, was etwa 15 % aller Einsätze ausmacht.

1.3 Ein Zentrum zur Intensivierung der Koordination

Die Idee für das TRISAN-Projekt entstand durch die Schwierigkeiten des Euro-Instituts und seinen Partnern, grenzüberschreitende Gesundheitsprojekte durchzuführen. Derartige Projekte beinhalten nicht nur Regeln und Protokolle, die von einer Seite der Grenze zur anderen stark variieren, sondern betreffen auch mehrere Verwaltungsebenen.

Als Antwort auf die Erfahrungen aus dem Oberrheingebiet haben sich die institutionellen Partner im Jahr 2015 in einer Arbeitsgruppe zum Thema Gesundheitsversorgung zusammengeschlossen, um gemeinsam mit dem Euro-Institut über die Einrichtung eines Zentrums zur Entwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen zu beraten. Während der 18-monatigen Vorbereitungs- und Entwicklungsphase wurden geeignete Partner und Fördermittel für den Start des Projekts ausgemacht.

Das TRISAN-Projekt wurde daraufhin im Juni 2016 gegründet. Es schuf ein trinationales Kompetenzzentrum mit mehreren Zielen: Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen, Unterstützung der Projektgestaltung sowie Verbesserung und Verbreitung von Erfahrungen in Bezug auf grenzüberschreitendes medizinisches Wissen.

Organisiert wird das Projekt vom Euro-Institut, auf der französischen Seite von der regionalen Gesundheitsbehörde (ARS) Grand Est, auf der deutschen Seite vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, dem Regierungspräsidium Karlsruhe und dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, und auf Schweizer Seite vom Gesundheitsamt Basel-Stadt, den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Aargau sowie der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Das Zentrum wurde am 19. Dezember 2016 eröffnet.

1.4 Langjährige Zusammenarbeit beugt keinen Hindernissen vor

Obwohl die Partner seit vielen Jahren miteinander bekannt sind und zusammen arbeiten, war die Einrichtung von TRISAN nicht gerade einfach; kein grenzüberschreitendes Gesundheitsprojekt ist das.

Es scheint, dass sich die Gesundheitssysteme von einer Seite der Grenze zur anderen stark unterscheiden, was es für die beteiligten Parteien umso schwieriger machte, einen gemeinsamen Nenner zu finden und zu verhandeln. Diese solide Grundlage war die wesentliche Voraussetzung dafür, dass die Betreiber die Durchführung des Projekts planen konnten. Die sprachliche und kulturelle Vielfalt, gepaart mit Unterschieden in Bezug auf Hintergrund und Arbeitsmethoden, erschwerten den Prozess zusätzlich.

Grenzüberschreitende Projekte zu entwickeln und zu erproben erfordert bestimmte Kompetenzen, zum Beispiel Offenheit gegenüber anderen und den wirklichen Willen, etwas über das benachbarte System zu erfahren. Es gilt, große Flexibilität und Innovationsfähigkeit zu zeigen. Diese Qualitäten ermöglichen es zwar nicht, die Unterschiede zwischen den betreffenden Systemen zu beseitigen, aber sie zu überwinden, indem sie in die Überlegungen und Handlungsweisen in diesen Gebieten integriert werden.

Der Mehrwert der Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen scheint im Bereich der Forschung leichter erkennbar zu sein. Erstens ermöglicht sie den Teams, Synergien zwischen ihren Stärken zu entwickeln, und zweitens fördert sie den Aufbau der Fähigkeit, kollektiv zu arbeiten. Diese Art der wissenschaftlichen Zusammenarbeit stellt ein echtes Experimentierfeld dar.

1.5 Schlüsselfaktoren für die Konsolidierung der Zusammenarbeit

Für den Erfolg solcher Dynamiken ist es wichtig, das Gesundheitsprojekt als ein sektorübergreifendes Projekt zu verstehen und folglich Lösungen zu fordern, die sich an den Schnittstellen der betroffenen Sektoren (Medizin, Verwaltung, Politik, Versicherung, Kommunikation, Management, Recht usw.) befinden. Gemeinsame Ziele müssen von Anfang an mithilfe eines sich kontinuierlich weiterentwickelnden Dialogs festgelegt werden. Das Projekt erfordert zudem ausreichende langfristige politische, finanzielle und administrative Unterstützung.

Kommunikation, sowohl extern als auch intern, ist ein wichtiger Aspekt. Zu den größten Hindernissen für die grenzüberschreitende örtliche Gesundheitsversorgung gehört die mangelnde Transparenz hinsichtlich der Patientenrechte sowie der Möglichkeit der Erstattung. Die geringe Wahrnehmung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung stellt dabei ebenfalls ein großes Hindernis dar, das dringend gelöst werden muss, indem möglichst viele Informationen über aktuelle Projekte, und insbesondere über deren Ergebnisse, verbreitet werden.

Schließlich sind zwei weitere Faktoren unverzichtbar: Engagement und Gemeinschaftsgefühl. Der Erfolg hängt häufig von nur einigen wenigen Schlüsselpersonen und ihrem unermüdlichen oft persönlichen Einsatz ab. Dies ist sowohl eine Stärke als auch eine Schwäche für die Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen, da einige dieser Personen möglicherweise anderen Bereichen zugewiesen sind. Außerdem ist es für das Projekt wichtig, eine Art Zugehörigkeitsgefühl zu entwickeln, das ein echtes Gemeinschaftsgefühl schafft, und auf Methoden der Win-win-Kooperation für alle Beteiligten, einschließlich der Patienten, beruht.



EINE ZEUGIN AUS ERSTER HAND: ANNE DUSSAP

TRISAN-Projektleiterin Anne Dussap trat 2007 dem Euro-Institut bei, wo sie für die Ausbildung zuständig ist. Zudem unterstützte sie die Konferenzen der Arbeitsgruppe für Gesundheitspolitik und mehrere damit verbundene Projekte.

„Die Idee für das Projekt entstand aus der Tatsache, dass die Durchführung von Gesundheitsprojekten sehr kompliziert ist, erstens, weil man Vereinbarungen, Arbeitsweisen und Vorschriften auf verschiedenen administrativen und politischen Ebenen in den verschiedenen Ländern harmonisieren muss, und zweitens, weil verschiedene Sektoren davon betroffen sind... Die Divergenzen zwischen den Systemen stellen eine nicht zu vernachlässigende Schwierigkeit dar, diese Projekte zu realisieren, aber abgesehen von den tatsächlichen Unterschieden gibt es auch viele Vorurteile über die Unterschiede und Stereotypen, die ein echtes Hindernis für die Zusammenarbeit darstellen, da sie das Misstrauen, die Angst vor Kooperation und die Tendenz, sich nur den eigenen Problemen zu widmen, fördern.“

2 INTERSYC

Kinder gemeinsam behandeln und beschützen (Griechenland, Bulgarien)

2.1 Die griechisch-bulgarische Grenze

Die Grenze zwischen Griechenland und Bulgarien verläuft durch eine Bergregion, fern von städtischen Zentren. Diese Abgelegenheit stellt auf beiden Seiten der Grenze eine erhebliche Herausforderung für die öffentlichen Dienste dar, insbesondere im Gesundheitsbereich.

In der Region äußert sich dies in Lücken oder sogar dem völligen Fehlen der Gesundheitsversorgung. Zudem führt die Situation zu Defiziten bei der Prävention und dem Sozialschutz. Es stellte sich auch heraus, dass die Abgelegenheit einen noch ernsthafteren Mangel an Koordination zur Folge hatte, da Kindesmissbrauch oder -handel zwar beobachtet, aber nicht bekämpft wurde.

Das INTERSYC-Projekt (INTEgrated TERritorial SYnergies for Children, Health and Protection) wurde zwischen 2013 und 2015 eingerichtet. Es wurde von der Organisation „Das Lächeln des Kindes“ in Zusammenarbeit mit dem bulgarischen gemeinnützigen Verein „Chance“, der Nadja Centre Foundation mit Sitz in Bulgarien, den Städten Kavala und Pangeo (Griechenland) sowie dem regionalen Gesundheitsinspektorat in Kardschali (Bulgarien) gegründet.

Durch die Zusammenführung dieser unterschiedlichen Kompetenzen und Fachkenntnisse konnte die regionale Isolation überwunden werden. Die Partnerschaft ermöglichte die Durchführung einer Reihe von Maßnahmen, Seminaren und Schulungen zur Verbesserung von Schutz, Prävention und Gesundheitsversorgung, insbesondere für Kinder und ihre Familien.

2.2 Verhindern, handeln und schulen

Das INTERSYC-Projekt umfasst im Rahmen von drei Prioritätsachsen eine Reihe von Aktivitäten, die sich speziell an Kinder richten. Die erste befasst sich mit Notsituationen, verursacht durch das Verschwinden von Kindern, die zweite betrifft die Prävention und Betreuung, und die dritte bietet Gesundheits- und Sozialdienstleistungen für Familien und Kinder in Schwierigkeiten.

ZIEL: Koordination von Aktivitäten zur Verbesserung von Prävention, Schutz und Gesundheit für Kinder und Familien.

SCHLÜSSELDATEN: Gründung von Das Lächeln des Kindes im Jahr 1996 in Griechenland und der Nadja Centre Foundation im Jahr 1998 in Bulgarien. Start des gemeinsamen Projekts INTERSYC „INTEgrated TERritorial SYnergies for Children, Health and Protection“ im Jahr 2013.

GRENZE: Zentralmakedonien, Ostmakedonien und Thrakien (Griechenland) sowie das südliche Zentrum und die südwestlichen Regionen Bulgariens.

EUROPÄISCHES PROGRAMM (KOFINANZIERUNG): Interreg IV 2007-2013: Budget: 624 362 EUR einschließlich eines EFRE-Beitrags von 530 708 EUR

WEBSITE: <http://intersyc.eu>

Die erste Achse nimmt Fälle von verschwundenen Kindern oder Kinderhandel ins Visier. Sie bietet Schulungen und Wissenstransfer, um den Menschen Informationen bereitzustellen, und konzentriert sich darauf Maßnahmen zu ergreifen, wenn derartige Situationen eintreten. Auf der bulgarischen Seite wurde der Einsatz bestehender europäischer Instrumente in diesem Bereich befürwortet, insbesondere die Nutzung der Hotline 116 000 für vermisste Kinder und der Koordinationsplattform, die das European Child Alert System (ECAAS) mit dem Amber-Warnsystem verbindet. Das Southeastern European Centre for Missing and Exploited Children (SEEC) wurde ebenfalls in Bulgarien gefördert.

Zweitens entwickelt INTERSYC Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern, insbesondere durch Prävention. Dieses Ziel wird durch mobile medizinische Einheiten und aufsuchendes Personal auf beiden Seiten der Grenze erreicht. Zu diesen mobilen Dienstleistungen gehören die medizinischen Präventionseinheiten von Das Lächeln des Kindes, einschließlich einer auf die Augenheilkunde spezialisierten Einheit, sowie eine mobile Multiklinik namens Hippocrates mit Abteilungen für Audiologie, Kardiologie, Pädiatrie und Zahnmedizin. Diese Einheiten sollen lokalen Ärzten, insbesondere auf der bulgarischen Seite der Grenze, Unterstützung bieten. Präventionsmaßnahmen offenbarten eklatante Mängel bei der Prävention von Krankheiten und deckten zusätzlich zu den medizinischen Auswirkungen Fälle von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung auf. Aus diesem Grund wurde die Prävention über den Bereich der Medizin hinaus auf den psychologischen und sozialen Bereich ausgedehnt.



Südosten

BULGARIEN

Südliches Zentrum

Kardzali •

INTERSYC

Ostmakedonien und Thrakien

• Kavala

• Pangaio

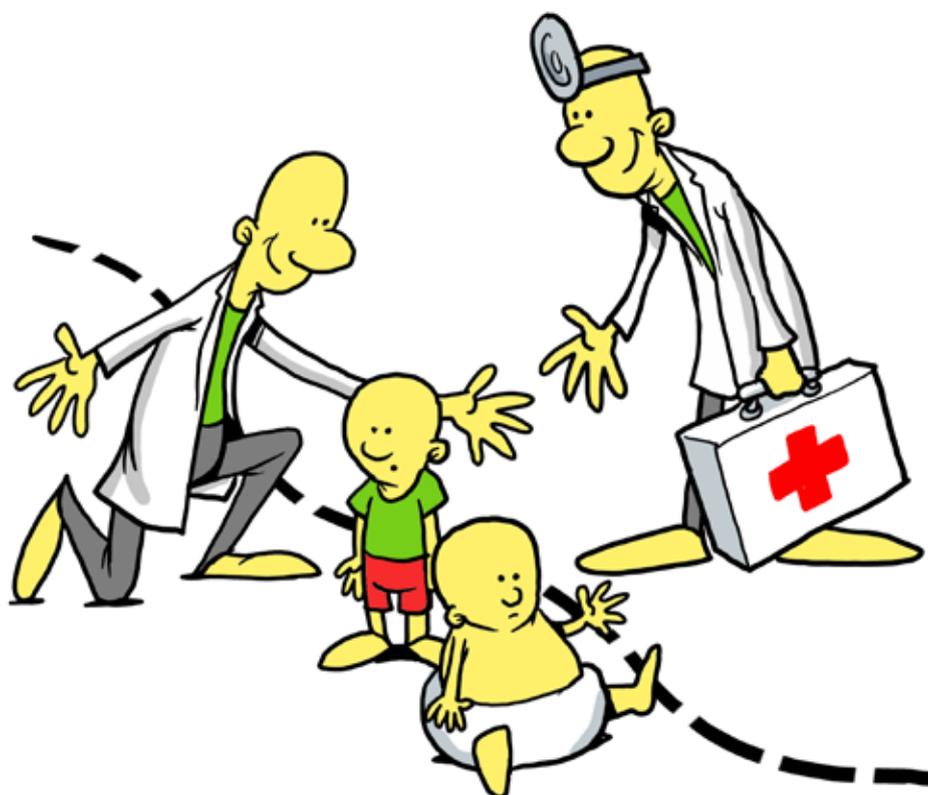
Zentralmakedonien

Griechenland

Das Ziel der dritten und letzten Prioritätsachse bezieht sich schließlich auf eine allgemeine Verbesserung der Verfügbarkeit von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen für Kinder und Familien in Schwierigkeiten. Sie bietet Schulungen für Mitarbeiter, die mit Kindern arbeiten, und fördert sowohl in Griechenland als auch Bulgarien die Einrichtung von Hilfszentren für Familien. Freiwilligen und Mitarbeitern, die mit Kindern arbeiten, werden Seminare angeboten, die in Erster Hilfe ausbilden. Diese Kurse basieren auf den Empfehlungen und Prinzipien des European Resuscitation Council (ERC) oder des Bulgarischen Roten Kreuzes und werden in der Gemeinde Pangeo in Thessaloniki in Griechenland sowie in Kardschali und Raslog in Bulgarien durchgeführt.

2.3 Auswirkungen, Schlüssel zum Erfolg und Nutzung bewährter Verfahren

Das Projekt hat definitiv die Situation von Kindern und Familien verbessert, aber das war noch lange nicht alles. Insgesamt hat es öffentliche Akteure, NRO und Verbände dazu gebracht, auf beiden Seiten der Grenze zusammenzuarbeiten und gemeinsam nachhaltige Maßnahmen für Kinder zu entwickeln. An dieser Stelle sollte vor allem die Vielfalt der Partner hervorgehoben werden, die an der Einrichtung dieses Projekts beteiligt waren, wie Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden und nationale Polizeidienste, die über die ECAAS-Plattform und durch den Kampf gegen das Verschwinden von Kindern mobilisiert wurden.





Dank der Stärke und des Fachwissens – bis zurück ins Jahr 1996 – von Das Lächeln des Kindes in Griechenland und seiner Zusammenarbeit mit zahlreichen Organisationen konnten die Partner ihr Wissen teilen und erforderliche Einrichtungen gemeinsam nutzen.

Ein weiterer Schlüssel zu diesem Erfolg war die Tatsache, dass Das Lächeln des Kindes und die Nadja Centre Foundation in Bulgarien bereits auf eine mehrjährige Zusammenarbeit im International Centre for Missing and Exploited Children (SEEC) zurückblicken konnten und dass verschiedene Partner derselben Nationalität bereits vor Ort zusammenarbeiteten.

Die Frage der Nutzung bewährter Verfahren wurde ebenfalls in Form von Schulungsmaßnahmen in den Ansatz integriert. Sozialarbeiter verfügen nun über das für sie notwendige Wissen, insbesondere im Bereich der lokalen Verwaltung der Ersten Hilfe. Die Verbreitung von Informationen über Prävention und die Kommunikation mit den lokalen Bevölkerungen wurde insbesondere mithilfe von Broschüren verbessert.

SEEC, das in Fällen von vermissten Kindern oder der Ausbeutung von Kindern aktiv ist, erweiterte seine Arbeit in Bulgarien durch einen nationalen Plan zur Bekämpfung des Kinderhandels, der vom bulgarischen Außenministerium geleitet wird.

EINE ZEUGIN AUS ERSTER HAND: ANTONIA TSIRIGOTI

Antonia Tsirigoti, Managerin internationaler Kooperationsprojekte und Programme für Das Lächeln des Kindes und Forscherin, ist zudem Psychologin und koordiniert verschiedene Programme und Projekte, unter anderem für den Kinderschutz.

„Die sehr praktische Planung des Projekts hat seine Funktionsfähigkeit, aber auch die Nachhaltigkeit der Ergebnisse sichergestellt, die über die Vorteile für die Kinder, die direkt davon profitieren, hinausgehen. Weitere funktionale und institutionelle Kooperationsprojekte wurden zwischen öffentlichen Akteuren auf beiden Seiten der Grenze, Akteuren des privaten oder sozialen Sektors und Einrichtungen für Bildung und/oder Gesundheit auf grenzüberschreitender Ebene geschaffen.“

3 „Patienten, Klienten und Familien an erste Stelle setzen“

Eine grenzüberschreitende Gesundheitspartnerschaft (Republik Irland und Vereinigtes Königreich)

3.1 Kooperation und Zusammenarbeit

Auf beiden Seiten der Grenze zwischen Nordirland und der Republik Irland bestehen erhebliche Defizite bei Gesundheits- und Sozialdienstleistungen. Die Gründe dafür sind auf die geografische Ablegenheit des Gebiets, den ländlichen Charakter einiger Regionen und die jahrelangen Konflikte zwischen Nordirland und Irland zurückzuführen. Vor diesem Hintergrund erfüllt die grenzüberschreitende Zusammenarbeit nicht nur die gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse, sondern stellt auch ein Experiment der Zusammenarbeit und des Erfahrungsaustauschs zwischen den betroffenen Völkern und Institutionen dar.

Grenzüberschreitende Experimente zeichneten sich erstmals in den 1980er Jahren ab. Nach und nach wurde die Notwendigkeit der Formalisierung dieser Zusammenarbeit deutlich. Das Ballyconnell-Abkommen vom 10. Juli 1992 formalisierte die Partnerschaft „Cooperation And Working Together“ (CAWT), die sich für die Gesundheit und das soziale Wohlergehen in Grenzgebieten einsetzt und die Gesundheitsämter für die Regionen Nord-Ost und Nord-West in der Republik Irland und das Gesundheits- und Sozialdienstamt für die Region West in Nordirland verbindet. Diese Organisation wurde gegründet, um Fachwissen, Forschungskapazitäten und praktische Hilfestellungen für grenzüberschreitende Aktivitäten bereitzustellen.

CAWT führt das Programm mit dem Titel „Patienten, Klienten und Familien an erste Stelle setzen“ durch, das eine Reihe von Projekten zur Verbesserung des Zugangs zu Dienstleistungen, zur Förderung von Gesundheit, Wohlergehen und sozialer Eingliederung sowie zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in diesen ländlichen Grenzgebieten umfasst. Diese Projekte, die durch das Interreg-IV-Programm Nordirland für den Zeitraum 2007-2013, die Grenzregion Irland und Westschottland sowie durch Peace II unterstützt werden, beinhalten eine Reihe von medizini-

ZIEL: Verbesserung der Gesundheits- und Sozialfürsorge für Menschen auf beiden Seiten der irischen Grenze durch eine Reihe von Projekten.

SCHLÜSSELDATEN: 1992: Unterzeichnung des Ballyconnell-Abkommens und Schaffung der Partnerschaft mit dem Titel „Cooperation And Working Together“ (CAWT); 1996-2000: Gesundheits- und soziale Kooperationsprojekte (Peace I); 2002-2008, CAWT trägt Projekte, die von Interreg III A und Peace II kofinanziert werden.

GRENZE: Nordirland (Vereinigtes Königreich) – Border, Midlands und Western Regions (Irland).

EUROPÄISCHES PROGRAMM: Interreg IV A (Nordirland, Republik Irland, Westschottland): Für das Projekt wurden Mittel in Höhe von 30 000 000 EUR bereitgestellt, von denen 22 500 000 EUR aus dem EFRE finanziert werden.

WEBSITE: <http://www.cawt.com>

schen und sozialen Initiativen. Zu den identifizierten Ansätzen gehören die soziale Eingliederung, die Einrichtung spezialisierter Krankenhausdienstleistungen, die Verbesserung der grenzüberschreitenden Mobilität und die Unterstützung älterer Menschen.

3.2 Zwölf Projekte für eine bessere Gesundheit und mehr Mobilität

Die zwölf Projekte zu „Patienten, Klienten und Familien an erste Stelle setzen“ bilden ein ehrgeiziges Programm mit dem Ziel, das Dienstleistungsangebot zu erweitern und zu diversifizieren, grenzüberschreitende Netzwerke zu schaffen und die Mobilität zu erleichtern. Sie umfassen:

- die Entwicklung neuer spezialisierter Gesundheitsdienstleistungen z. B. in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO),
- die Einrichtung von Familienplanungszentren,
- die Entwicklung von Netzwerken zum Thema Essstörungen,
- Alkoholprävention,
- Unterstützung für Familien und Kinder in Schwierigkeiten,
- hauswirtschaftliche Versorgung für ältere Menschen,
- Unterstützung für Menschen mit Behinderungen,
- den Kampf gegen Diabetes bei Risikopersonen,



Londonderry*

Donegal

Vereinigtes
Königreich
Nordirland

Belfast

Border
Region

Newry

Cavan

Dundalk

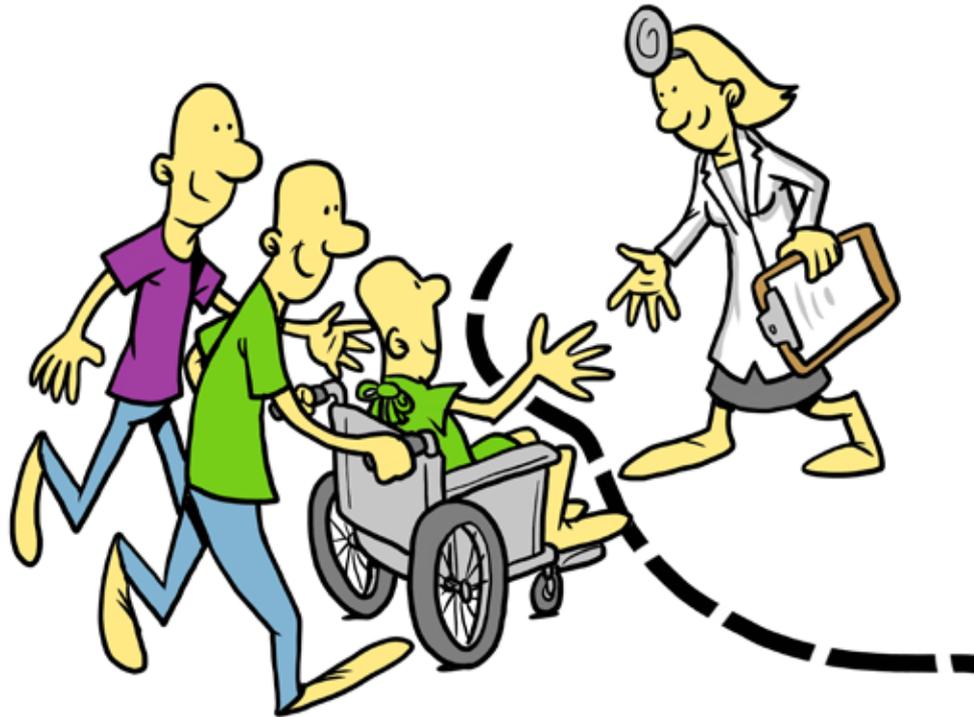
West Region

Galway

Midland
Region

Ireland

* Sitz der Cooperation And Working Together (CAWT), Leitungsstruktur des Projekts



- ein Programm zur Vorbeugung und Behandlung von Fettleibigkeit bei Kindern,
- Maßnahmen zur Bekämpfung von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung,
- die Förderung der beruflichen Mobilität durch den Austausch von Wissen und Erfahrungen,
- Maßnahmen im Fall von Autismus.

Durch die Bereitstellung dieser grenzüberschreitenden medizinischen und sozialen Dienstleistungen wird nicht nur das Wohlergehen der betroffenen Menschen gefördert und verbessert; es ist auch ein Mittel, um die Verbindungen und das Vertrauen zwischen den beiden noch vom Krieg geprägten Gemeinschaften wiederherzustellen.

3.3 Erfolgsfaktoren

Die zentrale Schnittstellenrolle von CAWT stellt einen wesentlichen Erfolgsfaktor dar. Seine Fachkenntnisse und Netzwerke erleichtern die Koordination zwischen den Verwaltungsdienstleistungen des Gesund-

heitsministeriums in Nordirland und seinem irischen Äquivalent. Seine Aufteilung nach strategischen Gruppen (Gesundheit der Fahrenden, ältere Menschen, psychische Gesundheit, Primärversorgung usw.) erleichtert die Projektorganisation. Zudem gewährleistet das CAWT die ordnungsgemäße Durchführung aller Aktivitäten gemäß den Kriterien, die von den Ministerien in den beiden Partnerländern und von der EU-Sonderprogrammstelle (SEUPB), die alle Friedens- und Interreg-Programme zwischen Nordirland und der Republik Irland verwaltet, festgelegt wurden.

Seit Beginn des Projekts wird die vom CAWT geschaffene Koordination durch einen Newsletter mit dem Titel „CAWT in Action“ publiziert. Diese vierteljährliche Veröffentlichung enthält regelmäßige Fortschrittsberichte über die Projekte. Neben der Verbreitung bewährter Verfahren in der grenzüberschreitenden Region stellt der Newsletter auch die bisher erzielten Ergebnisse vor, stärkt die Verbindungen zwischen den Partnern und zeigt Wege für künftige Projekte auf.

3.4 Die Haupthindernisse

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen Nordirland und der Republik Irland steht vor einem Hintergrund, der sowohl politisch als auch menschlich gesehen schwieriger handzuhaben ist als an anderen europäischen Grenzen. Die Jahre der Gewalt scheinen den Menschen hier immer noch sehr nahe zu gehen. Die Idee der Zusammenarbeit stellt dabei einen Versuch dar, diese Barriere zu überwinden.

Darüber hinaus, sind die britischen und irischen Gesundheitssysteme auch aus pragmatischer Sicht sehr verschieden. Während Nordirland kostenlose medizinische und soziale Dienstleistungen garantiert, setzt die Republik Irland auf ein gemischtes System – halb öffentlich und halb privat. Die Art und Weise, in der Befugnisse zwischen Behörden aufgeteilt werden, ist ebenfalls länderspezifisch und auch die Gesundheitspolitik und die Beschäftigungssysteme sind verschieden. Die Koordination bedarf daher vieler intensiver Besprechungen, die teure und zeitraubende Reisen mit sich bringen.

3.5 Fortschritte wurden verzeichnet, aber die Aufgabe bleibt bestehen

Eine Bewertung der Projekte, die im Rahmen der Interreg- und Peace-Programme durchgeführt wurden, zeigt, dass etwa 50 000 Menschen während der sieben Tätigkeitsjahre (2008-2014) von den angebotenen Dienstleistungen sowie der Betreuung profitiert haben. Den Projekten ist es auch gelungen, Zugang zu teilweise stark marginalisierten Gruppen zu finden: So hat das Projekt zur Förderung der sozialen Eingliederung und Verringerung von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung (Promoting Social Inclusion and Tackling Health Inequalities) mehr als 4 000 Einwohner erreicht, darunter Fahrende und Frauen in prekären Situationen.

Es ist klar, dass der finanzielle Druck sowie bedeutende gesundheitspolitische Reformen auf beiden Seiten der Grenze im Jahr 2013 die Notwendigkeit der Zusammenarbeit und Partnerschaft zwischen den Akteuren auf beiden Seiten noch verstärkt haben.

Die Nachhaltigkeit des Ansatzes ist teilweise gewährleistet. Der grenzüberschreitende HNO-Service zwischen Nordirland und der Republik Irland setzt seine Arbeit fort, vier der zusätzlichen Familienplanungsstellen sind noch aktiv, das Alkoholismus-Projekt wurde erweitert und das Autismus-Projekt (Turning the Curve) hat zur Schaffung von festen Arbeitsplätzen beigetragen.

Die Auswirkungen dieser Projekte betreffen außerdem auch institutionelle Aspekte. Zum Beispiel wird die Reorganisation bestehender Dienste die



grenzüberschreitende gemeinsame Nutzung von Ressourcen und den Ausbau von Netzwerken, auch zwischen Organisationen der Gemeinschaft, fördern.

EINE ZEUGIN AUS ERSTER HAND: DR. LINDA KING (CAWT in Action, Nr. 40, Juni 2014)

Dr. Linda King ist Mitglied der Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin Castleterg. Sie beteiligte sich an dem Projekt zur Verbesserung des Zustands von Patienten mit Behinderungen, insbesondere in den Bezirken Strabane und Donegal.

„Unsere Teilnahme an diesem grenzüberschreitenden Programm hat uns eine einzigartige Gelegenheit gegeben, unsere Patientenversorgung zu verbessern. Zum Beispiel hat die Schulung zur Sensibilisierung für die Behindertenproblematik unsere Mitarbeiter im Umgang mit Patienten mit körperlichen, Lern- oder sensorischen Behinderungen sicherer gemacht. All diese Veränderungen, sowohl große als auch kleine, haben bereits einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden unserer Patienten, insbesondere derer mit Behinderungen.“

4 TELEMEDIZIN EUROREGION POMERANIA

Lasst Daten wandern und nicht die Patienten (Deutschland, Polen)

4.1 Wie können wir die Isolation überwinden?

Das Projekt konzentriert sich auf abgelegene und dünn besiedelte Grenzregionen (69 Einwohner pro km²) in der Euroregion Pomerania. Diese 1995 an der deutsch-polnischen Grenze gegründete Euroregion entwickelte Projekte in den Bereichen Wirtschaftswachstum, Bildung, Infrastruktur und Umweltschutz.

Diese Regionen teilen eine gemeinsame Realität. Sowohl auf der deutschen als auch auf der polnischen Seite der Grenze gibt es zunehmende medizinische Engpässe. Diese dünn besiedelten Gebiete weisen eine alternde Bevölkerung auf, die mit Mehrfacherkrankungen zu kämpfen hat. Zweitens entwickeln sie sich zu medizinischen Wüsten: Junge Ärzte, egal ob Allgemeinmediziner oder Spezialisten, ziehen es vor, in städtischen Gebieten und großen Gesundheitsstrukturen mit Zugang zu Technologien und einem stimulierenden Umfeld zu arbeiten. Folglich ist der Zugang zu fachärztlicher Versorgung für die Menschen, die an diesen isolierten Orten leben, mit Reisen über teilweise große Entfernungen verbunden. Diese Reisen sind zudem kostspielig.

Die Zeit- und Transportbedingungen, nicht nur für Patienten, sondern auch für vor Ort entnommene medizinische Proben, sind Faktoren, die einer optimalen Versorgung schaden. Die Isolation kann auch bei der Erkennung von kardiologischen Fällen oder wenn ein Patient einen Schlaganfall erlitten hat entscheidend sein. In diesen Fällen muss schnell eine Diagnose erfolgen, bevor der Zustand lebensbedrohlich wird.

Unter diesen Umständen bietet das Telemedizinprojekt einen verbesserten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und Infrastruktur. Genauer gesagt, geht es darum, die Prävention und Behandlung bestimmter Krankheiten zu verbessern und nachhaltige Kommunikationsstrukturen zu etablieren, die eine bessere Behandlung der Patienten zulassen.

ZIEL: Informationen, Diagnose und Therapie für bestimmte Krankheiten durch Telemedizin, die die Telekommunikation zur Erleichterung der medizinischen Praxis nutzt.

SCHLÜSSELDATEN: 2001: Telemedizin-Experiment in Deutschland; 2002-2006: grenzüberschreitendes Telemedizinnetz in der Euroregion Pomerania; 2007-2013: Ausweitung des Netzwerks auf weitere Akteure.

GRENZE: Woiwodschaft Westpommern (Zachodniepomorskie) in Polen sowie die deutschen Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg.

EUROPÄISCHES PROGRAMM (KOFINANZIERUNG): Interreg IV (2007-2013): 12 024 316 EUR einschließlich eines EFRE-Beitrags von 10 088 374 EUR.

WEBSITE: <http://www.telepom.eu>

4.2 Wandernde Daten

Telemedizinische Initiativen wurden erstmals auf der deutschen Seite der Grenze im Jahr 2001 eingeführt. Die Telemedizin deckt alle medizinischen Aktivitäten ab, bei denen Patienten oder deren Daten und ein geografisch weit entfernter Arzt oder eine Institution durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zusammengebracht werden. Diagnose, Therapien und Behandlungen erfolgen in Übereinstimmung mit den Normen und Regeln, die für jede medizinische Handlung gelten.

Im Jahr 2002 wurde ein erstes deutsch-polnisches grenzüberschreitendes Telemedizinnetz mit Sitz in Vorpommern eingerichtet, das sich auf Telepathologie, Teleradiologie und Videokonferenzen konzentriert.

Das Telepathologie-Projekt basierte auf dem Ziel, Krankenhäuser mit eigenen pathologischen Strukturen und Krankenhäuser, die über keine derartigen Strukturen verfügten, miteinander zu vernetzen. Auf diese Weise konnten Gewebeanalysen durch die Telemedizin vorgenommen werden. Die Teleradiologie kommt immer dann zum Einsatz, wenn eine Zweitmeinung erforderlich ist, ein Notfall vorliegt oder ein lokales Radiologiezentrum vorübergehend geschlossen ist, beispielsweise während der Ferienzeiten. Videokonferenzen machen es schließlich möglich, interdisziplinäre Sitzungen aus der Ferne durchzuführen. Diese Technik bietet Gelegenheit,



Rostock

Koszalin

Schwerin

Mecklenburg-Vorpommern

Stettin

Westpommern

POLEN

DEUTSCHLAND

Potsdam

Brandenburg

Cottbus

Telemedizin

komplexe Patientenfälle zu diskutieren, die ergänzende Fähigkeiten erfordern. Sie kann verwendet werden, um Schulungen oder Seminare abzuhalten, die eine Teilnahme ganz ohne Reisen garantieren.

Ab 2006 kam ein digitalisierter Mammographie-Service hinzu, der auf beiden Seiten der deutsch-polnischen Grenze ein regelmäßiges Programm zur Früherkennung von Brustkrebs vorsieht.

Zwischen 2002 und 2006 kam es im Rahmen des Telemedizinnetzes zur Zusammenarbeit von zwölf deutschen Einrichtungen, darunter eine Fachhochschule, die medizinische Daten zu speichern vermag, und vier polnischen Krankenhäusern.

Dank der Mittel aus dem Programm Interreg IV Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg-Westpommern konnten im Zeitraum 2007-2013 insgesamt 22 deutsche und 15 polnische Krankenhäuser am Telemedizinnetz teilnehmen.

Heute umfasst das Telemedizinnetz zusätzlich zu den ursprünglichen Kooperationsformen die Bereiche Urologie, Kardiologie, Onkologie, Augenheilkunde und Schlaganfallversorgung. Zum Beispiel gibt es ein zweiwöchentliches Treffen des Pommerschen Rates gegen Prostatakrebs, bei dem die Urologen der Euroregion und die ansässigen Ärzte und Strahlentherapeuten aus den Krankenhäusern in Stettin (Polen) sowie aus Greifswald und Schwedt (Deutschland) zusammenkommen.

Dank der Zusammenarbeit in der Telemedizin kann der vor Ort entlang der Grenze behandelnde Arzt eine zweite Meinung von einem Spezialisten einholen. Die schnelle, beinahe sofortige Übertragung der Information wirkt sich zugunsten einer effektiven Behandlung des Patienten aus. Darüber hinaus werden durch diesen Austausch die Kosten und Schwierigkeiten, die beim Transport sowohl von medizinischen Proben als auch von Menschen entstehen können, verringert und das Arbeitsumfeld für lokale Ärzte verbessert.

4.3 Misstrauen und Unterschiede

Die Entwicklung der Telemedizin als solche stellte bereits eine erste große Herausforderung dar: Einige Krankenhausmitarbeiter – Ärzte und anderes medizinisches Personal – waren anfangs sehr argwöhnisch gegenüber der Technik und der Digitalisierung von Diagnose oder Therapie eingestellt.

Auch auf polnischer Seite wurde das Projekt durch einen Haushaltsstillstand verzögert. Erst im Jahr 2006 war es den polnischen Krankenhäusern schließlich möglich, dem deutschen Netzwerk beizutreten. Die Di-

gitalisierung der Medizin wurde zunächst nicht als Priorität angesehen, insbesondere angesichts der Kosten für die benötigte Ausrüstung.

Zudem ergaben sich kulturelle Schwierigkeiten zwischen den Partnern während des gesamten Projekts, sei es in Bezug auf organisatorische Methoden oder beispielsweise die Rolle der Verbände. Unter solchen Umständen besteht die Aufgabe des Dolmetschers nicht nur darin, den Informationsaustausch von einer Sprache in eine andere zu übertragen, sondern auch auf unterschiedliche Wahrnehmungen und Darstellungen aufmerksam zu machen. Aus diesem Grund werden zu den Videokonferenzen und Sitzungen weiterhin Dolmetscher hinzugezogen.

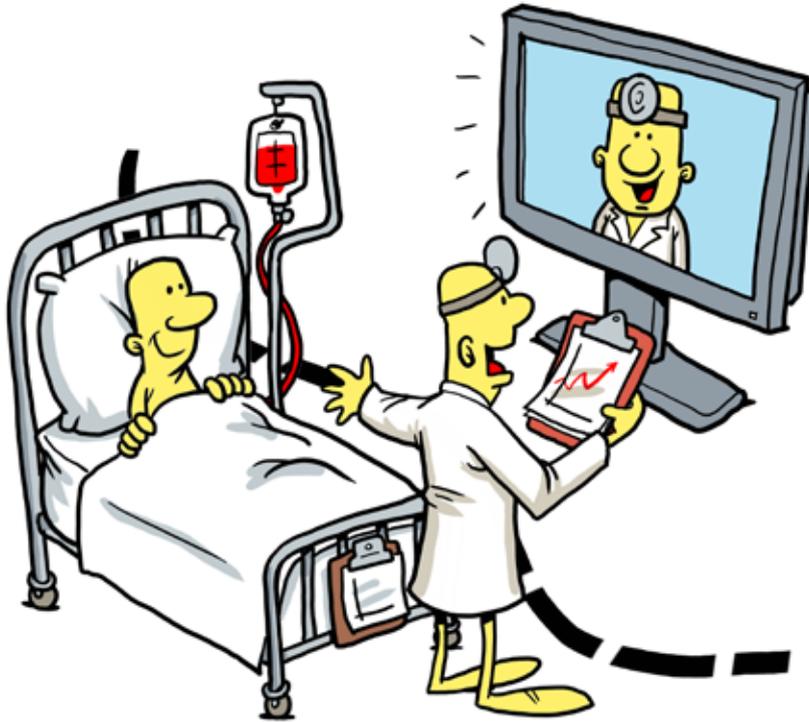
Das Projekt war außerdem auf den Rat von Rechtsexperten angewiesen, um die vielen rechtlichen Fragen in Zusammenhang mit dem grenzüberschreitenden Kontext zu regeln, was die operative Umsetzung des Projekts erschwerte. Da die Rechtsexperten eher daran gewöhnt waren, in einem kommerziellen Umfeld zu agieren, war es notwendig, ihnen in regelmäßigen Abständen den Kontext des Gesundheitssektors sowie die beteiligten Institutionen und Mitarbeiter vor Augen zu halten.

Ein letztes Hindernis, das auf deutscher Seite immer noch aktuell ist, betrifft die Erstattung von Behandlungskosten. Begründet ist dieses Hindernis dadurch, dass sich das System der sozialen Sicherheit nach dem Hospitalisierungsort richtet und die spezifischen Merkmale der Telemedizin noch nicht berücksichtigt.

4.4 Die Verbreitung der Telemedizin

Die Telemedizin wurde zuerst in der deutschen Region Pommern entwickelt, vor allem aufgrund des geografischen und sozialen Kontexts. Anschließend verbreiteten sich diese Kenntnisse nicht nur in Deutschland, sondern dank der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auch in Polen. Sie kommen nun vielen Einrichtungen und Patienten zugute. Insgesamt hat sich die medizinische Ausrüstung zur Digitalisierung von Krankenhäusern weiterentwickelt und verbessert, was zu einer besonders leistungsfähigen Technologie führte. Es wurden Stiftungen gegründet, um den Austausch von medizinischen Daten entlang der deutsch-polnischen Grenze zu gewährleisten.

Das Telemedizin-Projekt wurde ursprünglich durch häufige – und physische – Treffen der Partner entwickelt. Durch diese Treffen entstand ein tiefgreifendes Verständnis der Systeme auf beiden Seiten der Grenze. Außerdem wurden dauerhafte Verbindungen geknüpft. Die finanzielle Unterstützung der Interreg-Programme stellte dabei einen entscheidenden Faktor dar. Auch die Stabilität des medizinischen Personals, das im



Gegensatz zu den Mitgliedern des institutionellen Ausschusses bestehen bleibt, hat zur Beständigkeit und Nachhaltigkeit der in Gang gesetzten Dynamik beigetragen.

Das institutionelle Netzwerk bleibt offen für die Teilnahme neuer Partner. Es arbeitet mit weiteren Netzwerken wie dem Teleradiologie-Netzwerk Mecklenburg-Vorpommern (TeleRad M-V) zusammen. Dieses im Jahr 2009 mit 17 Krankenhäusern gestartete Netzwerk wird nun direkt von den beteiligten Krankenhäusern finanziert.

Obwohl es sich derzeit auf die schwerwiegendsten und komplexesten Fälle konzentriert, hat das Telemedizin-Projekt einen unbestreitbaren Mehrwert. Die Übermittlung von Daten an medizinische Zentren, die Meldung von Ergebnissen und die Bereitstellung eines zweiten ärztlichen Gutachtens sind nur einige der Lösungen für die in diesen isolierten Regionen aufgetretenen Schwierigkeiten, nämlich Abgelegenheit, eingeschränkte Mobilität und das demographische Defizit bei Fachkräften.

Für die Zukunft hofft das Projekt, sich auf weitere Länder, einschließlich der Ukraine, auszudehnen und spezifische Pathologien, insbesondere pädiatrische Erkrankungen, ins Visier zu nehmen.

EIN ZEUGE AUS ERSTER HAND: PROF. DR. MED. NORBERT HOSTEN

Prof. Dr. med. Hosten ist Professor für Radiologie in der radiologischen Abteilung der Universitätsmedizin Greifswald und seit 2008 Direktor des Telemedizin Euroregion POMERANIA e.V. Projektausschusses.

„Wir haben ein Netzwerk von mehr als 25 deutschen und polnischen Krankenhäusern aufgebaut. Neben dem technischen Erfolg haben mir natürlich die regelmäßigen Treffen zwischen den polnischen und deutschen Ausschüssen sehr geholfen. Ich wusste zu Beginn des Projekts nichts über Polen, und auch meine polnischen Kollegen wussten nichts über Deutschland. Mit der Zeit sind wir Freunde geworden und es wird immer leichter, zusammen zu arbeiten. In meinen Augen sind diese transnationalen Projekte ein wichtiges Instrument, um die Menschen in Europa unabhängig von der offiziellen Politik zu verstehen, die – wie wir sehen können – ihre Höhen und Tiefen hat.“

5 Das französisch-deutsche krankenhaushübergreifende Kardiologie-Partnerschaftsprojekt (Frankreich, Deutschland)

5.1 Ein akuter Bedarf an kardiovaskulärer Versorgung

Das lothringische Kohlerevier in Frankreich weist alarmierende Mortalitätsstatistiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf. Darüber hinaus sieht sich das Gebiet mit zwei großen Schwierigkeiten konfrontiert: einem Mangel an Ärzten und einer zunehmenden Marginalisierung im Vergleich zu Metz.

Die Idee eines Projekts für medizinische Zusammenarbeit in der Kardiologie entstand im Jahr 2002 auf gemeinsame Initiative eines französischen Kardiologen in Moselle und eines deutschen Kardiologen in Völklingen. Um diese Partnerschaft zu etablieren, kontaktierten die beiden Kardiologen die Krankenkassen in ihren jeweiligen Ländern, die allerdings wenig Begeisterung für die Teilnahme an einem gemeinsamen Projekt zeigten. Einige Jahre lang verliefen diese Schritten in Richtung einer engeren Verbindung im Sand, auch wenn Synergien zwischen den Grenzgesundheitsstrukturen von Forbach und Völklingen die Versorgung von Patienten mit akutem Herzmuskelinfarkt ermöglicht hätten.

Im Jahr 2011 designierte die regionale Gesundheitsbehörde (ARS) im Zuge der Umstrukturierung der Gesundheitsversorgung im lothringischen Kohlerevier das Krankenhaus in Forbach (Frankreich) zur kardiologischen Intensivstation. Später kam es dann zu Schwierigkeiten bei der Erfüllung der für die Inbetriebnahme notwendigen Bedingungen. Gleichzeitig verfügte das der Saarland Heilstätten GmbH in Völklingen angeschlossene HerzZentrum Saar, das nur rund 12 km entfernt lag, über umfangreiche Ressourcen zur Behandlung von Herzproblemen. Diese Ressourcen ähneln denen der Krankenhäuser von Nancy, Metz und Straßburg, die alle mehr als 60 km von Forbach entfernt liegen. Ein Kooperationsprojekt mit Völklingen war daher die naheliegendste Lösung.

ZIEL: Grenzüberschreitende Zusammenarbeit der kardiologischen Abteilungen in den Kliniken in Forbach (Frankreich) und Völklingen im Rahmen des Santransfor-Projekts.

SCHLÜSSELDATEN: 2002: Erste Gespräche über eine Zusammenarbeit in der Kardiologie zwischen Mosel und Saar; 2007: Einstellung eines Verantwortlichen für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Völklingen; 2013: Inkrafttreten eines Abkommens über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Kardiologie.

GRENZE: Der Eurodistrict SaarMoselle, insbesondere das Departement Moselle (Forbach) in der Region Grand Est auf der französischen Seite und das Saarland (Völklingen) auf der deutschen Seite.

EUROPÄISCHES PROGRAMM: (Kofinanzierung) Interreg IV A 2007-2013 Gesamtbudget: 525 851 EUR, einschließlich eines EFRE-Beitrags von 236 633 EUR.

WEBSITE: <http://bit.ly/2f3mhhB>

5.2 Fruchtbarer Boden für die Zusammenarbeit

Die beiden Städte Forbach und Völklingen sind seit 1964 Partnerstädte. Es dauert kaum 15 Minuten, um von einer Stadt zur anderen zu gelangen. Und es steht außer Frage, dass, wenn das Leben eines Patienten in Gefahr ist, wie es bei einem Herzinfarkt der Fall ist, die geografische Nähe der Gesundheitseinrichtung einen ausschlaggebenden Faktor darstellt. So führen das Centre Hospitalier Marie-Madeleine in Forbach, eines der beiden Krankenhäuser des Centre Hospitalier Intercommunal UNISANTE+, und das SHG-Kliniken-Zentrum in Völklingen seit 2010 Gespräche über diese Nähe.

Das deutsch-französische Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen, das am 22. Juli 2005 unterzeichnet wurde, bot einen günstigen Rahmen für die Unterzeichnung eines Abkommens über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit. In Anwendung dieses Rahmenabkommens wurde am 19. März 2013 das Abkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Kardiologie von sieben Vertretern der deutschen und französischen regionalen Gesundheitsbehörden, Krankenversicherungen und Verwaltungen der betreffenden Gesundheitseinrichtungen unterzeichnet.



DEUTSCHLAND

LUXEMBURG

Rheinland-Pfalz

Sarre

SHG-Klinik Völklingen



• Sarrebruck

Forbach



Sarreguemines

Eurodistrict SaarMoselle

Grand Est

FRANKREICH

Die Umsetzung dieses Abkommens beruhte auf Interreg-Mitteln, insbesondere dem Santransfor-Projekt. Dieses Projekt, das im Rahmen des Programms INTERREG IV A Großregion/Grande Région finanziert wird, förderte die Unterzeichnung bilateraler internationaler Rahmen- und Kooperationsabkommen im Gesundheitsbereich, um den Zugang der Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung in der Grenzregion zu verbessern. Es wurde unter anderem in der Region Mosel-Saar entwickelt.

5.3 Eine pragmatische Partnerschaft

Ziel der krankenhausbereitenden Partnerschaft ist es, in Ergänzung zu den bereits bestehenden Partnerschaften, beispielsweise mit Krankenhäusern in Nancy oder Metz-Thionville, die kardiologische Versorgung gemeinsam nachhaltig zu organisieren und zu entwickeln.

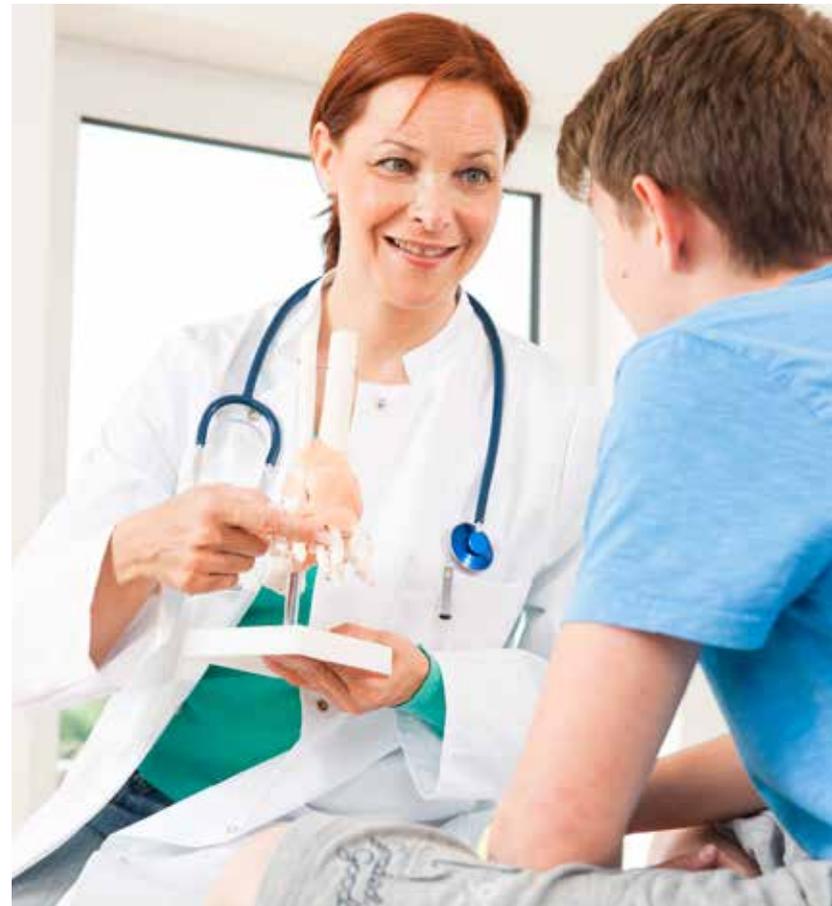
Dabei sollte hervorgehoben werden, dass das krankenhausbereitende Abkommen im Eurodistrict SaarMoselle, der die bestehende Region Grand Est sowie sieben interkommunale Strukturen auf der französischen Seite umfasst, und in der Stadtgemeinde Saarbrücken im Saarland auf der deutschen Seite angewandt wird. Dieser Eurodistrict nahm am 6. Mai 2010 die Form eines Europäischen Verbunds für territoriale Zusammenarbeit (EVTZ) an. Das letztendliche Ziel besteht darin, einen stärker integrierten grenzüberschreitenden Ballungsraum zu schaffen, um sich den Herausforderungen des Gebiets zu stellen, das tiefgreifenden wirtschaftlichen und sozialen Veränderungen unterliegt.

Die Kardiologie-Partnerschaft verfolgt drei Hauptziele:

- Optimierung der Patientenversorgung für Herzinfarktopfer im Zuständigkeitsbereich des mobilen Notfall- und Reanimationsdienstes (SMUR) in Forbach;
- trotz der medizinischen Probleme der Demographie, Aufrechterhaltung der hochwertigen Herzversorgung im Centre Hospitalier Marie-Madeleine in Forbach und Verstärkung des medizinischen Teams in der Pflegeeinheit;
- Organisation des Austauschs bewährter Verfahren zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe und Förderung der Zweisprachigkeit von medizinischem und nichtmedizinischem Personal.

In der Praxis können die Bewohner einer der beteiligten französischen Gemeinden schneller in Völklingen als in Metz behandelt werden. Die Entscheidung bleibt allerdings den Patienten überlassen. Durch dieses Abkommen wird das Klinikum in Völklingen in das Herz-Kreislauf-Netz auf der französischen Seite der Grenze integriert.

Das zweite Ziel ist die Entwicklung eines grenzüberschreitenden Ärzteteams, um junge Fachkräfte anzuziehen und die Kontinuität auf der kardiologischen Intensivstation in Forbach zu wahren. Dieses Ziel wird durch die Ankunft von Kardiologen aus Völklingen zur Stärkung des medizinischen Teams auf der kardiologischen Intensivstation (z. B. in der Bereitschaftsbetreuung) in die Tat umgesetzt. Das dritte Ziel des Projekts befasst sich schließlich mit der Organisation von Praktika oder Seminaren, die innerhalb der Institutionen auf beiden Seiten der Grenze durchgeführt werden.



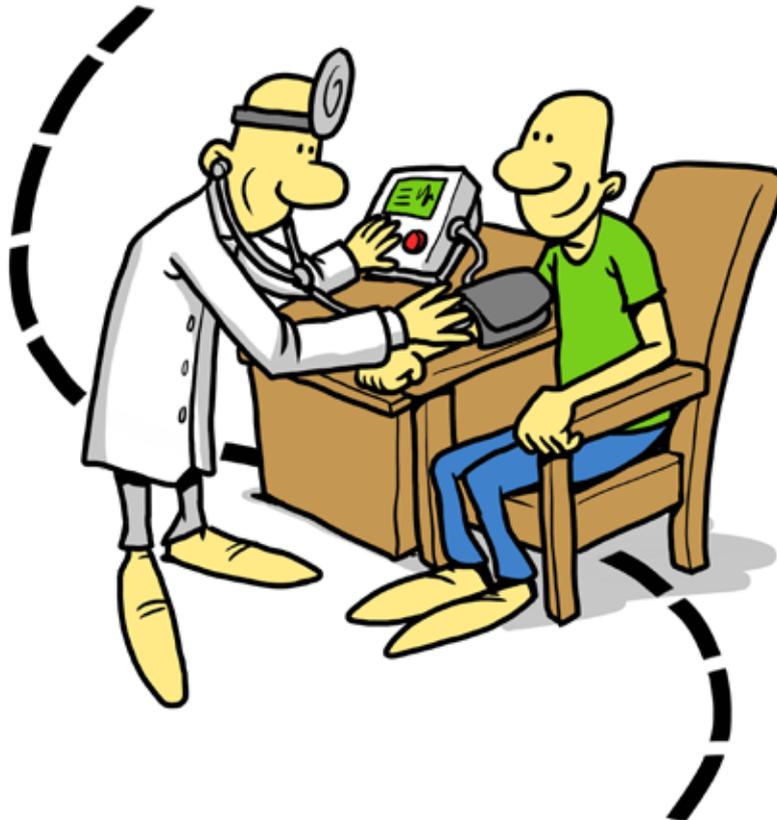
5.4 Ein langsamer institutioneller Prozess

Ein Zusammentreffen der medizinischen Einrichtungen in Völklingen und Forbach im Jahr 2010 ermöglichte es den Ärzten der verschiedenen Standorte, sich kennenzulernen sowie sich in der einen oder anderen Kardiologietechnik weiterzubilden und an jedem der Standorte zu praktizieren. Zunächst wurde daran gearbeitet, Bindungen zwischen den betroffenen Mitarbeitern zu schaffen und zu stärken. Eine Annäherung der Krankenhausmanager stand als Nächstes auf dem Plan.

Bei der Umsetzung des im März 2013 unterzeichneten Abkommens, das das Kooperationsprojekt formalisierte, traten einige Hindernisse auf. Das erste Hindernis betraf die kulturellen Unterschiede. Obwohl die Betreiber geografisch gesehen nahe beieinander wohnen, sprechen sie weder die gleiche Sprache noch haben sie die gleichen Gebräuche. Die Umsetzung und Sicherung des Projekts machte daher die Sensibilisierung oder sogar Schulung der Teilnehmer erforderlich – zum Beispiel durch Sprachtraining.

Zweitens gibt es, trotz der bereits erwähnten geografischen Nähe, bedeutende Unterschiede in der Organisation der Gesundheitssysteme und den Erstattungsregelungen zwischen Frankreich und Deutschland. Diese institutionellen Unterschiede verlangsamten ebenfalls die Umsetzung des Abkommens.

Ein weiteres Hindernis bestand in den verschiedenen institutionellen Ebenen der Vertragsparteien. Auf der einen Seite stand das Krankenhaus in Völklingen und auf der anderen Seite die regionale Gesundheitsbehörde (ARS), die dem französischen Gesundheitsministerium unmittelbar unterstellt ist. Somit stellten diese beiden Einheiten auf institutioneller Ebene ziemlich ungleiche Vertragspartner dar. In so einem Fall zieht es jeder öffentliche Akteur vor, mit seinem Gegenüber zu verhandeln; im vorliegenden Projekt jedoch war dies unmöglich. Auf deutscher Seite ist der Partner, der das Abkommen unterzeichnet, handlungsfähiger Akteur, nämlich die SHG-Kliniken in Völklingen, ein kommunales Krankenhaus. Im Gegensatz dazu besagt das Rahmenabkommen auf französischer Seite, dass der zur Unterzeichnung des Abkommens berechnete Akteur die zuständige Verwaltungsbehörde ist – in diesem Fall die regionale Gesundheitsbehörde ARS von Lothringen.



Diese Art des Ungleichgewichts findet sich häufig bei grenzüberschreitenden Partnern, weshalb Verhandlungsstärke und Unvoreingenommenheit unabdingbar für den Erfolg einer derartigen Partnerschaft sind.

Darüber hinaus wurde in der Verhandlungsphase die Verwaltung der lokalen Dienste neu organisiert und einer einzigen regionalen Gesundheitsbehörde (ARS) übertragen, was ebenfalls zu der Verzögerung beitrug. Parallel zu dieser Reorganisation kam es in den Krankenhäusern und bei der ARS zu verwaltungstechnischen Veränderungen, was den Prozess weiter verlangsamte.

5.5 Die Zusammenarbeit ist effektiv, wenn auch begrenzt

Das Abkommen zwischen Forbach und Völklingen wird seit dem 2. April 2013 zur großen Zufriedenheit des medizinischen Personals, der Patienten, der Krankenhausleiter, der ARS und des Gesundheitsministeriums im Saarland angewandt.

Seit Beginn des Projekts beherrscht eine wachsende Zahl von Mitarbeitern beider Krankenhäuser zwei Sprachen. Genauer gesagt, stellen die SHG-Kliniken in Völklingen seit dem Inkrafttreten des Projekts zweisprachige Ärzte ein.

Insgesamt bietet die krankenhausübergreifende Partnerschaft in Forbach eine qualitativ hochwertige kardiologische Versorgung durch die Verstärkung des Ärzteteams mit zweisprachigen Kardiologen aus Völklingen. In der Praxis wird diese Betreuung zunächst in Völklingen erbracht; nach durchschnittlich drei Tagen können die Patienten dann nach Forbach wechseln.

Obwohl das Projekt ein Erfolg ist, bleibt es relativ begrenzt. Erstens richtet es sich auf geographischer Ebene nur an bestimmte Grenzgemeinden und somit an ein begrenztes Gebiet. Zweitens betrifft es nur die Diagnose eines akuten ST-Strecken-Hebungsinfarktes und ist daher stark reguliert und begrenzt.

Die derzeitige Zusammenarbeit wurde ursprünglich in der Hoffnung auf den Weg gebracht, sie auf weitere Herzdiagnosen einschließlich anderer Arten von Herzinfarkten zu erweitern. Aktuell scheinen die betroffenen Parteien jedoch keine derartigen Projekte in Planung zu haben.



EINE ZEUGIN AUS ERSTER HAND: KARINE MERTENS

Karine Mertens engagiert sich seit 2008 für den Aufbau gemeinsamer Gesundheitsprojekte im Eurodistrict SaarMoselle. Seit 2016 ist sie für die internationalen Beziehungen der regionalen Gesundheitsbehörde von Grand Est verantwortlich, die direkt dem französischen Gesundheitsministerium untersteht.

„Ausgangspunkt war die Nähe, man musste dem Patienten die Möglichkeit geben, in der Nähe behandelt zu werden. Sie müssen sich vor Augen halten, dass bei einer Diagnose wie Herzinfarkt jede Sekunde zählt, so dass es nur logisch erscheint, den Patienten im nächsten geeigneten Krankenhaus zu versorgen [...] Wir haben daran gearbeitet, die Verbindung zwischen den Krankenhäusern, aufzubauen und zu stärken. Aber auch auf administrativer Ebene haben wir daran gearbeitet, die verschiedenen beteiligten Krankenhausverwaltungen zusammenzubringen [...] Das persönliche Engagement der Ärzte spielte dabei eine wichtige Rolle.“

6 Das IZOM-Projekt

Maßgeschneiderte Gesundheitsversorgung in der Euregio Maas-Rhein (Belgien, Deutschland, Niederlande)

6.1 Eine offene grenzüberschreitende Region

Die Euregio Maas-Rhein (EMR) verbindet den Süden der Provinz Limburg (Niederlande) mit den Provinzen Limburg und Lüttich (Belgien) sowie dem Zweckverband Region Aachen (Deutschland). Sie wurde 1976 als Arbeitsgruppe gegründet und stellt eine sehr alte Partnerschaft im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit dar. Im Jahr 1991 erwarb die Euregio einen Rechtsstatus und wurde damit zu einer niederländischen Stichting, vergleichbar mit einem gemeinnützigen Verein (VoG). Im Allgemeinen ist die grenzüberschreitende Dynamik in diesen Gebieten durch eine Reihe von zusammenwirkenden Organen fest verankert.

Die Region ist dicht besiedelt (3,8 Mio. Einwohner) und verfügt über viele Gesundheitseinrichtungen. In den 1990er Jahren sah sich die Region mit einigen Problemen im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung konfrontiert. Es kam zu ungewöhnlich langen Wartezeiten, um bestimmte Spezialisten zu sehen, und in einigen Gebieten bestanden außerordentliche Defizite an lokalen Gesundheitsdiensten, wenn es sie überhaupt gab.

Das IZOM-Projekt (Integrative Zorg Op Maat: maßgeschneiderte Gesundheitsversorgung) ermöglicht den Bewohnern der Region, die Gesundheitsversorgung auf beiden Seiten der Grenze in Anspruch zu nehmen. Es besteht aus einem vereinfachten Verwaltungsverfahren für den Zugang zur Gesundheitsversorgung im Ausland und einem Verfahren zur Verbreitung spezifischer Informationen.

IZOM ist nicht das einzige Kooperationsprojekt im Gesundheitsbereich, das in der Euregio Maas-Rhein entwickelt wurde. Im Jahr 2005 wurde beispielsweise die Grenzüberschreitende Medizinische Notfallhilfe in der Euregio Maas-Rhein (EUMED) eingerichtet. Ihre Tätigkeit begann Ende der 1990er Jahre und war Teil eines von Interreg geförderten Katastrophenmanagement-Projekts zwischen 2005 und 2007, bekannt als EMRIC (Euregio Maas-Rijn – Interventie in geval van Crisis).

ZIEL: Zusammenarbeit zur Förderung der Patientenmobilität in der Euregio Maas-Rhein.

SCHLÜSSELDATEN: 1997: Einrichtung des IZOM-Projekts durch den niederländischen Krankenversicherer CZ in Zusammenarbeit mit der belgischen Mutualité Chrétienne und der AOK Rheinland; 2000: Start des Projekts mit 13 Partnern; 2013: Entwicklung des eIZOM-Projekts: Ausgabe einer elektronischen Karte; 2016: zwei deutsche Unterzeichnerparteien kündigen den Kooperationsvertrag. Es wurde beschlossen, das IZOM-Verfahren zum 31. Dezember 2017 einzustellen und die Anwendung des Gemeinschaftsrechts in der Euregio wiederherzustellen.

GRENZE: Die Euregio Maas-Rhein (EMR), insbesondere die Provinzen Nordbrabant und Limburg (Niederlande), die Provinzen Limburg und Lüttich (Belgien), die Region Aachen sowie die Landkreise Bitburg-Prüm und Daun (Deutschland).

EUROPÄISCHES PROGRAMM (KOFINANZIERUNG): Interreg II 1994-1999 und Interreg III 2000-2006: Es wurden Mittel in Höhe von 2 723 702 EUR bereitgestellt, von denen 1 361 019 EUR aus dem EFRE stammten.

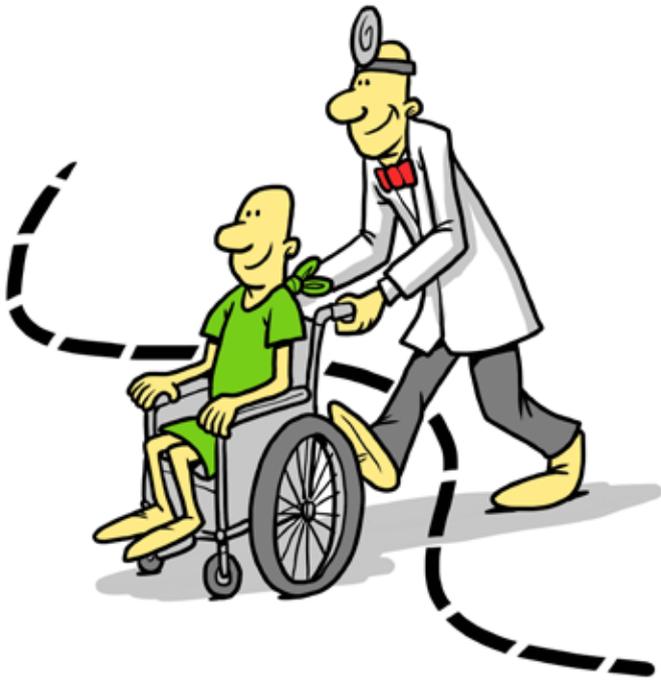
WEBSITE: <http://www.grenzgaengerinfos.org/soziales4.5.html>

6.2 Ausbau der Gesundheitsversorgung für Grenzpatienten

Ab 1997 begannen die Krankenversicherungsträger in Belgien, den Niederlanden und Deutschland zu prüfen, wie eine Initiative zur Erleichterung der Patientenmobilität über die Grenze hinweg eingerichtet werden könnte. Drei Jahre später, im September 2000, wurde IZOM dann ins Leben gerufen. Alle betroffenen Krankenversicherer erklärten sich bereit, das Partnerschaftsabkommen zu unterzeichnen.

Das IZOM-Projekt ermöglicht es den Bewohnern, in den Einrichtungen ihrer Wahl behandelt zu werden, und optimiert die Gesundheitsversorgung in der Euregio. Zum Beispiel bietet IZOM den Einwohnern von Belgisch-Limburg (von denen viele ursprünglich aus dem niederländischen Limburg stammen) die Möglichkeit, in den Krankenhäusern behandelt zu werden, in denen sie früher ein- und ausgingen; sie können bis zu einem gewissen Grad weiterhin „ihren“ Arzt und „ihr“ Krankenhaus zurate ziehen.





IZOM ist es auch zuzuschreiben, dass die Einwohner der deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens von universitärer Krankenversorgung in ihrer eigenen Sprache profitieren können, da sie nun einen leichteren Zugang zu Aachener Krankenhäusern haben.

Um das IZOM-Programm nutzen zu können, müssen sich Patienten, die sich im Ausland behandeln lassen möchten, zuerst mit ihrem Krankenversicherer in Verbindung setzen, um das Formular 112+ zu erhalten, bevor eine Versorgung oder Behandlung im Ausland erfolgen kann. Dieses Formular wird nur im Rahmen des IZOM-Projekts verwendet. Es basiert auf dem mit einem „+“ gekennzeichneten Formular E112 (oder dem aktuellen Formular S2),¹⁰ das die durch das IZOM-Verfahren genehmigte Behandlung von einer Behandlung im Rahmen der Koordinierungsverordnungen der sozialen Sicherheit unterscheiden soll. Durch dieses Programm werden alle Patienten so behandelt wie die Patienten, die in dem Land leben, in dem sie medizinische Betreuung erhalten.

¹⁰ Das Formular E112 wurde im Anschluss an die Reform der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit im Mai 2010 durch das Formular S2 ersetzt.

Wahlmöglichkeiten und persönliche Beweggründe sind daher berechtigte Gründe für eine Behandlung auf der anderen Seite der Grenze. Das Formular E112+ wird für einen Zeitraum zwischen drei und zwölf Monaten ausgestellt und gibt im Einzelfall die medizinischen Fachgebiete an, für die der Patient ins Ausland reisen möchte. Bestimmte Kategorien von Ärzten und Gesundheitsfürsorge fallen jedoch nicht unter das IZOM-Programm wie z. B. Hausärzte, Zahnärzte und Physiotherapeuten. Für eine Reihe von besonderen Behandlungen, die vom Staatlichen Institut für Kranken- und Invaliditätsversicherung ermittelt wurden, muss die Ausgabe des Formulars E112+ in Belgien allerdings noch von der Krankenkasse genehmigt werden.

Im Jahr 2013 gründeten die Krankenkassen AOK Rheinland/Hamburg (Deutschland) und die Mutualité Chrétienne in Verviers (Belgien) ein neues Projekt, eIZOM, zur Ausstellung einer elektronischen Karte, die es deutschen Fachärzten ermöglicht, belgische Patienten direkt zu behandeln.

6.3 Administrative und rechtliche Inflexibilität

Während der Durchführungsphase des IZOM-Projekts stellte die administrative und rechtliche Inflexibilität ein erhebliches Problem dar. Es wurden Rechtstexte benötigt, die Abkommen zwischen Partnern aus verschiedenen Ländern beschließen und ihre Entscheidungen bestätigen konnten. Zudem war es notwendig, den Verwaltungsaufwand derartiger Innovationen zu evaluieren. Um Patienten den Grenzübergang zu erleichtern, sollte die Komplexität dieser Prozesse so weit wie möglich reduziert werden.

Insgesamt schien das Projekt aber die Erwartungen der in Belgien lebenden Menschen zu erfüllen. In einem Interview mit den lokalen belgischen Medien im Jahr 2014 sprach Danny Havenith, Direktor des St. Nikolaus-Hospitals (Eupen, Belgien), das Thema des unlauteren Wettbewerbs an: Er wies darauf hin, dass im Rahmen des IZOM-Projekts mehr belgische Patienten die Grenze überschritten hätten als niederländische oder deutsche Patienten. Dieses Ungleichgewicht war in bestimmten Fachbereichen der Medizin, wie der Pädiatrie, besonders auffällig.

6.4 Unbestreitbare Ergebnisse

Im Jahr 2014 wurden 15 807 S2-Formulare (oder alte E112+-Formulare) für Patienten mit belgischer Sozialversicherung ausgestellt, um Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland in Anspruch nehmen zu können. Unter ihnen befanden sich hauptsächlich Mitglieder der deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens. Dagegen wurden 1 281 Formulare, hauptsäch-

lich aus den Niederlanden, für den Zugang niederländischer und deutscher Patienten zur Gesundheitsversorgung in Belgien (hauptsächlich in Genk und Tongeren) ausgestellt. Die niederländischen Patienten kommen dabei hauptsächlich wegen der Wartezeiten in den Niederlanden zur Behandlung nach Belgien.

Der Erfolg von IZOM führte zu ähnlichen Initiativen in anderen Regionen. Im Jahr 2002 wurde in der Euregio Rhein-Waal zwischen den Niederlanden und Deutschland ein ähnliches Programm (bekannt als ZOM) eingeführt. Dabei profitieren nicht nur Patienten, sondern auch Fachkräfte vom Mehrwert des Projekts, da es die Partner dazu veranlasste, Erfahrungen auszutauschen, und sie besser über die verfügbare Versorgung sowie die Bedürfnisse der Patienten informierte.

6.5 Das Ende des IZOM-Projekts

In den Jahren ab 2010 kam es zu signifikanten Veränderungen sowohl in Europa als auch in den Partnerländern, die sich direkt oder indirekt auf das IZOM-Projekt auswirkten.

So führte die Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU über die Patientenrechte in nationales Recht im Jahr 2013 zur Änderung des Rechtsrahmens für den grenzüberschreitenden Zugang zur Gesundheitsversorgung auf europäischer Ebene. Diese Änderung wirft Fragen hinsichtlich des Mehrwerts des IZOM-Projekts auf, da diese Richtlinie nun die gleichen Optionen wie das trinationale Projekt bietet.

Die ungleichen Patientenströme sowie diese Änderungen führten auch dazu, dass das Verfahren in Frage gestellt wurde. Im Jahr 2016 kündigten zwei deutsche Unterzeichnerparteien den IZOM-Kooperationsvertrag, womit die AOK Rheinland/Hamburg nun als einziger Partner auf deutscher Seite bestehen bleibt.

In Belgien wurde das IZOM-Kooperationsabkommen 2016 vom Ministerium für Soziales und öffentliche Gesundheit evaluiert. Teilweise wegen des Rückzugs der beiden deutschen Partner wurde Ende desselben Jahres eine Arbeitsgruppe eingesetzt, um über die Zukunft von IZOM zu beratschlagen oder Alternativen aufzuzeigen. Es wurde beschlossen, das IZOM-Projekt am 31. Dezember 2017 endgültig einzustellen. In Rücksichtnahme auf die derzeitigen Behandlungen wurde für den Zeitraum zwischen Juni und Dezember eine Übergangszeit vorgesehen.

Es wurde eine alternative Lösung vorgeschlagen, um den deutschsprachigen Bürgern Belgiens, die vom IZOM-Projekt profitierten, den Zugang zu bestimmten Arten der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu

erleichtern. Hierzu gehört die Erstellung einer Liste von Gesundheitsdienstleistungen sowie die genaue Abgrenzung eines geografischen Gebiets auf beiden Seiten der belgisch-deutschen Grenze. Sie wird auf medizinische Bedürfnisse ausgerichtet sein, für die die deutsche Sprache ein wichtiger Aspekt ist, sowie auf Lücken in der Versorgung der betroffenen Bewohner.

Am 1. Januar 2018 wird die Euregio zur Anwendung des EU-Rechts, d. h. zu den europäischen Koordinierungsverordnungen und der Richtlinie 2011/24 über Patientenrechte, so wie es auch im Rest der EU üblich ist, zurückkehren.

EIN ZEUGE AUS ERSTER HAND: PATRICK CARNOTENSIS

Patrick Carnotensis nahm als Vertreter der Christelijke Mutualiteit in Limburg am IZOM-Projekt teil.

„Als wir das IZOM-Projekt ins Leben riefen, stießen wir auf ein großes rechtliches Problem. Es stellte sich heraus, dass es keine Rechtsgrundlage für Partnerschaftsprojekte zwischen verschiedenen Krankenversicherern aus unterschiedlichen Ländern gab. Eine solche gesetzliche Grundlage würde es erleichtern, Kooperationen wie diese über die Grenzen hinweg zu etablieren ... [um ein solches Projekt durchzuführen, ist es wichtig,] den administrativen Ansatz vor dem Start richtig zu bewerten und ihn während des gesamten Prozesses vor Augen zu haben. Man muss zudem versuchen, die administrativen Aufgaben und die Verfahren zur Unterstützung von Patienten zu vereinfachen.“

7 Das grenzüberschreitende Krankenhaus in Cerdanya

Ein Krankenhaus, zwei Staaten (Frankreich-Spanien)

7.1 Gesundheitsversorgung in abgelegenen Bergregionen

Die Cerdanya ist eine auf einer Höhe von 1200 Metern gelegene abgeschiedene und bergige Hochebene an der französisch-spanischen Grenze, deren Bevölkerungszahl von 32 000 Einwohnern auf mehr als 150 000 in der Tourismussaison ansteigen kann.

Zu Beginn des Jahrhunderts beschloss Katalonien (eine autonome Region Spaniens), alle seine Krankenhäuser, einschließlich in Cerdanya, zu überdenken. Es gab z. B. ein Krankenhaus in Puigcerdà, aber es bestand keine Möglichkeit, es zu erweitern.

Auf französischer Seite konnte Notfall- und Geburtshilfe nur im mehr als 100 km entfernten Perpignan (Frankreich) geleistet werden. Aufgrund dieser Entfernung besuchten einige französische Patienten spanische Krankenhäuser, um sich dort behandeln zu lassen, insbesondere im Rahmen des damals zwischen der regionalen Krankenhausbehörde in Languedoc-Roussillon, dem Centre Hospitalier in Perpignan (F) und dem Krankenhaus Puigcerdà in Spanien bestehenden Krankenhausabkommens. Dies führte jedoch zu administrativen, regulatorischen und finanziellen Schwierigkeiten.

Im Anschluss an die Unterzeichnung einer Absichtserklärung zwischen dem Präsidenten des Regionalrats von Languedoc-Roussillon (Frankreich) und dem Präsidenten der Generalitat de Catalunya (Spanien) in Anwesenheit ihrer Partner, der regionalen Krankenhausbehörde in Languedoc-Roussillon (ARH LR) und der Servei Català de la Salut (CatSalut), wurde im Januar 2003 eine Machbarkeitsstudie eingeleitet. Die Studie sollte lokale Bedürfnisse evaluieren und ein Projekt zum Bau eines gemeinsamen Krankenhauses analysieren.

Im Jahr 2005 unterzeichneten der französische Minister für Gesundheit und Solidarität und der katalanische Gesundheitsberater eine gemeinsa-

ZIEL: Die Schaffung, der Bau und die grenzüberschreitende Verwaltung eines Krankenhauses in einer bergigen Gegend, die Integration französischer und spanischer Mitarbeiter sowie die Aufnahme französischer und spanischer Patienten unter gleichen Bedingungen.

SCHLÜSSELDATEN: 2002: Abkommen zwischen dem katalanischen Krankenhaus in Puigcerdà, der französischen regionalen Gesundheitsbehörde und dem französischen Krankenhaus in Perpignan; 2003: Beginn einer Machbarkeitsstudie im Rahmen von Interreg III 2000–2006; 2005: Gemeinsame Absichtserklärung zum Bau des Krankenhauses in Puigcerdà; 2010: Gründung des Europäischen Verbunds für territoriale Zusammenarbeit (EVTZ); 2014: Eröffnung des Krankenhauses.

GRENZE: Frankreich-Spanien-Andorra – Cerdanya-Hochebene / Katalanisches Bergland in den Pyrenäen.

EUROPÄISCHES PROGRAMM (KOFINANZIERUNG): Interreg III; Interreg IV A – Frankreich-Spanien 2007-2013: Gesamtförderung: 28 615 385 EUR einschließlich eines EFRE-Beitrags von 16 600 000 EUR.

WEBSITE: www.hcerdanya.eu

me Absichtserklärung für den Bau eines Krankenhauses in Puigcerdà auf der spanischen Seite, zwei Kilometer von der französischen Grenze entfernt. Rund 60 % der Baukosten sollten aus dem EFRE finanziert werden. Die restlichen 40 % wollten Frankreich (zwei Fünftel) und Catalunya (drei Fünftel) tragen.

Der Erklärung folgte eine Absichtserklärung zur Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen, die am 19. März 2007 von denselben Behörden unterzeichnet wurde.

7.2 Von einer privaten Stiftung zur Schaffung eines Europäischen Verbunds für territoriale Zusammenarbeit

Das Projekt ist komplex. Während es auf französischer Seite in die nationale Zuständigkeit fällt, liegt die Zuständigkeit auf spanischer Seite auf regionaler Ebene. Daher müssen öffentliche Einrichtungen mit unterschiedlichen Interessen und Zielen einbezogen werden. Zudem stößt der katalanische Pragmatismus, der für eine schnelle Entscheidungsfindung



EVTZ – Krankenhaus von Cerdanya

steht, regelmäßig auf die politische und administrative Komplexität Frankreichs, wodurch Abkommen und mehrere Verfahren notwendig werden, um Fortschritte zu erzielen, wie Raymonde Séchet und Régis Keerle wiederholt in ihrer Arbeit¹¹ gezeigt haben.

Schließlich wurde das Krankenhaus von Cerdanya im Juli 2006 als private Stiftung gegründet. Sie umfasste gewählte Vertreter der Generalität de Catalunya und CatSalut sowie von französischer Seite Vertreter der lokalen Gemeinden, das Gesundheitsministerium, die regionale Krankenhausbeförderung von Languedoc-Roussillon und die Verwaltung von Krankenhausaufenthalten und Gesundheitsdienstleistungen. Die Stiftung widmete sich dem Bauvorhaben einschließlich der damit einhergehenden Arbeiten wie Ausschreibungen, Architektenwahl, Baugenehmigungen, Anstellung von Bauunternehmern oder Einläuten der Bauarbeiten.

In Bezug auf die Leitung des Krankenhauses und seines Baus, wurde beschlossen, das grenzüberschreitende Krankenhaus von Cerdanya in einen Europäischen Verbund für territoriale Zusammenarbeit (EVTZ-HC) zu verwandeln. Der EVTZ scheint hier ein geeignetes rechtliches Instrument zu sein. Aufgrund seiner spezifischen rechtlichen und finanziellen Autonomie ermöglicht dieses Instrument den französischen Krankenversicherern die Finanzierung einer Gesundheitseinrichtung, die außerhalb der Landesgrenzen errichtet wurde.

Der EVTZ-HC übernahm im April 2010 als Nachfolger der Stiftung die Organisation. Seine Organe bestehen aus Vertretern der beiden Partner, des französischen Staates und der katalanischen Region. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die gewählten Vertreter Frankreichs keinen Sitz im Verwaltungsrat des EVTZ-HC innehaben konnten, da der Gesundheitsbereich in Frankreich immer noch in eine zentralisierte Zuständigkeit fällt. Am Ende war es der EVTZ, der das Projekt umgesetzt und gesichert hat.

7.3 Ein einfaches Projekt, ein mühsamer Prozess

Das Krankenhausprojekt ist in einem abgelegenen Gebiet angesiedelt, dessen Einwohner eine gemeinsame regionale Identität teilen. Es wurde zu einer Zeit entwickelt, als in beiden Ländern Änderungen und Einschränkungen in der Gesundheitspolitik vorgenommen wurden. Diese Trends untergruben die Institutionen und verschärften den Wettbewerb zwischen

den Krankenhäusern. Sie riskierten, die Situation des Gebiets noch zu verschlimmern, indem sie die lokale Gesundheitsversorgung weiter einschränkten. Gleichzeitig haben sie die grenzüberschreitende Zusammenarbeit umso zeitgerechter und sogar unvermeidlich erscheinen lassen.

Die Wahl der Stadt Puigcerdà als Standort für das Krankenhaus erklärte sich nicht nur durch ihre Nähe zur Grenze, sondern auch und in erster Linie durch das in der Gemeinde medizinische Fachwissen, das durch das vorherige Krankenhaus bestand, sowie die Bewilligung des Baugrundstücks durch die spanischen Behörden.

Von der Konzeption des Krankenhauses bis zu seiner Eröffnung traten diverse Probleme auf. Die Eröffnung war für 2012 geplant, fand jedoch nicht vor 2014 statt, obwohl die Arbeiten 2012 abgeschlossen worden waren und die Betriebsmittel zu diesem Zeitpunkt noch verfügbar waren.

Darüber hinaus war die Schließung des ehemaligen Krankenhauses in Puigcerdà, das von der privaten Cerdanya-Krankenhausstiftung verwaltet wurde, sowie seine Verlegung in das Krankenhaus von Cerdanya, sowohl politisch als auch administrativ ein kompliziertes Manöver. Viele Dinge mussten diskutiert sowie viele Lösungen gefunden werden, vom Angestelltenstatus (privat unter der Stiftung gegen öffentlich im EVTZ-HC) bis zur Organisation der Primärversorgung, die ursprünglich für die Räumlichkeiten des Krankenhauses in Cerdanya gedacht war, aber schließlich das ehemalige Krankenhaus von Puigcerdà nie verließ. Schließlich geriet Katalonien in große finanzielle Schwierigkeiten und konnte die Krankenhaus-einrichtung im Wert von 10 Mio. Euro nicht finanzieren.

Die Kombination aus 184 katalanischen und 60 französischen Fachkräften stellte ebenfalls ein Problem dar, da es keinen europäischen Arbeitnehmerstatus gab. Es wurde also entschieden, dass sich das Krankenhaus in Cerdanya für die Bereitstellung bestimmter Gesundheitsdienste und medizinischer Fachkräfte an die lokalen Krankenhäuser wenden würde. Die gesamte Radiologieabteilung wurde dem Centre Hospitalier in Perpignan (Frankreich) und die Dialyseabteilung dem Krankenhaus in Manresa (Frankreich) unter Beteiligung der überweisenden Einrichtung für Dialyse-Ersatz-Therapie bei chronischen Nierenerkrankungen unterstellt.

Für die Hinzuziehung externer Spezialisten wurde eine Reihe von Abkommen mit lokalen Gesundheitseinrichtungen sowohl in Katalonien als auch in Frankreich getroffen. Logistische Dienstleistungen (Catering, Bioreinigung, Wäsche), in Form von 24 Vollzeitstellen, wurden vom Pôle Sanitaire Cerdan zur Verfügung gestellt, zu dessen Mitgliedern der EVTZ-HC zählt.

In einem anderen Beispiel zum Thema Anpassung aus dem Jahr 2016 erforderte die Schaffung eines einheitlichen französisch-spanischen Not-

¹¹ Séchet, R. & Keerle, R., 2010, Le projet d'hôpital commun transfrontalier de Cerdagne : des difficultés de la coopération transfrontalière en matière de santé dans un contexte pourtant favorable. Annales de géographie, 675, (5) vergleichbar mit jenen der Ardennen.



dienstes die Verlegung des französischen Notfall- und Reanimationsdienstes (SMUR) zum Krankenhausstandort. Darüber hinaus mussten medizinische Behandlungsprotokolle formalisiert werden. Einige davon konnten mit der Eröffnung des Krankenhauses fertiggestellt werden (Chirurgie, Geburtshilfe, Dialyse), während andere erst danach festgelegt wurden oder sogar noch ausstehen.

Letztlich mussten ganz allgemein die Unterschiede zwischen den Erstattungsmethoden angepasst werden. Zum Beispiel wurde der Versicherungsschutz für Neugeborene ab der Geburt vereinfacht und zwar dank eines außergewöhnlichen Verfahrens, das vom lokalen Gesundheitsfonds (CPAM) in den Pyrénées-Orientales (Frankreich) eingeführt wurde.

7.4 Greifbare Ergebnisse, aber kontinuierliche Anpassungen

Das grenzüberschreitende Krankenhaus in Cerdanya bietet seine Dienste seit dem 19. September 2014 an. Mit seinen binationalen Mitarbeitern und Patienten ist es einzigartig in Europa.

Die tägliche Arbeit erfordert ständige Anpassungen, sei es im Bereich Erstattungsverfahren für Patienten, Mitarbeiterstatus oder Gesundheitsverfahren. Es besteht kein Zweifel, dass das Projekt zu einigen sehr speziellen Fortschritten auf dem Gebiet der europäischen Zusammenarbeit geführt hat. So wurde beispielsweise im Jahr 2016 das binationale Abkommen zwischen Frankreich und Spanien unterzeichnet, das die Überführung verstorbener Staatsangehöriger beider Länder in ihre jeweiligen Heimatländer ohne Einsatz von Bleisärgen entlang der gesamten Grenze gestattet.

Neben dem Bau und der Verwaltung des Krankenhauses sorgte das Projekt auch für mehr gegenseitige Unterstützung und Zusammenarbeit zwischen französischen und spanischen Angehörigen der Gesundheitsberufe. Dank dieser Zusammenarbeit konnten weitere Projekte entwickelt werden wie beispielsweise die Einrichtung eines grenzüberschreitenden Zentrums für Sozial- und Gesundheitsforschung, das die Universitäten von Girona und Perpignan miteinander verbindet.

Der Nutzungsgrad ist in den letzten Jahren stetig gestiegen, so dass im Jahr 2015 ganze 24 000 Patienten den Notdienst aufsuchten. Gewählte Vertreter in Cerdanya äußern regelmäßig ihre Zufriedenheit und die der



Menschen, die vor Ort leben, obwohl der Standort des Krankenhauses auf der spanischen Seite der Grenze wahrscheinlich zum Teil dafür verantwortlich ist, dass ein höherer Anteil der Patienten Spanier sind.

Im Jahr 2016 erhielt das Krankenhaus in Cerdanya den Preis des Europäischen Ausschusses der Regionen für das beste Projekt, das von einem Europäischen Verbund für territoriale Zusammenarbeit ins Leben gerufen wurde.

Die Gesundheit ist ein komplexer Bereich, der stark reguliert und sensibel ist, und zudem von umfangreichen technischen Vorschriften abhängt, die von Land zu Land unterschiedlich sind. Der Erfolg des grenzüberschreitenden Krankenhausprojekts spiegelt die Entschlossenheit sowohl der französischen als auch der spanischen Teams wider, die Schritt für Schritt die mit diesem scheinbar einfachen Projekt verbundenen Hürden und Hindernisse überwunden haben. Das Projekt, über dessen Start in den Medien berichtet wurde, ist ein Paradebeispiel für die Innovationsfähigkeit grenzüberschreitender Kooperationen.

EINE ZEUGIN AUS ERSTER HAND: CATHERINE BARNOLE

Seit 2010 ist sie Missionsleiterin des EVTZ-HC innerhalb der Regionalen Gesundheitsbehörde Languedoc-Roussillon (heute Regionale Gesundheitsbehörde von Okzitanien) sowie Sekretärin des Verwaltungsrates des EVTZ-HC und derzeit ebenfalls Mitglied des Exekutivausschusses.

„Die Eröffnung des grenzüberschreitenden Krankenhauses war eine Premiere in Europa. Es gab viele Herausforderungen (...).

Die Unterschiede in den Zuständigkeiten zwischen Katalonien, das einen hohen Grad an Autonomie besitzt, und den französischen Gebietskörperschaften, die in vielen Bereichen dem Staat unterstehen, sowie die Tatsache, dass Gesundheitsfragen auf nationaler Ebene stark und auf europäischer Ebene eher gering reguliert sind, zählten zu den größten Herausforderungen des Projekts.

Die Regeln für das Funktionieren des Krankenhauses (Gesundheitsverfahren, Sicherheitsstandards, Personalqualifikation usw.) konnten sich von einer Seite zur anderen unterscheiden und wurden intensiv diskutiert. Der Grundsatz, den höheren der beiden Standards systematisch zu übernehmen, ermöglichte es uns nicht nur, beide Rechtsordnungen einzuhalten, sondern auch eine außergewöhnliche Einrichtung zu erschaffen [...] Es gibt keinen Mangel an Ad-hoc-Lösungen.

Wir hoffen, dass das Projekt nicht nur für andere Regionen, sondern auch auf europäischer Ebene als Beispiel dienen wird, um grenzüberschreitende Bemühungen zu erleichtern.“



KAPITEL 4

**FRANZÖSISCH-BELGISCHE
ZUSAMMENARBEIT**

1 Interreg, die treibende Kraft hinter der Zusammenarbeit

Zwischen 1992 und 2017 wurde die französisch-belgische Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich in drei Richtungen entwickelt: Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen, medizinische Notfallversorgung und medizinisch-soziale Zusammenarbeit.

Die aufeinanderfolgenden Interreg-Programme gaben der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit an der französisch-belgischen Grenze dabei den nötigen Rückenwind. Die Programme Interreg I, II, III und IV boten den lokalen Partnern umfangreiche Hilfestellungen sowie technische Unterstützung bei der Entwicklung, Verankerung und Sicherung einer strukturierten Zusammenarbeit, insbesondere durch die Förderung krankenhausesübergreifender Abkommen und die Definition eines ersten grenzüberschreitenden Gesundheitsbereichs.

Die Aussage der Verwaltungsbehörde des Programms Interreg Frankreich-Wallonien-Flandern bestätigt diesen Ansatz.

2 Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen

Die Projekte zur Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen, die im französisch-belgischen Grenzgebiet entwickelt wurden, verfolgten von Anfang an das Ziel, den Zugang zur Gesundheitsversorgung für die Grenzbevölkerungen zu verbessern, Prävention und Gesundheitserziehung zu fördern und die größten Herausforderungen im Zusammenhang mit der Verfügbarkeit einer Gesundheitsversorgung anzugehen.

Sie ermöglichten die Schaffung von Synergien zwischen den Gesundheitskapazitäten beider Seiten der Grenze, die Zusammenarbeit zwischen medizinischen Teams im Grenzgebiet, den Zugang zu Ausrüstung auf der einen oder anderen Seite der Grenze sowie die Entwicklung von Antworten auf die Probleme einer unzureichenden medizinischen und paramedizinischen Demografie.

2.1 Die erste Form der Zusammenarbeit: Abkommen zwischen Krankenhäusern

Im Rahmen des Programms Interreg I Pacte Hainaut/Nord Pas de Calais (1992-1994) ermöglichte ein erstes Projekt den für die Planung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung verantwortlichen Akteuren, sich über die organisatorischen, operativen und finanziellen Modelle ihrer Gesundheitssysteme auszutauschen. Es wurde eine Vergleichsstudie durch-

geführt, um die Verwaltungsmechanismen der beiden Gesundheitssysteme zu analysieren: ihre Kapazitäten, ihre Praktiken, ihre Strukturen, die medizinische Ausstattung, aber auch ihre Mängel, ihre Schwierigkeiten und die neuen Bedürfnisse, die schwer zu erfüllen waren.

Durch die Ermittlung der Stärken und Schwächen der einzelnen Systeme konnten die Projektbetreiber einen kooperativen Ansatz für die Gesundheitsversorgung in den beiden Grenzregionen beruhend auf ihrer Komplementarität entwickeln.

Dieser Ansatz führte zum ersten krankenhausesübergreifenden Abkommen für den örtlichen Zugang zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zwischen zwei nordöstlich des Ballungsraums Lille (Frankreich) gelegenen Krankenhäusern, nämlich dem im belgischen Mouscron und dem im französischen Tourcoing. Diese beiden Krankenhausstrukturen, die einige hundert Meter voneinander entfernt liegen, konnten die speziellen Pflegebedürfnisse bestimmter Patienten nicht ohne Hilfe erfüllen, jedoch im Rahmen einer Partnerschaft. Dieses Abkommen war der Ausgangspunkt für eine wirklich grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen.

Nach den Vorbereitungsarbeiten der Betreiber der ersten Interreg-Projekte und Treffen zwischen den administrativen und medizinischen Leitern dieser Gesundheitsstrukturen zeigte sich, dass Synergien zwischen den beiden technischen Diensten geschaffen werden könnten, um eine lokale Lösung für Patienten mit bestimmten Erkrankungen zu schaffen.

Auf diese Weise haben die für die Finanzierung der Gesundheitsdienstleistungen auf beiden Seiten der Grenze verantwortlichen Personen, das medizinische Personal und die Verwaltungen der betroffenen Pflegeeinrichtungen beschlossen, Personen mit AIDS, die in Belgien krankenversichert waren und im Grenzgebiet von Tournai-Mouscron wohnten, den Besuch des universitären Zentrums für Infektionskrankheiten im Krankenhaus von Tourcoing zu ermöglichen. Dies bedeutete, dass diese Patienten keine langen und kostspieligen Reisen zu den Gesundheitsstrukturen in Brüssel mehr unternehmen mussten, die zu dieser Zeit die einzigen waren, die diese Patienten angemessen behandeln konnten.

Gleichzeitig konnten sich Patienten mit französischer Krankenversicherung, die an chronischer Leberfunktionsstörung litten und auf der französischen Seite dieses Grenzgebietes lebten und deren Gesundheitszustand dreimal pro Woche eine Dialyse erforderte, seit 1994 im Krankenhaus von Mouscron, weniger als zehn Minuten von ihrer Wohnung entfernt, behandeln lassen, wodurch ihnen und ihren Betreuern mehr als eine Stunde zusätzliche Fahrtzeit erspart wurde.

Interreg: ein Katalysator für Fortschritte in der französisch-belgischen Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich



**Sabrina Curzi,
Wallonie-Bruxelles
International –
Verwaltungsbehörde
für das Programm
Interreg Frankreich-
Wallonien-Flandern**

Als der Binnenmarkt eingeführt wurde, kam man nicht umhin zu bemerken, dass die Grenzgebiete Europas im Allgemeinen ein niedrigeres Bruttoinlandsprodukt und höhere Arbeitslosenquoten aufweisen als Regionen in der Nähe der Machtzentren. Europa sah sich daher veranlasst, ein Instrument namens Interreg zu schaffen, um diese Probleme und Schwierigkeiten zu mildern.

Nach 25 Jahren grenzüberschreitender Zusammenarbeit können wir nun mit Gewissheit sagen, dass Interreg einen Katalysator und Vermittler, ja sogar einen Heiratsvermittler in der Entwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit darstellt. Mit diesem multifunktionalen Instrument kann die einst als Hindernis wahrgenommene Grenze zu einer Chance werden. Mit der Zeit wurde Interreg auch angepasst, um seine Effektivität und positiven Auswirkungen auf das europäische Integrationsprojekt zu erhöhen.

Ich betrachte Interreg als ein multifunktionelles Instrument, da es sowohl einen Durchführungsrahmen als auch die benötigten finanziellen Ressourcen bietet. Mit anderen Worten, jedes Interreg-Programm verfügt über ein eigenes Budget, um seine eigene Strategie unter Berücksichtigung des sozioökonomischen Kontexts sowie der Stärken und Schwächen des betreffenden Gebiets auszuarbeiten. Außerdem muss das Programm sicherstellen, dass die Strategie zu den allgemeinen Strategien der EU passt.

Der Kontext für die ersten Schritte zur Entwicklung der Zusammenarbeit war ein bisschen mit einem Labor für neue Praktiken vergleichbar. Die positiven Ergebnisse dieser ersten Formen der Zusammenarbeit führten zur Beseitigung administrativer Hindernisse und zur Sicherung der erzielten Fortschritte. Durch Außerachtlassung der Grenze gelang es Interreg in verschiedenen Bereichen, wie der Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen, Erfordernisse sowie Möglichkeiten für Synergien und potenzielle Skaleneffekte zu identifizieren. Oder kurz gesagt, gelang dies durch die zunehmende Behandlung dieser Bereiche als Wohngebiete und die Suche nach gemeinsamen Lösungen für eine harmonische Entwicklung. Dank der Interreg-Projekte erkannten die Wirtschaftsakteure und Bürger in diesen Bereichen, dass Europa und seine greifbaren Ergebnisse zur Verbesserung ihrer Lebensqualität beitragen.

In dieser gegenwärtigen Phase, in der Europa unter einem Vertrauensdefizit leidet, was in vielerlei Hinsicht auch nicht unbegründet ist, zeigen die Interreg-Programme weiterhin grundlegende europäische Werte. Um über die Grenzen hinweg zusammenzuarbeiten, ist es wichtig, dass man sich gegenseitig kennenlernt, einander respektiert, Vertrauen aufbaut, zusammensteht und bereit ist, Kompromisse einzugehen, um sicherzustellen, dass am Ende alle profitieren. Schließlich dürfen wir nicht vergessen, dass mehr als ein Drittel der europäischen Bevölkerung an den Binnen- oder Außengrenzen der EU lebt. Aus all diesen Gründen bleibt Interreg ein relevantes und wertvolles Instrument.

André-Louis Sanguin schrieb 1999: „Statt Barrieren und Brüche sind die Grenzen Westeuropas nun Scharniere und Nähte“. Auch im Jahr 2016 ist diese Aussage immer noch zutreffend. Die Grenze muss als Ressource und nicht als Behinderung verstanden werden.

Dieses erste krankenhausübergreifende Kooperationsabkommen verdeutlicht den vorherrschenden Ansatz bei der Entwicklung der französisch-belgischen Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen, nämlich die komplementäre Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen auf beiden Seiten der Grenze. Dieser Ansatz beruht auf der Anwendung von Verfahren, die im Rahmen der europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (siehe Kapitel 2) für die Rückerstattung der im Rahmen einer bestimmten Kooperationsvereinbarung auf der anderen Seite der Grenze erbrachten Versorgung eingerichtet wurden, wobei die Verpflichtung der vorherigen medizinischen Genehmigung aufgehoben wurde.

Ein weiteres Abkommen zwischen den Krankenhäusern in Mouscron (Belgien) und Tourcoing (Frankreich) über die medizinische Bildung ermöglichte ab 2005 belgischen Patienten den Zugang zu MRT-Geräten in Tourcoing sowie französischen Patienten den Zugang zur Szintigraphie-Einrichtung in Mouscron.

In den Ardennen konnten seit Anfang der 2000er Jahre Frauen im Kanton Givet (Frankreich) nach der Schließung der Klinik in Givet die Entbindungsstation in Dinant (Belgien) nutzen.

Das Abkommen zwischen den Krankenhäusern von Mons (Belgien) und Maubeuge (Frankreich) sowie später zwischen den Krankenhäusern von Tournai (Belgien) und Valenciennes (Frankreich) über Intensivpflege und Reanimation hat für den Fall, dass diese spezialisierten Krankenhaus-einrichtungen ausgelastet sind, die Möglichkeit einer grenzüberschreitenden Versorgung eröffnet, wodurch Leben gerettet oder die Unfallfolgen reduziert werden konnten.

Dank dieser administrativen und finanziellen Verfahren konnten es Kooperationsabkommen zwischen Krankenhäusern krankenversicherten Personen ermöglichen, die Grenze ohne administrative oder finanzielle Hürden zu überqueren.



2.2 Das Transcards-Projekt, das erste Experiment mit einem grenzüberschreitenden Gesundheitsbezirk

Während des Interreg Programmzeitraums 1994-1999 wurde eine Studie im Bezirk Thiérache, der die französisch-belgische Grenze¹² überspannt, mit dem Ziel durchgeführt, Experimente mit ergänzender Bereitstellung von Krankenhausinfrastruktur auf beiden Seiten zu entwickeln. Man wollte Lösungen für den problematischen Zugang zur Gesundheitsversorgung in einem abgelegenen und dünn besiedelten Gebiet finden, in dem es kaum medizinisches Fachpersonal und nur kleine Krankenhäuser gab. Aufgrund dieser Bedingungen war die Bevölkerung dieses grenzüberschreitenden Bezirks gezwungen, eine beträchtliche Strecke zurückzulegen, um Zugang zu einer geeigneten Gesundheitsversorgung zu erhalten. Durch die Förderung der grenzüberschreitenden Mobilität für Patienten hatten diese nun Zugang zu einer breiteren Palette von Angeboten und konnten eine Lösung für ihren Behandlungsbedarf in der Nähe ihres Wohnorts finden.

¹² Thiérache ist ein Naturraum, der Gebiete in Frankreich (Departements Nord, Aisne und Ardennes) und Belgien (Provinzen Hennegau und Namur) mit ähnlichen Merkmalen wie die Ardennen umfasst.

Dieser Ansatz führte 1998 zu dem Projekt „Transcards“, mit dem erstmals krankenversicherte Personen aus einem Mitgliedstaat, Frankreich, ihre Sozialversicherungskarten dazu nutzen konnten, um in ein Krankenhaus in einem anderen Mitgliedstaat, Belgien, aufgenommen zu werden. Belgische Patienten hatten dabei gleichermaßen Zutritt zu französischen Einrichtungen.

Das Projekt wurde im Rahmen des europäischen Programms „Informations- und Kommunikationstechnologien“ (IKT) entwickelt und ermöglichte die Interoperabilität der französischen und belgischen Lesegeräte für Sozialversicherungskarten. Diese „sozio-technologische“ Innovation hat schlicht und einfach die administrativen und finanziellen Barrieren für den Zugang zu medizinischer Versorgung im Ausland in Thiérache beseitigt.

Dieses Verfahren, das die Patientenregistrierung in den Gesundheitsstrukturen des grenzüberschreitenden Gesundheitsbezirks Thiérache vereinfachte, hat die Patienten in der Region, die auf der anderen Seite der Grenze Zugang zu medizinischer Versorgung erlangen wollten, von der Verpflichtung entbunden, im Voraus eine ärztliche Genehmigung einholen zu müssen, um die erbrachte Behandlung erstattet zu bekommen, wie es die europäischen Vorschriften zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vorschreiben.

Während der Testphase des Projekts zwischen 1998 und 2002 wurde beobachtet, dass etwa 1000 französische Patienten die Grenze zum Krankenhaus in Chimay (BE) zur Pflege sowie zur ambulanten oder kurzzeitigen stationären Versorgung (ein bis drei Nächte) überquerten. Belgische Patienten besuchten hauptsächlich das Krankenhaus in Felleries Liessies (F), eine funktionelle Rehabilitationseinrichtung, für einen Krankenhausaufenthalt von drei Wochen oder mehr.

Dieses Experiment zeigte, dass es durch die Mobilität der Patienten möglich war, den Mangel an Ausrüstung und Infrastruktur auf der einen oder anderen Seite der Grenze auszugleichen. Damit wurde die Grundidee der Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen verwirklicht, nämlich die Komplementarität zweier Gesundheitssysteme oder, aufgrund der Patientenmobilität, die implizite Aufteilung der grenzüberschreitenden Versorgung.

Das Ziel dieses Projekts bestand jedoch nicht nur darin, den Zugang zu medizinischer Versorgung im Ausland für Patienten in der Region zu verbessern. Die Idee war vielmehr, eine ergänzende Bereitstellung von bestehenden Geräten und medizinischen Dienstleistungen zu entwickeln und die negativen Auswirkungen der geringen Attraktivität des Gebiets für Angehörige der Gesundheitsberufe zu reduzieren.

Am 22. November 2002 trafen führende Beamte der Gesundheitsministerien der beiden Länder sowie die französischen und belgischen Krankenversicherer am Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung (INAMI-RIZIV)

in Brüssel zusammen, um ein dauerhaftes Abkommen zur Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen für diesen Bereich zu unterzeichnen und Verhandlungen über ein Rahmenabkommen betreffend die Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zwischen den beiden Staaten aufzunehmen.

2.3 Das französisch-belgische Rahmenabkommen von 2005 über die Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen

Die verschiedenen französisch-belgischen Initiativen zur Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen, die zwischen 1992 und 2002 eingeleitet wurden, machten die langsame und umständliche Vorgehensweise bei der Validierung von Vorschlägen für Abkommen deutlich. Bei mehreren Gelegenheiten betonten die beteiligten nationalen Verwaltungsbehörden auch das Fehlen einer für die Validierung der vorgeschlagenen Projekte und Abkommen notwendigen Rechtsgrundlage.

Um den kooperativen Ansatz voranzutreiben, ihn auf höchster Ebene zu legitimieren und geplante Regelungen, die sich immer noch im theoretischen Stadium befinden, umzusetzen, wurde die Idee eines Rahmenabkommens über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen zwischen Frankreich und Belgien auf der Grundlage des globalen französisch-belgischen Kooperationsabkommens zwischen den beiden Staaten im Jahr 2002 geboren.

Die Aushandlung dieses Rahmenabkommens und seiner Verwaltungsvereinbarungen dauerte fast drei Jahre. Am 1. Juni 2005 wurde das Abkommen schließlich von den französischen und belgischen Gesundheitsministern im Namen der beiden Regierungen unterzeichnet.

In diesem Gesundheitsvertrag sind auch die für die Ausarbeitung von Abkommen zuständigen Behörden festgelegt. Ihr vorrangiges Ziel besteht darin, die Verfahren zur Durchführung der Kooperationsvereinbarungen zu regeln und festzulegen, welches der drei im Rahmenabkommen vorgesehenen Finanzierungsmodelle zur Deckung der auf der anderen Seite der Grenze entstandenen Behandlungskosten verwendet werden soll: die europäische Koordinierungsverordnung, die Rechtsprechung des EuGH und/oder die Aushandlung spezifischer Gebühren.

Dieses erste in der EU ausgehandelte Rahmenabkommen über die Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen wurde daraufhin ebenfalls zwischen Frankreich und Deutschland sowie zwischen Spanien und Frankreich und zuletzt zwischen dem Großherzogtum Luxemburg und Frankreich eingegangen. Es hat nach wie vor Modellcharakter für die regulierte Versorgung von Patientenströmen, die durch die Zusammenarbeit zwischen Grenzstaaten oder Grenzregionen in der EU entstehen.



Diese Art von Vereinbarung entspricht dem Geist des europäischen Gesetzgebers, der die Staaten dazu ermutigt, stärkere Formen der Zusammenarbeit zu entwickeln. In der Tat ist dies ein konkreter Ausdruck der vom europäischen Gesetzgeber verfolgten Absicht, die in Art. 168 Abs. 2 des Vertrags von Lissabon und Art. 10 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24 zur Anwendung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung festgelegt ist.

2.4 Nach 2005: Die Entstehung von grenzüberschreitenden Gesundheitsbereichen

Die Unterzeichnung des Rahmenabkommens durch die Vertreter der französischen und der belgischen Regierung hat der Dynamik der Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen zwischen den beiden Ländern neuen Schwung verliehen.

Seit seiner Unterzeichnung sind die für die Planung, Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems zuständigen regionalen Behörden befugt, Abkommen auszuhandeln und zu validieren.

Das französisch-belgische Rahmenabkommen definiert die Ziele der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen wie folgt:

- Verbesserung des Zugangs zur Versorgung für die Bevölkerungen des Grenzgebiets,
- Vereinfachung der administrativen und finanziellen Verfahren,
- Teilung der Gesundheitsversorgung,
- Förderung des Austauschs bewährter Verfahren,
- Senkung der sozialen Kosten durch Verringerung der Reiseentfernung, der Anzahl der Fahrten, der Arbeitsunterbrechungen und der Dauer der Krankenhausaufenthalte.

Zudem grenzt es auch die Bereiche, die von dieser grenzüberschreitenden Zusammenarbeit betroffen sind, voneinander ab, nämlich:

- die belgischen Grenzbezirke (Veurne, Ypern, Kortrijk, Mouscron, Tournai, Ath, Mons, Thuin, Philippeville, Dinant, Neufchâteau, Virton und Arlon) und
- die französischen Grenzregionen (Champagne, Lothringen, Nord-Pas de Calais und Picardie).

Diese Bestimmung förderte die Entwicklung anderer Formen von Abkommen, die einen umfangreicheren Zugang zu grenzüberschreitender Versorgung in einem bestimmten Gebiet ermöglichen. Die Idee, eine gebündelte grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung einzurichten, nahm schließlich durch die Einrichtung zweier organisierter Zonen für den grenzüberschreitenden Zugang zur Gesundheitsversorgung (ZOAST), die eine in einer ländlichen Umgebung (den Ardennen) und die andere in einem städtischen Umfeld (dem nordöstlichen Teil des Ballungsraums Lille), Gestalt an.

Diese Zonen markierten den Wechsel von der Aushandlung von Abkommen zwischen Krankenhäusern zu Abkommen über grenzüberschreitende Gesundheitsbezirke. Seither besteht das Gesundheitsangebot auf beiden Seiten der Grenze nicht mehr in Form von gezielten Synergien für die Behandlung bestimmter Erkrankungen oder die Verwendung bestimmter Geräte, sondern in Form der Bündelung von Ressourcen und Techniken, die in jedem Grenzgebiet zur Verfügung stehen. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit bietet eine bessere Struktur für Patienten und trägt vor allem dazu bei, das Potenzial der Region und ihre Attraktivität zu stärken, so dass es für Angehörige der Gesundheitsberufe attraktiver wird, dort zu praktizieren.

Nach und nach entstand die Idee, dass die regionalen Behörden für Gesundheitsplanung und -management in den Grenzgebieten zusammenarbeiten und sich zusammenschließen sollten, um die Entwicklung eines angemessenen Pflegeangebots in einem gemeinsamen Gebiet zu fördern, das in einer gemeinsamen Konsultation vereinbart wurde. Diese Idee sollte später in Erwägungsgrund 50 der Richtlinie 2011/24 über den grenzüberschreitenden Zugang zur Gesundheitsversorgung konkretisiert werden.

2.5 Organisierte Zonen für den grenzüberschreitenden Zugang zur Gesundheitsversorgung (ZOAST)

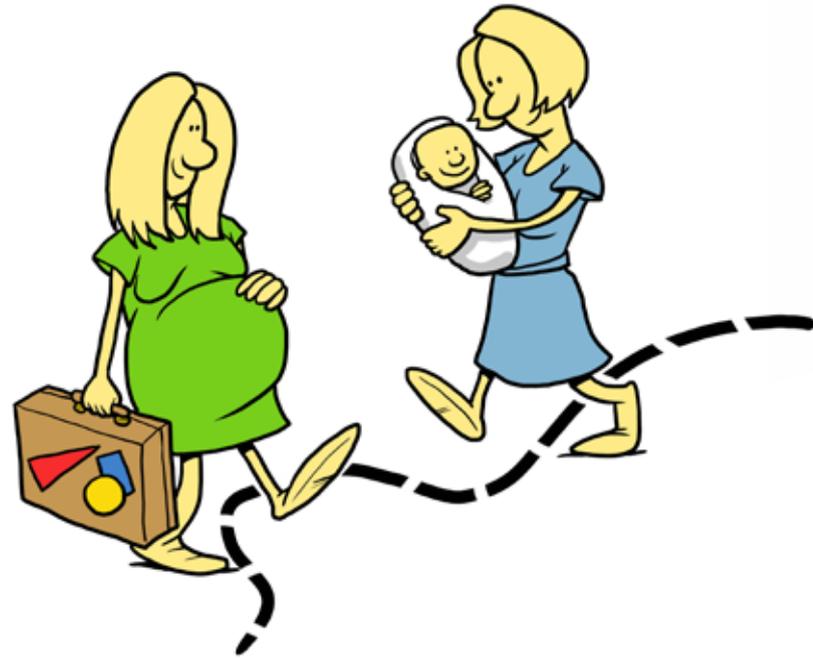
Zwischen 2008 und 2015 wurden sieben ZOAST – echte regulatorische Vorschriften für grenzüberschreitende Gesundheitsdistrikte – eingerichtet. Heute decken sie das gesamte französisch-belgische Grenzgebiet ab und sind zu Vorbildern für die Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen in der EU geworden.

2.5.1 ZOAST ARDENNES

Der am 1. Februar 2008 gegründete *ZOAST ARDENNES* eröffnet den Zugang zur Krankenhausversorgung in einem grenzüberschreitenden Gebiet, in dem die Bevölkerung des nördlichsten Teils des französischen Departements Ardennes weite Strecken zurücklegen muss, um in einem Krankenhaus Versorgung zu erhalten, ebenso wie diejenigen im Westen des Departements.

Anfang der 2000er Jahre führte dieser besonders schwierige Zugang zur Krankenhausversorgung dazu, dass der Direktor der regionalen Gesundheitsbehörde (ARH) von Champagne-Ardennes in Frankreich Frauen im Kanton Givet ermöglichte, die Entbindungsstation jenseits der Grenze in Dinant zu nutzen, nachdem die Klinik in Givet geschlossen worden war. Dies erfordert weniger als zwanzig Minuten Fahrtzeit von ihrem Wohnort aus, wohingegen die Fahrtzeit bis zum Krankenhaus in Charleville-Mézières, Frankreich, eineinviertel Stunden beträgt. Die Notwendigkeit, den Zugang zu medizinischer Versorgung zu beschleunigen, gilt auch im Krankheitsfall, und zwar insbesondere wenn die Betroffenen unter Erkrankungen leiden, die eine ständige Beobachtung erfordern.

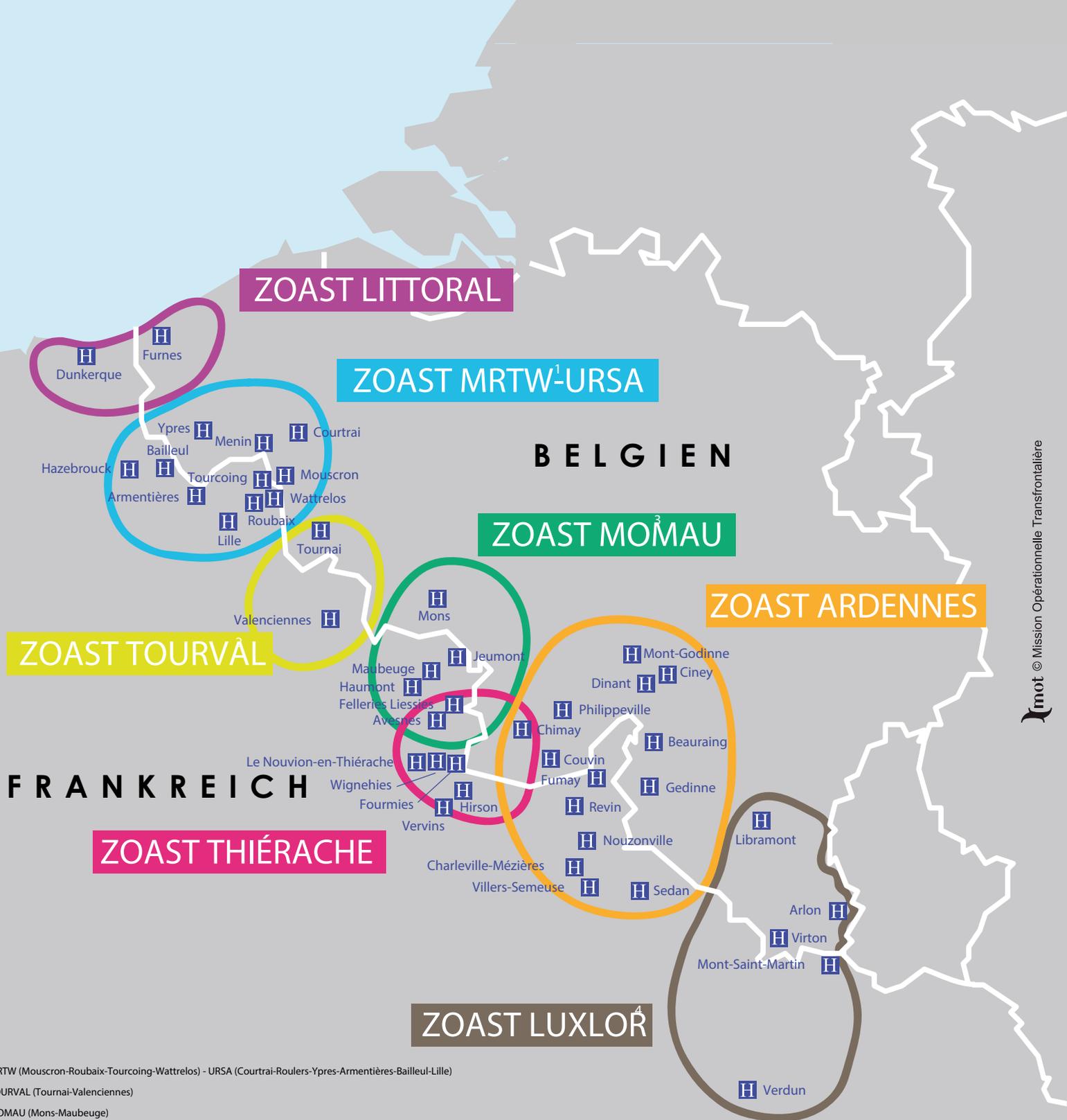
Aus all diesen Gründen scheint die Beseitigung der Grenze für den Zugang zur Gesundheitsversorgung die einzige angemessene Antwort auf die besonderen Bedürfnisse dieses Gebiets und der dort lebenden Menschen zu sein.



Dank des ZOAST werden die Kosten für grenzüberschreitende Behandlungen durch die Sozialversicherungssysteme über die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgedeckt, ohne dass eine vorherige Anmeldung beim Versicherer erforderlich ist.

Für französische Patienten, die zur Behandlung nach Belgien reisen, wurden Lesegeräte für französische Sozialversicherungskarten in belgischen Einrichtungen installiert. Sie ermöglichen es, diese Patienten in das belgische System der sozialen Sicherheit aufzunehmen und die Behandlung dem akkreditierten belgischen Sozialversicherungsträger in Rechnung zu stellen. Damit werden die von der französischen Verbindungsstelle im Rahmen der europäischen Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit an das belgische Krankenhaus überwiesenen Mittel wieder eingezogen.

Der „Drittzahler“ – eine Verwaltungstechnik, bei der der Anbieter (Krankenhaus oder Arzt) die Kosten der Behandlung, die durch die Sozialversicherung abgedeckt werden, direkt über die Krankenkasse des Patienten abrechnet – gilt für französische ebenso wie für belgische Patienten. Durch diese Technik wird vermieden, dass die Patienten Gebühren zuerst bezahlen und dann zurückfordern müssen. Folglich werden Patienten, denen grenzüberschreitende Kooperationsabkommen zugute kommen, ohne Diskriminierung und in gleicher Weise behandelt wie die Patienten, die in dem Mitgliedstaat leben, in dem sie medizinisch versorgt werden.



¹ MRTW (Mouscron-Roubaix-Tourcoing-Watrelos) - URSA (Courtrai-Roulers-Ypres-Armentières-Bailleul-Lille)

² TOURVAL (Tournai-Valenciennes)

³ MOMAU (Mons-Maubeuge)

⁴ LUXLOR (Province de Luxembourg-Lorraine)

Ende 2009 wurden französische Patienten, die im Westen des Departements Ardennes wohnten, zur Behandlung im Krankenhaus von Chimay zugelassen, da sie sonst gezwungen gewesen wären, auf französischem Staatsgebiet beträchtliche Entfernungen bis zu einer französischen Einrichtung zurückzulegen.

Seit Anfang 2012 können belgische Patienten in die Einrichtung für funktionelle Rehabilitation im Departement Ardennes (Frankreich) eingewiesen werden, um oft langwierige Behandlungen zu erhalten, die ihren Bedürfnissen entsprechen.

Seit dem Start von ZOAST Ardennes wurde festgestellt, dass diese Regelung vor allem die fehlende Krankenhausinfrastruktur im Kanton Givet in Frankreich ersetzt. Mehr als 95 % der Patientenbewegungen (zwischen 8 000 und 9 000 seit 2012) haben ihren Ursprung in diesem Grenzgebiet. Die Nutzung von Einrichtungen in Belgien ist für französische Patienten eine Notwendigkeit, nicht nur wegen der Zugangszeiten zu Krankenhauseinrichtungen, sondern auch wegen des Mangels an Allgemeinmedizinern und Fachärzten im Kanton Givet. Diese grenzüberschreitende Mobilität hatte keinen Einfluss auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung für belgische Patienten. Die betroffenen belgischen Krankenhäuser verfügen über ausreichend Kapazitäten, um nicht nur die Nachfrage nach medizinischer Versorgung in ihrem Umkreis bewältigen zu können, sondern auch darüber hinaus.

2.5.2 ZOAST MRTW URSA (Mouscron, Roubaix, Tourcoing, Wattrelos, Armentières, Bailleul, Hazebrouck und Ypern)

Der am 1. April 2008 gegründete *ZOAST MRTW URSA* betraf zunächst die Krankenhäuser Mouscron, Roubaix, Tourcoing und Wattrelos (MRTW), die alle vier die Nähe zur Grenze und die Lage in einem städtischen Gebiet (im Norden des Großraums Lille) mit hoher Bevölkerungsdichte gemeinsam hatten. Diese vier Institutionen hatten zwischen 1994 (erstes krankenhausesübergreifendes Abkommen) und 2008 verschiedene medizinische Kooperationen geschlossen, um eine lokale Antwort auf die Nachfrage einer besonders großen Zahl von Grenzarbeitnehmern nach Gesundheitsfürsorge in diesem Bereich zu geben und ihnen und ihren Familienmitgliedern zu ermöglichen, ärztliche Hilfe in Frankreich und Belgien in Anspruch zu nehmen.

Da der Grenzeffekt in diesem Grenzgebiet in vielfacher Hinsicht nahezu verschwunden war, schien es angebracht, das Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung vor Ort der gesamten Bevölkerung in gleicher Weise wie den Grenzarbeitnehmern anzubieten.

Wie im ländlichen *ZOAST Ardennes* benötigen die Patienten in diesem städtischen ZOAST, die jenseits der Grenze in Behandlung sind, keine

vorherige medizinische Genehmigung von ihrem Krankenversicherer. Sie erhalten eine Erstattung ihrer Behandlungskosten nach den in den europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit festgelegten Verfahren. Sie werden genauso behandelt wie die Bewohner des Landes, in dem die Behandlung stattfindet. Französische Patienten werden im Krankenhaus von Mouscron mit ihrer Krankenversicherungskarte registriert, während belgische Patienten den französischen Behörden eine „Vignette“ (Aufkleber, der den Inhaber als versichert kennzeichnet) vorlegen, die von ihrem Versicherungsträger ausgestellt wird.

Aus diesem ZOAST entstanden medizinische Kooperationen in verschiedenen Bereichen bis hin zu einem gemeinsamen Urologie-Service für die Krankenhäuser in Mouscron und Tourcoing. Seit der Gründung des ZOAST sind die Patientenströme über die Grenze hinweg ausgeglichen.

Im Jahr 2009 wurde dieses Abkommen auf eine andere Gruppe von Partnerkrankenhäusern im Rahmen eines anderen Projekts, Interreg URSA, das durch das Programm Interreg Frankreich-Wallonien-Flandern finanziert wurde, ausgeweitet: auf die Krankenhäuser von Ypern auf flämischer Seite sowie die von Armentières, Bailleul und Hazebrouck auf französischer Seite.

Im Jahr 2014 wurde das Abkommen ZOAST auf das Betreuungs- und Rehabilitationszentrum L'Espoir in Hellemmes (Frankreich) ausgedehnt. Seitdem werden belgische Patienten aus diesem Grenzgebiet, die an schweren neurologischen Störungen leiden, in der Nähe ihres familiären und sozialen Umfelds behandelt, auch oft über längere Zeiten hinweg.

Heute betrifft dieses Abkommen mehr als 500 000 Einwohner und elf Krankenhäuser, darunter auch sehr große Einrichtungen wie das 3000 Betten umfassende CHRU in Lille.

2.5.3 ZOAST LUXLOR

Der *ZOAST LUXLOR* (zusammengesetzt aus der belgischen Provinz Luxemburg und der französischen Region Lothringen) wurde am 1. Juli 2008 gegründet.

Zum Zeitpunkt der Einführung dieses ZOAST hatte das französische Krankenhaus von Mont-Saint-Martin (Longwy) große Schwierigkeiten, Fachärzte zu rekrutieren, und verfügte über kein MRT (Gerät für Magnetresonanzbildgebung). Außerdem wurden seine chirurgischen Einrichtungen nur für kleinere Operationen verwendet. Seit Anfang der 2000er Jahre wurden französische Patienten aus dieser Gegend für MRT-Aufnahmen nach Arlon in Belgien geschickt. Aus administrativen und finanziellen Gründen wurden sie dort im Rahmen dieser diagnostischen Untersuchung für einen Tag hospitalisiert.



Der ZOAST förderte einen Prozess der medizinischen Zusammenarbeit zwischen den Ärzten des Krankenhauses von Arlon und denen aus Mont-Saint-Martin. Gastroenterologen und Urologen aus Arlon hielten Konsultationen in Mont-Saint-Martin ab. Belgische Radiologen gründeten eine wirtschaftliche Interessengruppe, um die radiologischen Einrichtungen am Mont-Saint-Martin zu leiten und das 2011 installierte MRT-Gerät auf der Grundlage eines Abkommens zwischen der regionalen Gesundheitsbehörde von Lothringen und den belgischen Ärzten zu betreiben.

Diese Regelung hat es ermöglicht, die Krankenhausversorgung auf der französischen Seite der Grenze aufrechtzuerhalten, und zwar indem belgische Ärzte Konsultationen und Operationen im Krankenhaus von Mont-Saint-Martin durchführten, das mit ernsthaften Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Fachärzten zu kämpfen hatte und oft gezwungen war, auf teure temporäre Ärzte zurückzugreifen, was die Einrichtung finanziell belastete.

Da dieses französisch-belgische Gebiet auch an das Großherzogtum Luxemburg grenzt, wurden nach der Einführung dieses ZOAST-Ansatzes entwickelt, um ihn auf Personen auszudehnen, die in Luxemburg einem System der sozialen Sicherheit angehören. Nach verschiedenen Treffen mit den für die soziale Sicherheit im Großherzogtum zuständigen Behörden wurde eine erste Vereinbarung getroffen, um den Grenzarbeitnehmern die Möglichkeit zu geben, von dieser Zusammenarbeit zu profitieren, bevor sie auf alle Personen ausgedehnt wurde, die in Luxemburg sozialversichert sind und ab 2012 im französisch-belgischen Gebiet ansässig waren.

Im Jahr 2014 wurde das grenzüberschreitende Abkommen auf das Département Meuse (Frankreich) und den Distrikt Neufchâteau (Belgien) ausgedehnt. Dies ermöglichte die Einbeziehung von Krankenhäusern im französischen Verdun und im belgischen Libramont. Durch diese Erweiterung können nun Patienten aus dem Norden von Meuse ihre Radiologie-Termine in Virton wahrnehmen. Die Vereinbarung erzeugt jährlich einen Strom von 3000 bis 3500 Patienten.

2.5.4 ZOAST MONS-MAUBEUGE

Der *ZOAST MONS-MAUBEUGE* wurde Anfang 2010 gegründet, um die medizinische Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern von Mons (BE) und Maubeuge (F) zu fördern und zu unterstützen. Zu Beginn des Jahres 2004 trafen die Institutionen ein Abkommen über die Intensivpflege, das es ermöglichte, französische Patienten nach Mons zu überweisen, wenn das Krankenhaus in Maubeuge überlastet ist. Diese Zusammenarbeit führte zu einer Reihe von Interaktionen zwischen den beiden Krankenhäusern und bildete eine solide Grundlage für den Plan, einen ZOAST im Grenzgebiet zwischen dem Distrikt Mons und dem Einzugsgebiet des Krankenversicherungsamtes von Maubeuge einzurichten.

Allerdings konnte durch die Vereinbarung nur eine eingeschränkte Patientenmobilität erreicht werden, von der etwa hundert Mal pro Jahr Gebrauch gemacht wird. In administrativer und finanzieller Hinsicht verläuft sie jedoch parallel zur Versorgung von Patienten, die von der grenzüberschreitenden medizinischen Zusammenarbeit in verschiedenen Bereichen wie der Urologie und Onkologie profitieren.

2.5.5 ZOAST TOURNAI VALENCIENNES

Der *ZOAST TOURNAI VALENCIENNES*, der im Jahr 2010 gegründet wurde, eröffnete die Aussicht auf die Zusammenarbeit zweier großer regionaler Krankenhäuser, dem Centre Hospitalier de Valenciennes (F) und dem Centre Hospitalier de Wallonie Picarde in Tournai (BE).

Wie der *ZOAST MONS-MAUBEUGE* hat auch dieser *ZOAST* bisher nur zu einer eingeschränkten Patientenmobilität geführt, die ebenfalls nur etwa einhundert Mal pro Jahr in Anspruch genommen wird. Im Sinne der medizinischen Zusammenarbeit fanden Treffen zwischen Spezialisten für medizinische Bildgebung und Notfallpädiatrie statt, im Rahmen derer die Leitlinien für eine Zusammenarbeit ausgearbeitet wurden.

Die Entwicklung dieser krankenhausesübergreifenden Zusammenarbeit zwischen zwei Einrichtungen von mehr oder weniger vergleichbarer Größe wurde durch den langfristigen internen Umstrukturierungsprozess behindert, den beide Krankenhäuser in den letzten Jahren durchlaufen haben.

2.5.6 ZOAST THIERACHE

Seit dem 1. Januar 2012 ersetzt der *ZOAST THIERACHE* das oben beschriebene Transcards-Abkommen.

Angesichts des französisch-belgischen Rahmenabkommens über die Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen war es notwendig, die bestehenden Vereinbarungen umzugestalten. Diese rechtliche Notwendigkeit schuf in der Thiérache die Möglichkeit, den Bedürfnissen der Akteure der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vor Ort gerecht zu werden, und zwar durch die Erweiterung des Transcards-Abkommens. Erstens wurden Personen, die von diversen französischen Sozialversicherungssystemen erfasst waren, als Begünstigte des *ZOAST* berücksichtigt, und zweitens wurde die territoriale Deckung auf belgischer Seite auf eine weitere Gemeinde im Norden des ursprünglich abgedeckten Gebiets ausgedehnt.

In der Thiérache waren verschiedene Versuche unternommen worden, alle Akteure im Gesundheitswesen vor Ort über zwei Jahrzehnte hinweg zu mobilisieren, jedoch ohne merklichen Erfolg. Zweifellos hatte die Angst vor den Auswirkungen auf das Funktionieren oder sogar das Überleben eines jeden einzelnen Krankenhauses die Idee der ergänzenden Versorgung in den Hintergrund gedrängt.

So hat das gemeinsame medizinische Projekt der bedeutendsten Krankenhäuser von Thiérache, das zwischen 2012 und 2014 ausgearbeitet wurde und die Schaffung eines Europäischen Verbunds für territoriale Zusammenarbeit (EVTZ) als Leitfaden für Synergien zwischen Krankenhäusern vorsieht, bisher noch nicht zu dem konkreten Ergebnis der Umwandlung des *ZOAST* in eine gemeinsame Krankenhausstruktur, die von den beiden Seiten der Grenze geteilt und von den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens der französisch-belgischen Thiérache gemeinsam verwaltet wird, geführt.

2.5.7 ZOAST LITTORAL

Der *ZOAST LITTORAL*, der seit Januar 2015 in Kraft ist, bezieht sich auf Krankenhäuser in Dünkirchen (F) und Veurne (BE), die im Rahmen der Interreg-Programme 2000-2006 und 2007-2014 bereits mehrfach zusammengearbeitet haben. Im Jahr 2017 erhielt das Krankenhaus in Dünkirchen einen PET-Scanner, der zukünftig auch für belgische Patienten zugänglich sein könnte. Geplant ist, dass er mit Unterstützung von belgischen Nuklearmedizinern betrieben wird.

Zusammenfassung

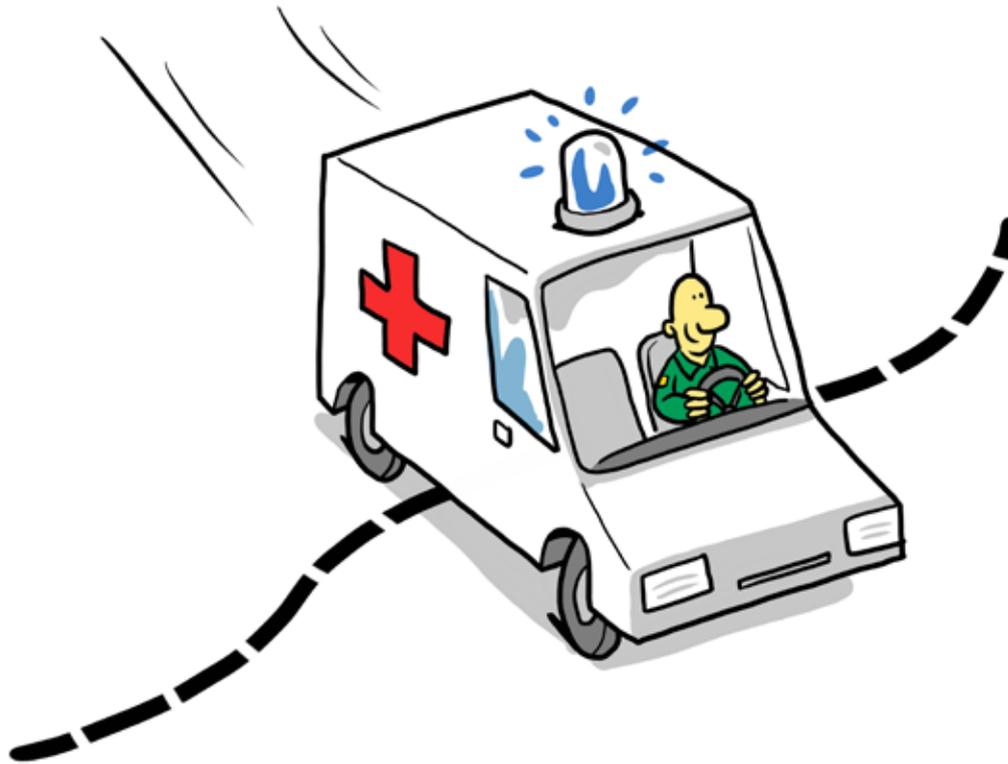
Als Ergebnis eines langen Prozesses des Aufbaus einer Zusammenarbeit im Sozial- und Gesundheitsbereich stellen die *ZOAST* derzeit eine angemessene Antwort auf den Behandlungsbedarf von Patienten in städtischen oder ländlichen Grenzgebieten in der EU dar. Sie setzen den komplementären Ansatz der Gesundheitssysteme in Nachbarländern in die Praxis um.

Im Jahr 2015 konnten daher rund 20 000 französische und belgische Patienten ohne jegliche administrative oder finanzielle Barrieren sowie ohne Diskriminierung auf beiden Seiten der französisch-belgischen Grenze im Rahmen dieser grenzüberschreitenden Vereinbarungen behandelt werden.

Die rechtliche Grundlage für die *ZOAST*-Abkommen basierte dabei auf dem französisch-belgischen Rahmenabkommen über die Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen. In Teil I wird die Kostenübernahme für medizinische Leistungen für Patienten im Rahmen ihrer obligatorischen Krankenversicherung geregelt; in Teil II ist der französische Zusatzversicherungsschutz enthalten, der durch die in den Rechtstexten und von den Krankenversicherern festgelegten Mechanismen zur Korrektur sozialer Ungleichgewichte gegeben ist.

Darüber hinaus ist in Frankreich die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung durch gesetzlichen oder privaten ergänzenden Schutz (Investmentfonds, Versicherungen, Versorgungsträger) abgesichert, der die vollen Behandlungskosten übernimmt. Für französische Patienten muss der Schutz vollständig sein und eine zusätzliche Deckung enthalten, die die obligatorische Krankenversicherung ergänzt.

Um eine vollständige Deckung der Kosten für in Belgien behandelte französische Patienten zu gewährleisten, die mit der in den *ZOAST*-Abkommen festgelegten Deckung vergleichbar ist, war es für die am stärksten gefährdeten Patienten von entscheidender Bedeutung, dass Verfahren



für die Erstattung von Restkosten (Zuzahlungen) durch die von den Patienten abgeschlossenen Zusatzpolicen entwickelt wurden. Seit 2009 können Begünstigte des *ZOAST ARDENNES* Rückerstattungen ihrer Zuzahlungen von ihrem Zusatzversicherer erhalten, indem sie den Mechanismus des Drittzahlers anwenden.

Um diese Rückzahlungsverfahren umzusetzen, waren allerdings Softwareentwicklungsarbeiten erforderlich. Dies ermöglichte grenzüberschreitenden Patienten die volle Deckung ihrer Versorgungskosten, und zwar unter denselben Bedingungen, die auch auf französischer Seite angewendet worden wären. Es wird davon ausgegangen, dass diese Verfahren im Laufe des Jahres 2017 auf jeden grenzüberschreitenden Gesundheitsbereich (ZOAST) ausgeweitet werden.

Folglich sind im französisch-belgischen Grenzgebiet die administrativen und finanziellen Aspekte des Zugangs zur Gesundheitsversorgung auf der anderen Seite der Grenze für krankenversicherte Personen fast identisch mit denen in ihrem Wohnsitzland.

3 Zusammenarbeit bei der medizinischen Notfallversorgung

Parallel zur Entwicklung der krankenhausesübergreifenden Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen und der grenzüberschreitenden Gesundheitsbereiche wurde nach und nach die französisch-belgische grenzüberschreitende Zusammenarbeit für medizinische Notfalldienste ausgebaut. Heute wird diese Zusammenarbeit durch ein spezifisches französisch-belgisches Abkommen über die medizinische Notfallversorgung („AMU franco-belge“) geregelt.

Dieses Abkommen, das am 20. März 2007 zwischen Frankreich und Belgien geschlossen wurde, schuf eine wichtige neue Form der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, um die Überlebenschancen von Patienten zu verbessern und die Folgen nach Unfällen und Erkrankungen wie Schlaganfällen und Herzinfarkten zu mildern. Das System wurde in jeder Teilregion der französisch-belgischen Grenzzone (Lothringen, Ardennes-Thiérache, Nord) seit dem ersten Halbjahr 2008 umgesetzt.

Um die Reaktionszeit zu verkürzen – d. h. die Zeit zwischen einem Anruf bei einer einheitlichen Notrufzentrale (europäische Nummer: 112) und der medizinischen Behandlung durch einen Pflegedienstleister am Krankenbett des Patienten – sind die französischen und belgischen mobilen Notfall- und Reanimationsdienste jetzt auf beiden Seiten der Grenze im Einsatz.

In der Praxis können die auf jeder Seite der Grenze stationierten Dienste unter Beachtung einer Prioritätsreihenfolge für Einsätze, die für jeden Grenzbereich auf der Grundlage der Standorte seiner Notfallstützpunkte definiert ist, eine Anschlussdeckung bereitstellen, wenn der lokale Dienst zum Zeitpunkt des Anrufs nicht verfügbar ist.

Darüber hinaus wurden in bestimmten Grenzzonen, in denen die Reaktionszeit 20 Minuten (was der in den nationalen Rechtsvorschriften festgelegten Höchstdauer entspricht) überschreiten kann, Vorkehrungen für einen Ersteinsatz mit Zustimmung der betroffenen Behörden und Akteure getroffen. Im Rahmen dieser Vereinbarung richtet sich das einheitliche Call-Center des Gebiets direkt an die Notdienste des Nachbarlandes, um ihre Intervention anzufordern.

In Lothringen finden jedes Jahr etwa 125 derartige Interventionen statt, 100 davon allein in den Ardennen.

Es wurden geeignete Verfahren für die Verwaltung und Finanzierung dieser Zusammenarbeit auf der Grundlage der in den europäischen So-

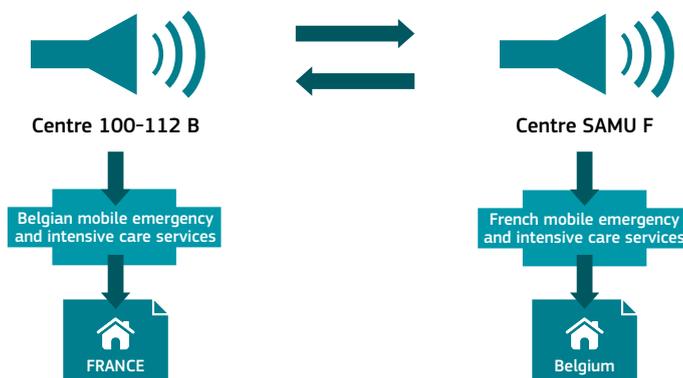
zialversicherungsvorschriften verwendeten Mechanismen entwickelt. Genauer gesagt, füllt das Krankenhaus, das für den grenzüberschreitend operierenden Notfalldienst verantwortlich ist, zuerst ein Formular S (früher E112) auf der Grundlage der Identifikationsdaten des Patienten aus, was keine vorherige medizinische Genehmigung erfordert, da die Vereinbarung diese Einschränkung aufhebt.

Zweitens werden die Kosten des grenzüberschreitenden Notrufs nach den Verfahren der europäischen Verordnungen in Form einer Pauschalgebühr verrechnet. Die französischen Dienste erhalten den Halbstundensatz, den sie für Einsätze in Frankreich beanspruchen könnten. Belgische Dienste, die die Grenze überschreiten, erhalten einen Halbstundensatz, der der durchschnittlichen Halbstundengebühr der französischen Dienste entspricht, die in Belgien operieren.

Dieser Zahlungsmechanismus wurde speziell im Rahmen des französisch-belgischen Kooperationsabkommens über die Zusammenarbeit von Notdiensten geschaffen, da das Finanzierungsmodell für diese Dienste auf beiden Seiten der Grenze auf unterschiedlichen Gebührensätzen beruht. Somit ersetzt die Anwendung einer Pauschalgebühr für in Frankreich tätige belgische Dienste die Zahlung pro Dienstleistung, die für Dienste in Belgien geleistet wird.

Dieser ausgehandelte Tarif stellt eine der Finanzierungsmöglichkeiten für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung dar, die im französisch-belgischen Rahmenabkommen über die Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen festgelegt ist. Die Zahlung einer Pauschalgebühr wurde auch in anderen grenzüberschreitenden Abkommen desselben Typs in anderen Grenzgebieten innerhalb der EU übernommen.

Französisch-belgischer Kooperationsprozess für medizinische Notfallversorgung



4 Zusammenarbeit im medizinisch-sozialen Bereich

Die französisch-belgische Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen umfasst zum einen Krankenhausdienste und Notfallmedizin, zum anderen aber auch den medizinisch-sozialen Sektor.

Seit Jahrzehnten werden französische Senioren und Menschen mit Behinderungen in belgischen Einrichtungen aufgenommen, vor allem im frankophonen Teil des Landes. In den Interreg-Projekten, die zwischen 1992 und 2010 entwickelt wurden, war diese Mobilität aufgrund fehlender Verordnungen auf der Ebene der nationalen und regionalen Behörden zu verschiedenen Zeitpunkten Gegenstand von Fragen und Bedenken. Aus Mangel an politischem Willen oder Interesse wurden nur Studien bzw. Vergleiche von Rechtsvorschriften durchgeführt.

Durch die Zusammenführung des medizinisch-sozialen und des Krankenhaussektors unter den regionalen Gesundheitsbehörden (ARS) in Frankreich im Jahr 2010 wurde der Weg zu einer grenzüberschreitenden Kooperationseinrichtung in diesem Bereich geebnet.

Mit der Regionalisierung der Befugnisse im medizinisch-sozialen Sektor in Belgien und insbesondere der Versorgung und Unterbringung von Menschen mit Behinderungen ist es notwendig geworden, zwischen einer französisch-wallonischen und einer französisch-flämischen Vereinbarung zu wählen. Da fast alle französischen älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen, die sich in Belgien niedergelassen haben, in wallonischen – und damit frankophonen – Einrichtungen leben, wurden schließlich Verhandlungen über eine grenzüberschreitende Vereinbarung mit Wallonien in Gang gesetzt.

Die Unterbringung von französischen Bürgern mit Behinderungen in französischen Institutionen in Wallonien reicht mehr als ein Jahrhundert zurück. Diese Mobilität begann nach der Umsiedlung verschiedener französischer religiöser Orden in den frankophonen Teil Belgiens im Anschluss an die Verabschiedung des Gesetzes über die Trennung von Kirche und Staat in Frankreich im Jahr 1905. Der Rückgriff auf wallonische Pflege-

und Wohneinrichtungen erklärt sich jedoch auch durch den chronischen Mangel an freien Plätzen in Frankreich, insbesondere für Kinder mit Lernschwierigkeiten.

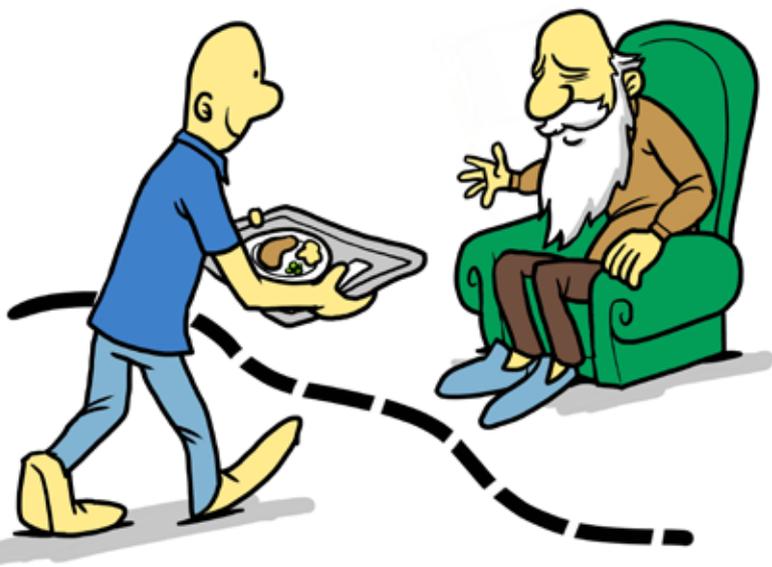
Die Mobilität zwischen Frankreich und Belgien entwickelte sich ohne formelle Zwänge. Die zuständigen Behörden auf französischer Seite (Krankenversicherung für Minderjährige und Generalräte für Erwachsene) waren fast ausschließlich als Finanzierungsträger tätig. Einrichtungen in Wallonien, die lediglich französische Bürger mit Behinderungen aufnehmen, konnten ihre Tätigkeit ausüben, ohne dafür zwangsläufig eine Genehmigung von den zuständigen Behörden einholen zu müssen oder ihrer Kontrolle zu unterliegen. Erst 1995 legte ein Dekret der wallonischen Regierung ein System für die „Bewilligung zur Pflege“ fest, um administrative wallonische Kontrollen unabhängig von der Finanzierung der stationären Pflege für behinderte französische Bürger durch die zuständigen französischen Behörden zu etablieren.

Im Jahr 2009 wurde in einer neuen wallonischen Verordnung eine Struktur für die im Rahmen der „Bewilligung zur Pflege“ operierenden Einrichtungen definiert, die Betriebsnormen festlegte und ein Überprüfungssystem durch die wallonische Agentur für die Integration von Menschen mit Behinderungen einrichtete, aus der inzwischen die Agentur für Lebensqualität (AVIQ) geworden ist.

Bis vor kurzem gab es keine genauen Aufzeichnungen über die in wallonischen Einrichtungen lebenden französischen Bürger (Erwachsene und Minderjährige) mit Behinderungen.

In seinem Bericht an die französische Nationalversammlung im Jahr 2013 nannte der Abgeordnete Philip Corderoy eine Zahl von 6620 in Wallonien gemeldeten Menschen mit Behinderungen.

Sie kamen hauptsächlich aus den Teilen Frankreichs, die nicht weit von Belgien entfernt liegen. Die in Wallonien lebenden Menschen mit Behinderungen kamen jedoch eigentlich aus 42 französischen Departements und 17 (ehemaligen) Regionen (Bericht der Generalinspektion für soziale Angelegenheiten [IGAS] vom September 2005). In ihrem Bericht von 2008 über ihre Studie zur „stationären Pflege für ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen in Belgien“ für den Minister für soziale Angelegenheiten erwähnt die Abgeordnete Cécile Gallez „eine sehr ungefähre Kenntnis des Phänomens (Anzahl der Patienten, Arten von Behinderungen etc.); eine fragmentierte Sichtweise der finanziellen Auswirkungen, mit Ausnahme der Ausgaben für Kinder, die von der Krankenversicherung übernommen werden, aber insgesamt nur einen kleinen Teil der Gesamtausgaben abdecken; die Abwesenheit einer Aufsicht über die Einrichtungen ...“.





Diese Beobachtung wurde an die höchsten Ebenen des französischen Staates weitergegeben, und Wallonien regte die Annahme einer grenzüberschreitenden Regulierungsmaßnahme für diese Bewegungen an.

Realisiert wurde diese Maßnahme, als besorgte Akteure im Rahmen des Interreg-Programms Frankreich-Wallonien-Flandern (2007-2013) die Ausarbeitung eines medizinisch-sozialen Rahmenabkommens für zweckmäßig erklärten, das sie den zuständigen französischen und wallonischen Ministerien im zweiten Halbjahr 2010 vorlegten. Aus bestimmten Gründen wurde beschlossen, den Anwendungsbereich der geplanten Vereinbarung auf Menschen mit Behinderungen zu beschränken und die Aussicht auf eine ähnliche Regelung für ältere Menschen hinauszuzögern.

Die endgültige Fassung des Rahmenabkommens, die am 21. Dezember 2011 vom französischen Staatssekretär für Menschen mit Behinderungen und der wallonischen Ministerin für Gesundheit und soziale Maßnahmen unterzeichnet wurde, bezieht sich nur auf Erwachsene und Kinder mit Behinderungen in speziellen Wohneinrichtungen sowie auf die stationäre Betreuung für einige Kinder mit besonderem Förderbedarf. Der Text betraf jedoch nicht die Bildung von Kindern mit Behinderungen.

Eine Liste aller stationär in Wallonien betreuten französischen Bürger mit Behinderungen war nicht leicht zu erstellen. Auch wenn Minderjährige leicht gezählt werden konnten, da sie alle von ein und derselben Krankenversicherung erfasst werden, so war dies bei Erwachsenen nicht ganz so einfach, da ihre Betreuung von mehr als vierzig verschiedenen französischen Departements erbracht wird. Die Zusammenarbeit aller Beteiligten auf beiden Seiten der Grenze war für die Durchführung dieser Mission von entscheidender Bedeutung.

Seit seinem Inkrafttreten am 1. März 2014 hat das Rahmenabkommen die Erstellung von Statistiken über Menschen mit Behinderungen in wallonischen Einrichtungen, die Ausarbeitung neuer Abkommen über den Versicherungsschutz von Kindern mit Behinderungen, die Durchführung gemeinsamer Inspektionen durch die zuständigen französischen und wallonischen Behörden und den Entwurf einer Reform des wallonischen Dekrets über die Betreuung von Menschen mit Behinderungen unterstützt.

The background of the slide is a solid green color with a white topographic map pattern. The map consists of numerous irregular, concentric contour lines that create a sense of depth and terrain, typical of a topographic map.

ALLGEMEINE SCHLUSSFOLGERUNG

Seit seinen Anfängen versucht das europäische Projekt, die Freizügigkeit der Arbeitnehmer und später der Bürger mit der Wahrung ihrer sozialen Rechte in Verbindung zu bringen. Genau das ist das Wesen des europäischen Sozialmodells. Es widmet sich dem Ziel, die erworbenen sozialen Rechte zu erhalten und auf alle europäischen Bürger auszudehnen.

Wie im ersten Kapitel beschrieben, ist die öffentliche Gesundheit heute ein Bereich der geteilten Zuständigkeit zwischen der Europäischen Union und ihren Mitgliedstaaten. Die Mitgliedstaaten sind jedoch weiterhin zuständig für die Festlegung der Gesundheitspolitik sowie für die Organisation und Finanzierung von Gesundheitsdiensten und medizinischer Behandlung.

Die Entstehung einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen

Die im ersten Kapitel skizzierte Chronologie zeigt, dass sich die EU-Gesundheitspolitik anfangs nur langsam entwickelte. Die Gesundheit, ein Bereich, den man ursprünglich entweder indirekt oder nur unter außergewöhnlichen Umständen durch eine Vielzahl von verschiedenen Maßnahmen behandelte, wurde nur schrittweise in die EU-Politik integriert. Erst im Vertrag von Lissabon, insbesondere in Artikel 168 (Titel XIV), nahm dieser Ansatz für die öffentliche Gesundheit schließlich seine aktuelle Form an. Heute verfügt die Kommission in diesem Politikbereich über eine breite Palette von Instrumenten und Institutionen. Die Strategie Europa 2020, die auf ein intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum abzielt, betrachtet die Gesundheit als unabdingbare Voraussetzung für die Verwirklichung ihrer Ziele.

Im zweiten Kapitel wird erläutert, wie die europäischen Entscheidungen über den Zugang zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung mit der frühesten Form der europäischen Integration entstanden sind, die durch die Abkommen der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl im Jahr 1952 konkretisiert wurde. Obwohl das EU-Recht nicht auf eine Harmonisierung der Systeme der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten abzielt, gewährleistet es dennoch deren Koordinierung, ohne die Befugnisse der Mitgliedstaaten zur Organisation und Verwaltung ihrer sozialen Sicherheit zu beeinträchtigen.

Mit diesen verschiedenen Urteilen hob der Gerichtshof der Europäischen Union die Anwendung des Grundsatzes der Dienstleistungsfreiheit im Gesundheitssektor hervor und eröffnete neue Perspektiven für die Patientenmobilität in der EU. Die Patientenmobilität wird in der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung behandelt, der bislang einzigen Gesundheitsrichtlinie.

Die im dritten Kapitel aufgeführten Studien zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit wurden allesamt von Interreg-Programmen unterstützt. Sie zeigen, wie Erfahrungen mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung in ganz Europa praktische und nachhaltige Lösungen für Isolation, medizinische Wüsten sowie soziale und gesundheitliche Ungleichheiten bieten.

Im letzten Kapitel wird über die grenzüberschreitende französisch-belgische Zusammenarbeit berichtet, die sich über mehrere Generationen von Interreg-Programmen hinweg allmählich entwickelt hat. Diese Zusammenarbeit hat zweifellos Modellcharakter für die Grenzregionen der EU. Die kooperativen Vereinbarungen betreffen das gesamte belgisch-französische Grenzgebiet, einschließlich zahlreicher Innovationen in Form von neuen strukturellen Vorkehrungen sowie administrativen und finanziellen Abwicklungsmechanismen (z. B. ZOAST), die auf der Anwendung europäischer Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit beruhen.

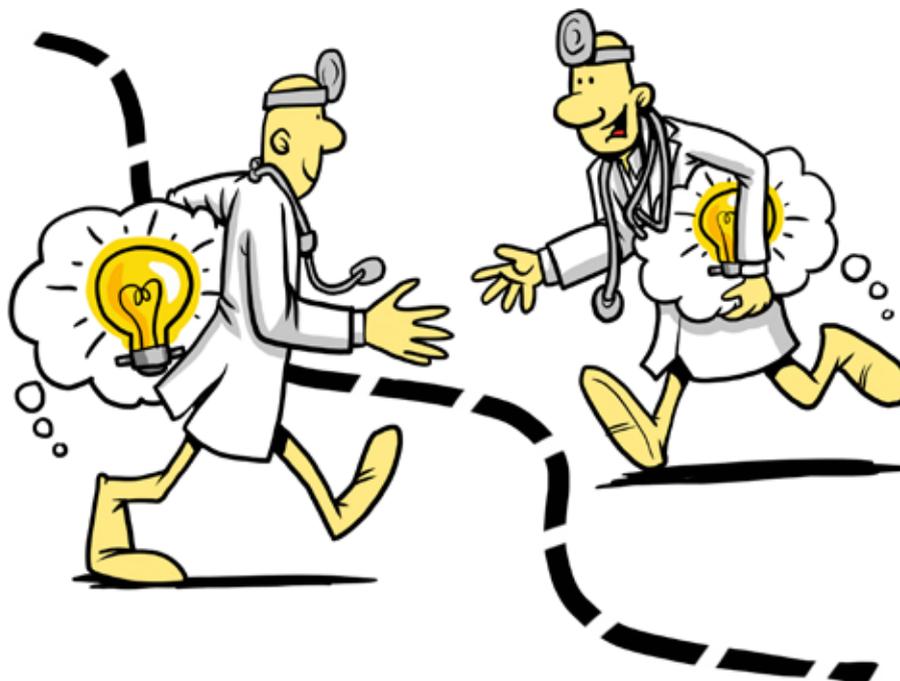
Die Auswirkungen einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen

Die Verträge, die aufeinander folgenden europäischen Abkommen und die europäischen Gesundheits- und Sozialversicherungsrichtlinien zielen darauf ab, die Auswirkungen der Grenzen zwischen den Mitgliedstaaten zugunsten der europäischen Bürger schrittweise zu verringern.

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zeigt heute in der Regel zwei voneinander abhängige Trends: die Zunahme der grenzüberschreitenden Mobilität der Grenzbevölkerungen und die Entstehung oder Stärkung grenzüberschreitender territorialer Dynamiken.

Die wachsende Mobilität europäischer Bürger infolge der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit kann sowohl bei Angehörigen der Gesundheitsberufe als auch bei Patienten beobachtet werden. Zudem verstärkt diese Dynamik die Nutzung von Krankenhausdiensten und medizinischen Einrichtungen in Grenzgebieten.

Die Entstehung oder Stärkung grenzüberschreitender territorialer Dynamiken betrifft die Organisation der Gesundheitsversorgung, -dienstleistungen oder -ausbildung in einem Gebiet, in diesem Fall einem grenzüberschreitenden Gebiet. Da diese Grenzregionen aufgrund ihrer nationalen Randlage traditionell weniger gut mit Mitteln und Ressourcen ausgestattet waren, verfolgt die grenzüberschreitende Zusammenarbeit das Ziel, eine Gesundheitsversorgung einzuführen, die den Bedürfnissen der Patienten beiderseits der Grenze in einem multinationalen Gebiet gerecht wird.



Folglich ist die grenzübergreifende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen eine Art, Engpässe oder Mängel zu bewältigen – oder von den sich bietenden Möglichkeiten zu profitieren. In dieser Hinsicht gleichen grenzüberschreitende Regionen einem Laboratorium, in dem zwei, drei oder sogar vier nationale Verordnungen, Kulturen und Gesundheitssysteme aufeinandertreffen.

Einige Schlüssel zum Erfolg

Die hier beschriebenen Kooperationsprojekte zeigen einige der Erfolgsfaktoren für die Entwicklung der Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen in grenzüberschreitenden Gebieten. Diese Faktoren sind weniger genaue Anweisungen als vielmehr gute Praktiken, die der Inspiration von Projektleitern, Gesundheitsmanagern und Entscheidungsträgern dienen sollen.

Wir sollten von Anfang an betonen, dass jedes Projekt lokale Besonderheiten, die betroffenen öffentlichen oder privaten Akteure sowie seine eigenen Dynamiken widerspiegelt. Die grenzüberschreitende Zusammen-

arbeit erweitert das Feld des Möglichen sowohl in materieller als auch in immaterieller Hinsicht, vom Bau eines Krankenhauses bis zum Austausch von fachlichem oder sogar kulturellem Wissen. Sie ermöglicht die Lösung von Problemen in einer speziell auf die betreffende grenzüberschreitende Region abgestimmten Art und Weise.

Alle Projekte sind natürlich einzigartig, aber jedes einzelne von ihnen verdeutlicht auch eine kollektive Verfolgung des allgemeinen Interesses. Die Zeugen der vorgestellten Kooperationsprojekte sprechen über das Bedürfnis nach Vertrauen und „gemeinschaftlichem Aufbau“.

Trotz der Unterstützung der Interreg-Programme beruht die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Wesentlichen auf freiwilliger Basis. Obwohl der Vertrag von Lissabon und die Richtlinie über Patientenrechte die Mitgliedstaaten zur Zusammenarbeit einladen, gibt es nichts, was die Angehörigen der Gesundheitsberufe oder Behörden dazu zwingen würde, Verbindungen zu ihren Nachbarn jenseits der Grenze einzugehen oder Partnerschaften und gemeinsame Aktivitäten zu entwickeln.



Ein weiteres Merkmal einer solchen Zusammenarbeit ist, dass sie die Unterstützung und die Partnerschaft einer Vielzahl von Akteuren erfordert: lokale Behörden, Krankenhäuser, medizinisches Personal und medizinisch-soziale Einrichtungen, Krankenversicherungsträger und andere Systeme zur Finanzierung der Gesundheitsfürsorge, Verwaltungspersonal und zu guter Letzt natürlich die Patienten selbst.

Voraussetzung für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit, sowohl in Gesundheitsfragen als auch in anderen Bereichen, ist die Fähigkeit, sich gegenseitig kennenzulernen, die gleiche Sprache zu sprechen und gemeinsame Konzepte zu verwenden, um eine Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen und so viel institutionelle Stabilität wie möglich zu gewährleisten. Dieses Lernen betrifft alle genannten Akteure, einschließlich der Patienten, und es braucht Zeit. Viele Kooperationsprojekte hatten Schwierigkeiten, die Probleme zu überwinden, mit denen sie durch die Instabilität der Betreiber oder der Vertreter der betroffenen zuständigen Behörden konfrontiert waren.

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen erfordert zudem spezifische Verfahren für die grenzüberschreitende Steuerung. Die Vielfalt der Gesundheitssysteme setzt voraus, dass spezifische Probleme gelöst werden, und fordert angemessene Lösungen wie beispielsweise die Verwendung von Rechtsformen, wie dies beim Europäischen Verbund für territoriale Zusammenarbeit auf der Cerdanya-Hochebene der Fall war. Die Behörden und Institutionen, die zusammenarbeiten müssen, befinden sich weder zwangsläufig auf der gleichen hierarchischen Ebene, noch haben sie die gleichen Befugnisse oder die gleiche Legitimität; trotzdem müssen sie sich aufeinander abstimmen. Die angenommenen Lösungen müssen auch die lokalen Akteure einbeziehen und an jede individuelle Situation angepasst werden. Schließlich ist es äußerst wichtig, dass die Regeln und Mechanismen Antworten geben, die sowohl flexibel als auch nachhaltig sind.

Eine weitere Voraussetzung für Kooperationsprojekte ist die Eigeninitiative der Betreiber sowie die Unterstützung eines solchen proaktiven Verhaltens. Kooperation erfordert ein hohes Engagement, denn nur dann ist die notwendige Energie vorhanden, um Hindernisse zu überwinden und ein überzeugendes Langzeitergebnis zu erzielen. Es ist relativ einfach, die Akteure dazu zu bewegen, sich an einem grenzüberschreitenden Projekt zu beteiligen, aber diese Verpflichtung muss auch langfristig Bestand haben, trotz administrativer und sprachlicher Schwierigkeiten oder Vertrauensprobleme. Außerdem ist es notwendig, dass die gewählten Vertreter in der Region das allgemeine Interesse am Projekt unterstützen, das oft über ihre Wahlkreise hinausreicht.

Der Erfolg der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen wird schließlich durch praktische Ergebnisse wie den Zugang zu einem näher gelegenen Krankenhaus oder das Vorhandensein eines wirksameren Notfallsystems belegt. Dabei ist eine fortlaufende Bewertung notwendig, um zu zeigen, dass das Projekt für die Akteure beider Seiten immer noch eine Win-win-Situation darstellt.

Ein Ansatz, der die Sichtbarkeit erhöht, kapitalisiert und sichert

Die verschiedenen Formen der Zusammenarbeit, die in dieser Veröffentlichung erläutert werden, verdeutlichen die Bedeutung der Unterstützung der territorialen Kohäsionspolitik bei der Einführung von Innovationen. Zudem zeigen sie den Wert von Verbindungs- und Schnittstellenstrukturen angesichts der erheblichen Unterschiede zwischen den Grenzgebieten und auch aufgrund der Komplexität und extremen Spezialisierung dieser Fälle.

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen, die von den Hebelwirkungen der Kohäsionspolitik und der Interreg-Finanzierung profitiert, zielt darauf ab, diese Auswirkungen über die Zeiträume, für die finanzielle Unterstützung gewährt wird, hinaus zu sichern und zu verstärken.

In diesem Bereich der Zusammenarbeit wie auch in anderen Bereichen scheinen zwei Schritte unabdingbar zu sein, um Ergebnisse zu realisieren und zu sichern: die Erhöhung der Sichtbarkeit zur Verbreitung von Informationen und die Kapitalbildung zur Verbreitung und Verstärkung der Auswirkungen.

Eine erhöhte Sichtbarkeit muss es allen Arbeitnehmern, Bewohnern und Bürgern ermöglichen, die Ergebnisse und Vorteile der Zusammenarbeit zu sehen. Die Versorgung, die durch das Überschreiten der Grenze oder durch die grenzüberschreitende Organisation zugänglich gemacht wird, muss in ausreichendem Maße erklärt werden, ebenso wie die Bedingungen, unter denen Bürger und Patienten profitieren können. Es muss daher ein Höchstmaß an Aufwand betrieben werden, um zu einem besseren Verständnis dieser Möglichkeiten beizutragen und diese Schritte zu vereinfachen.

Zweitens ist die Nutzung dieser Erfahrungen unerlässlich, wenn ihre Zukunft gesichert und die Vorteile multipliziert werden sollen. Die Analyse der verschiedenen Erfahrungen der französisch-belgischen Zusammenarbeit und im weiteren Sinne auch anderer europäischer Erfahrungen sowie die Konsultation des Internets und anderer verfügbarer Netzwerke zeigen, dass viel getan wurde, aber auch noch viel zu tun bleibt. Der Erfahrungsaustausch ist notwendig, da das, was hier getan wird, sofern es bekannt und verständlich ist, dazu beitragen kann, auch anderswo eine Lösung zu finden. Natürlich wird diese Lösung noch angepasst werden, aber basierend auf anderen Erfahrungen könnte sie auch eine eigene Innovationsfähigkeit erzeugen.

Das Hauptziel dieser Veröffentlichung ist: Informationen über die verschiedenen Formen und Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen im Rahmen der europäischen Gesetzgebung bereitzustellen und so andere grenzüberschreitende Bereiche zur Zusammenarbeit zu inspirieren, um das Wohlergehen der Bürger zu verbessern.

Wie die Weltgesundheitsorganisation erklärt hat, ist die Gesundheit ein Thema, das uns alle betrifft. Dies gilt, weil wir im Gesundheitssektor aktiv sind, weil wir potentielle Patienten sind, aber auch und vielleicht vor allem, weil wir als Bürger und Zahler von Krankenversicherungsbeiträgen versuchen, die Gesundheitsversorgung als öffentlichen Dienst für alle umso angemessener, zugänglicher und qualitativ hochwertiger zu gestalten.

Der europäische Bürger, Arbeitnehmer, Student oder bloße Tourist wird heute dank der Sozial- und Gesundheitsvorschriften überall in Europa angemessen versorgt und geschützt. Global gesehen trägt die EU zu echten Strategien im Bereich der öffentlichen Gesundheit bei, insbesondere zur Bekämpfung von AIDS und Krebs.

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit, ein wahres Labor der europäischen Integration, geht noch weiter. Sie hat und wird sich weiterhin um die Bereitstellung optimaler Bedingungen für den Zugang zur Gesundheitsversorgung in den Grenzregionen sowie im weiteren Sinne innerhalb der ganzen EU bemühen. Sie hat eine französisch-belgische „Gesundheitskarte“ eingeführt, ein französisch-spanisches Krankenhaus errichtet, sie bringt Krankenwagen über die Grenze, sie ermöglicht es einem polnischen Patienten, einen deutschen Arzt zu konsultieren – ohne zu reisen; so viel Erfahrung, die auf europäischer Ebene verbreitet und verallgemeinert werden kann!

Danksagungen

Während der Feierlichkeiten anlässlich des 25-jährigen Jubiläums von Interreg im Jahr 2015 entstand die Idee eines Papiers über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich. Die Initiative wurde in ersten Gesprächen mit der Generaldirektion Regionalpolitik und Stadtentwicklung sehr positiv aufgenommen. Wir bedanken uns für die ständige Unterstützung, die wir erhalten haben.

Insbesondere möchten wir Agnès MONFRET und Miriam BURAJOVA für ihr Vertrauen, ihre Dynamik und ihren Rat danken. Ohne ihre Bemühungen wäre dieses Projekt nicht zustande gekommen. Wir danken auch Karen VANDEWEGHE für ihre ausgezeichnete Leitung und Koordination dieser Veröffentlichung sowie Martha CAMBAS, Ana-Paula LAISSY und Nathalie VERSCHELDE für ihre konstruktiven Bemerkungen.

Das erste Kapitel stützt sich stark auf den produktiven Austausch mit Willy PALM, Berater und Leiter der Kommunikation am Europäischen Observatorium für Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme, und auf seine vielen veröffentlichten Arbeiten.

Die Beschreibung der verschiedenen europaweiten Erfahrungen wäre nicht möglich gewesen ohne die Zeit, Kooperation und Verfügbarkeit einiger Schlüsselpersonen, denen wir danken, insbesondere:

- Catherine BARNOLE, Agence Régionale de Santé – Occitanie (Frankreich);
- Patrick CARNOTENSIS, Christeljik Mutualiteit (Belgien);
- Olivier DENERT, Mission Opérationnelle Transfrontalière (Frankreich);
- Anne DUSSAP, Euro-Institut (Frankreich);
- Norbert HOSTEN, Telemedizin Pommern;
- Karine MERTENS, Agence Régionale de Santé Grand Est (Frankreich);
- Chris SEGAERT, Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung – LIKIV (Belgien);
- Antonia TSIRIGOTI, Das Lächeln des Kindes (Griechenland).

Karten und Illustrationen

Abschließend möchten wir Jean PEYRONY und Jean RUBIO von der Mission Opérationnelle Transfrontalière (MOT), dem Gestalter der Karten, sowie Alex HUGHES von Drawnalism für sein Geschick danken, ein Konzept oder eine komplexe Situation in einer Zeichnung voller Humor zusammenzufassen.



Alex ist seit 1995 professioneller Cartoonist, Karikaturist und Illustrator, der seine Fähigkeit „einen Augenblick einzufangen“ bei einer Vielzahl von Veranstaltungen über viele Jahre hinweg verfeinert hat. Im Jahr 2009 gründete er zusammen mit Matthew Buck Drawnalism, um Unternehmen, öffentliche Einrichtungen und andere Organisationen von seiner Fähigkeit profitieren zu lassen, die

wichtigsten Momente von Ereignissen und Gesprächen visuell festzuhalten und zur Förderung des Engagements eine einzigartige Papier- oder Digitalaufzeichnung für die Teilnehmer zu erstellen.



Die Mission Opérationnelle Transfrontalière (MOT) ist ein Verband, der 1997 von der französischen Regierung gegründet wurde. Er wird auf nationaler Ebene unterstützt vom Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET – Allgemeiner Ausschuss für territoriale Gleichheit), den Ministerien für Europa

und auswärtige Angelegenheiten, Innenpolitik und Überseegebiete und der Caisse des Dépôts und ihren Netzen, die sich aus verschiedenen Akteuren in Grenzgebieten zusammensetzen: Regionen, Provinzen, Gemeinden, Verbände lokaler und territorialer Behörden, grenzüberschreitende Strukturen, Regierung, öffentliche Unternehmen, Industrie- und Handelskammern, Föderationen, Netzwerke, Stadtplanungsämter usw. Diese Positionierung erleichtert den strukturierten Dialog zwischen nationalen und europäischen Behörden sowie lokalen und regionalen Akteuren.

Die MOT hat die Aufgabe, Projektentwickler und grenzüberschreitende Gebiete zu unterstützen, die Interessen grenzüberschreitender Gebiete zu fördern sowie die Vernetzung von Akteuren und den Austausch von Erfahrungen zu erleichtern. Sie fungiert als Schnittstelle zwischen den verschiedenen Interessenvertretern, um grenzüberschreitende Lösungen auf der richtigen Ebene zu finden.

Koordinierungs- und Redaktionsteam



Eric DELECOSSE besitzt einen Masterabschluss in Politikwissenschaften und trug als Leiter des technischen Teams – Niederlassung Wallonien (Belgien) – zur technischen Unterstützung des Interreg-Programms Frankreich-Wallonien-Flandern bei. In dieser Funktion war er an der Vorbereitung und Durchführung mehrerer Generationen des Interreg-Programms (2000-2006 bis 2014-2020) an der

französisch-belgischen Grenze beteiligt. Seine Arbeit konzentrierte sich auf die Unterstützung von grenzüberschreitenden französisch-belgischen Projekten, die von Interreg finanziert wurden. Zudem ist er auch einer der Leiter des Kurses über europäische Projekte, der im Rahmen des Masterstudiengangs Öffentliche Verwaltung an der UC Louvain (B) angeboten wird, und lehrt an der Universität Artois (F).



Henri LEWALLE besitzt einen Abschluss in Wirtschafts- und Sozialpolitik und einen Master in Arbeitswissenschaften. Er ist spezialisiert auf die Analyse und den Vergleich von Gesundheitssystemen, insbesondere auf das Studium und die Entwicklung grenzüberschreitender Kooperationsprojekte in der EU. Seit mehr als 25 Jahren koordiniert er gesundheitsbezogene und medizinisch-soziale Projekte an

der französisch-belgischen Grenze und in der Großregion. Er ist Autor zahlreicher Veröffentlichungen über soziale Sicherheit, Gesundheitssysteme und grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Außerdem ist er stark in die Bereiche Bildung und Ausbildung involviert. Und ganz nebenbei ist er auch noch Dozent an der Juristischen Fakultät des Katholischen Instituts in Lille (F) sowie europäischer Gesundheitskorrespondent für die Zeitschrift *L'Éspace social européen*.



Fabienne LELOUP promovierte an der Universität Cranfield (Großbritannien), lehrt an der Fakultät für Wirtschafts-, Sozial- und Politikwissenschaften und Kommunikation an der UC Louvain und ist Mitglied des Institut de sciences politiques Louvain-Europe (ISPOLE). Ihre Forschung über afrikanische regionale Wirtschaftsgemeinschaften befasst sich mit den Prozessen der territorialen Entwicklung und

Governance. In diesem Zusammenhang stellen grenzüberschreitende Regionen, ob europäisch oder nicht, außergewöhnliche Laboratorien für die Durchführung öffentlicher und kollektiver Maßnahmen dar. Zudem ist sie Gründungsmitglied des Institute of Borders and Discontinuities¹³ und unterrichtet an der Universität Lille.

Andere Beitragende:



Raimondo CAVALIER besitzt einen Masterabschluss in öffentlicher Verwaltung von der Université Catholique de Louvain und agiert als Leiter der temporären Forschung im Bereich grenzüberschreitende Zusammenarbeit und regionale und lokale Governance. Seine akademische Laufbahn umfasst Stationen an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und der Universität Gent (Belgien). Zudem nahm er an

dem französisch-belgischen „Honors College“-Projekt teil, das vom Interreg-IV-Programm Frankreich-Wallonie-Flandern unterstützt wurde.

13 Das Institute of Borders and Discontinuities (IFD) ist eine wissenschaftliche Gruppe, die durch ein Abkommen zwischen vier Forschungslaboratorien von fünf belgischen und französischen Universitäten gegründet wurde: der Université Catholique de Louvain (UCL), der Universität Artois, der Université du Littoral-Côte d'Opale, der Universität Lille und der Universität Reims. Das Institut wird von offiziellen Forschungseinrichtungen in Belgien und Frankreich anerkannt. Dieses grenzüberschreitende Netzwerk erleichtert die Arbeit von Wissenschaftlern auf dem Gebiet der Grenzforschung durch einen multidisziplinären Ansatz. Es vereint die nachgewiesenen und vielseitigen Fähigkeiten seiner Mitglieder sowie eine Mehrzahl von Kompetenzen, so dass sie sich auf aktuelle Probleme sowohl in Grenzgebieten als auch in grenzüberschreitenden Gebieten konzentrieren können. Weitere Informationen: <https://ifd.hypotheses.org>.

Weiterführende Informationen

Bibliographie

Barth, F., 1969, *Ethnic groups and boundaries. The social organization of cultural differences*, Oslo, Universitetsforlaget.

Bochaton, A., 2015, *Migrations sanitaires et nouveaux enjeux autour la frontière lao-thaïlandaise*, Espace Politique, 24 (2014-3).
<http://espacepolitique.revues.org/3280>

Brand, H., Hollederer, A., Ward, G. und Wolf, U., 2007, *Evaluation of Border Regions in the European Union* (EUREGIO), Finanzhilfvereinbarung Nr. 2003104 (SI2. 378322), Europäische Kommission oder ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_23_frep_en.pdf

Brand, H. und Palm, W., 2014, *Health and European Integration, Euro-health incorporating Euro Observer*, Bd. 20, Nr. 3, 5-7.

Brenner, N., 2004, *Urban governance and the production of new state spaces in western Europe, 1960-2000*, Review of international political economy, 11(3), August 2004: 447-488.

Considère, S. und Leloup, F., 2017, *Comment interroger la frontière par les représentations sociales* in Considère, S. und Perrin, T., (dir.), 2017, *Frontières et représentations sociales. Questions et perspectives méthodologiques*, Académia, l'Harmattan.

Curzi, S., Delecrosse, E. und Moyses, V., 2016, *La coopération transfrontalière européenne. Les dynamiques décisionnelles du programme Interreg France-Wallonie-Vlaanderen*, Courrier hebdomadaire Nr. 2300, CRISP.

Davesne, A., 2011, *La réponse des autorités nationales à l'eupéanisation de l'accès aux soins de santé: une approche interactionniste fondée sur les "usages" de l'Europe*, Politique européenne, 2011, 3 (35): 165-195.

Duhamel, S. und Moullé, F., (dir.), 2010, *Frontières et santé – Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*, Géographie et Culture, L'Harmattan.

Fleuret, S. und Thouez, J.-P., 2007, *Santé et géographie: un panorama*, Economica.

Furtado, A., Georgina, G. und Nelissen, P., 2014, *Building EU Health Policy for the Future*, Eurohealth incorporating Euro Observer, Bd. 20 (3): 12-14.

Glinos, I.A. und Baeten, R., 2006, *Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union*, OSE – „Europa für Patienten“- Projekt, Brüssel, September.

INSEE-Franche-Comté, 2013, *Diagnostic territorial de la Bande frontalière du Doubs, INSEE-Mesurer pour comprendre*.

Lewalle, H., 2005, *Systèmes de santé et intégration européenne; La compétence et l'action de la Communauté européenne dans le domaine de la santé publique*, in L'Europe et les soins de santé, Larcier: 25-67 und 13-26.

Lewalle, H., 2014, *La coopération sanitaire transfrontalière*, in Education du Patient et Enjeux de santé, Godinne, 2014: 1-6.

Lewalle, H. und Palm, W., 2001, *Quel est l'impact de la jurisprudence européenne sur l'accès aux soins à l'intérieur de l'Union européenne*, Revue Belge de Sécurité sociale, 2/2001: 435-453.

Moullé, F., (dir.), 2017, *Frontières*, Presses Universitaires de Bordeaux, col. Parcours Universitaires.

Observatory Studies Series (OSS) einschließlich Nr. 22, 23, 28, 31, 32

Palm, W., 2014, *The impact of European integration on health (systems)*, Vortrag, Nationaal Intermutualistisch College Bruxelles, 20. Juni, Brüssel.

Quilici, B., 2011, *Le Genevois français : la forte croissance démographique soulève des enjeux en termes de services à la population et de conditions de vie*, INSEE-Mesurer pour comprendre, 1/10/2011.

Séchet, R. & Keerle, R. (2010), *Le projet d'hôpital commun transfrontalier de Cerdagne : des difficultés de la coopération transfrontalière en matière de santé dans un contexte pourtant favorable*. *Annales de géographie*, 675 (5).

Scott, L.G., Fahy, N., Elliott, H.A., Wismar, M., Jarman, H. und Palm, W., 2014, *Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask*, Observatory Studies Series, Nr. 34, WHO.

Vaguet, A., 2001, *Du bon usage de l'analyse spatiale et de l'évaluation territoriale dans les politiques sanitaires*, *Nature Sciences Société*, 9 (4), 36-42.

Van Houtum, H., 2000, *An Overview of European Geographical Research on Borders and Border Regions*, *Journal of Borderlands Studies*, 15 (1), 57-83.

Internetseiten

Europäische Kommission – Generaldirektion Regionalpolitik und Stadtentwicklung:

http://ec.europa.eu/regional_policy/de/

Europäische Kommission – Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit:

http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety_de

Europäische Arzneimittel-Agentur:

<http://www.ema.europa.eu>

Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Lebensmittel:

<http://ec.europa.eu/chafea/>

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik:

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>

Interreg-Projektdatenbank:

<http://www.keep.eu/keep/de/intro>

Weltgesundheitsorganisation:

<http://www.who.int>

Liste der nationalen Kontakte in allen Mitgliedstaaten:

Mit der EU in Kontakt treten

PERSÖNLICH

In der gesamten Europäischen Union gibt es Hunderte von Europe-Direct-Informationszentren. Finden Sie die Adresse des Zentrums in Ihrer Nähe unter: <http://europa.eu/contact>

AM TELEFON ODER PER E-MAIL

Europe Direct ist ein Service, der Ihre Fragen rund um die Europäische Union beantwortet. Kontaktieren Sie den Service:

- über die gebührenfreie Telefonnummer: **00 800 6 7 8 9 10 11** (bestimmte Betreiber können für diese Anrufe Gebühren erheben);
- über die folgende Standardnummer: **+32 22999696**;
- per E-Mail über <http://europa.eu/contact>

Informationen über die EU finden

ONLINE

Informationen über die Europäische Union in allen Amtssprachen der EU finden Sie auf der Europa-Website unter: <http://europa.eu>

EU-VERÖFFENTLICHUNGEN

Sie können kostenlose wie gebührenpflichtige EU-Publikationen aus dem EU Bookshop herunterladen oder bestellen unter: <http://bookshop.europa.eu>. Mehrere Exemplare kostenloser Publikationen erhalten Sie bei Europe Direct oder Ihrem lokalen Informationszentrum (siehe <http://europa.eu/contact>).

EU-RECHT UND ZUGEHÖRIGE DOKUMENTE

Angaben über Rechtsverhältnisse in der EU, einschließlich aller EU-Rechtsvorschriften seit 1951 in allen Amtssprachen, finden Sie auf der EUR-Lex-Website unter: <http://eur-lex.europa.eu>

OFFENE DATEN DER EU

Das Offene Datenportal der EU (<http://data.europa.eu/euodp/de/data>) ermöglicht den Zugriff auf die Datensätzen der EU. Die Daten können sowohl für kommerzielle als auch für nichtkommerzielle Zwecke kostenlos heruntergeladen und wiederverwendet werden.

