

## **Es rettet, wer am nächsten dran ist**

### **EU-Förderung grenzüberschreitender Versorgung**

*Im Zuge der Integration und Erweiterung der EU fanden einige Veränderungen des Gesundheitssektors statt. Gesundheitstourismus und Dumpingpreise befürchten viele, wenn sie an die Gesundheitsdienste im Binnenmarkt denken. Aber das ist nur die eine Seite der Medaille. Denn die EU eröffnet ebenso Chancen und Möglichkeiten für Akteure des Gesundheitssektors. Dazu gehört die Zusammenarbeit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung unabhängig von Ländergrenzen. Insbesondere an der deutsch-niederländischen Grenze gibt es eine lange Tradition der Kooperation – zum Vorteil der Patienten und der medizinischen Einrichtungen. Im Juni dieses Jahres wurden nun auch die Grundlagen für die Zusammenarbeit in der deutsch-französischen Grenzregion gelegt.*

#### **Das deutsch-französische Rahmenabkommen**

Am 1. Juni 2005 haben die deutsche Gesundheitsministerin Ulla Schmidt und ihr französischer Amtskollege Xavier Bertrand ein Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung abgeschlossen. Es ist das erste seiner Art in Deutschland und gilt für Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Saarland sowie für das Elsass und Lothringen.

Bisher gestalteten sich Kooperationen an der deutsch-französischen Grenze recht schwierig, da die beiden Nationalstaaten und ihre Gesundheitssysteme vollkommen unterschiedlich strukturiert sind. So haben die deutschen Kommunen viel weitreichendere Befugnisse als die Departements im zentralistischen Nachbarland. Mit dem Abkommen wurde nun der rechtliche Rahmen für grenzüberschreitende Rettungseinsätze und regionale Kooperationen im Grenzgebiet festgelegt und somit die Zusammenarbeit erleichtert.

Rettungskräfte sollen nun unabhängig von den Ländergrenzen eingesetzt werden, gemäß dem Prinzip „es rettet, wer am nächsten dran ist“. Dabei gelten die berufsrechtlichen Bestimmungen des Einsatzlandes. Die Kosten für die Rettungseinsätze werden, entsprechend der EU-Verordnung über die Koordinierung der sozialen Sicherheitssysteme, von den Krankenkassen übernommen. Bei gewissen Behandlungen war bisher eine Genehmigung erforderlich, die jetzt allerdings je nach Kooperationsvereinbarung automatisch erfolgen kann. Krankenhäusern bietet sich die Möglichkeit enger mit ihren Nachbarn zusammenarbeiten. Das kann in Form von Partnerschaften oder durch den Austausch von Wissen und Personal geschehen.

#### **Die ausgeprägte Kooperation zwischen Deutschland, den Niederlanden und Belgien**

Modellbeispiele, wie die Zusammenarbeit funktionieren kann, bieten die Euregio-Gebiete Rhein-Waal, Maas-Rhein und Rhein-Maas-Nord. Seit den 70er Jahren findet hier ein reger Austausch statt. Die Kooperation zwischen Enschede und Gronau besteht sogar bereits seit 1958. Dabei wurde eine Vielzahl an gemeinsamen Projekten entwickelt: grenzüberschreitende Einsätze von Rettungshubschraubern, gemeinsame Fortbildungen für Ärzte und Personal oder die gemeinsame Anschaffung von medizinischen Geräten. Bei Operationen, Forschung und Lehre arbeiten, beispielsweise, die Universitätskliniken von Aachen und Maastricht eng zusammen. So operieren Maastrichter Ärzte regelmäßig in Aachen.

Darüber hinaus werden Patienten unabhängig von Ländergrenzen zu Fachärzten überwiesen. Diagnose, Therapie, Medikamente, Transportkosten und stationäre Behandlung werden von den Krankenkassen übernommen. Lediglich in Fällen der Spitzenversorgung, beispielsweise bei Herzoperationen, ist eine vorherige Genehmigung der Krankenkassen notwendig. Die Krankenkassen unterstützen die Patientenmobilität in den Grenzgebieten. So hat die AOK Rheinland bereits im Jahr 2000 eine spezielle „GesundheitsCard international“ für ihre Kunden eingeführt. Europaweit muss die „Europäische Krankenversicherungskarte“ bis zum 31. Dezember 2005 eingerichtet werden. Sie ersetzt die Formblätter E111, die bisher nötig waren um die Kosten für eine Behandlung im europäischen Ausland erstattet zu bekommen. Für Deutschland gilt hier eine Ausnahmeregelung: die Einführung der Karte wird gleichzeitig mit der elektronischen Gesundheitskarte 2006 stattfinden.

Auch die EU unterstützt die regionalen Bemühungen. Für die Euregio-Projekte stehen Fördermittel aus dem Europäischen Sozialfonds und dem Interreg-Programm zur Verfügung. Zudem versucht die EU verstärkt Hindernisse der grenzüberschreitenden Kooperationen abzubauen, seitdem der EuGH 1998 urteilte, dass medizinische Güter und Dienstleistungen auch unter die Regelungen des Binnenmarktes fallen.

### **Zusammenarbeit in anderen Grenzregionen**

In anderen Grenzregionen bestehen ebenfalls Kooperationen zwischen Gesundheitsträgern. Beispielsweise im Dreiländerdreieck zwischen Deutschland, Polen und Tschechien oder im Gebiet Freiburg- Basel. Hier gibt es allerdings Schwierigkeiten auf Grund der großen Unterschiede in den Verwaltungssystemen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Schweiz kein Mitgliedsland der EU ist. Dies verkompliziert die Frage der Kostenübernahme durch die Krankenkassen zusätzlich. Dennoch kooperieren verschiedene Krankenhäuser der drei Länder miteinander und auch hier fließen Interreg-Mittel.

### **Nutzen für alle Beteiligten**

Generell bietet die Kooperation viele Vorteile: Die Gesundheitsversorgung der Bürger wird verbessert. Lange Wartezeiten sowie weite Anfahrtswege können verkürzt und Versorgungslücken geschlossen werden. Regionale Ungleichgewichte werden beseitigt und der wirtschaftliche und soziale Zusammenhang innerhalb der EU gestärkt. Somit kommt es zu einer Harmonisierung der Gesundheitssysteme durch kleine Schritte. Darüber hinaus werden Kapazitäten besser genutzt und somit Kosten eingespart.

KU Gesundheitsmanagement, 11/2005

*Susanne Knäpper, BFS Europa-Service, Büro Brüssel.*