



Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitssektor in Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz

– Bericht 2007 –



Inhaltsverzeichnis

Einführung.....	5
1. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitssektor 2000-2007 (Auszug).....	7
1.1 Aktionen, Konferenzen, Studien	7
1.2 Internet sites	14
1.3 Exkurs 1: Die Regionalkommission und 4 aktuelle Unter- Arbeitsgruppen (UAG) zu Gesundheitsfragen	16
2. Expertenmeinungen	18
2.1 Expertengespräche und 4 round tables: Saar-Lor-Lux-Rheinland- Pfalz.....	18
2.1.1 Zusammensetzung und Ablauf der round-tables.....	18
2.1.2 Ergebnisse	20
2.2 Exkurs 2: Gesundheitsberufe sind Mangelberufe – überall?	22
3. Kooperationspotential im Gesundheitssektor	25
3.1 Motivation für grenzüberschreitende Kooperationen	25
3.1.1 Primat der Patientenfreizügigkeit	25
3.1.2 Die Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen der EU-Kommission und die medizinische Versorgung der EU	26
3.1.3 Planungskomponenten: Geographie der Grenzräume	28
3.1.4 Zunehmende medizinische Spezialisierung	31
3.1.5 Gesundheitsmarkt: der Patient wird entscheiden	31
3.2 Kooperationsbarrieren	32
3.3 Rechtsgrundlage und Bestandsaufnahme des deutsch-französischen Rahmenabkommens über die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.....	35
3.4 Veritable Kooperationen.....	37
3.5 Immer wieder erwähnt: Einsparpotentiale grenzüberschreitend identifizieren – aber wo?	40
4. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit via INTERREG im Gesundheitssektor 2007- 2013	41
4.1 Ein! Grenzüberschreitendes Gesundheitsprojekt für die Großregion als Referenz!.....	41
4.2 Möglichkeiten des EU- INTERREG IV Programms 2007-13: 1 Generalthema und 7 Subthemen als Handlungsempfehlung	43

ANNEX.....	51
A. Konferenzprogramm „European Health Policy“, 5.-6. März 2007, Düsseldorf.	51
B. Empfehlungen zur Entwicklung grenzüberschreitender Kooperation (gleiche Tagung) ..	53
C. Deutsch-Französisches Rahmenabkommen (Integralfassung).....	55
D. Reaktion der Bundesregierung zur einer Mitteilung der EU-Kommission.....	65
E. Kontaktierte Organisationen und Personen 2006 – 3/2007 (Auszug).....	73

Einführung

Im Rahmen der grenzüberschreitenden Projekte innerhalb der Projekt-Region Saar-Lorraine-Luxembourg-Rheinland-Pfalz (SLLR) nimmt das Thema „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitssektor“ einen besonderen Platz ein. Alle betroffenen Nationalstaaten sind in großen Umbruchphasen, was die Leistungsfähigkeit, Finanzierung und den staatlichen bzw. privaten Anteil bei der Aufrechterhaltung einer allumfassenden Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung betrifft. Gerne wird dabei über die Grenze geschaut und erklärt, dass alle Länder von diesen Änderungen betroffen sind und sich deshalb jeder einzelne in Zukunft mehr um die individuelle Absicherung seiner Gesundheit im Grunde genommen bis zum Lebensende zu kümmern hat.

Im Klartext heißt das: Steigerung der finanziellen Belastung aller Bürger und Abschied nehmen von der Vorstellung einer staatlichen Gesundheitsgarantie von der Wiege bis zur Bahre. Bei dieser Situation ist es nur natürlich, dass bei der Suche nach Einsparpotentialen in Grenzregionen – und davon ist hier zukünftig zusammen mit der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung die Rede – nach Kooperationen mit dem Nachbarland gesucht wird, um zum Beispiel teure Apparatechnik wirtschaftlich sinnvoll auf beiden Seiten der Grenze einzusetzen. Staatsgrenzen sollten dabei dann keine Rolle mehr spielen – tun sie aber selbstverständlich. Jede Gesundheits-Dienstleistung an einem „Ausländer“ muss eine rechtliche Grundlage haben.

Noch nie gab es so viele Konferenzen, Studien, Berichte und auch angedachte und realisierte Kooperationen im Gesundheitswesen zwischen Deutschland, Frankreich, Belgien und Luxembourg wie in den letzten 3 Jahren! Eine Problematik wird dabei bleiben, dass die „Großregion“ nicht klar definiert ist. Im weitesten Sinne wird die Großregion zur Zeit definiert als die politische grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen dem Saarland, Lorraine, Luxembourg, Rheinland-Pfalz und der Wallonie inklusive der deutschsprachigen Gemeinschaft. Grob gesprochen sind das dann 6 Teilregionen, die sich zusätzlich in einem Wirtschafts- und Sozialausschuss der Großregion (WSA-GR) selbst auf Arbeitsebene so deklariert haben.

Diese Großregion wird von Anfang an von Politikern, Wissenschaftlern, Kommentatoren und in den Medien als „zu groß“ bezeichnet, weil zwischen ihren Teilregionen weder wirtschaftliche noch kulturelle Bande, noch direkte politische oder andere Zusammenhänge in nachvollziehbarer bedeutsamer Quantität und Qualität bestehen. Dazu gibt es insbesondere in der luxembourgschen Presse zu Beginn 2007 pointierte Aussagen (Antrittsvorlesung Professor Christian Schulz). Diese Tatsache soll hier nicht

vertieft werden; allerdings ist sie auch für diesen Bericht von Bedeutung, weil wir den Brennpunkt auf die Region Saar-Lorraine-Luxembourg-Rheinland-Pfalz (SLLR) legen, die sich u.a. im EURES-Transfrontalier SLLR spiegelt – unserem Auftraggeber!

Bei einer anstehenden Gesamtuntersuchung zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen innerhalb der Großregion sollte das neu aufgelegte INTERREG-Programm der EU mit seiner Laufzeit 2007-13 genutzt werden, was wohl erst ab 2008 komplett operabel ist. Dieser Bericht leistet dafür wichtige Vorarbeiten, indem er für die Projektregion die wichtigsten Fragestellungen, Kooperationen und Potentiale aufzeigt.

Die Gesundheitspolitik gehört wie die gesamte Sozialpolitik zu den nicht „vergemeinschafteten“ Politikbereichen der EU; der gesamte Sozialbereich wird gemeinhin als Domäne der Nationalstaaten bezeichnet. Allerdings wirkt auch jetzt schon die EU zum Beispiel mit ihrer „Hochrangigen Gruppe für das Gesundheitswesen/High Level Group“ mehr in den rechtspolitischen Rahmen der EU-Staaten hinein, als dies allgemein wahrgenommen wird. Die Diskussion der letzten 2 Jahre um die Dienstleistungsrichtlinie und die Kämpfe die Gesundheits-Dienstleistungen hier weitestgehend heraus zu nehmen, beweisen diese aktuelle Tendenz.

Joachim Geppert
MKW Wirtschaftsforschung

1. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitssektor 2000-2007 (Auszug)

1.1 Aktionen, Konferenzen, Studien

In diesem Kapitel wollen wir bewusst eine Aufzählung ohne jede Wertung zusammenstellen. Damit wird deutlich, dass es eine Fülle von Aktionen, Konferenzen, Berichten und Studien sowie vereinzelt Kooperationen gibt. Sie haben alle ein Merkmal gemeinsam: Sie befassen sich in der Regel mit überschaubaren, eher teilräumigen Geographien über die Grenze.

Die wenigsten Beispiele haben eine längere Laufzeit. Falls großräumige Berichte, Arbeiten oder Kooperationen erfolgen, sind sie meistens durch EU-Gelder initiiert und alimentiert. Nur einige Beispiele befassen sich mit allen 4 Teilregionen des EURES-Projektgebietes. Das zeigt, dass die Probleme nicht überall gleich oder akut sind – bilaterales Zusammengehen hat einen großen Stellenwert.

Es handelt sich dabei um unterschiedliche Aktions-Formen wie Tageskonferenzen, kurzfristige Untersuchungen, web-sites zur Information, Studien oder Ansätzen zu Kooperationsprojekten über die Grenze. Soweit die Projekte vom EU-INTERREG Programm finanziert sind, haben sie in der Regel eine 3-jähriger Laufzeit und beinhalten themenspezifische Aktionen – formelle und informelle Verabredungen zum Beispiel grenznah in bestimmten Gesundheitssektoren in Teilbereichen gemeinsam zu agieren - aber auch gemeinsame Veröffentlichungen und Treffen. Daraus entstehen im positiven Fall langjährige persönliche Bekanntschaften zwischen den Akteuren, die für das weitere Kooperieren genau so wichtig wie Inhalte und zielgenaues Beantragen und Abrechnen mit den Geldgebern sind.

Wir führen an dieser Stelle 39 Beispiele auf und stellen dabei in der Hauptsache fest, um welche Inhalte es sich handelt und welche der 4 Teilregionen des Projektgebietes dabei erfasst und an den Projekten beteiligt waren und sind. Es ist dies die erste Aufstellung ihrer Art für den Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen.

Im einzelnen:

Lfd.	Beschreibung	Saar	Lor	Lux	RLP	Andere
1	das deutsch-französische Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen vom 22.07. 2005; mit seiner Verwaltungsvereinbarung vom 9.3.2006 – zustande gekommen unter maßgeblicher Mitwirkung der rheinland-pfälzischen zuständigen Stellen. Dieser aktuelle Rechtsakt kann in seiner mittelfristigen Bindungswirkung für formelle Kooperationen gar nicht hoch genug bewertet werden	✓	✓	✓	✓	✓
2	das Modellprojekt „Gesundheitskarte Rheinland-Pfalz“ mit seinen Auswirkungen auf Luxembourg; und damit als ein deutsches Pilotprojekt, das in diesem Bereich internationale Erfahrung und EU-Kooperationsmöglichkeiten erfasst und dazu noch den Einsatz neuer telematischer Infrastrukturen erlaubt und testet			✓	✓	
3	die wechselnde (und im kleinen Dienstweg geregelte) Notfallbereitschaft von Rettungstransportwagen über die Grenze zwischen dem elsässischen Wissembourg und dem pfälzischen Bad Bergzabern		✓		✓	
4	die überwundenen (und trotzdem noch im Detail bestehenden) Mobilitätshemmnisse bei der schnellen Patientenrettung bzw. Verlegung per Luft durch die Rettungshubschrauber Christoph 77 (Mainz), Christoph 16 (Saarbrücken), Samu 57 (Nancy) sowie LX-HMD / LX-HRC / LX-HPG / LX-HMS (Luxembourg)	✓	✓	✓	✓	
5	die im „EURES-Mobilitätsreport Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz“ aus 2004/5 für die EU-Kommission von MKW Wirtschaftsforschung ermittelten Mobilitätshemmnisse z.B. 5, 8 und 13 im Gesundheitssektor. So kann es durch (diese Hindernisse) unterschiedliche Zuständigkeiten der Krankenkassen zu Leistungsminderungen kommen; Invaliditätsansprüche werden nicht identisch bewertet, Ansprüche auf Sachleistungen werden unterschiedlich behandelt etc	✓	✓	✓	✓	
6	die Arbeit der „Hochrangigen Gruppe für das Gesundheitswesen/High Level Group“ der EU-Kommission mit ihren regelmäßigen Berichten und Anregungen für eine gemeinsame EU-Gesundheitspolitik in diesem nicht vergemeinschafteten Politik- Bereich der EU	✓	✓	✓	✓	✓

7	die Kurzveröffentlichung der AG mobil „Anerkannte Weiterbildungen in den Gesundheitsberufen als Mobilitätschance“ in Zusammenarbeit mit der Uni Trier für den Raum Trier-Luxembourg als Projekt-Kurzbericht 3/2004. Die Projektverantwortlichen mit Prof. Gonon folgten im Laufe des Jahres 2004 einem Ruf der Uni Zürich			✓	✓	
8	der Workshop der AG mobil in Trier am 4.3. 2004 zu den Weiterbildungsangeboten in den Gesundheitsberufen im Projektraum Trier-Luxembourg; Vergleich der Weiterbildungen, die auf der Krankenhauspflegeausbildung aufbauen			✓	✓	
9	die Studie „Grenzüberschreitende Beschäftigung im Gesundheitswesen SLLR“ aus 2001/2 im Rahmen des EURES-T SLLR. Die erste Studie, die sich dem Projektraum grenzüberschreitend widmet	✓	✓	✓	✓	
10	die Einrichtung des einzigen zweisprachigen Internetportals „Sozial InformationsDatenbank – SID“ für den Raum Rheinland-Pfalz, Saarland, Luxembourg sowie Lothringen und deren Ausbau (mit Flyern zu den Themen Rente & Gesundheit in der Großregion) www.sid-sllr.org und Aktualisierung bis Ende 2006	✓	✓	✓	✓	✓
11	die EURES-Gesundheitskonferenz Großregion mit über 100 Teilnehmern in Mondorf-les-Bains am 19.01. 2005 unter dem Titel: "Freier Zugang zu den Gesundheitsleistungen in der Großregion & die Folgen für die grenzüberschreitenden Arbeitsmärkte", konzipiert und durchgeführt von MKW-Wirtschaftsforschung und Partnern	✓	✓	✓	✓	✓
12	die EURES-T Studie: „Gesundheitswesen und grenzüberschreitende Beschäftigung in der Großregion“, Bestandsaufnahme des Gesundheitssektors in Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz, erschienen im Mai 2006 bei MKW und finanziert aus MASFG-EU-Mitteln	✓	✓	✓	✓	
13	die Konferenz „Santé transfrontalière - Quels outils pour quelles réalisations ? « ; mit verschiedenen Veranstaltern aus Saar-Lor-Lux und den angrenzenden Regionen unter dem Dach von LuxLorSan, 28. November 2005 in Strasbourg sowie das Kolloquium derselben auf dem Kirchberg/Luxembourg vom 30.11. 2004 mit dem Titel „Integration Européenne et santé“		✓	✓		✓

14	das grenzüberschreitende, INTERREG finanzierte Projekt zwischen LAGS (LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland) und CLTS (Centre Lorrain des Technologies de la Santé) 2002-2007 mit diversen Zielen u.a. Informationen zu den gesundheitlichen Versorgungsangeboten und -bedürfnissen in der Grenzregion Saar-Moselle zu sammeln. Die dabei gesammelten Daten werden den Fachleuten aus dem Gesundheitswesen als auch der breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht: Kurzstudie und website www.gesundheit-saar-moselle.org , Periodikum „Santé transfrontalière“ mit insgesamt 10 Ausgaben.	✓	✓			
15	die Kartographie für die Zusammenarbeit LAGS & CLTS bei der Erstellung der Darstellung der Krankenhäuser und Großgeräte in der Projektregion Saarland und Moselle mittels interaktiven Karten; realisiert von MKW-Wirtschaftsforschung	✓	✓			
16	die Konferenzen (LAGS und CLTS) „Das deutsch-französische Verwaltungsabkommen: Erleichterung von grenzüberschreitenden Kooperationen in der Patientenversorgung?“ am 27.3.2006 und „Ärztliche Versorgung im Département Moselle und im Saarland – Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven“ am 7.10.2004 beide im Centre des Congrès du Burghof, Forbach sowie die Abschlussveranstaltung am 28.11. 2006 auf dem Saarbrücker Halberg, Sitz des Saarländischen Rundfunks, auf der von deutscher und französischer Seite die Ergebnisse der Fach-Öffentlichkeit vorgestellt und bewertet wurden	✓	✓			
17	die Krankenhaus-Tagung Großregion 2005 „Wie ist die Zukunft des Krankenhauswesens in der Großregion?“ am 23.2. 2005 in Mondorf/Luxembourg; organisiert vom Institut Universitaire International Luxembourg (IUIL)	✓	✓	✓	✓	
18	die Studie vom Centre d’Etudes Prospectives (CEPROS) Luxembourg mit dem Titel « Gesundheitswesen in der Großregion 2020 » aus dem Jahr 2005, Aufgabe war es, die Vision einer zukünftigen Zusammenarbeit im Krankenhauswesen in der Großregion zu formulieren und zu untersuchen	✓	✓	✓	✓	
19	die „Mondorfer Gruppe zur Suchtprävention“ besteht seit 1992 aus den Regionen Rheinland-Pfalz, Saarland, Luxemburg, Lothringen und der deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens. Ihre Aufgabe ist die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Fragen der Suchtprävention vor allem für Jugendliche	✓	✓	✓	✓	
20	Ausbau von integrierten und vernetzten landesübergreifenden Versorgungsstrukturen zwischen dem Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INCCI) Luxembourg / Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) und dem Median Reha - Zentrum Bernkastel-Kues			✓	✓	

21	das Projekt LUXLORSAN als die Zusammenarbeit zwischen Lothringen, Luxembourg sowie der luxembourgeschischen Provinz Belgiens zur Verbesserung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung; Krankenkassen, Aufsichtsbehörden sowie Institute haben zu diesem Zweck im Rahmen eines INTERREG finanzierten Projekts 2002-2005 gemeinsam regionale Untersuchungen und Zusammenkünfte organisiert		✓	✓		
22	die ehemals 2000-2002 avisierte Zusammenarbeit der MTA-Schulen in Trier und Luxembourg; hierzu erfolgte eine Kurzuntersuchung auf EURES-Initiative hin mit dem Lehrstuhl Prof. Gonon der Universität Trier, die nicht weiterverfolgt wurde			✓	✓	
23	der gemeinsame Bettennachweis zwischen den Regionen Rheinland-Pfalz, Saar, Alsace und einigen Kantonen der Schweiz mit dem Ziel, die Notfallversorgung zu optimieren	✓			✓	✓
24	das deutsch-französische health care Forum als Kooperationsbörse HEALTHCARE Saar-Lor-Lux für Unternehmen und Forschungsinstitute der Gesundheitsbranche, von der LAGS und dem CLTS in Zusammenarbeit mit der IHK (ZPT) Saarland organisiert. Es fand bisher statt am 01.06.2005 in Saarbrücken, am 01.06.2006 in Metz und 04.10.2006 in Saarbrücken	✓	✓			
25	die EUREGIO der Zahnärzte Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz, einem lockeren Zusammenschluss der betreffenden Zahnärztekammern; hier wurden Treffen zu spezifischen Facharztthemen als Grundlage zu gemeinsamen Fortbildungskongressen genommen, zuletzt am 15.03.2006 in Saarbrücken	✓	✓	✓	✓	
26	die Arbeit des Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales für den Raum Lothringen mit Sitz in Nancy; mit seiner grenzüberschreitenden Ausstrahlung und Beteiligung an Kooperationsprojekten bei der Datengewinnung und Auswertung		✓			
27	die Konferenz „Europäische Gesundheitspolitik“ (im projektfernen) Düsseldorf 5.-6.3. 2007 im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft 2007 stellte zahlreiche innereuropäische grenzüberschreitende Initiativen (insbesondere im deutsch-holländischen Grenzraum) im Gesundheitswesen vor und diskutierte Ergebnissen und Erfahrungen; Vorstellung der Perspektiven der Europäischen Gesundheitspolitik der EU-Kommission!					✓

28	Der Grenzraum-Kongress am 5. Juli 2006 in Saarbrücken. Auf Einladung des saarländischen Ministerpräsidenten Peter Müller haben politische Repräsentanten und Experten europäischer Grenzregionen über Möglichkeiten zur Verstärkung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit diskutiert und die „Saarbrücker Erklärung“ verabschiedet.	✓	✓	✓	✓	
29	die INSEE (französisches Statistikamt) Veröffentlichung über die Gesundheitssituation in Lothringen 2005 „Territoires de santé en Lorraine“ mit grenzüberschreitenden Aspekten		✓			
30	der Kongress „Gesundheit ohne Grenzen – Kooperationen in der stationären Versorgung“ vom 28.9.2005 im Universitätsspital Basel für das Mandatsgebiet der Oberreinkonferenz also inkl. Rheinland-Pfalz-Beteiligung. Ziel war es u.a. an Hand der vorgestellten best-practice-Modelle zu zeigen, wie Hindernisse im Bereich stationärer grenzüberschreitender Versorgung abgebaut werden können				✓	✓
31	die Kooperation der Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz Rettungsdienste im Rahmen der Notfallrettung, mit der Vereinbarung Schwerst-Brandverletzte unmittelbar in die Klinik nach Ludwigshafen zur Erstversorgung zu verbringen	✓	✓	✓	✓	
32	AGSWN-Workshop (Arbeitsgemeinschaft der südwestdeutschen Notärzte e.V.) über das Thema „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungsdienst“ am 28./29.04.2006 in Leinsweiler/Pfalz mit Teilnehmern aus Rheinland-Pfalz, dem Saarland, Elsass und Lothringen	✓	✓		✓	✓
33	die grenzüberschreitende gemeinsame Krankenkarte in der EUREGIO Maas-Rhein, die schon ab 1997 im Projekt IZOM den Bürgern aus dieser Region den Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen über die Grenze erleichterte; das Projekt wird oft als Vorbild für die EGK - Europäische Gesundheitskarte zitiert					✓
34	die Zusammenarbeit im Rahmen des Metropolprojektes des französischen Staates der Region Moselle-Est (u.a. Sarreguemines - Forbach - St. Avold - Freyming-Merlebach) mit dem Stadtverband Saarbrücken aus dem Jahre 2006; neben der generellen Zusammenarbeit und dem Erfahrungsaustausch bezüglich best practice werden auch Projekte über einen Personalaustausch für Fachkräfte über die Grenze vorbereitet. Das Metropolprojekt soll im Zeitraum 2007 – 2013 durchgeführt werden.	✓	✓			
35	Behandlung lothringischer Dialyse-Patienten in saarländischen Krankenhäusern	✓	✓			

36	die AG „Gesundheit“ der Regionalkommission hat auf ihrer Sitzung am 1. März 2007 beschlossen, einen Kooperationsvertrag zwischen der Neuro-Chirurgie von Metz/Nancy auf lothringischer und dem Klinikum Saarbrücken auf saarländischer Seite vorzubereiten.	✓	✓			
37	Kooperationsvertrag zwischen der Neuro-Chirurgie von Metz/Nancy und dem Klinikum Saarbrücken (in Vorbereitung)	✓	✓			
38	Internationale Konferenz zur Umsetzung des Deutsch-Französischen Rahmenabkommens im Gesundheitsbereich in Karlsruhe 26.09.2007	✓	✓	✓	✓	✓
39	die Einrichtung einer Arbeitsgruppe „Gesundheit“ der Regionalkommission Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz-Wallonie. Mitte 2006 hat die AG folgende Unterarbeitsgruppen eingerichtet: UAG 1: Beobachtung und Bestandsaufnahme, Leitung: Saarland UAG 2: Notfallversorgung und Rettungsdienst, Leitung: Luxembourg, UAG 3: Behandlungspfade, Leitung: Lothringen, UAG 4: Berufe des Gesundheitswesens, Leitung: Rheinland-Pfalz	✓	✓	✓	✓	

1.2 Internet sites

Zum Teil haben die unter 1.1. genannten Aktionen, Konferenzen und Studien eigene Internetseiten, die mehr oder weniger bekannt sind. Wir führen sie ebenfalls mit einer Kurzerläuterung auf – ergänzt um einige interessante sites außerhalb des Projektgebietes; dazu zählt auch die EU site. Dadurch wird deutlich, dass Gesundheitserhaltung und Gesundheitspolitik in Europa zukünftig nicht mehr allein national stattfindet, sondern auf jeden Fall europäisch und damit grenzüberschreitend:

EU-Gesundheitsportal der GD Gesundheit und Verbraucherschutz

<http://ec.europa.eu/health-eu/>

Santé – Gesundheit Saar-Moselle

Gemeinschaftsprojekt des CLTS (Centre Lorrain des Technologies de la Santé) und der LAGS (LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V.) zur Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Versorgungsangebote und -bedürfnisse in der Grenzregion Saar-Moselle; bilingue.

<http://www.gesundheit-saar-moselle.org/>

Soziale Sicherung in Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz

Informationen über die Struktur, Institutionen und Leistungen der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland, Frankreich und Luxemburg; zweisprachig auf Deutsch und Französisch.

<http://www.sid-sllr.org/>

Institut Universitaire International Luxembourg

Lehrgänge und Forschungsprojekte im Bereich des Managements im öffentlichen Gesundheitswesen. Ziel ist es, die Unternehmensführung der betreffenden Institutionen zu optimieren.

<http://www.iuil.lu/>

Lux-Lor-San

INTERREG-Projekt zur Gesundheitsversorgung in Belgien (Provinz Luxembourg), Frankreich (Alsace-Moselle) und Luxemburg .

<http://www.luxlorsan.xdir.org/>

Deutsch-Französisch-Schweizerische Oberrheinkonferenz

Auftrag der Arbeitsgruppe Gesundheit ist es, die unterschiedlichen Strukturen im öffentlichen Gesundheitswesen der drei Länder zu durchleuchten, die Zusammenarbeit zu fördern und zur Lösung von Problemen beizutragen. Die 1996 gegründete Arbeitsgruppe bemüht sich, vor dem Hintergrund steigender Ausgaben im Gesundheitswesen der drei Länder, unter anderem durch Kooperationen Kosten zu senken.

<http://www.conference-rhin-sup.org/>

Gesundheits-Portal EUREGIO

Das EuregioGesundheitsPortal informiert über medizinische Gesundheitsversorgung in Ihrer Nähe - der Grenzregion Belgien, Deutschland und Niederlande.

<http://www.euregiogesundheitsportal.de/euregioportal/index.php?id=5&L=0>

Auffällig ist, dass die Geografien Holland, Deutschland, Luxembourg, Belgien und Frankreich besonders häufig bei der website Suche vertreten sind. Dies liegt zum Teil an den vorhandenen, rechtlich geregelten Strukturen der EUREGIOS; zum Teil aber auch daran, dass es sich hier um Gründungsmitglieder der ehemaligen EWG handelt, in denen die grenzüberschreitende Zusammenarbeit nunmehr eine über 40jährige Tradition hat.

1.3 Exkurs 1: Die Regionalkommission und 4 aktuelle Unter-Arbeitsgruppen (UAG) zu Gesundheitsfragen

Die Einrichtung einer Arbeitsgruppe „Gesundheit“ der Regionalkommission Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz-Wallonie wurde auf Vorschlag des Regionalpräfekten der Region Lothringen am 18. November 2005 in Mainz beschlossen. In dieser Arbeitsgruppe, die mit dem Präsidenten der Agence Régionale d’Hospitalisation (ARH) unter lothringischer Leitung steht, sind die jeweiligen obersten Gesundheitsbehörden der beteiligten Regionen vertreten. Mitte 2006 hat die AG folgende Unterarbeitsgruppen eingerichtet:

UAG 1:	Beobachtung und Bestandsaufnahme	Leitung: Saarland
UAG 2:	Notfallversorgung/Rettungsdienst	Leitung: Luxembourg
UAG 3:	Schwerpunkte grenzüberschreitender Versorgung / Behandlungspfade	Leitung: Lothringen
UAG 4:	Berufe des Gesundheitswesens	Leitung: Rheinland-Pfalz

Die grenzübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen der Regionalkommission Saar-Lor-Lux-Trier/Westpfalz beruht auf einem staatlichen Abkommen zwischen den Regierungen von Frankreich, Deutschland und Luxemburg. Dieses Abkommen wurde in einem Notenaustausch vom 16.10.1980 zwischen den Außenministern der Bundesrepublik Deutschland, Frankreichs und Luxemburgs geschlossen. Der Notenaustausch bezweckt eine politische Zusammenarbeit zwischen den regionalen Regierungen. Die Organe sind nach Art. 2 festgelegt. Es sind dies die Deutsch-französisch-luxemburgische Regierungskommission und die Regionalkommission Saar-Lor-Lux/Trier-Westpfalz.

Durch dieses Abkommen wurde eine bereits seit 1971 bestehende Zusammenarbeit rechtlich verankert. Der Grundsatz der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in Form eines zwischenstaatlichen Ausschusses zwischen Frankreich und Deutschland war zuvor bereits auf dem deutsch-französischen Gipfeltreffen vom 13. und 14. März 1969 gebilligt worden. 1971 beschloss die deutsch-französisch-luxemburgische Regierungskommission die Gründung der „Regionalkommission Saarland – Lothringen – Luxemburg – Trier/Westpfalz“. 1980 wurde eine staatsvertragliche Vereinbarung zur Regelung der deutsch-französisch-luxemburgischen Zusammenarbeit von den nationalen Regierungen unterzeichnet.

Der Regionalkommission gehören die Delegationen der Exekutiven der vier Mitgliedsregionen an. Seit dem 9. Dezember 1998 nehmen die Wallonische Region sowie die Deutschsprachige Gemeinschaft und die Französische Gemeinschaft Belgiens an dieser Institution und ihren Arbeitsgruppen als Beobachter teil. Ebenso sind auch der Conseil Régional de Lorraine sowie die lothringischen Départements als Beobachter eingeladen, sich in die grenzüberschreitende, multilaterale Kooperation einzubringen.

Die Arbeitsgruppe hat zuletzt am 1. März 2007 getagt. Dabei wurden geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in den grenznahen Regionen angesprochen. Die Unter-Arbeitsgruppen, die sich ab Oktober 2006 konstituierten, haben sich zum Teil bereits Arbeitsaufträge gegeben. Diese Arbeitsaufträge sollen realitätsnah formuliert sein, so dass sie in absehbarer Zeit auch umgesetzt werden können. So hat sich die UAG 1 zum Beispiel den Auftrag gegeben, eine umfassende Bestandsaufnahme des Angebots an Gesundheitsleistungen einschließlich eines Vergleichs der Gesundheitssysteme und der Krankenhausplanung vorzunehmen. Die UAG 3 hat sich vorgenommen, die Abläufe im Bereich der neurochirurgischen Notfallversorgung zu untersuchen, um Grundlagen für eine grenzüberschreitende Kooperationsvereinbarung zwischen dem Saarland und Lothringen zu schaffen.

Insgesamt wird die Arbeitsgruppe Gesundheit der Regionalkommission dem Gipfel der Großregion über ihre Arbeit, Ergebnisse und Anregungen regelmäßig berichten, so dass hier eine enge Kohärenz hergestellt wird und Doppelarbeit vermieden ist.

2. Expertenmeinungen

2.1 Expertengespräche und 4 round tables: Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz

Seit 2006 bis Ende März 2007 wurden zahlreiche Expertengespräche in der Projektregion geführt, die u.a. zum Ziel hatten

- Den grenzüberschreitenden Bedarf im Gesundheitswesen zu erfragen
- Notwendigkeiten und Bereitschaften zur Kooperation festzustellen
- Best practice Projekte zu identifizieren und
- Persönliche Bereitschaften zur Zusammenarbeit über die Grenze auszuloten

Es besteht kein Mangel an Experten zu Gesundheitsfragen – die die 4 Teilregionen isoliert betrachtet – kommentieren. Ein großes Problem ist das Finden von Gesundheits-Experten mit grenzüberschreitendem Hintergrund und konkreter Erfahrung, die sich zur Situation in der Großregion seriös und nachprüfbar äußern. Die meisten Personen möchten sich nicht offiziell zum Thema mitteilen bzw. weisen darauf hin, dass Sie erst durch übergeordnete Stellen autorisiert sein wollen, ehe sie sich offiziell äußern.

Dieses Faktum erwies sich als veritables Informations-Beschaffungs-Hemmnis; deshalb hatten wir schon von Anfang das Einholen von Experten-Meinungen in 4 round-tables vorgesehen. Jeder der 4 round-tables brachte Personen aus jeweils einer Teilregion zusammen. Schon im Vorfeld zu den Einladungen konnten so viele „Experten-Gespräche“ per Telefon und E-mail geführt werden, deren Ergebnissen in die workshop Diskussionen mit einfließen.

2.1.1 Zusammensetzung und Ablauf der round-tables

Im Idealfall hatten die workshops, Vertreter aus mindestens 4 verschiedenen Bereichen des Gesundheitssektors versammelt: dem zuständigen Gesundheitsministerium, der Ärztereinigung als Leistungserbringer bzw. die Kassenärztliche Vereinigung (KV) in Deutschland, mindestens 1 Krankenkasse mit grenzüberschreitendem Engagement sowie einer Hospitalvereinigung. In der Regel war in einem solchen Kreis auch ein praktizierender Mediziner anzutreffen. Tatsächlich wurde diese Idealbesetzung nur einmal beim workshop am 26.2. 2007 in Trier für Rheinland-Pfalz erreicht.

Round-table 1: mit Rheinland-Pfalz VertreterInnen, KV-Trier, 26.2.2007, 14-max 17 Uhr

Ministerium	Dr. Jürgen Faltin, MASGFF Mainz
Ärztevereinigung	Prof. Peter Schwerdtfeger, Bezirksärztekammer Trier
KV	Dr. Schäffner, Trier
Krankenkasse	Norbert Dixius, Barmer Ersatzkasse
Hospitalvertretung	Andreas Wermter, KGRP Mainz
Gast	Alexander Heinz, Uni Trier Lehrstuhl Prof. Goldschmidt
Organisator: MKW Wirtschaftsforschung	Joachim Geppert Fabian Dussing

Für die anderen 3 Regionen war dies in der Informationseinholung kein Mangel. Denn es erwies sich als außerordentlich vorteilhaft, dass innerhalb der workshop-Dauer von ca. 3 Stunden ein tatsächlicher Meinungs austausch stattfand, weil jeder mehrfach zu Wort kam; was bei Konferenzen mit großen Teilnehmerzahlen nicht möglich ist. Und – vieles wurde sozusagen „off the record“ mitgeteilt und diskutiert, weil klar gestellt war, dass es kein offizielles Protokoll gibt noch nach außen dringt, wer was gesagt hat.

Die weiteren 3 workshops fanden zu folgenden Zeiten im März 2007 statt:

**Round-table 2: mit Saarland VertreterInnen, bei MKW
Wirtschaftsforschung Saarbrücken, 12.3.2007, 11 - max 14 Uhr**

**Round-table 3: mit Lothringen VertreterInnen, bei MKW
Wirtschaftsforschung Saarbrücken, 12.3.2007, 14-max 17 Uhr**

**Round-table 4: mit Luxembourg VertreterInnen, Luxembourg, 14.3.2007,
12-max 15 Uhr**

2.1.2 Ergebnisse

Erkenntnisse aus der Recherche nach Aktionen, Konferenzen, Studien

Alle 39 im Kapitel 1.1. dazu aufgezählten Projekte, die unter 3.4 zur Tabelle veritable Kooperationsprojekte komprimiert sind, sollen an dieser Stelle nicht noch einmal durchkonjugiert werden. Sie bilden im Grunde genommen mit ihren Aufgabenstellungen und Inhalten schon einen Großteil der Ergebnisse ab. Alle Teilnehmer sind überwiegend und übereinstimmend der Meinung, dass es keine großen Unzulänglichkeiten für den Bürger im Projektgebiet mehr bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über die Grenze gibt. Entsprechende Rahmenabkommen regeln zukünftig auch die Notfall- und Teile der Allgemeinversorgung. Allerdings sind diese Rahmenabkommen in der Regel bilaterale Rechtsakte, die also nicht alle Regionen der Projektregion zugleich betreffen.

Mangel an Information

Sicherlich ruft niemand explizit dazu auf, Gesundheitsleistungen im Nachbarland in Anspruch zu nehmen. Aber es wurde auch die Beobachtung geäußert, dass es außer den Grenzgängervereinigungen niemanden gibt, der über die Rechte, Pflichten und Rahmenumstände einer medizinischen Behandlung im Ausland aktiv informiert. Selbstverständlich halten Krankenkassen, Ärztevereinigungen, Hospitalgesellschaften und die staatlichen Stellen wie Ministerien und nachgelagerte Gesundheitsbehörden Informationsmaterial schriftlich und online bereit. Das Potential derjenigen, die bei entsprechender Information „auch einmal probeweise die medizinischen Behandlung im Ausland testen“ würde, wird auf ca. 20% der Gesamtbevölkerung geschätzt, Grenzgänger inklusive. Angesichts der durchschnittlichen Anzahl von Behandlungen von Ausländern aus dem Nachbarland in Kliniken – die bei unter 1% im stationären Bereich liegt - ist das eine nicht zu vernachlässigende Größe.

Bei dieser Angabe muss zusätzlich unterschieden werden, ob der Patient die gesetzliche Krankenversicherung in Anspruch nehmen will, oder die im Ausland nachgefragte Gesundheitsleistung privat bezahlt. Klar ist, dass man eher bereit zu einem ambulanten Arztbesuch ist, als zur stationären Aufnahme. Da äußern sich nicht nur befürchtete Sprachprobleme, sondern das stärkere Vertrauen zur Gesundheitsversorgung im eigenen Lande und die Unkenntnis, was an Qualität zu welchem Preis über der Grenze geboten wird. Hinzu kommen Unsicherheiten, wie mit „Reklamationen“ umzugehen ist, wenn eine Versorgung oder sogar Operation Komplikationen nach sich zieht.

Allgemeine Kooperationen bleiben kurzfristig – und unverbindlich?

Viele Kooperationen über die Grenze entstehen aus der Not, wenn das eigene Land (eher kurzfristig) bestimmte Leistungen nicht erbringt, oder das Nachbarland die Versorgung kostengünstiger und geographisch näher für den Patienten erbringen kann; siehe das Beispiel Dialyse in saarländischen Krankenhäusern für lothringische Patienten.

Ein weiterer wichtiger Grund ist die Freude am „über den nationalen Tellerrand hinausgucken“ Einzelner, d.h. europäisch engagierte Akteure im Gesundheitswesen nehmen Einladungen zu Zusammenkünften und Informationsaustauschen über die Grenze wahr, aus denen persönliche Bekanntschaften entstehen. Die grundsätzliche Bereitschaft, die andere Seite zu verstehen und in ihrer Verschiedenartigkeit zu akzeptieren – also alles, was universitär behandelt in den Bereich der „interkulturellen Kommunikation“ fällt – ist essentiell für das Funktionieren zwischenstaatlichen Handels. Sind diese Voraussetzungen nicht positiv erfüllt, enden die Projekte früher oder später, zum Teil mit äußerst mageren Ergebnissen, die häufig unterhalb der zu Beginn formulierten Erkenntniserwartung liegen.

So erreichte uns am Schluss unserer Recherche noch die Meldung über ein Beckenboden-Centrum Saar-Lor-Lux aus dem Bereich der Urologie in Vorbereitung. Dazu gibt es im Frühjahr 2007 erste Gespräche zwischen den Saarbrücker Caritas-Kliniken Rastpfuhl und Dudweiler auf der einen Seite, mit der Klinik in Freyming-Merlebach im Département Moselle auf der anderen Seite. Das Ziel ist dieses Angebot in gegenseitiger Kooperation und inklusive einem Austausch von Patienten auf die ganze Region auszudehnen.

Notfallversorgungen sind geregelt

Verschiedene bilaterale, formelle und informelle Abkommen – sie wurden unter 1.1 zitiert – regeln eigentlich mittlerweile alle Notfallversorgungen über die Grenze. Allerdings wurden sie erst in den allerletzten 3-5 Jahren geschlossen. Zwischen einer ersten ministeriellen Vereinbarung, den anschließenden parlamentarischen Verfahren bis zu den konkreten Ausführungsbestimmungen vergehen bis zu 2 Jahren.

EUREGIOS und andere grenzüberschreitende Regelungen in der EU waren für diese Abkommen Paten; mittlerweile ist die Notfallversorgung so gut geregelt, dass andere Regionen unsere Modelle kopieren. Es kommt allerdings noch häufig vor, dass eine Rivalität zwischen der Luftrettung und der Rettung per Krankenwagen stattfindet, so dass die Kassen mitunter mehr „on-top“ bezahlen müssen, als ursprünglich vorgesehen. Nicht klare Regelungen über Gebietsaufteilungen und wann im Tagesablauf ab welcher Uhrzeit wie gerettet wird, tragen mitunter in manchen Regionen dazu bei.

Patienten + Pendlerströme sind Alltagsgeschäft – für manche

Die überwiegende Anzahl der über 140. 000 Grenzgänger geht am liebsten im eigenen Land zum Arzt oder ins Krankenhaus – und nicht im fremden Arbeitsland. Das wird auch in Zukunft so bleiben. Je länger ganze Familien und Ortschaften große und langjährige Pendlererfahrung haben, desto eher wird diese Haltung aufgegeben. Sind Gesundheitsleistungen überwiegend privat zu zahlen, weil sie vom Pflichtkatalog der Kassen nicht mehr abgedeckt werden, beginnt bei Menschen, die in Grenznähe wohnen, sehr schnell der Vergleich.

Im Wellness-Bereich, der keineswegs nur von Älteren und Rentnern genutzt wird, ist die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gegenwärtig – Tendenz steigend. Flüsterpropaganda und Anzeigen von Gesundheitszentren und Wellness-Hotels vor allem in den Beilagen und Samstagsausgaben aller großen Zeitungen in der Großregion beweisen das nachweisbar wöchentlich.

Interregionale Fortbildungsakademie für die Großregion – an wie vielen Standorten?

Die Erkenntnis, dass Gesundheitsberufe wohl Mangelberufe auch in Zukunft bleiben, ist nicht neu. So ist der gesamte Bereich der Vergleichbarkeit der Gesundheitsberufe eine Dauerfragestellung ohne präzise Antworten. Im Rahmen der Einrichtung einer möglichen Akademie für Fort- und Weiterbildungsinitiativen, sollte die Anerkennung von Berufsabschlüssen ein mögliches Betätigungsfeld sein. In denselben Zusammenhang fällt die Fragestellung, welche Bedeutungen Zertifizierungen z.B. nach ISO haben, die in Deutschland von großer Bedeutung sind und dennoch in den anderen Staaten weniger Bedeutung haben.

2.2 Exkurs 2: Gesundheitsberufe sind Mangelberufe – überall?

Die Sozialpolitik ist die Domäne der Nationalstaaten; dazu zählt auch die gegenseitige Anerkennung der Gesundheitsberufe, die keineswegs vollständig geregelt ist – und schon gar nicht auf EU-Ebene zum Beispiel durch die CEDEFOP Nomenklatur, obwohl das viele vermuten. Natürlich ist Luxemburg, zusammen mit dem Saarland, Magnet für Arbeitskräfte aus den medizinischen Heil- und Pflegeberufen insbesondere aus Lothringen. Primärstatistiken für die Großregion sind dazu nicht bekannt. So bleiben wir auf Aussagen von Klinikgesellschaften und Arztpraxen angewiesen, die diesen Trend auch in der nahen Zukunft nach oben gerichtet sehen.

Gerade wegen der unzureichender Harmonisierung der Berufsabschlüsse und den unterschiedlichen Zulassungskriterien in den einzelnen Staaten ist auch im medizinischen Bereich eine wachsende Mobilität der Fachkräfte zu beobachten. Angesichts des steigenden Kostendrucks und der teilweise als „ungerecht und unterbezahlt“ empfundenen Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen in Deutschland und Frankreich, wandert eine zunehmende Zahl von Fachkräften nach Luxemburg ab (s. Seite 40). Dort ist oftmals eine Verdopplung des Gehalts zu erwarten.

Dieses starke Lohngefälle wurde bereits in der MKW-Studie „Grenzüberschreitende Beschäftigung im Gesundheitswesen Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz“ von 2001 (s. Tabelle) nach eigenen Recherchen veröffentlicht

	Saarland	Lothringen	Luxemburg
Krankenschwester, ledig			
Laufbahnbeginn	1 902 EURO	1 615 EURO	2 654 EURO
Laufbahnende	2 449 EURO	2 405 EURO	5 003 EURO
Krankenschwester, verheiratet, 1 Kind			
Laufbahnbeginn	2 002 EURO	1 615 EURO	2 654 EURO
Laufbahnende	2 638 EURO	2 405 EURO	5 003 EURO

Stand: März 2001; Quelle: eigene Recherche

– und wurde zu dieser Zeit mit Staunen aufgenommen. Im Grunde genommen gelten die Größenordnungen bis heute fort.

Die Interregionale Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (IBA) stellt in Ihrem Jahresbericht 2006 ebenfalls fest, dass der (durch die demographische Entwicklung bedingte) steigende Bedarf an personennahen Dienstleistungen auch Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt und die Pendlerströme in der Projektregion haben wird.

Bei den Krankenkassen, die viele Grenzgänger in ihrem Kundenstamm haben, kann diese Zahl bis zu 10% und mehr ausmachen. Dagegen sind auf Nachfrage bei den Kliniken für die Teilregionen insgesamt nur um die 1% der Patientenströme aus dem Nachbarland stammend. Dies kann bei Kliniken, die wenige Kilometer von der Grenze entfernt liegen, wie Prüm oder Saarbrücken, nach oben abweichen. Diese Institutionen und Arbeitgeber müssen quasi mit jeder offenen Stelle, die mit einem Ausländer besetzt wird, andere Berufsabschlüsse vergleichen und bewerten. Deshalb ist der Auftrag der Unter-Arbeitsgruppe 4 „Berufe des Gesundheitswesens“ im Rahmen der Regionalkommission so nötig und verdienstvoll, so undurchsichtig das Dickicht der Details der national unterschiedlichen Abschlüsse auch sein mag.

Auch die folgende Zusammenstellung von amtlicher luxembourgschen Seite mit ihren Angaben zur Entwicklung der Beschäftigten im Gesundheitswesen weist in diese Richtung.

„Job-Magnet“ Luxemburg: Entwicklung der Grenzpendler, der Beschäftigten im Gesundheitswesen

Liste der größten Unternehmen und öffentlichen Arbeitgeber

(Stand am 1.1.2006)

Name	Art der Tätigkeit	Beschäftigte
Staat		21514
Stadt Luxemburg		3372
1. ARCELOR AG	Stahlerzeugnisse	5910
2. Groupe Cactus	Supermärkte	3860
3. Goodyear Luxembourg	Reifenherstellung	3530
4. Groupe Entreprise des P&T	Post und Telekommunikation	3240
5. Groupe DEXIA BIL	Bank	3190
8. Groupe Luxair	Personenluftverkehr	2450
9. Groupe Pedus	Gebäudereinigung, Catering	2260
10. Centre Hospitalier de Luxembourg	Krankenhaus	1860
11. Banque et Caisse d'Epargne de l'Etat	Bank	1780
18. Groupe Clearstream	Clearinggesellschaft	1120
19. SERVIOR	Alten- und Pflegeeinrichtungen, Pflegedienste	1110
20. Groupe 4 Falck	Überwachung, elektrische	
26. Groupe Saint-Paul Luxembourg	Druckerei, Herausgeber, Versand	920
27. ISS Servisystem Luxembourg AG	Gebäudereinigung, Catering	910
28. Groupe CERATIZIT	Metalverarbeitung und Mechanik	870
29. Sodexho Luxembourg AG	Catering, Verwaltung von Altenheimen	860
30. Nettoservice AG	Gebäudereinigung, Catering	850
31. Fondation François-Elisabeth (Hôpital Kirchberg)	Krankenhaus	830

Quelle: „Luxemburg in Zahlen 2006“,

http://www.statistiques.public.lu/fr/publications/horizontales/luxChiffresDE/Luxemburg_in_Zahlen_2006.pdf

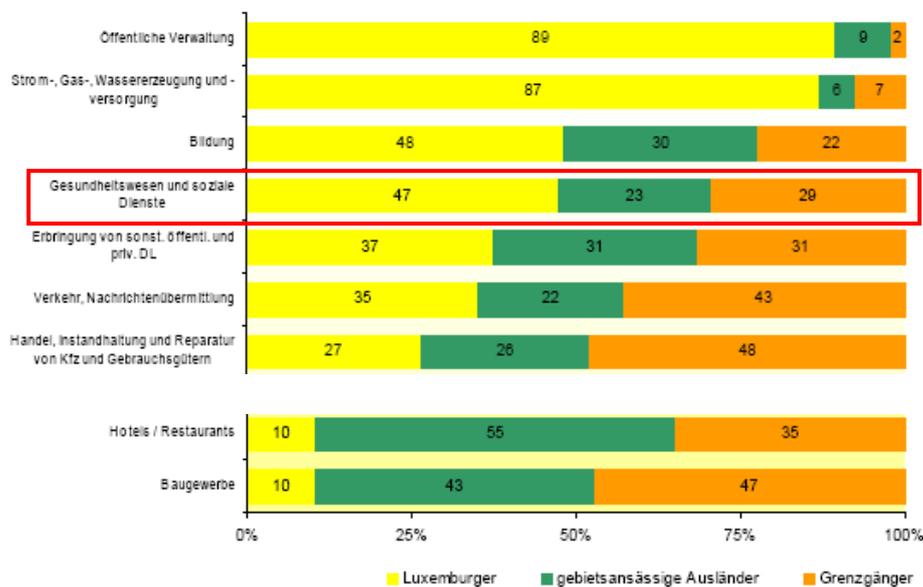
Beschäftigung und Arbeitslosigkeit

	1995	2000	2004	2005
	x 1000 (Jahresdurchschnitt)			
1. Erwerbstätige insgesamt (am Arbeitsort)	213.8	264.8	301.6	311.2
Arbeitnehmer	197.7	245.4	280.7	286.7
2. Grenzpendler (Netto)				
(a) - (b) - (c)	47.0	78.9	103.2	109.3
a. Nichtansässige Grenzpendler	55.5	87.4	111.9	118.3
davon aus: Frankreich	28.6	46.5	57.8	60.6
Belgien	16.9	24.3	30.3	31.6
Deutschland	10.0	16.5	23.7	26.1
b. Ansässige Grenzpendler	0.7	0.7	0.7	0.7
c. Internationale Beamte und Angestellte	7.8	7.8	7.9	8.3

Erwerbstätige nach Wirtschaftszweigen

	1999	2000	2004	2005
	x 1000			
1. Landwirtschaft	4.0	4.0	3.8	3.8
2. Industrie	34.7	34.9	34.4	34.1
3. Bau	25.4	25.9	29.1	30.0
4. Handel	68.0	70.6	77.8	79.1
5. Kreditinstitute und Versicherungen, Vermietung unternehmensbezogener Dienstleistungen	63.1	70.5	83.9	88.6
6. Erbringung sonstiger Dienstleistungen	54.7	57.8	69.4	71.4
6.1 Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	13.2	13.8	16.2	16.5
6.2 Erziehung und Unterricht	11.4	12.1	14.0	14.3
6.3 Gesundheits-, Veterinär und Sozialwesen	15.6	16.6	21.6	22.4
6.4 Sonstige öffentliche und persönliche Dienstleistungen	8.9	9.4	10.2	10.5
6.5 Private Haushalte	5.6	5.9	7.5	7.8
7. Insgesamt	249.9	263.8	298.4	307.1

In Luxemburg beschäftigte Arbeitnehmer nach Wirtschaftssektoren am 31. März 2005



Quelle: IGSS Doc. Cellule EURES de l'ADEM

In: 4. Bericht der Interregionalen Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (IBA), April 2006,
[http://www.grandregion.net/de/files/IBA_4_BERICHT_APRIL_2006\(1\).pdf](http://www.grandregion.net/de/files/IBA_4_BERICHT_APRIL_2006(1).pdf)

3. Kooperationspotential im Gesundheitssektor

3.1 Motivation für grenzüberschreitende Kooperationen

3.1.1 *Primat der Patientenfreizügigkeit*

Seit dem sog. Kohll / Decker-Urteil von 1998, das die Erfordernis einer Genehmigung für (ambulante) medizinische Behandlungen im Ausland durch den Versicherungsträger als unvereinbar zum Grundsatz der Freizügigkeit erklärt hat, ist auch der Bereich der medizinischen Versorgung in zunehmendem Maße gezwungen, grenzüberschreitende Prozesse zu berücksichtigen und im Sinne der Patienten zu regeln.

Das grundsätzliche Recht, sich im Ausland behandeln zu lassen – und diese Behandlung auch problemlos erstattet zu bekommen – ist deklariertes Ziel der Europäischen Gesundheitspolitik –

<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/04/508&format=HTML&aged=0&language=DE&guiLanguage=en>

– und es ist davon auszugehen, dass dieses Recht in Zukunft auch für den klinisch/stationären Bereich höher bewertet werden wird als praktische Restriktionen der nationalen Systeme.

Im Fall Freskot (2003) urteilte der EuGH gar, Krankenversicherer seien im Sinne der Dienstleistungsrichtlinie als Dienstleister anzusehen – eine Aussage, die sogar die Versicherungspflicht im Sinne der deutschen GKV grundsätzlich in Frage stellt.

Die EU-Kommission hat zu dieser Problematik ein lehrreiches Video produziert:

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/movies/access_to_cross-border_health_care_in_the_eu_high.wmv

Die „Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung“ der EU stellt in ihrem Jahresarbeitsbericht 2006 –

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/highlevel_2006_007_en.pdf

– fest,

- dass die Zahl der grenzüberschreitenden Fälle im Gesundheitswesen zwar spürbar zunehmen, die Mitgliedstaaten aber dennoch keine gemeinsame Basis für die Erfassung dieser Fälle haben und
- dass trotz grundsätzlicher Ähnlichkeiten aller sozialen Sicherungssysteme die Versorgungsstrukturen in den einzelnen Mitgliedstaaten es auf Grund ihrer

Komplexität den Patienten sehr schwer machen, Leistungen in einem anderen Land in Anspruch zu nehmen bzw. sich diese im Ursprungsland erstatten zu lassen.

Die daraus abgeleiteten Empfehlungen an die Kommission deuten darauf hin, dass die bisher bei den Nationalstaaten verbliebene Kompetenz der Gesundheitspolitik zunehmend in das Blickfeld der EU rückt und gewisse Ansätze der Harmonisierung und Transparenzsteigerung im Sinne der Patienten zu erwarten sind.

Die Einberufung dieses Gremiums an sich verdeutlicht bereits diese Tendenz – entsprechend sollte die Kontroverse um die Dienstleistungsrichtlinie bzgl. der Gesundheitsdienstleistungen nicht als abgeschlossen angesehen werden; weitere Diskussionen und Änderungen des Status Quo sind wahrscheinlich.

Transnationale Kooperationen sind also nicht nur ein Weg, die Versorgung für die Patienten zu vereinfachen, sondern stellen auch eine Möglichkeit für alle Akteure dar, sich durch Schaffung von Transparenz und Interoperabilität für die Zukunft abzusichern und Mehrkosten durch Bearbeitung von Fällen aus fremden Abrechnungssystemen zu vermeiden bzw. zu reduzieren.

3.1.2 Die Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen der EU-Kommission und die medizinische Versorgung der EU

Die Arbeit der Hochrangigen Gruppe – mit ihren Zielen und Begrifflichkeiten – ist im folgenden zusammenfassend dargestellt. Die jeweils neuesten Positionen und Arbeitsberichte sind dem EU-Server zu entnehmen.

Die Tätigkeitsbereiche der Hochrangigen Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung

Die Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung

Der Bericht von 2003 über den Reflexionsprozess zur Patientenmobilität stellte einen politischen Meilenstein dar, weil er deutlich machte, welches Potenzial die europäische Zusammenarbeit birgt, um die Mitgliedstaaten bei der Verwirklichung ihrer Ziele zu unterstützen. In ihrer Mitteilung KOM (2004) 301 vom 20. April 2004 legte die Kommission ihre Antwort auf den Reflexionsprozess dar. Um die in der Mitteilung angekündigte Arbeit voranzutreiben, wurde zunächst eine Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung eingesetzt. Diese Gruppe nahm im Juli 2004 ihre Arbeit auf. Sie führt Experten aus allen Mitgliedstaaten zusammen und wird in folgenden sieben Bereichen tätig:

Grenzübergreifende Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen

Eingehende Analyse der finanziellen Auswirkungen und der Nachhaltigkeit der grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung

Grenzübergreifende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen

Untersuchung der Ursachen für die Mobilität und die Notwendigkeit, sich im Ausland versorgen zu lassen

Information der Patienten über Qualität, Sicherheit und Kontinuität der Versorgung

Rechte und Pflichten der Patienten in Bezug auf Haftungsfragen bei der grenzübergreifenden Versorgung

Erhebung von Informationen zur Beobachtung der grenzübergreifenden Inanspruchnahme und Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen

Leistungserbringer im Gesundheitswesen

Austausch von Informationen über die Fortbildung zur Qualitätssicherung

Sicherstellung, dass alle Mitgliedstaaten Grunddaten über die Freizügigkeit von Leistungserbringern des Gesundheitswesens vorlegen

Beobachtung der Auswirkungen der Wanderungsbewegungen aus den Mitgliedstaaten

Weitergabe von Informationen über die jeweilige Einstellungspraxis, um festzustellen, ob gemeinsame Grundsätze entwickelt werden können.

Referenzzentren

Rolle bei der Bekämpfung seltener Krankheiten oder anderer Zustände, die eine spezialisierte Versorgung erfordern

Entwicklung von Optionen und Verfahren für die Benennung europäischer Referenzzentren für begrenzte Zeit auf europäischer Ebene

Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitswesen

Nutzen eines nachhaltigen europäischen Netzes für Technologiefolgenabschätzung

Methoden zur Entwicklung gemeinsamer Kerninformationspakete, zur Unterstützung der Übertragbarkeit von Folgenabschätzungen, für die Ermittlung von Themen und deren Prioritäten, die Erstellung von Berichten, die Abstimmung gemeinsamer Kerninformationen auf nationale gesundheitspolitische Prozesse und die Weitergabe von Methoden, Know-how und Praxisfragen

Information und Gesundheitstelematik

Angesichts der Mobilität der Bürger und der europaweiten Verfügbarkeit gesundheitstelematischer Dienstleistungen bedarf es einer allgemeinen Informationsstrategie für Gesundheitssysteme in einem europäischen Kontext.

Die künftige Arbeit sollte sich darauf konzentrieren, eine solche Informationsstrategie zu entwickeln und Maßnahmen zur Umsetzung des Aktionsplans für e-Health zu skizzieren.

Ferner sollte geprüft werden, welche Informationen für die Patienten, die Leistungserbringer im Gesundheitswesen und die politischen Entscheidungsträger bereitzustellen sind und welche Strukturen sich für die Zusammenarbeit im Bereich der Information und der Gesundheitstelematik eignen.

Health Impact Assessment und Gesundheitssysteme

Der Einfluss der Europäischen Union auf die Gesundheit wird hauptsächlich durch andere Politikbereiche als den Bereich der öffentlichen Gesundheit ausgeübt.

Es muss an einem kohärenten Konzept gearbeitet werden, um die Auswirkungen anderer Bereiche der Gemeinschaftspolitik auf die Gesundheit zu bewerten.

Man wird sich auf laufende Arbeiten auch anderer internationaler Organisationen stützen, um gemeinsam Instrumente zu entwickeln, welche die Auswirkungen anderer Bereiche der EU-Politik auf die Gesundheit durch die Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme zu messen. Diese könnten dann auf Zuverlässigkeit und Validität getestet werden.

Patientensicherheit

Interventionen der Gesundheitsversorgung sollen dem Patienten zwar nützen, können in manchen Fällen jedoch auch Schaden anrichten.

Ein EU-Netz oder –Forum für Patientensicherheit, das mit anderen internationalen Organisationen zusammenarbeitet, könnte die Bemühungen zur Verbesserung der Sicherheit der Patientenversorgung in allen EU-Mitgliedstaaten bündeln, indem Informationen und Know-how ausgetauscht werden.

Quelle: www.ec.europa.eu/comm/health/ph

3.1.3 Planungskomponenten: Geographie der Grenzräume

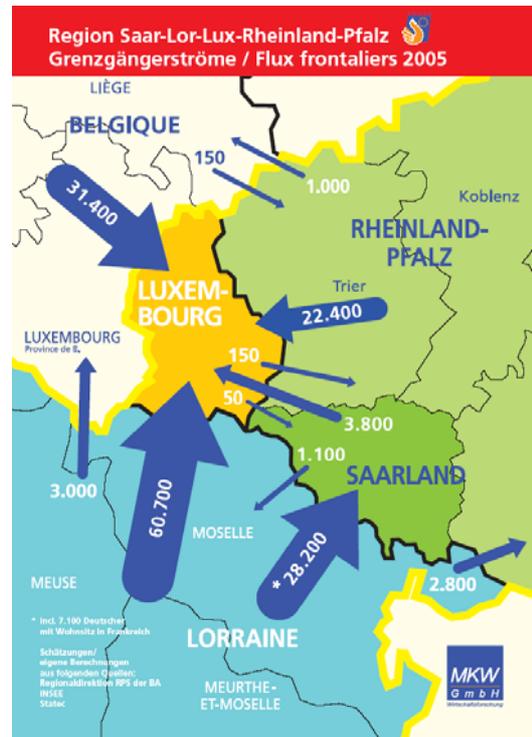
Wie Experten in den round-tables anmerkten, sollte der Sinn und die Methode grenzüberschreitender Kooperationen nicht darin bestehen, schlicht einen vorhandenen, nationalen Planungsraum „über die Grenze“ zu erweitern.

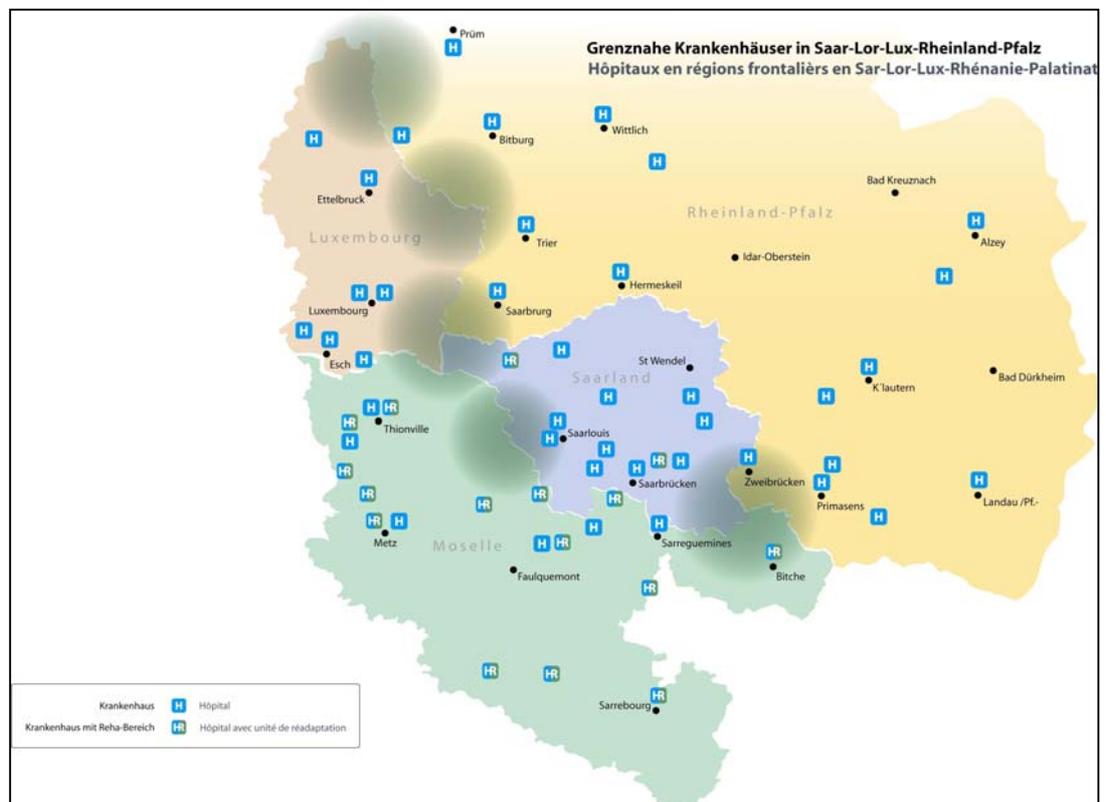
In jeder Teilregion müssen die für die Planung der Gesundheitsversorgung zuständigen Organe bereits mit Nachbarregionen des gleichen Landes zusammenarbeiten, um Redundanzen zu vermeiden und möglichst komplementär zu handeln. Dies ist aus unterschiedlichen Gründen nicht immer möglich – und es stellt sich die berechtigte Frage, ob und wie diese Zusammenarbeit zusätzlich auf die zuständigen Institutionen in den Nachbarstaaten erweitert werden kann.

Dennoch: nicht nur angesichts der bekannten, starken Pendlerströme in der Projektregion ist die Erwartung einer steigenden grenzüberschreitenden Patientenmobilität durchaus gegeben (s. Grafik.); der Antrieb für grenzüberschreitende Kooperationen kann nur sein, diesem Phänomen Rechnung zu tragen und es zu antizipieren– und somit Ressourcen effektiv(er) zu nutzen und die Qualität der Versorgung aufrecht zu erhalten (oder zu verbessern).

Vor diesem Hintergrund ist die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen auch nicht als oktroyierter politischer Wille anzusehen, sondern als Chance, den bestehenden Austausch in den Grenzräumen der Projektregion auch für einen Fortschritt im Gesundheitswesen zu nutzen.

Als Anregung aus den Gesprächen und der eigenen desk-top Recherche haben wir die unten folgende Karte im Grobformat entwickelt; sie müsste im Folgeprojekt noch präzisiert und komplettiert, bzw. gemeinsam von Experten bewertet werden.





Krankenhäuser in den Grenzgebieten (Auszug): Sind grenzüberschreitende Versorgungsplanung und gemeinsame Nutzung der Ressourcen möglich?

Die Kartographie dazu ist im Projekt Santé-Gesundheit Saar-Moselle für einen Teilraum schon entwickelt worden – auch mit anderen Inhalten. Zum Beispiel für Medizinische Großgeräte der Kliniken im Projektraum: Auf dieser Basis könnte auch eine entsprechende und sogar weitergehende Kartographie erfolgen.

Medizintechnische Großgeräte an Krankenhäusern im Saarland und im Département Moselle

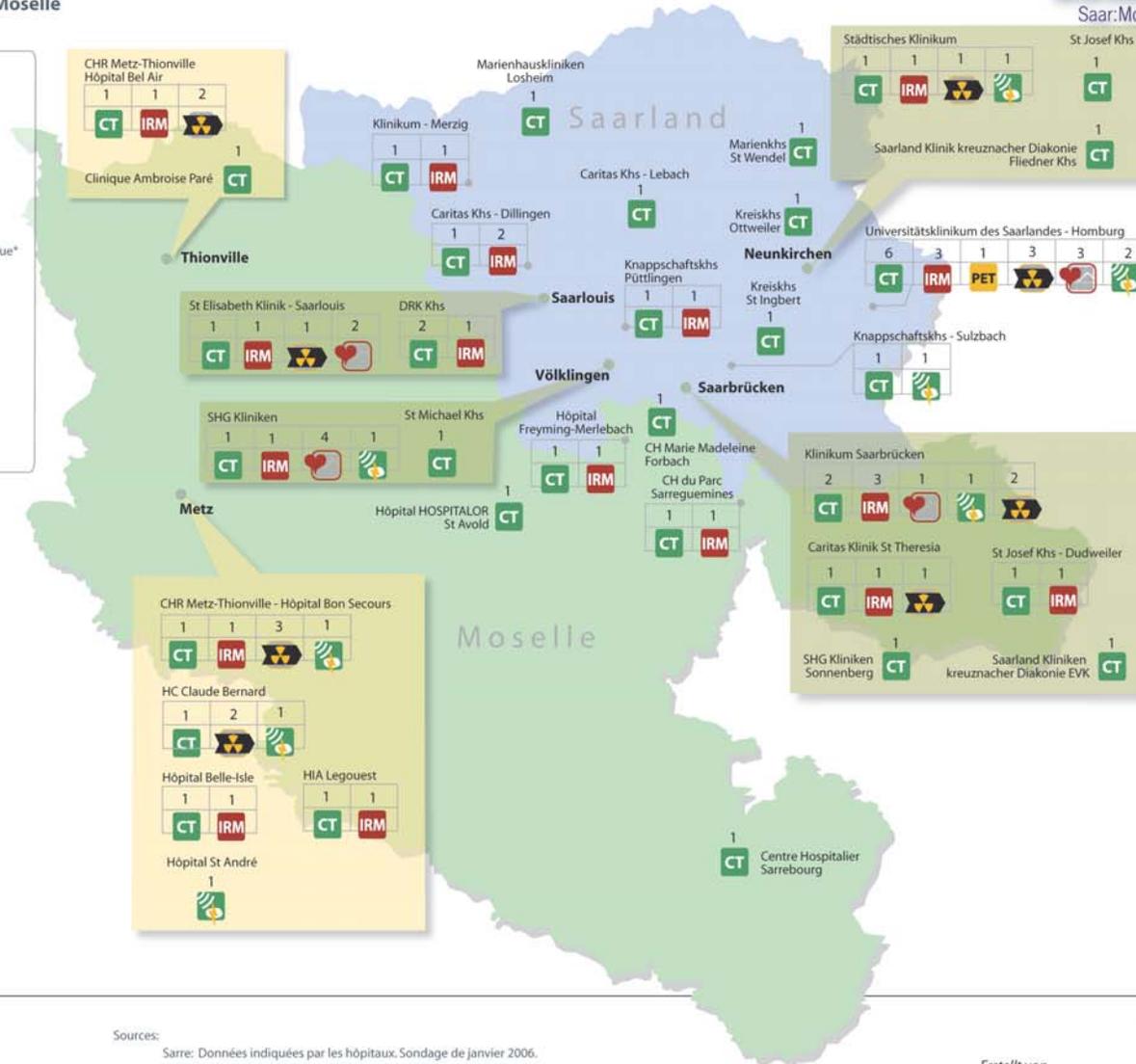
Équipement lourd des hôpitaux en Sarre et en Moselle

Computertomografie-Gerät		Scanner
Magnet-Resonanz-Gerät		IRM
PET-Gerät		PET-Scan
Linearbeschleuniger		Accélérateur de particules
Telecobalt-Gerät		Appareil à Cobalthérapie
Linksherzkatheter-Messplatz*		Cathatérisme ventriculaire cardiaque*
Lithotripter		Lithotripteur

Name des Hauses Klinik Rotes Kreuz Saarbrücken Nom de l'établissement

Die Anzahl der verfügbaren Geräte im jeweiligen Haus steht über dem entsprechenden Symbol.

Le nombre d'appareils disponibles dans chaque établissement figure au-dessus du symbole.



Quellen:
 Saarland: Angaben der Krankenhäuser. Stand: Januar 2006.
 Moselle: CRAM Alsace-Moselle, Januar 2006.
 * Moselle: k.A. (Diese Geräte unterliegen in Frankreich keiner Meldepflicht).

Sources:
 Sarre: Données indiquées par les hôpitaux. Sondage de janvier 2006.
 Moselle: CRAM Alsace-Moselle, janvier 2006
 * Moselle: pas de données (Cet équipement n'est pas soumis à autorisation en France).

3.1.4 Zunehmende medizinische Spezialisierung

Wie alle Forschungsbereiche teilt sich auch die Medizin in immer speziellere Teildisziplinen auf – von denen sich einige wieder zu neuen, interdisziplinären Fachrichtungen zusammenfinden.

Angesichts der in allen Teilregionen bestehenden nationalen Versorgungsaufträge – d.h. für eine flächendeckende Gesundheitsversorgung auf höchstem Qualitätsniveau bis zur Staatsgrenze! Sorge zu tragen – und der daraus selten vermeidbaren Kostenproblematik stellt sich die Frage, ob und auf welche Art mit qualitativen Spitzenangeboten in einzelnen Medizinbereichen in der Großregion umzugehen ist.

Es ist nicht zu erwarten, dass ein Staat bzw. eine Region innerhalb der Projektregion in der Lage ist, gleichzeitig eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Grundversorgung (mit Ausbildung) im Gesundheitswesen zu garantieren und zusätzlich dazu einzelne Teil- oder Fachbereiche besonders hervorzuheben und/oder finanziell derart auszustatten, dass sie technisch und personell auf Dauer eine internationale Reputation aufbauen und aufrechterhalten können.

Angesichts der beschriebenen Situation auf dem Arbeitsmarkt bietet sich die Reflexion über grenzüberschreitende Zusammenarbeit beim Ausbau von medizinischen Spezialitäten in der Projektregion an.

3.1.5 Gesundheitsmarkt: der Patient wird entscheiden

Das stärkste Hemmnis für grenzüberschreitende Zusammenarbeit kann gleichzeitig als ihr größter Motor angesehen werden: der Patient selbst. Das Vertrauen in eine bekannte Struktur ist ein Schlüsselement der Gesundheitsversorgung und Patienten werden sich meist für kulturell und geographisch nahe liegende Versorgungsangebote entscheiden. Neben den kulturellen Faktoren wie der Sprache und dem grundsätzlichen Verhältnis zwischen Arzt und Patient sind auch persönliche bzw. individuelle Aspekte der Beziehung eines bestimmten Arztes zu „seinem“ Patienten zu berücksichtigen.

Dennoch: die Einsicht, dass die etablierten Versorgungssysteme auf Grund unterschiedlicher Faktoren immer schwieriger zu halten sind, führt beiderseits zu Reformschritten, die durch wachsende Kostenbeteiligung der Patienten das Bewusstsein für Leistung, Kosten, und Qualität



medizinischer Versorgung auf Seite des Patienten steigern werden. Deshalb sind trotz einer grundsätzlich konservativen Haltung verstärkt Patientenströme zu erwarten, und zwar abhängig von der Reputation bestimmter Fachabteilungen oder Fachärzten, der erwarteten Qualität der Behandlung und den entstehenden Kosten (Eigenbeteiligung). Diese Erwartung haben letztlich alle zu diesem Anlass befragten Experten einstimmig geteilt – wenn auch mit unterschiedlichen Hoffungen und Befürchtungen für die Zukunft.

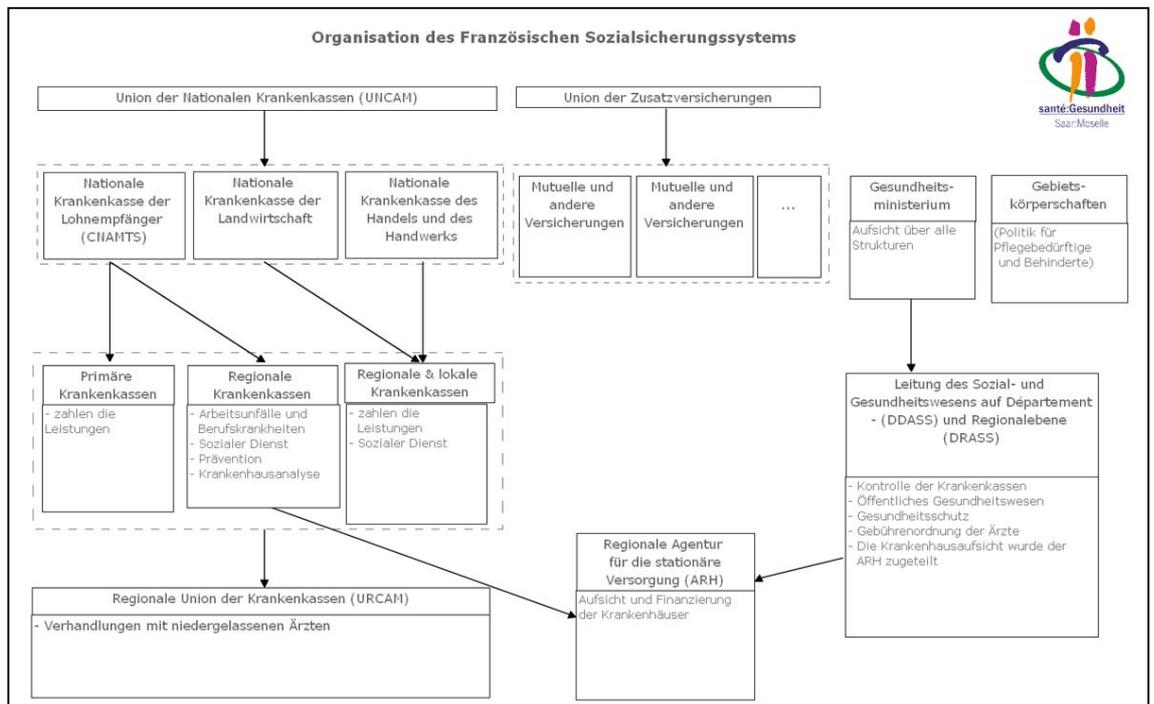
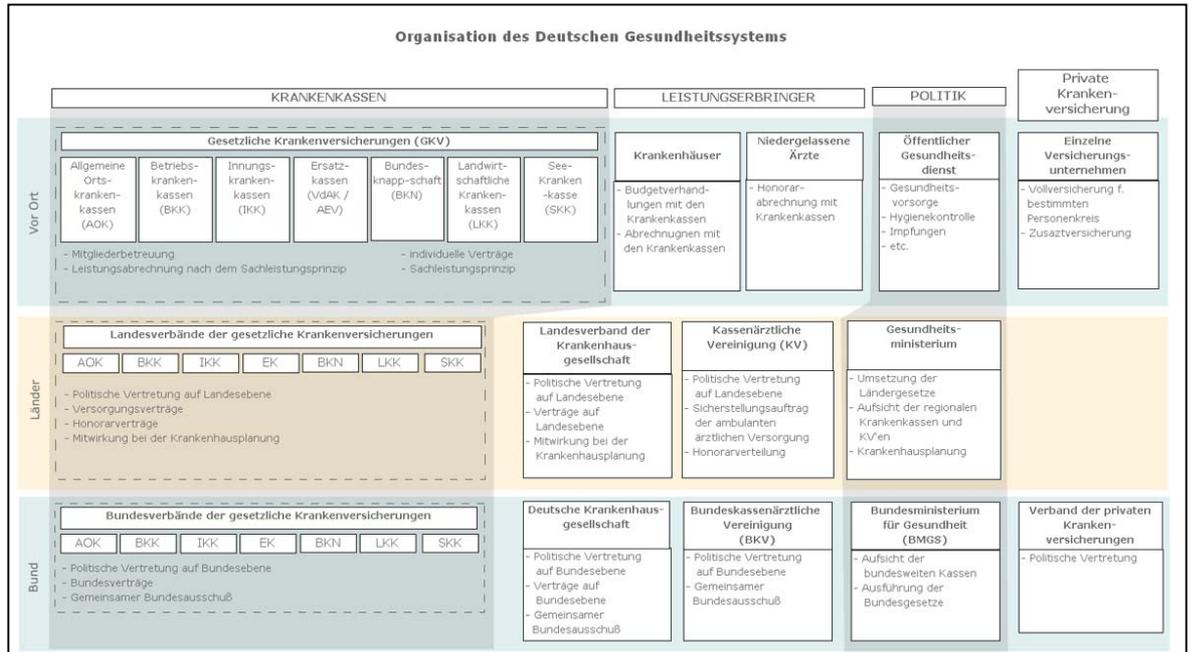
Der Übergang zu einem dienstleistungsorientierten Verständnis von Gesundheitsleistungen als Ergebnis strukturell defizitärer Finanzierungssysteme wird sich in den betroffenen Ländern nur schwer aufhalten lassen. Die Aufgabe der nationalen Verwaltungen wird jeweils darin bestehen, einerseits diesen Übergang möglichst verträglich zu gestalten und andererseits die Chancen internationaler Kooperationen und des „Lernens von Nachbarn“ im Rahmen der Möglichkeiten, die EU-Regelungen bieten (und wohl auch zunehmend fordern) werden, zu nutzen.

3.2 Kooperationsbarrieren

Auch für die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen gilt erfahrungsgemäß, dass der erste Schritt der schwierigste ist.

Die von der Hochrangigen Gruppe erwähnten stark unterschiedlichen Verwaltungsstrukturen der einzelnen Mitgliedstaaten stellen in der Tat ein nicht zu unterschätzendes Hemmnis dar. Schon das Auffinden des kompetenten Ansprechpartners für eine spezielle Anfrage in einem Nachbarland erweist sich ohne nähere Kenntnisse des jeweiligen Organisationsschemas als verwirrende Aufgabe. Oft gibt es diesen einen Ansprechpartner auch gar nicht, sondern mehrere Gremien sind zuständig und somit (auf nationaler Ebene) gegenseitig abstimmungspflichtig. Dieser Zustand ist deshalb erwähnenswert, weil er häufig unterschätzt wird und von Kooperationswilligen viel Zeit, Ausdauer und guten Willen erfordert.

Zwar sind im Projekt Santé-Gesundheit Saar-Moselle die Organisationsstrukturen für Deutschland und Frankreich schon erarbeitet worden; eine entsprechende Darstellung für Luxemburg steht bislang nicht zur Verfügung. Dies müsste in einem Nachfolgauftrag noch erledigt werden.



Quelle: www.gesundheit-saar-moselle.org

Organisation des Luxemburgischen Gesundheitssystems

Im Nachfolgeprojekt zu erstellen

Zu den größten Hemmnissen, die sich im Bereich der grenzüberschreitenden Kooperation auf tun und noch auf tun werden, dürften z.B. grundsätzlich unterschiedliche Auffassungen des Versorgungsauftrags, des Selbstverständnisses der zuständigen Behörden o.ä. gehören.

Während der Expertengespräche wurde deutlich, dass auch konträre Auffassungen im Bezug auf die Organisation oder die Stellung des Patienten sehr konkrete Hindernisse für Kooperationen nach sich ziehen: z.B. ist die Auslagerung einzelner Schritte eines französischen Behandlungspfads („filière de soins“) in ein deutsches Krankenhaus mit großen Abrechnungsschwierigkeiten auf beiden Seiten verbunden, weil das in Deutschland gebräuchliche DRG-System inkompatibel dazu ist. Umgekehrt sind französische Träger auf Grund der Bedeutung dieser geplanten Kette von Behandlungen auch nicht bereit bzw. in der Lage, im Ausland durchgeführte Schritte gesondert zu bearbeiten.

Das gleiche Phänomen wurde bezüglich der grundsätzlichen Erwartungen an die grenzüberschreitende Kooperation deutlich: während auf deutscher Seite generell das Aufspüren von Synergien und der Abbau von Überkapazitäten als Kriterium für Kooperationen dienen können (auch grenzüberschreitend), wird in Frankreich nahezu ausschließlich das Feststellen einer konkreten Abweichung zwischen Angebot und Bedarf als zulässiger Anlass für grenzüberschreitende Kooperationen angesehen.

Wenn die nationalen Planungsgremien ausschließlich bestrebt sind, Defizite oder Überkapazitäten auf nationaler Ebene zu beheben, werden Kooperationen in diesem Bereich grundsätzlich zeitlich begrenzt bleiben, d.h. in der Regel lediglich akuter und aktueller und nicht strategischer Natur sein.

3.3 Rechtsgrundlage und Bestandsaufnahme des deutsch-französischen Rahmenabkommens über die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

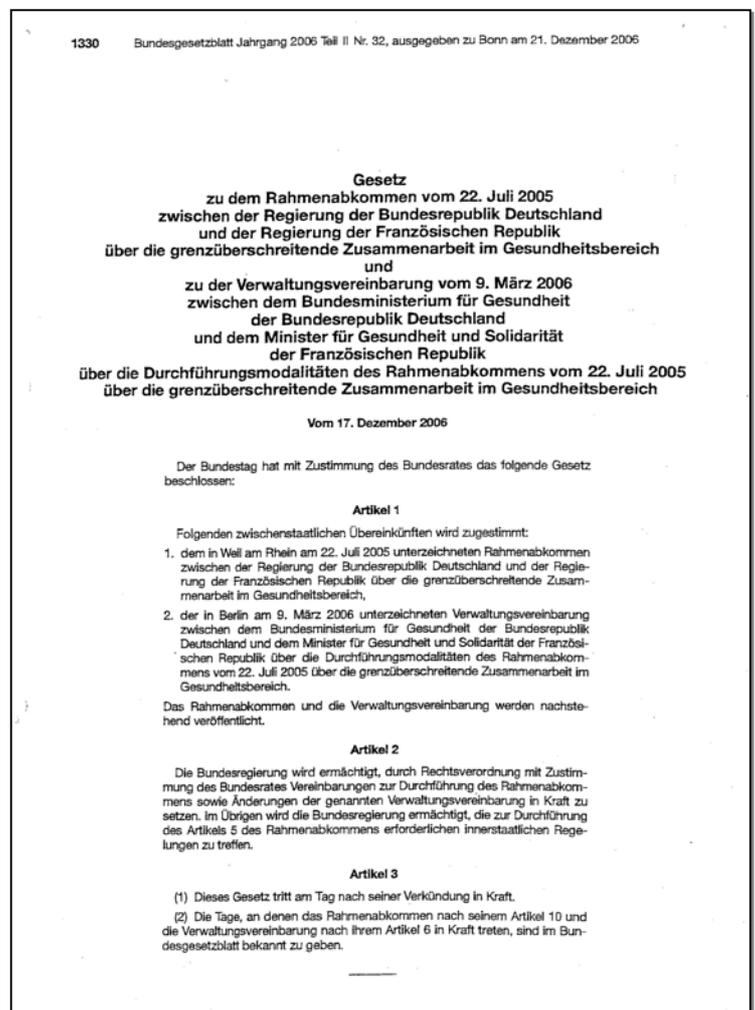
Das Rahmenabkommen aus 2005/6 folgt dem Wunsch beider Staaten,

- die Qualität der Behandlung im Gesundheitswesen zu steigern,
- den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern und darin eine Kontinuität für das Grenzgebiet zu gewährleisten und
- Abrechnungsverfahren zu vereinfachen.

Es sieht hierbei explizit die Verteilung personeller und sachlicher Ressourcen vor – also die Grundlage für „veritable“, operative Kooperationen. Konkret wird Rettungsdienstpersonal eine grundsätzliche Erlaubnis zur Grenzüberschreitung und zur temporären Berufsausübung im Nachbarland eingeräumt, einschließlich der Befreiung etwaiger Mitgliedschaftspflichten in Berufskammern des Nachbarlandes; es ist jeweils an die Statuten und die Haftungspflicht des eigenen Landes gebunden.

Die Erlaubnis des Kostenträgers für eine stationäre Behandlung im Nachbarland kann automatisch vergeben werden – was den aktuellen EU-Rechtsrahmen nicht verlassen und in der Praxis eine deutliche Vereinfachung für den Patienten darstellen würde. Hier liegt es nun lediglich an den beteiligten Akteuren (Leistungserbringer und Kostenträger beider Seiten) sich auf gemeinsame Modalitäten zu einigen.

Das Abkommen sieht eine jährliche Beurteilung durch eine Kommission vor, die sich etwaiger Probleme bei der Umsetzung oder Auslegung des Abkommens zur weiteren Bearbeitung annimmt.



Diese wenigen essentiellen Punkte verdeutlichen den Willen, eine grundsätzliche Vereinfachung für grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen zu schaffen und allen Kooperationswilligen mit einer rechtlichen Basis zu unterstützen. Die Praxis wird zeigen, inwiefern insbesondere die gemeinsame Nutzung von Personal und Material mit den nationalen Versorgungsaufträgen vereinbar ist (s. auch 3.5) und auf welche Weise sich Kostenträger und Leistungserbringer grenzüberschreitend verständigen.

3.4 Veritable Kooperationen

Ausgehend von der Tabelle in Kapitel 1.1. zu Beginn unseres Berichtes, in der wir 39 Aktionen, Konferenzen, Studie und ähnliches aufführen konnten, haben wir aus dieser Tabelle die nachfolgende Tabelle generiert und komprimiert. Wir bezeichnen die verbliebenen Projekte als „veritable Kooperationen“, weil sie bewusst grenzüberschreitend und in der Regel über einen längeren Zeitraum auf Zusammenarbeit angelegt sind. Die Nummerierung entspricht der Tabelle unter 1.1.

Lfd.	Beschreibung	Saar	Lor	Lux	RLP	Andere
1	das deutsch-französische Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen vom 22.07. 2005; mit seiner Verwaltungsvereinbarung vom 9.3.2006	✓	✓	✓	✓	✓
3	Notfallbereitschaft von Rettungstransportwagen über die Grenze zwischen dem elsässischen Wissembourg und dem pfälzischen Bad Bergzabern				✓	✓
4	die überwundenen Mobilitätshemmnisse bei der schnellen Patientenrettung bzw. Verlegung per Luft durch die Rettungshubschrauber Christoph 77 (Mainz), Christoph 16 (Saarbrücken), Samu 57 (Nancy) sowie LX-HMD / LX-HRC / LX-HPG / LX-HMS (Luxembourg)	✓	✓	✓	✓	
						
7	die Kurzveröffentlichung der AG mobil „Anerkannte Weiterbildungen in den Gesundheitsberufen als Mobilitätschance“ in Zusammenarbeit mit der Uni Trier für den Raum Trier-Luxembourg als Projekt-Kurzbericht 3/2004.			✓	✓	

10	die Einrichtung des einzigen zweisprachigen Internetportals „Sozial InformationsDatenbank - SID,, für den Raum Rheinland-Pfalz, Saarland, Luxembourg sowie Lothringen und deren Ausbau 2006	✓	✓	✓	✓	✓
11	die EURES-Gesundheitskonferenz Großregion in Mondorf am 19.01. 2005 unter dem Titel: "Freier Zugang zu den Gesundheitsleistungen in der Großregion & die Folgen für die grenzüberschreitenden Arbeitsmärkte"	✓	✓	✓	✓	✓
12	die EURES-T Studie: „Gesundheitswesen und grenzüberschreitende Beschäftigung in der Großregion“, Bestandsaufnahme des Gesundheitssektors in Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz, erschienen im Mai 2006	✓	✓	✓	✓	
14	das grenzüberschreitende Projekt zwischen LAGS (Landes Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland) und CLTS (Centre Lorrain des Technologies de la Santé) 2002-2007.	✓	✓			
19	die „Mondorfer Gruppe zur Suchtprävention“ besteht seit 1992 aus den Regionen Rheinland-Pfalz, Saarland, Luxemburg, Lothringen und der deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens. Ihre Aufgabe ist die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in Fragen der Suchtprävention vor allem für Jugendliche	✓	✓	✓	✓	
21	LUXLORSAN als die Zusammenarbeit zwischen Lothringen, Luxembourg sowie der luxemburgischen Provinz Belgiens zur Verbesserung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung		✓	✓		✓
23	der gemeinsame Bettennachweis zwischen den Regionen Rheinland-Pfalz, Saar, Alsace und einigen Kantonen der Schweiz mit dem Ziel, die Notfallversorgung zu optimieren	✓			✓	✓
24	das deutsch-französische health care Forum als Kooperationsbörse HEALTHCARE Saar-Lor-Lux für Unternehmen und Forschungsinstitute der Gesundheitsbranche, von der LAGS und dem CLTS in Zusammenarbeit mit der IHK (ZPT) Saarland	✓	✓			

25	die EUREGIO der Zahnärzte Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz, einem lockeren Zusammenschluss der betreffenden Zahnärztekammern; hier wurden Treffen zu spezifischen Facharztthemen als Grundlage zu gemeinsamen Fortbildungskongressen genommen, zuletzt am 15.03.2006 in Saarbrücken	✓	✓	✓	✓	
31	die Kooperation der Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz Rettungsdienste im Rahmen der Notfallrettung, mit der Vereinbarung Schwerst-Brandverletzte unmittelbar in die Klinik nach Ludwigshafen zur Erstversorgung zu verbringen	✓	✓	✓	✓	
34	die Zusammenarbeit im Rahmen des Metropolprojektes des französischen Staates der Region Moselle-Est (u.a. Sarreguemines - Forbach - St. Avold - Freyming-Merlebach) mit dem Stadtverband Saarbrücken aus dem Jahre 2006	✓	✓			
35	Behandlung lothringischer Dialyse-Patienten in saarländischen Krankenhäusern	✓	✓			
37	Kooperationsvertrag zwischen der Neuro-Chirurgie von Metz/Nancy und dem Klinikum Saarbrücken (in Vorbereitung)	✓	✓			

Die Tabelle verdeutlicht auf eindrucksvolle Weise, dass bei gewissenhafter Recherche an die 20 Projekte dieser Art identifizierbar sind. Wir wollen sie unkommentiert stehen und auf den Leser wirken lassen. Sie zeigt vor allem auf, dass in den letzten 4 Jahren die Bereitschaft zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen offensichtlich auf allen Seiten gestiegen ist. Und dennoch: Die meisten Projekte sind eher bilateral angelegt und betreffen nicht die Großregion als Ganzes.

Das deutsch-französische Rahmenabkommen aus 2005/6 bestätigt diese Beobachtung. Allerdings scheint es auch Gründe dafür zu geben, dass manches bilateral einfacher, schneller und besser zu regeln ist; das greifen wir an anderer Stelle wieder auf.

3.5 Immer wieder erwähnt: Einsparpotentiale grenzüberschreitend identifizieren – aber wo?

Jeder Gutachter und jedes Projekt ist schon bei der Beantragung mit dieser Fragestellung zwangsläufig konfrontiert; es gehört nicht nur zum guten Ton darauf hinzuweisen, sondern diese Fragestellung erleichtert schlichtweg die Finanz-Bewilligung in der Beantragungsphase sowohl in der Region wie in Brüssel. Wer wollte sich dem Wunsch nach einer grenzüberschreitenden Kosteneinsparung zum Beispiel bei dem gemeinsamen Ankauf und anschließendem Betreiben von medizinischen Großgeräten in Grenznähe verschließen?

Der Gedanke wird auch in Zukunft denkbar, machbar und – illusorisch bleiben. Jede Region hat einen national formulierten medizinischen Versorgungsauftrag für die Bevölkerung bis zur Staatsgrenze zu erfüllen – und unterliegt damit quasi einem Territorialitätsprinzip.

Erst wenn durch weitere europäische Rechtstakte ein Zustand erreicht wird, der diesen nationalen Versorgungsauftrag auch vom Nachbarland erfüllen lassen kann, sollte man diese Fragestellung ernsthaft diskutieren. Es ist allerdings zu erwarten, dass die EU-Rechtssetzung diesen Zustand schneller herstellt, als es manchem Nationalstaat im Hinblick auf den in diesem Bereich immer noch praktizierten „ Handelsprotektionismus „ Recht ist: Jedes Land versucht im Regelfalle im Grunde genommen unausgesprochen, „seine“ Patienten im eigenen Land zu versorgen und die dabei entstehenden Umsätze im eigenen Land zu halten! Honi soit qui mal y pense...

4. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit via INTERREG im Gesundheitssektor 2007- 2013

4.1 Ein! Grenzüberschreitendes Gesundheitsprojekt für die Großregion als Referenz!

Bei unserer Recherche zu Beginn des Berichtes wurde deutlich, dass in Zeiten bis 2006, wo die Großregion mindestens 3 voneinander getrennt agierende INTERREG-Programme aufwies, im Grunde genommen für den grenzüberschreitenden Gesundheitssektor kein einheitlicher oder gemeinsamer politischer Willen für die Projektdurchführungen erkennbar war. Das ändert sich nun im Bewilligungszeitraum 2007-13.

Im Juli 2006 wurden die Europäischen Verordnungen für das neue Ziel 3 „Europäische territoriale Zusammenarbeit“ vom Rat verabschiedet. Die territoriale Zusammenarbeit umfasst neben der interregionalen und transnationalen Zusammenarbeit auch die lokale grenzüberschreitende Zusammenarbeit (INTERREG IV-A). Die politische Exekutive hat auf dem Gipfel der Großregion am 1. Juni 2006 beschlossen ein gemeinsames Programm für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit 2007-2013 einzureichen. Das Programmgebiet umfasst vier geographische Einheiten: die jetzigen INTERREG-Programmgebiete DeLux, Wallonie-Lorraine-Luxemburg und Saar-Mosel-Westpfalz sowie die neue geographische Einheit Großregion für Projekte mit Partnern aus den verschiedenen geographischen Einheiten; konkret sind dies die 6 Teilregionen: Saarland-Lothringen-Luxembourg-Rheinland-Pfalz-Wallonie-(DG)Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens.

Die Strategie des Operationellen Programms legt vier Schwerpunkte fest deren Mittelausstattung wie folgt aufgeteilt wurde:

1. Wirtschaft: 43,53 %

- 1.1 Unterstützung der Innovation
- 1.2 Unterstützung gemeinsamer Projekte zur Förderung der Wirtschaftsstruktur
- 1.3 Entwicklung der grenzüberschreitenden wirtschaftsnahen Infrastrukturen
- 1.4 Förderung der Entwicklung der grenzüberschreitenden Beschäftigung
- 1.5 Förderung des touristischen Angebots

2. Raum: 25,21 %

- 2.1 Unterstützung der Raumentwicklungspolitik
- 2.2 Verbesserung der Mobilität in der Großregion

2.3 Aufwertung und Schutz der Umwelt

3. Menschen: 25,26 %

- 3.1 Zusammenarbeit in den Bereichen der Bildung und Weiterbildung
- 3.2 Stärkung der Kooperation im Hochschulwesen
- 3.3 Förderung der Zusammenarbeit im Bereich des Gesundheitswesens
- 3.4 Förderung der Zusammenarbeit im sozialen Bereich
- 3.5 Förderung und Aufwertung der Kultur und Zusammenarbeit der Medien
- 3.6 Unterstützung von Mikroprojekten

4. Technische Hilfe: 6%

Damit sind in den Kapiteln 1.3., 3.1, 3.2. sowie explizit in 3.3. „Förderung der Zusammenarbeit im Bereich des Gesundheitswesens“ und zusätzlich unter 3.4. Programmbereiche genannt, unter denen ab 2007 gemeinsam beantragt werden kann! Allerdings empfehlen wir ausdrücklich 1! „Generalprojekt“ mit bis zu 7 inhaltlichen und geographischen Untergliederungen, wie im nächsten Abschnitt näher erläutert werden wird.

Kooperationsrondell: Das Generalprojekt mit seinen 7 Subthemen



4.2 Möglichkeiten des EU- INTERREG IV Programms 2007-13: 1 Generalthema und 7 Subthemen als Handlungsempfehlung

Im folgenden machen wir als eine Quintessenz des Berichtes Empfehlungen, aus denen ein Grenzüberschreitenden Generalprojekt im Gesundheitssektor bestehen sollte. Weitere Inhalte sind ausdrücklich erwünscht und sind integrierbar. Allerdings ist für alles 1. GEMEINSCHAFTLICHES und 2. SCHNELLES Handeln erforderlich, damit die Bewilligungszeiträume einem potentiellen Projekt nicht davon laufen. Außerdem gilt mit Blick auf die Erfahrungen der Vergangenheit: Nur gemeinschaftlich identifizierte und formulierte Vorhaben haben einen längeren Bestand als die mit EU-Geld deklarierte Förderperiode!

Alle 6 Teilregionen beteiligen sich am Generalthema

GENERALTHEMA:

Kooperationspotential, Bestandsaufnahme und Vergleich der Gesundheitssysteme in Deutschland, Frankreich, Belgien, Luxembourg

Diesem einzigen Generalthema sind 7 Subthemen zugeordnet

1. web-site www.gesundheit-santé.großregion6 (Einrichtung und aktuelle Pflege)
2. Ständige Gesundheitskonferenz Großregion Bad Mondorf
3. die jährliche online-Befragung zu Gesundheitsthemen der Großregion
4. die internationale Fortbildungsakademie für Gesundheit mit 4 Standorten
5. die virtuelle Grenzland-Klinik als Forschungsprojekt
6. das ständige Kooperationsregister Gesundheit Großregion mit award
7. der jährliche Fortschrittsbericht Gesundheit Großregion

Die 7 Subthemen sind in allen Grenzgeographien der 6 Teilregionen von Belang; zusätzlich ist es denkbar, explizit Grenzräume zu definieren, in denen besonders viele Aktionen und Grenzgänger vorhanden sind. Dazu zählen zur Zeit etwa die „verdichteten Grenzgeographien“ von

„Verdichtete Grenzgeographien“ (Auswahl)

1. Trier – Luxembourg,
2. Perl/Merzig+ – Luxembourg,
3. St.Vith/DG+ - Luxembourg – Bitburg/Prüm/Nordeifel,
4. Sarreguemines/Bassin Houillier/Forbach/St Avold /Moselle - Saarbrücken/Saarlouis/Saar,
5. Arlon/PED/Longwy+ – Luxembourg,
6. Thionville/Meurthe-et-Moselle+ - Luxembourg,
7. Westpfalz – Lorraine

und andere noch eventuell zu definierende. Damit muss neben der Großregion als Ganzes die „Vermessung“ der Grenzgeographien vorgenommen werden, weil die Aussagen für die Großregion als Ganzes nicht immer für die Teil-Geographien und umgekehrt gelten. Dieser Ansatz ist neu, vermittlungsbedürftig und entspricht doch genau den geographischen Besonderheiten. Kurzum: Sie macht Schluss mit der Vorstellung in der Großregion sei

1. ein großer Zusammenhalt und Zusammenhang erkennbar und
2. man könne alle Erkenntnisse auf alle Teilräume übertragen.

Das entspricht der in der Einführung vorgestellten Diskussionslage, dass die Großregion von manchen Protagonisten als zu groß empfunden wird. Dieses latente Tabuthema muss aber schleunigst angegangen und geklärt werden, wenn sich die grenzüberschreitende Politik im öffentlichen Diskurs nicht weiter vom Interesse der Bevölkerung dafür entfernen will!

Im einzelnen:

1. web-site www.gesundheit-santé.großregion6 (Einrichtung und aktuelle Pflege)

Es gibt eine, alle in der Großregion existierenden web-sites integrierende web-site, als Gesundheitsportal Großregion. Sie ist zweisprachig aufgebaut, hat einen klar definierten, verantwortlichen webmaster und ist aktuell. Links auf alle in den Teilregionen vorhandenen sites ermöglichen das Fortbestehen dieser regionalen sites, so dass keine unnötige Rivalität, Doppelarbeit oder Doppelfinanzierung entsteht. Die im Rahmen des EURES-T SLLR entstandene web-site www.sid-sllr.org als Sozial

Informationsdatenbank zu den sozialen Sicherungssystemen in Deutschland, Frankreich und Luxemburg hat dazu schon einen wichtigen, zweisprachigen Beitrag mit Pilotprojektscharakter geleistet.

Weitere Unterthemen sind gemeinsam festzulegen; selbstverständlich hat das Generalthema und alle genannten Subthemen einen eigenen button. Darüber hinaus gibt es einen button zum EU-Gesundheitsportal sowie zu den 4 nationalen Gesundheits-Portalen. Damit wird diese web-site zum Vorläufer der von der Fachöffentlichkeit gewünschten Gesundheitsseite EU-Regionen, falls sich so etwas realisieren lässt.

2. Ständige Gesundheitskonferenz Großregion Bad Mondorf

Angesichts der Menge unterschiedlicher Aktivitäten und Konferenzen, erscheint es als Ziel sinnvoll, einen regelmäßigen Austausch zu initiieren, um

- allen Akteuren und Interessenten einen kompakten Überblick über aktuelle Entwicklungen zu ermöglichen,
- informelle bzw. persönliche Kontakte zu fördern, die erfahrungsgemäß einen wichtigen Faktor für die Zusammenarbeit darstellen,
- die Anregung, Entstehung und Evaluierung von Kooperationsvorhaben zu institutionalisieren.

Die Konferenz soll kein Selbstzweck, sondern organisatorisch derart gegliedert sein, dass ein minimaler Zeitrahmen für Vorträge im Plenum vorgesehen ist (zur Vorstellung des „state of the art“ oder einzelner Themen) und ein weitaus großzügigerer Anteil speziellen Themen gewidmet wird, die unterschiedliche Fachgruppen und/oder unterschiedliche Teilregionen betreffen. Hintergrund ist die Erkenntnis, dass die befragten Fachleute wenig Bedarf an weiteren Studien, Erhebungen oder Vergleichen gesehen haben, sondern vielmehr auf Umsetzungen und Projekte warten, die sich etwa aus dem deutsch-französischen Rahmenabkommen ergeben.

Anders gesagt: eine ständige Konferenz würde alle kooperationswilligen Akteure der Großregion zu einem Termin zusammenführen und böte die ideale Plattform für (zu definierende) Fachgruppen, um sich konkret und gehaltvoll zu den für sie relevanten Themen auszutauschen. Dazu scheint das Domaine Thermal in Bad Mondorf als Ausrichtungsort mit seinen dafür ausgestatteten Tagungszentrum und in der Mitte der Großregion gelegen, mehrheitsfähig zu sein. Gedacht ist an eine Konferenz alle 12 Monate, deren Abstand sich ab dem 3. Jahr auf 18 Monate erweitert, um von den Gipfeltreffen der Großregion bekannten Ermüdungserscheinungen vorzubeugen.

3. Jährliche online-Befragung zu Gesundheitsthemen der Großregion

In enger Abstimmung mit dem webmaster der web-site **www.gesundheit-santé.großregion6** und den Verantwortlichen für die Erstellung des jährlichen Fortschrittsberichts Gesundheit Großregion findet dies online-Befragung statt. Grundlage ist ein standardisierter Fragebogen, so dass Stimmungen und Tendenzen zum Thema erfragt und abgebildet werden können. Grundgesamtheit und (verschiedene) Zielgruppen sind festzulegen.

Als denkbare Zielgruppen kommen in Frage: Leistungserbringer, Kostenträger, Gesundheitsbehörden, Krankenhausgesellschaften, Patientenvertretungen, Forschung & Lehre, Gesundheitsfachpresse und bei Bedarf die in der Großregion ansässige Pharma-Industrie.

Damit wäre ein präzise nachvollziehbarer Wissenstand und Informationsbedarf der Fachwelt und der Bevölkerung zu diesem Thema darstellbar; Defizite und beseitigte Hemmnisse aus der Vergangenheit können im Fortschrittsbericht nachgelesen werden und stellen damit eine projektbegleitende Evaluierung bzw. das von der EU geforderte und berechnete Monitoring dar.

4. Internationale Fortbildungsakademie für Gesundheit mit 4 Standorten

Die Einrichtung einer solchen Institution wäre sensationell und erwünscht zugleich. Sie hat 3 wesentliche Voraussetzungen zu erfüllen, damit sie konsensfähig für alle Regionen wird:

1. sie muss den Themenkomplex Anerkennung von Berufsabschlüssen und Vergleichbarkeiten inkl. Anerkennungen thematisch anpacken
2. sie muss einen zentralen Standort mit einem kompetenten Ideengeber und Programmrealisateur haben, der vom Fachpublikum anerkannt ist und
3. sie muss in all Teilregionen vertreten sein, damit keine unnötigen Diskussionen um Benachteiligungen oder Erreichbarkeit geführt werden.

Diese potentielle Akademie wurde in allen workshops diskutiert und begrüßt; selbstverständlich muss sie zweisprachig ihr Programm anbieten. Ihr Programm deckt alle Belange der medizinischen Heil- und Pflegeberufe ab, ist aber insbesondere auch

offen für Themen wie Krankenhausmanagement und Medizin-Controlling, Forschung, Finanzen und PPP, IKT und Telemedizin, Europäische Gesundheitskarte und EU-Regelungen im Gesundheitssektor, aber auch Reha oder Wellness-Tourismus, um nur einige der in den workshops genannten Themenvorschläge aufzugreifen.

Sie könnte ähnlich wie die Europäische Rechtsakademie in Trier organisiert sein. Aus nahe liegenden Gründen bietet sich hierzu das IHCI – Internationales Health Care Management Institut an der Universität Trier mit Professor Andreas Goldschmidt an. Hier gibt es bereits einen MBA in Health Care Management und Logistik mit den Teilgebieten Operations Strategy/Operations Management, Corporate Governance, Mergers and Acquisitions, HealthCare-Logistics, Biostatistik+Epidemiologie, Krankenhausinformationssysteme, Informationsmanagement (Management-Informationssysteme).

5. Virtuelle Grenzland-Klinik als Forschungsprojekt

Wo gibt es die Klinik auf der Grenze aller Teilregionen? Sie würde alle positiven Möglichkeiten und Probleme der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor aufzeigen; im idealtypischen Fall alle Vorteile, nicht nur Kostenvorteile, der nationalen Gesundheitssysteme in sich vereinen. Es gibt dieses Hospital noch nicht – deshalb müssen wir es installieren.

Das Krankenhaus auf der Grenze wäre damit der ideale Standort, um alle potentiellen Synergien und Hindernisse rund um die grenzüberschreitende Versorgung zu untersuchen. Da dies physisch nicht realisierbar ist, entwickelte sich bei einigen workshops die Idee, ein solches Haus als virtuelles Modell zu planen. Durch den Versuch der virtuellen, integrativen Unterbringung aller Teilregionen mit ihren juristischen, organisatorischen, fachlichen und kulturellen Spezifika in ein einziges Haus, sollte es mit den heutigen Mitteln der Computersimulation – nicht nur bei second life – aber warum nicht gerade dort? - möglich sein, einen systematischen Vergleich anzustrengen, der alle Möglichkeiten und Hindernisse ergründet und somit zu ihrer Beseitigung beitragen kann. Dazu zählen Stichwörter wie Rechtsrahmen, Behandlungspfade- inklusive DRG's und filières de soins, Logistik, interne Klinikprozesse, Qualitätsmanagement und Controlling. Aber auch die vorhandenen Arten der Zertifizierung und Anerkennungen bzw. Entsprechungen bei den verschiedenen nationalen Berufsabschlüssen in den Gesundheitsberufen gehören dazu.

Es gilt dabei, die Arbeitsabläufe sowohl in den klinischen Bereichen als auch in der Verwaltung bei Leistungserbringern und Kostenträgern sowie den beaufsichtigenden Behörden inkl. der EU-Regelungen zu erfassen und gegen eine Vergleichsgröße zu überprüfen. Ist eine derart systematische Erfassung der Abläufe erfolgt, lassen sich theoretisch alle denkbaren Szenarien länderspezifisch oder grenzüberschreitend simulieren, vergleichen und bewerten. Neben dem Auffinden von Hindernissen könnte so auch eine (formale) Effizienzprüfung einzelner workflows entstehen, die optimale Komponenten aus den unterschiedlichen Arbeitsweisen in 4 Ländern herausfiltert.

Aus den workshops stammt der Vorschlag, die virtuelle Grenzland-Klinik von einem Doktoranden zum Beispiel an einem Universitäts-Lehrstuhl der Großregion im Bereich der Betriebswirtschaft, der Medizin-Informatik oder vergleichbarer Nachbardisziplinen oder von einem Forschungsinstitut ausarbeiten zu lassen. Dies wäre eine interessante Variante innerhalb des neuen INTERREG-Projekts auch veritable Entwicklung und Forschung zu erbringen. Der Vorschlag mag an dieser Stelle in einem Bericht sehr theoretisch und ungewöhnlich klingen. Ist er auch: Aber zugleich avantgardistisch in seiner Anlage und in seinem Ansatz, einmal theoretisch alle praktischen Erscheinungen zusammen zu führen und aufeinander wirken zu lassen.

6. Ständiges Kooperationsregister Gesundheit Großregion mit award

Ein schon vorhandenes Kooperationsregister wäre bei allen Gesprächen und insbesondere bei den workshops eine Hilfe gewesen. Da es nicht vorhanden ist, sollte es in enger Abstimmung mit dem webmaster erstellt werden. Dabei müssen die Projekte mit ihren Titeln, Partnern, Laufzeiten und Finanzquellen erkennbar sein.

Das Register erfasst 3 Arten von Kooperationen: solche die abgeschlossen sind, solche die gerade laufen und Wünsche neue Kooperationen einzurichten. Dabei könnte das Register gleichzeitig die Funktion einer Kooperationsbörse miterfüllen – ähnlich den Praktiken der IHK's in der Großregion. Zum Charakter einer web-site gehört es ja geradezu, solche dialogfähigen Angebote zu machen.

Außerdem wird ein award „Gesundheitskooperation Großregion“ ausgelobt, der auf den Ständigen Gesundheitskonferenzen Großregion verliehen wird. Er könnte für ein herausragendes Projekt (das sich natürlich im Kooperationsregister wiederfindet) und/oder für die herausragenden Leistungen einer Person und/oder Organisation zum Thema verliehen werden. Wie die Jury bestellt sein würde (Fachpresse der Großregion?)

oder ob ein Preisgeld mit der Verleihung verbunden ist, wären später noch zu klärende Details.

7. Jährliche Fortschrittsbericht Gesundheit Großregion

Im jährlichen Fortschrittsbericht werden der Stand der Dinge zum Generalthema „Bestandsaufnahme und Vergleich der Gesundheitssysteme in Deutschland, Frankreich, Belgien, Luxembourg“ und zu den 7 Subthemen mitgeteilt. Gedacht ist an einen Bericht alle 12 Monate auf deutsch und französisch, dessen Abstand sich ab dem 3. Jahr auf 18 Monate erweitert, um auch hier den von den Gipfeltreffen der Großregion bekannten Ermüdungserscheinungen vorzubeugen. Diese Versionen sind auch online abrufbar. Der Bericht sollte unter 100 Seiten stark sein – Klasse statt Masse – damit er lesbar bleibt und sich so von anderen, unnötig langen Berichten, positiv abhebt.

Darüber hinaus vergleicht der Bericht Soll und Ist-Zustand der Projektvorgaben und ist damit gleichzeitig ein valides Evaluierungs-Instrument. Zusätzlich stellt er heraus, was sich auf EU-Ebene im Berichtszeitraum im Gesundheitswesen getan hat. Bei Bedarf ergänzt er die Projektvorgaben und Zielsetzungen um akute Problem- und Fragestellungen, die sich zum Beispiel im Gefolge einer EU-Richtlinie oder Verordnung für das Gesundheitswesen ergeben.

Der Bericht nimmt auch andere gleich gelagerte Vorhaben in anderen Grenzregionen der EU auf und kommentiert und vergleicht sie. Er dient damit als permanenter Leistungsnachweis nach innen und außen im Sinne eines projektbegleitenden Monitorings.

Ausblick auf INTERREG IV 2007-13

Unsere Beobachtungen ergeben sich aus den vielfältigen Gesprächen, den Studien und anderen Recherchen, die über diesen Bericht hinaus von der MKW Wirtschaftsforschung in den letzten Jahren mit Partnern in der Großregion geleistet wurden. Sie stellen keinen Imperativ dar, sondern lediglich eine Empfehlung, die auch dadurch zustande kommt, dass viele Grenzgänger, Bürger, Vertreter der Medien und Experten uns aus eigenem Antrieb angesprochen haben.

Diese Empfehlungen können der inhaltliche Startschuss und der Schmierstoff für das Formulieren des INTERREG IV Projekts Großregion Saarland-Lothringen-Luxembourg-Rheinland-Pfalz-Wallonie-(DG)Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens für die Laufzeit 2007-13 sein. Im Sinne des noch ausstehenden "institution-building-Prozesses", d.h. der Suche und Bestimmung der Partner, die als Akteure das Projekt verwirklichen, müssen diese natürlich gleichberechtigt bei der Verantwortung und der Aufgabenrealisierung aus den 6 Teilregionen kommen. Dieser Prozess muss möglichst schnell im Sommer 2007 konstruktiv abgeschlossen werden, damit für die Mittelbeantragung eine effiziente Gruppe mit zeitgemäßen Themen an die Arbeit gehen kann, wenn Anfang 2008 mit dem operativen Teil begonnen werden soll.

ANNEX

A. Konferenzprogramm „European Health Policy“, 5.-6. März 2007, Düsseldorf.

Final Conference of the “EUREGIO” project on 6 March 2007
"Cross-Border Activities – Good Practice for Better Health"6 March 2007

8.30 – 9.00 Uhr	Reception with coffee and tea / <i>Empfang mit Kaffee und Tee</i>
9.00 – 9.30 Uhr	Welcome address; The European Health Strategy <i>Begrüßung und Anmerkungen zur europäischen Gesundheitsstrategie</i> Dr. Helmut Brand MSc, Director of the Institute of Public Health (Iögd) NRW
The European Level / Die Europäische Ebene	
9.30 – 10.00 Uhr	Bilateral contracts and cross-border planning: Methods to facilitate cross-border cooperation in the health sector <i>Bilaterale Kontrakte und Planungen über Grenzen: Wege zur grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor</i> Philippe Harant, Ministry of Health, presently working with the Ministry of Foreign Affairs, France
10.00 – 10.30 Uhr	Cross-border cooperation in the health sector – innovative model projects and lessons for future cooperation (outcomes of the EUREGIO project) <i>Grenzübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – innovative Modellprojekte und Lehren daraus für die zukünftige Zusammenarbeit (Ergebnisse des Projektes EUREGIO)</i> Ulrike Wolf, project coordinator EUREGIO
10.30 – 10.45 Uhr	<i>Coffee and tea break / Kaffee- und Teepause</i>
The Euregional Level / Die euregionale Ebene	
10.45 – 11.00 Uhr	Euregios and similar structures: service providers, partners and driving forces of cross-border cooperation in the health sector <i>Euregios und ähnliche Strukturen: Dienstleister, Partner und Motoren der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen</i> Martin Guillermo Ramirez, Secretary General of the Association of European Border Regions (AEBR)
11.00 – 12.30 Uhr	Health without borders: health active Euregios “Yesterday – Today – Tomorrow” <i>Gesundheit ohne Grenzen: Gesundheitsaktive Euregios „Gestern – Heute – Morgen“</i> Cross-border cooperation in health between new and old EU-Member States – the Euroregion Pomerania / Grenz übergreifende Gesundheitskooperationen zwischen neuen und alten EU-Mitgliedstaaten – die Euroregion Pomerania <i>EU-Mitgliedstaaten – die Euroregion Pomerania</i> Peter Heise, Kommunalgemeinschaft POMERANA e.V., Secretary CAWT: its activities, developments and future challenges in cross-border health / CAWT: Aktivitäten, Entwicklungen und Herausforderungen für die Zukunft der grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung Colm Donaghy, Cooperation and Working Together, Director General Promoting and hindering factors in cross-border cooperation in health in the Euregio Meuse-Rhine / Fördernde und hemmende Faktoren bei der grenzübergreifenden Gesundheitskooperation in der Euregio Maas-Rhein Johanna Schröder, Ministry of the German-speaking Community of Belgium The Upper Rhine Conference – Cross-border activities in health in the Upper Rhine Region / Die Ober-rheinkonferenz – Grenzübergreifende gesundheitsrelevante Aktivitäten in der Oberrheinregion Dr. Günter Pfaff, Dr. P.H., Head, Epidemiology and Health Reports Unit, District of Stuttgart Government, State Health Office Granting of awards to selected projects <i>Prämierung ausgewählter Projekte</i>
12.30 – 13.30	<i>Lunch break / Mittagspause</i>
Prospects / Ausblick	
13.30 – 14.00 Uhr	The future of the European regional policy: Interreg IVA – new demands on cross-border programmes and projects <i>Die Zukunft der Europäischen Regionalpolitik: Interreg IVA – neue Anforderungen an grenzübergreifende Programme und Projekte</i> Nathalie Verschelde, European Commission
14.00 – 14.30 Uhr	Recommendations for action concerning quality development and strengthening of cross-border cooperation <i>Handlungsempfehlungen zur Qualitätsentwicklung und Stärkung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit</i>
14.30 Uhr	<i>End of conference / Ende der Veranstaltung</i>

**Conference of the “Benchmarking Regional Health Management II
(Ben RHM II)” Project on 5-6 March 2007**

Conference language: English

6 March 2007

- 9.00 – 9.30 Uhr Reception with coffee and tea / *Empfang mit Kaffee und Tee*
- 9.30 – 9.45 Uhr **Welcome address and Health Strategies in Europe**
Begrüßung und Gesundheitsstrategien in Europa
Dr Helmut Brand MSc, Director of the Institute of Public Health (Iögd) NRW
- 9.45 – 10.00 Uhr **“Regions for Health Network in Europe” – are we on the right way?**
Das „Regions for Health Network“ in Europa – sind wir richtig aufgestellt?
Shouka Pelaseyed, WHO Regional Office for Europe

Benchmarking in the regional Health Management / *Benchmarking im regionalen Gesundheitsmanagement*

- 10.00 – 11.00 Uhr **Main Results of the Benchmarking Regional Health Management II Project**
Hauptergebnisse des Projektes „Benchmarking Regional Health Management II“
Dr Gertrud Bureick, project coordinator Ben RHM II
Ixhel Escamilla, project manager Ben RHM II
- 11.00 – 11.15 Uhr *Coffee and tea break / Kaffee- und Teepause*

Public Health in European regions / *Public Health in europäischen Regionen*

- 11.15 – 11.30 Uhr **Decentralisation of Health Systems**
Dezentralisierung von Gesundheitssystemen
Dr Matthias Wismar, European Observatory on Health Systems in Policies
- 11.30 – 11.45 Uhr **Indicateurs de Santé dans les Régions d’Europe (Projet ISARE)**
Gesundheitsindikatoren in europäischen Regionen (Projekt ISARE)
André Ochoa, Observatoire régional de la santé, Bordeaux
- 11.45 – 12.45 Uhr **Use of reference frameworks as “rapid appraisal” tools for a better health policy**
Der Gebrauch von Referenzrahmen als „Schnellbewertungsmethode“ für eine bessere Gesundheitspolitik
Rosana Peiró, Centro de Salud Pública de Alzira
- 12.45 – 13.45 Uhr *Lunch break / Mittagspause*

Results from the European regions / *Ergebnisse aus den europäischen Regionen*

- 13.45 – 14.15 Uhr **Elimination of measles: The application of reference frameworks in North Rhine-Westphalia**
Die Elimination von Masern: Die Anwendung des Referenzrahmens in Nordrhein-Westfalen
PD Dr Matthias Schröter, Institute of Public Health (Iögd) NRW, Münster
- 14.15 – 14.45 Uhr **How can Health Observatories support regional policies?**
Wie können gesundheitliche Observatorien die regionale Politik unterstützen?
Prof. Dr. John Wilkinson, Chair of the English Association of Public Health Observatories
- 14.45 Uhr **End of conference**
Ende der Veranstaltung
- 19.00 Uhr **Dinner / *Abendessen***

B. Empfehlungen zur Entwicklung grenzüberschreitender Kooperation (gleiche Tagung)

Joint Declaration of the Participants of the Final "EUREGIO" - Conference
on 6 March 2007 in Düsseldorf, Germany

Recommendations for action concerning quality development and strengthening of cross-border cooperation

1. Recommendations for project actors

- 1.1) Determine the need for and effectiveness of the project**
 - Spend enough time on the project preparation phase
 - If there is no valid knowledge about the need for the project, carry out a systematic analysis of needs before the project will start;
 - If stakeholders do not experience a problem or need, do not start a project
 - If possible, determine and provide evidence for the effectiveness and efficiency of the project with the help of studies, expertises etc.
- 1.2) Ensure the availability of sufficient staff and financial resources**
 - Provide for sufficient staff and financial resources
 - Before starting the project, clarify which partners will provide which type of resources, to which extent and ensure the necessary resources (e.g. grants)
- 1.3) Ensure the cross-border added value for the region**
 - Before starting the project, identify the cross-border added value for the region
 - Consider existing activities in the region (programmes, projects) and integrate them, if possible
- 1.4) Ensure early and continuous cooperation based on partnership**
 - Before starting the project, identify the relevant project partners from, if possible, all Member States involved and include them in the planning process
 - Include and involve the target group(s) at an early point in time
 - Organize meetings with all partners at regular intervals
- 1.5) Create a sense of commitment and define responsibilities**
 - Conclude cooperation agreements between all parties involved in the project prior to its start
 - Offer existing cooperation agreements to others as a model (in the sense of tool-sharing)
- 1.6) Pay more attention to public relations and project documentation**
 - Invest time into public relations
 - Draw up a plan on activities and measures in the field of information and publicity at an early point in time
 - Ensure sufficient project documentation and make the documents available to the public
- 1.7) Ensure good political and senior management support**
 - Inform and actively involve political decision makers at an early point in time
 - Actively approach politicians and make them aware of problems (e.g. through events)
 - Ensure senior management support before starting and in the course of the project
- 1.8) Evaluate projects adequately**
 - Develop activities and instruments for project evaluation at an early point in time
 - Provide for a realistic calculation of costs for project evaluation and include them in the project costs.
- 1.9) Initiate steps to ensure sustainability of the activities at an early stage**
 - Ensure sustainability in the project planning phase (consider e.g. how will the partners provide for sustainability and clarify which party/parties will be willing to pay for the continuation of the project after the funding phase)
 - If possible, start activities before project completion to ensure sustainability; make an early request for the corresponding resources, if necessary
- 1.10) Use the experiences of other projects**
 - Build partnerships and networks for an exchange of information and experiences
 - Make your own experiences and products available to other projects (also report about failures and the reasons for them) (in the sense of tool-sharing)
- 1.11) Reduce bureaucratic hindrances for Interreg**
 - Contact the INTERREG/EUREGIO secretariats before project application
 - Make a clear distinction within the projects between operative (contents-related) and strategic (management) tasks

2. Recommendations to European, national and/or regional actors in order to provide suitable framework conditions

2.1) Create a legal basis

- Conclusion of agreements and contracts between individual service providers and insurance companies
- Conclusion of intergovernmental contracts and agreements
- National and international authorities should be prepared to allow innovative parties to make experiences (in a pilot environment) with new forms of cross-border care. So-called “experimental clauses“ could provide the legal basis here.

2.2) Ensure partnership-based cooperation

- Set up or extend databases and networks to facilitate the search for partners
- Structural Funds Regulation 2007-2013: Make the intended requirements for partnership more rigorous, i.e. the joint planning and implementation of the project should be binding and at least one further criterion (joint staff, joint funding) be fulfilled; the joint use of outcomes/products could be regarded as a further criterion.
- Important to new EU Member States: Facilitate their integration with respect to partnership projects into the already established Member States.
- Provide recommendations and best-practice suggestions and examples

2.3) Promote the exchange of experiences and information

- Organise events on health issues and on specialised topics (e.g. rescue services, prevention); central announcement of these events
- Set up an EU-wide project information pool on “cross-border activities in health“ (including projects that go beyond physical borders, e.g. UK-Malta)
- More marketing measures on the part of the EU, Interreg

2.4) Facilitate access to grants / funding

- More transparency with regard to existing funding programmes, application procedures and decisions
- Increased inclusion of experts who will counsel the project applicants and lead through the application procedure
- Financial support for writing proposals for grant/funding

2.5) Reduce bureaucratic hindrances for Interreg

- Simplification of the Interreg procedure
- Delegate administrative work to a person who is responsible for several projects
- Set up focal points between Interreg secretariats and project actors (person/institution)
- Allow the projects more options for action or decision, for example when it comes to the redistribution of approved funds.

2.6) Strengthen the role of the Euregios and similar cross-border structures

- Raise the awareness of the Euregios for the health issue (conferences etc.)
- More transparency about the services and activities in the Euregios
- Clarify the demands of the projects towards the Euregios
- Centralize information about Euregional activities in the Euregios (focal point)
- Intensified exchange between and mutual support of the Euregios in health issues (e.g. project patronages, setting up of networks)
- Development of joint systematic analyses of needs and programmes by the Euregios and similar cross-border structures in cooperation with regional / local health care organizations on both sides of the border

2.7) Ensure the quality of the projects

- Support the projects in the evaluation procedure, e.g. through the development of guidelines, methodological advice and – if possible – through the provision of suitable indicators

C. Deutsch-Französisches Rahmenabkommen (Integralfassung)

1330 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2006 Teil II Nr. 32, ausgegeben zu Bonn am 21. Dezember 2006

Gesetz
zu dem Rahmenabkommen vom 22. Juli 2005
zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland
und der Regierung der Französischen Republik
über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich
und
zu der Verwaltungsvereinbarung vom 9. März 2006
zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit
der Bundesrepublik Deutschland
und dem Minister für Gesundheit und Solidarität
der Französischen Republik
über die Durchführungsmodalitäten des Rahmenabkommens vom 22. Juli 2005
über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich

Vom 17. Dezember 2006

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Folgenden zwischenstaatlichen Übereinkünften wird zugestimmt:

1. dem in Weil am Rhein am 22. Juli 2005 unterzeichneten Rahmenabkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Französischen Republik über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich,
2. der in Berlin am 9. März 2006 unterzeichneten Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit der Bundesrepublik Deutschland und dem Minister für Gesundheit und Solidarität der Französischen Republik über die Durchführungsmodalitäten des Rahmenabkommens vom 22. Juli 2005 über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich.

Das Rahmenabkommen und die Verwaltungsvereinbarung werden nachstehend veröffentlicht.

Artikel 2

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vereinbarungen zur Durchführung des Rahmenabkommens sowie Änderungen der genannten Verwaltungsvereinbarung in Kraft zu setzen. Im Übrigen wird die Bundesregierung ermächtigt, die zur Durchführung des Artikels 5 des Rahmenabkommens erforderlichen innerstaatlichen Regelungen zu treffen.

Artikel 3

- (1) Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.
- (2) Die Tage, an denen das Rahmenabkommen nach seinem Artikel 10 und die Verwaltungsvereinbarung nach ihrem Artikel 6 in Kraft treten, sind im Bundesgesetzblatt bekannt zu geben.

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2006 Teil II Nr. 32, ausgegeben zu Bonn am 21. Dezember 2006

1331

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 17. Dezember 2006

Der Bundespräsident
Horst Köhler

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Die Bundesministerin für Gesundheit
Ulla Schmidt

Der Bundesminister des Auswärtigen
Steinmeier

**Rahmenabkommen
zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland
und der Regierung der Französischen Republik
über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich**

**Accord cadre
entre le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne
et le Gouvernement de la République française
sur la coopération sanitaire transfrontalière**

Die Regierung der Bundesrepublik Deutschland

und

die Regierung der Französischen Republik,

nachstehend als „Vertragsparteien“ bezeichnet –

im Bewusstsein der traditionellen Mobilität der Menschen zwischen Deutschland und Frankreich sowie der verschiedenen Projekte, die zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit ins Leben gerufen wurden,

im Bewusstsein der Forderung nach ständiger Verbesserung der Qualität der Behandlung und der Organisation der Gesundheitsversorgungssysteme,

von dem Wunsche geleitet, die Grundlagen für eine vertiefte grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zwischen Deutschland und Frankreich zu schaffen, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern und deren Kontinuität für die Bewohner des Grenzgebiets zu gewährleisten,

von dem Wunsche geleitet, den Zugang zu den mobilen Rettungsdiensten für die Bewohner des Grenzgebiets zu erleichtern,

von dem Wunsche geleitet, die verwaltungs- und finanztechnischen Verfahren unter Berücksichtigung des Gemeinschaftsrechts und der Rechtsprechung der Gemeinschaft zu vereinfachen,

entschlossen, diese Zusammenarbeit durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen im Gesundheitsbereich einschließlich der notfallmedizinischen Versorgung unter Achtung des innerstaatlichen Rechts und der internationalen Verpflichtungen der Vertragsparteien zu erleichtern und zu fördern –

sind wie folgt übereingekommen:

Artikel 1

Zweck

Zweck dieses Rahmenabkommens ist die Festlegung des rechtlichen Rahmens für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich einschließlich des Rettungsdienstes zwischen Deutschland und Frankreich mit dem Ziel:

- einen besseren Zugang zu einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung für die Bewohner des Grenzgebiets sicherzustellen,
- diesen Bewohnern die durchgehende Gesundheitsversorgung zu garantieren,

Le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne
d'une part

et

le Gouvernement de la République française
d'autre part,

ci-après dénommés les Parties –

Conscients de la tradition de mobilité des populations entre l'Allemagne et la France, ainsi que de la mise en place des différents projets de coopération transfrontalière,

Conscients des enjeux d'amélioration permanente de la qualité des soins et de l'organisation des systèmes de soins,

Désireux de jeter les bases d'une coopération sanitaire transfrontalière approfondie entre l'Allemagne et la France afin d'améliorer l'accès aux soins et de garantir leur continuité pour les populations de la zone frontalière,

Désireux de faciliter le recours aux services mobiles d'urgence pour les populations de la zone frontalière,

Désireux de simplifier les procédures administratives et financières, en tenant compte des dispositions du droit et de la jurisprudence communautaire,

Décidés à faciliter et à promouvoir cette coopération par la conclusion de conventions de coopération sanitaire transfrontalière y compris en matière de secours d'urgence, dans le respect du droit interne et des engagements internationaux des Parties –

sont convenus de ce qui suit:

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord cadre a pour objet de préciser le cadre juridique dans lequel s'inscrit la coopération sanitaire transfrontalière y compris en matière de secours d'urgence entre l'Allemagne et la France dans la perspective:

- d'assurer un meilleur accès à des soins de qualité pour les populations de la zone frontalière,
- de garantir une continuité des soins à ces mêmes populations,

- eine schnellstmögliche notfallmedizinische Versorgung zu gewährleisten,
 - die Organisation des Gesundheitsversorgungsangebots durch die Erleichterung des Einsatzes oder der Verteilung der personellen und sächlichen Ressourcen zu optimieren und
 - die gegenseitige Mitnutzung der vorhandenen Kenntnisse und Praktiken zu fördern.
- de garantir le recours le plus rapide aux moyens de secours d'urgence,
 - d'optimiser l'organisation de l'offre de soins en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels,
 - de favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques.

Artikel 2**Geltungsbereich**

(1) Dieses Rahmenabkommen gilt für folgendes Grenzgebiet:

1. in der Bundesrepublik Deutschland für die Länder Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland
2. in der Französischen Republik für die Region Elsass und die Region Lothringen.

(2) Die für die Organisation des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und die soziale Sicherheit zuständigen Stellen führen dieses Rahmenabkommen durch.

(3) Dieses Rahmenabkommen findet auf alle Personen Anwendung, die Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung einer der beiden Vertragsparteien und ihren gewöhnlichen oder vorübergehenden Aufenthalt im Grenzgebiet nach Absatz 1 haben. Dieses Rahmenabkommen erstreckt sich auf alle Personen, die ihren gewöhnlichen oder vorübergehenden Aufenthalt im Grenzgebiet nach Absatz 1 haben und eine notfallmedizinische Versorgung benötigen.

Artikel 3**Kooperationsvereinbarungen**

(1) Zur Anwendung dieses Rahmenabkommens benennen die Vertragsparteien in der Verwaltungsvereinbarung nach Artikel 9 die Personen oder Stellen, die im Rahmen ihres innerstaatlichen Zuständigkeitsbereichs befugt sind, Kooperationsvereinbarungen zu schließen.

(2) Diese Vereinbarungen organisieren die Zusammenarbeit zwischen im Grenzgebiet befindlichen Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, die dort angesiedelt oder Teil eines in diesem Gebiet tätigen Netzwerks sind. Hierzu können sie eine gegenseitige Ergänzung der bestehenden Strukturen und Einrichtungen im Gesundheitswesen herbeiführen sowie Kooperationsträger oder gemeinsame Strukturen schaffen.

(3) Diese Vereinbarungen legen die Bedingungen und Verfahren für die Gesundheitsversorgungsstrukturen, die Sozialversicherungsträger und den Einsatz des Gesundheitspersonals sowie für die Übernahme der Patienten fest. Diese Bedingungen und Verfahren betreffen vor allem, je nach Maßnahme, die folgenden Bereiche:

- den grenzüberschreitenden Einsatz des Gesundheitspersonals, für die französische Seite vornehmlich seine berufsrechtlichen Aspekte,
- die Organisation der notfallmedizinischen Versorgung und des Krankentransports der Patienten,
- die Gewährleistung einer durchgehenden Gesundheitsversorgung, vor allem hinsichtlich der Aufnahme und der Information der Patienten,
- die Evaluierungs- und Kontrollkriterien für die Qualität und die Sicherheit der Gesundheitsversorgung und
- die zur Durchführung der Kooperation erforderlichen Finanzmittel, insbesondere die Erstattung der im Rahmen der Bereitstellung von Ressourcen für die Behandlung von Patienten getätigten Ausgaben (Kostenerstattung).

(4) Die schon bestehenden Vereinbarungen müssen diesem Rahmenabkommen nach Maßgabe der in der Verwaltungs-

Article 2**Champ d'application**

(1) Le présent accord cadre est applicable à la zone frontalière suivante:

1. en République fédérale d'Allemagne, aux Länder de Bade-Wurtemberg, Rhénanie-Palatinat et Sarre
2. en République française, à la région Alsace et à la région Lorraine.

(2) Les autorités compétentes en matière d'organisation de l'accès aux soins et de sécurité sociale mettent en œuvre le présent accord cadre.

(3) Le présent accord cadre s'applique à toute personne pouvant bénéficier des prestations de l'assurance maladie de l'une des Parties, et résidant habituellement ou séjournant temporairement dans la zone frontalière visée au paragraphe 1^{er}. Le présent accord cadre s'applique à toute personne résidant habituellement ou séjournant temporairement dans la zone frontalière visée au paragraphe 1^{er} et nécessitant des soins d'urgence.

Article 3**Conventions de coopération**

(1) Pour l'application du présent accord cadre, les deux Parties désignent dans l'arrangement administratif visé à l'article 9, les personnes ou autorités qui peuvent conclure, dans leur domaine de compétence interne, des conventions de coopération.

(2) Ces conventions organisent la coopération entre des structures et ressources sanitaires situées dans la zone frontalière, y ayant un point d'ancrage ou faisant partie d'un réseau intervenant dans cette zone. Elles peuvent prévoir à cette fin des complémentarités entre structures et ressources sanitaires existantes, ainsi que la création d'organismes de coopération ou de structures communes.

(3) Ces conventions prévoient les conditions et les modalités pour les structures de soins, les organismes de sécurité sociale et l'intervention des professionnels de santé, ainsi que pour la prise en charge des patients. Ces conditions et modalités concernent, notamment, en fonction de l'objet, les domaines suivants:

- l'intervention transfrontalière des professionnels de santé, pour la partie française notamment leurs aspects statutaires,
- l'organisation des secours d'urgence et du transport sanitaire des patients,
- la garantie d'une continuité des soins incluant en particulier l'accueil et l'information des patients,
- les critères d'évaluation et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins et
- les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre des coopérations, notamment au remboursement des dépenses engagées dans le cadre de la mobilisation de ressources pour le traitement de patients.

(4) Les conventions déjà existantes doivent se conformer au présent accord cadre selon les modalités définies dans l'arran-

1334 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2006 Teil II Nr. 32, ausgegeben zu Bonn am 21. Dezember 2006

einbarung nach Artikel 9 festgelegten Einzelheiten angepasst werden.

Artikel 4

Gesundheitspersonal

Das im Hoheitsgebiet einer Vertragspartei zur Ausübung von Tätigkeiten im Rettungsdienst befugte Personal bedarf zur vorübergehenden Ausübung dieser Tätigkeiten bei grenzüberschreitenden Einsätzen in der Notfallmedizinischen Versorgung im Rahmen dieses Rahmenabkommens keiner Berufserlaubnis der anderen Vertragspartei und ist von der Pflichtmitgliedschaft in Berufskammern des anderen Landes befreit. Ansonsten ist es an das im Hoheitsgebiet der jeweils anderen Vertragspartei geltende Recht gebunden. Dies gilt insbesondere für die berufsrechtlichen Rechte und Pflichten, die im Bereich der Vertragspartei gelten, in deren Hoheitsgebiet der Einsatz erfolgt.

Artikel 5

Grenzübertritt

Zusammen mit den zuständigen Behörden treffen die Vertragsparteien alle gegebenenfalls nötigen Maßnahmen, um den Übertritt über die gemeinsame Grenze zur Durchführung dieses Rahmenabkommens zu erleichtern.

Artikel 6

Kostenübernahme durch ein Sozialversicherungssystem

(1) Die Bestimmungen der Verordnungen der Europäischen Gemeinschaft über die Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit finden auf die Durchführung der Kooperationsvereinbarungen Anwendung.

(2) Ist eine vorherige Genehmigung erforderlich, um im Grenzgebiet eine Behandlung in Anspruch zu nehmen, so können die Kooperationsvereinbarungen im Gesundheitsbereich vorsehen, dass diese Genehmigung automatisch vom zuständigen Sozialversicherungsträger ausgestellt wird.

(3) Die Kooperationsvereinbarungen, die eine unmittelbare Kostenübernahme durch den zuständigen Träger der nach Artikel 3 Absatz 2 erhaltenen Behandlung vorsehen, können jedoch gegebenenfalls eine spezifische Ertgeltregelung nach Maßgabe der in Artikel 9 genannten Verwaltungsvereinbarung vorsehen.

Artikel 7

Haftung

(1) Das anwendbare Haftungsrecht einschließlich desjenigen für die Erbringung medizinischer Leistungen bestimmt sich nach Maßgabe des jeweiligen innerstaatlichen Rechts.

(2) Das Bestehen einer Haftpflichtversicherung für die gegebenenfalls im Rahmen einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auftretenden Schäden ist zwingend für das Gesundheitspersonal und für die Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens vorgeschrieben, die im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung eine Behandlung übernehmen. Die näheren Einzelheiten werden in der Verwaltungsvereinbarung nach Artikel 9 geregelt.

Artikel 8

Gemeinsame Kommission

(1) Eine aus Vertretern der jeweils zuständigen Behörden der Vertragsparteien zusammengesetzte Gemeinsame Kommission wird beauftragt, die Anwendung dieses Rahmenabkommens zu begleiten und eventuelle Änderungen vorzuschlagen. Sie tritt einmal im Jahr und im Bedarfsfall auf Antrag einer der beiden Vertragsparteien zusammen.

gement administratif visé à l'article 9.

Article 4

Professionnels de santé

Les personnels autorisés à exercer des activités dans le domaine des secours sur le territoire d'une Partie n'ont pas besoin d'autorisation d'exercice professionnel accordée par l'autre Partie pour l'exercice temporaire de ces activités dans le cadre d'interventions transfrontalières portant sur les secours d'urgence faisant l'objet du présent accord cadre et sont dispensés d'une affiliation obligatoire à une chambre professionnelle de l'autre pays. Par ailleurs, ils sont tenus de respecter le droit en vigueur sur le territoire de l'autre Partie. Cela s'applique notamment aux droits et obligations en matière de droit professionnel valables pour le domaine de la Partie sur le territoire de laquelle l'intervention est effectuée.

Article 5

Franchissement de frontière

En lien avec les autorités compétentes en la matière, les Parties prennent toutes mesures éventuellement nécessaires en vue de faciliter le franchissement de la frontière commune pour la mise en œuvre du présent accord cadre.

Article 6

Prise en charge par un régime de sécurité sociale

(1) Les dispositions des règlements de la Communauté européenne relatifs à la coordination des régimes de sécurité sociale sont applicables pour la mise en œuvre des conventions de coopération.

(2) Lorsqu'une autorisation préalable est requise pour recevoir des soins dans la zone frontalière, les conventions de coopération sanitaire peuvent prévoir que cette autorisation est délivrée automatiquement par l'institution de sécurité sociale compétente.

(3) Toutefois, les conventions de coopération qui prévoient une prise en charge directe par l'institution compétente des soins reçus dans les conditions visées au paragraphe 2 de l'article 3 peuvent prévoir, en cas de besoin, une tarification spécifique des actes et des soins selon les modalités définies dans l'arrangement administratif visé à l'article 9.

Article 7

Responsabilité

(1) Le droit applicable en matière de responsabilité y compris médicale est déterminé par le droit national respectif.

(2) Une obligation d'assurance en responsabilité civile qui couvre les éventuels dommages qui pourraient être causés par leur activité dans le cadre de la coopération sanitaire transfrontalière, est imposée aux professionnels de santé et aux établissements et services de santé dispensant des soins dans le cadre d'une convention de coopération. Les modalités en seront réglées dans l'arrangement administratif visé à l'article 9.

Article 8

Commission mixte

(1) Une commission mixte composée des représentants des autorités compétentes de chaque Partie, est chargée de suivre l'application du présent accord cadre et d'en proposer les éventuelles modifications. Elle se réunit une fois par an et, en tant que de besoin, à la demande de l'une ou l'autre Partie.

(2) Schwierigkeiten bei der Anwendung oder Auslegung dieses Rahmenabkommens werden von der Gemeinsamen Kommission geregelt.

(3) Die Gemeinsame Kommission erstellt jährlich einen Evaluierungsbericht über das Funktionieren der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich.

Artikel 9

Verwaltungsvereinbarung

Eine von den zuständigen Behörden der Vertragsparteien geschlossene Verwaltungsvereinbarung legt die Einzelheiten der Anwendung dieses Rahmenabkommens fest.

Artikel 10

Inkrafttreten

Jede Vertragspartei notifiziert der anderen die Erfüllung der zum Inkrafttreten dieses Rahmenabkommens erforderlichen innerstaatlichen Voraussetzungen. Es tritt am ersten Tag des zweiten Monats in Kraft, der auf den Zugang der letzten dieser Notifikationen folgt.

Artikel 11

Geltungsdauer und Kündigung

(1) Dieses Rahmenabkommen wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

(2) Jede Vertragspartei dieses Rahmenabkommens kann es jederzeit durch schriftliche Notifikation an die andere Vertragspartei auf diplomatischem Weg kündigen. Diese Kündigung wird zwölf Monate nach Zugang der besagten Notifikation wirksam.

(3) Die Kündigung dieses Rahmenabkommens berührt nicht den Fortbestand der Kooperationsvereinbarungen im Gesundheitsbereich.

Geschehen zu Weil am Rhein am 22. Juli 2005 in zwei Urschriften, jede in deutscher und französischer Sprache, wobei jeder Wortlaut gleichermaßen verbindlich ist.

(2) Les difficultés relatives à l'application ou à l'interprétation du présent accord cadre sont réglées par la commission mixte.

(3) Chaque année, la commission mixte élabore un rapport d'évaluation sur le fonctionnement du dispositif de coopération sanitaire transfrontalière.

Article 9

Arrangement administratif

Un arrangement administratif, conclu par les autorités compétentes des Parties, fixe les modalités d'application du présent accord cadre.

Article 10

Entrée en vigueur

Chaque Partie notifie à l'autre l'accomplissement des conditions internes nécessaires à l'entrée en vigueur du présent accord cadre. Il entre en vigueur au premier jour du deuxième mois suivant la date de réception de la dernière de ces notifications.

Article 11

Durée et dénonciation

(1) Le présent accord cadre est conclu pour une durée indéterminée.

(2) Chaque Partie au présent accord cadre peut le dénoncer à tout moment par notification écrite adressée à l'autre Partie par voie diplomatique. Cette dénonciation prend effet douze mois après la date de réception de ladite notification.

(3) La dénonciation du présent accord cadre ne préjuge pas du maintien en vigueur des conventions de coopération sanitaire.

Fait à Weil am Rhein le 22 juillet 2005 en deux exemplaires, chacun en langue allemande et française, les deux textes faisant également foi.

Für die Regierung der Bundesrepublik Deutschland
Pour le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne

Thomas Läufer
Ulla Schmidt

Für die Regierung der Französischen Republik
Pour le Gouvernement de la République française

Xavier Bertrand

Verwaltungsvereinbarung
zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit der Bundesrepublik Deutschland
und dem Minister für Gesundheit und Solidarität der Französischen Republik
über die Durchführungsmodalitäten des Rahmenabkommens vom 22. Juli 2005
über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich

Arrangement administratif
entre le Ministère fédéral de la Santé de la République fédérale d'Allemagne
et le Ministre de la Santé et des Solidarités de la République française
concernant les modalités d'application de l'Accord cadre du 22 juillet 2005
sur la coopération sanitaire transfrontalière

Das Bundesministerium für Gesundheit
der Bundesrepublik Deutschland
und
der Minister für Gesundheit und Solidarität
der Französischen Republik –

Le Ministère fédéral de la Santé
de la République fédérale d'Allemagne
et
le Ministre de la Santé et des Solidarités
de la République française –

als zuständige Behörden gemäß Artikel 9 des Rahmenabkommens vom 22. Juli 2005 zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Französischen Republik über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich, im Folgenden als „Rahmenabkommen“ bezeichnet –

en tant qu'autorités compétentes, conformément aux dispositions de l'article 9 de l'Accord cadre du 22 juillet 2005 entre le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne et le Gouvernement de la République française sur la coopération sanitaire transfrontalière, ci-après désigné «Accord cadre» –

sind wie folgt übereingekommen:

sont convenus de ce qui suit:

Artikel 1

Zuständige Personen und Stellen

In Anwendung von Artikel 3 Absatz 1 des Rahmenabkommens sind folgende Personen und Stellen befugt, Kooperationsvereinbarungen im Gesundheitsbereich einschließlich des Rettungsdienstes zu schließen:

1. für die Bundesrepublik Deutschland im Rahmen ihrer Zuständigkeit die der Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstellten Selbstverwaltungskörperschaften sowie auf der Ebene der Länder die jeweiligen Ministerien sowie die ihnen nachgeordneten Behörden und Ihrer Rechtsaufsicht unterstellten Selbstverwaltungskörperschaften sowie sonstige Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens;
2. für Frankreich im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Regional- oder Departementsdirektionen für Gesundheits- und Sozial-

Article 1^{er}

Personnes et organismes compétents

En application du paragraphe 1 de l'article 3 de l'Accord cadre, les personnes et autorités suivantes sont habilitées à conclure des conventions de coopération dans le secteur de la santé, y compris pour les services d'urgence sanitaires:

1. pour la République fédérale d'Allemagne, dans le cadre de leur compétence les collectivités en administration autonome soumises à la surveillance juridique de l'Institut fédéral des assurances, au niveau des Länder les Ministères respectifs ainsi que les autorités qui leur sont subordonnées et les collectivités en administration autonome placées sous leur surveillance juridique et autres établissements et services de santé;
2. pour la France, dans le cadre de leur compétence, les Directions Régionales ou Départementales des Affaires Sanitaires

angelegenheiten (DRASS oder DDASS), die regionalen Agenturen für das Krankenhauswesen (ARH), die in den Artikeln L. 6115-1 ff. des Gesetzes über das öffentliche Gesundheitswesen definiert sind, sowie die Regionalverbände der Krankenkassen (URCAM), die in den Artikeln L. 183-1 ff. des Gesetzes über soziale Sicherheit definiert sind.

Artikel 2

Bedingungen und Verfahren für das Tätigwerden des Gesundheitspersonals, der Gesundheitsversorgungsstrukturen und der Sozialversicherungsträger

In Anwendung von Artikel 3 Absatz 3 des Rahmenabkommens und unbeschadet des jeweils geltenden innerstaatlichen Rechts bestimmen die Vereinbarungen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich in den einzelnen nachstehenden Anwendungsbereichen je nach Fall insbesondere Folgendes:

1. Grenzüberschreitender Einsatz des Gesundheitspersonals
 - die Mobilitätsbedingungen für das Gesundheitspersonal,
 - Art und Dauer der Beteiligung des Gesundheitspersonals,
 - die Bedingungen der Beteiligung des angestellten und freiberuflichen Gesundheitspersonals an den Krankenhausnotdiensten und am Bereitschaftsdienst,
 - die Bedingungen der punktuellen und unregelmäßigen Berufsausübung durch das angestellte und freiberufliche Gesundheitspersonal;
2. Organisation der notfallmedizinischen Versorgung und des Krankentransports der Patienten
 - die Einsatzbedingungen bei der Erstversorgung von Menschen in Lebensgefahr,
 - die Bestimmung des Ortes der Krankenhauseinlieferung von Notfallpatienten nach Maßgabe des Einsatzortes, des Schweregrads des Krankheitsbildes und der technischen Ausstattung der Krankenhäuser,
 - die Bedingungen der Begleitung des Patienten vom Ort des Geschehens bis zur nächstgelegenen Versorgungseinrichtung, sofern erforderlich,
 - die Koordination der Kommunikationsmittel,
 - die Verfahren zur Kontaktaufnahme mit den Notrufleitstellen,
 - die Einsatzbedingungen für ein Rettungsteam, das einen Notruf entgegennimmt,
 - die Einsatzbedingungen ohne Notruf aufgrund der Nähe der Versorgungsstrukturen und der Verfügbarkeit der Teams;
3. Gewährleistung einer durchgehenden Gesundheitsversorgung, vor allem hinsichtlich der Aufnahme und der Information der Patienten
 - die Bedingungen des Zugangs zur Versorgung,
 - die Krankentransporte,
 - die Entlassungsmodalitäten,
 - die Bedingungen der Rechnungslegung und Kostenerstattung,
 - die Information des Patienten (Krankenakte, klinischer Kurzbericht, Entlassungsschein, Operationsprotokoll),
 - das zweisprachige Aufnahmeheft;
4. Evaluierungs- und Kontrollkriterien für die Qualität und die Sicherheit der Gesundheitsversorgung
 - a) qualitative Maßnahmen für das Risikomanagement, vor allem im Hinblick auf

et Sociales (DRASS ou DDASS), les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), telles que définies aux articles L. 6115-1 et suivants du Code de la Santé publique, ainsi que les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), telles que définies aux articles L. 183-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Article 2

Conditions et modalités d'intervention des professionnels de santé, des structures de soins et des organismes de sécurité sociale

En application du paragraphe 3 de l'article 3 de l'Accord cadre et sans préjudice du droit national respectif en vigueur, les conventions de coopération sanitaire transfrontalière précisent notamment, selon les cas, lorsque le champ d'application porte:

1. Sur l'intervention transfrontalière des professionnels de santé
 - les conditions de mobilité des professionnels,
 - la nature et la durée de la participation des professionnels,
 - les conditions de participation à l'urgence hospitalière et à la permanence des soins des professionnels de santé salariés et libéraux,
 - les conditions de l'exercice ponctuel et irrégulier des professionnels de santé salariés et libéraux;
2. Sur l'organisation des secours d'urgence et du transport sanitaire des patients
 - les conditions d'intervention visant à apporter les premiers soins aux personnes en urgence vitale,
 - la détermination du lieu de l'hospitalisation des patients traités en urgence en fonction du lieu d'intervention, de la gravité des pathologies et des plateaux techniques hospitaliers,
 - les conditions d'accompagnement du patient de son lieu de détresse à l'établissement de soins le plus proche, si nécessaire,
 - la coordination des moyens de communication,
 - les modalités de prise de contact avec les centres de régulation des appels d'urgence,
 - les modalités d'intervention d'une équipe de secours répondant à un appel d'urgence,
 - les modalités d'intervention, hors appel d'urgence, en fonction de la proximité des structures de soins et de la disponibilité des équipes;
3. Sur la garantie d'une continuité des soins incluant en particulier l'accueil et l'information des patients
 - les conditions d'accès aux soins,
 - les transports sanitaires,
 - les modalités de sortie,
 - les conditions de facturation et de remboursement,
 - l'information du patient (dossier médical, résumé clinique, lettre de sortie, compte rendu opératoire),
 - le livret d'accueil dans les deux langues;
4. Sur les critères d'évaluation et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins
 - a) les mesures de politique qualité pour la maîtrise des risques, relatives notamment

1338 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2006 Teil II Nr. 32, ausgegeben zu Bonn am 21. Dezember 2006

- die gesamten Bereiche der Vigilanz,
 - die Arzneimittelabgabe,
 - die Bluttransfusion,
 - die Anästhesie und
 - die Bekämpfung der iatrogenen Risiken und der Nosokomialinfektionen,
- b) die Auffrischung der Kenntnisse des Gesundheitspersonals,
- c) die Übermittlung der medizinischen Informationen über die Patienten,
- d) die Schmerztherapie.
- In jedem Fall legen die nach Artikel 1 geschlossenen Vereinbarungen die Methoden zur gegenseitigen Nutzung bewährter Praktiken der Qualitätssicherung fest.
5. Finanzielle Abwicklung der Patientenübernahme
- die Einrichtung eines Mechanismus zur Berücksichtigung der Träger von Zusatzkrankenversicherungen, der die Organisation eines Sachleistungssystems ermöglicht.

Artikel 3**Frist für die Anpassung schon bestehender Vereinbarungen**

In Anwendung von Artikel 3 Absatz 4 des Rahmenabkommens werden die Kooperationsvereinbarungen im Gesundheitsbereich, die vor dem Inkrafttreten des Rahmenabkommens geschlossen wurden, bei Bedarf so schnell wie möglich, spätestens aber ein Jahr nach dem Inkrafttreten des Rahmenabkommens diesem angepasst. Ansonsten werden dem Rahmenabkommen widersprechende Kooperationsvereinbarungen zu diesem Zeitpunkt unwirksam.

Artikel 4**Verfahren zur Kostenübernahme durch ein Sozialversicherungssystem**

In Anwendung von Artikel 6 des Rahmenabkommens werden die Kosten einer Behandlung, die im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung erfolgt, von dem zuständigen Träger je nach Sachlage nach drei verschiedenen Verfahren übernommen:

1. nach der Entgeltregelung des Behandlungsortes im Rahmen der EG-Verordnungen über die Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit und sofern der Versicherte dem Leistungserbringer ein EG-Dokument vorlegen kann, das seinen Leistungsanspruch bescheinigt;
2. nach der Entgeltregelung des Staates, in dem der Versicherte versichert ist, im Rahmen der Behandlungskostenübernahme gemäß der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes zur freien Dienstleistungserbringung und zum freien Warenverkehr im Gesundheitsbereich;
3. nach der spezifischen Entgeltregelung, die zwischen den Stellen ausgehandelt wurde, welche die Kooperationsvereinbarung im Gesundheitsbereich unterzeichnet haben, und die gegebenenfalls nach dem jeweils geltenden innerstaatlichen Recht von den zuständigen Stellen zu bestätigen ist.

Artikel 5**Haftpflichtversicherung**

Im Rahmen der Vereinbarungen nach Artikel 3 Absatz 2 des Rahmenabkommens stellen die Kooperationspartner im Sinne von Artikel 1 dieser Verwaltungsvereinbarung sicher, dass die an der Zusammenarbeit beteiligten Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens und das Gesundheitspersonal über eine hinreichende Haftpflichtversicherung verfügen, die ihre Haftung

- à l'ensemble des domaines de vigilance,
 - à la distribution du médicament,
 - aux transfusions sanguines,
 - aux anesthésies et
 - à la maîtrise des risques iatrogènes et des infections nosocomiales,
- b) l'actualisation des connaissances des professionnels de santé,
- c) la transmission des informations médicales relatives aux patients,
- d) la prise en charge de la douleur.

Dans tous les cas, les conventions conclues conformément à l'article 1^{er} fixent la méthodologie associée à la mutualisation des bonnes pratiques en matière d'assurance qualité.

5. Sur les modalités financières de prise en charge des patients
- la mise en œuvre d'un dispositif de prise en compte des organismes complémentaires d'assurance maladie permettant d'organiser un système de tiers payant.

Article 3**Délai de mise en conformité des conventions déjà existantes**

En application du paragraphe 4 de l'article 3 de l'Accord cadre, les conventions de coopération sanitaire antérieures à la date d'entrée en vigueur de l'Accord cadre sont, si nécessaire, mises en conformité dès que possible et au plus tard un an après la date d'entrée en vigueur de l'Accord cadre. A défaut, les conventions de coopération contraires à l'Accord cadre deviendront caduques à l'expiration de ce délai.

Article 4**Modalités de prise en charge par un régime de sécurité sociale**

En application de l'article 6 de l'Accord cadre, les soins dispensés dans le cadre d'une convention de coopération sont pris en charge par l'institution compétente selon trois modalités différentes, en fonction des situations:

1. sur la base des tarifs du lieu des soins, dans le cadre des règlements CE relatifs à la coordination des régimes de sécurité sociale et lorsque l'assuré peut présenter au prestataire de soins un document communautaire attestant l'ouverture de ses droits;
2. sur la base des tarifs de l'Etat d'affiliation, dans le cadre de la prise en charge des soins conformément à la jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés européennes relative à la libre prestation de services et à la libre circulation des marchandises en matière de soins de santé;
3. sur la base de tarifs spécifiques négociés entre les autorités signataires de la convention de coopération sanitaire, à confirmer le cas échéant selon le droit national respectif en vigueur par les autorités compétentes.

Article 5**Assurance responsabilité civile**

Dans le cadre des conventions visées au paragraphe 2 de l'article 3 de l'Accord cadre, les partenaires de coopération au sens de l'article 1^{er} du présent Arrangement administratif veillent à ce que les établissements et services de santé et les professionnels de santé impliqués dans les coopérations disposent d'une assurance suffisante destinée à les garantir

im Sinne von Artikel 7 Absatz 2 des genannten Rahmenabkommens abdecken soll. Der Rettungsdienst unterliegt seinerseits der Haftpflichtversicherungspflicht.

pour leur responsabilité civile, au sens du paragraphe 2 de l'article 7 dudit Accord cadre. Les services d'urgence sanitaires sont également soumis à l'obligation de couverture par une assurance responsabilité civile.

Artikel 6
Inkrafttreten

Jede Vertragspartei notifiziert der anderen die Erfüllung der zum Inkrafttreten dieser Verwaltungsvereinbarung erforderlichen innerstaatlichen Voraussetzungen. Sie tritt am ersten Tag des zweiten Monats in Kraft, der auf den Zugang der letzten dieser Notifikationen folgt, frühestens jedoch an dem Tag, an dem das Rahmenabkommen in Kraft tritt.

Geschehen zu Berlin am 9. März 2006 in zwei Urschriften, jede in deutscher und französischer Sprache, wobei jeder Wortlaut gleichermaßen verbindlich ist.

Article 6
Entrée en vigueur

Chaque Partie notifie à l'autre l'accomplissement des conditions internes nécessaires à l'entrée en vigueur du présent Arrangement administratif. Il entre en vigueur au premier jour du deuxième mois suivant la date de réception de la dernière de ces notifications, au plus tôt le jour de l'entrée en vigueur de l'Accord cadre.

Fait à Berlin le 9 mars 2006, en deux exemplaires, en langue allemande et en langue française, les deux textes faisant également foi.

Für das Bundesministerium für Gesundheit der Bundesrepublik Deutschland
Pour le Ministère fédéral de la Santé de la République fédérale d'Allemagne

Ulla Schmidt

Für den Minister für Gesundheit und Solidarität der Französischen Republik
Pour le Ministre de la Santé et des Solidarités de la République française

Xavier Bertrand

D. Reaktion der Bundesregierung zu einer Mitteilung der EU-Kommission

Antwort der Bundesregierung in Abstimmung mit den Ländern zur Mitteilung der Kommission zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen

Deutschland begrüßt vor dem Hintergrund der Herausnahme der Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie, dass die Kommission einen Konsultationsprozess zum weiteren Vorgehen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen durchführt. Gleichzeitig sollte jedoch auch auf eine enge Abstimmung zwischen den Prozessen bei den Sozialdienstleistungen und den Gesundheitsdienstleistungen geachtet werden, da es hier eine Reihe von Überschneidungen gibt. Dies gilt im Übrigen auch für die Gesundheitspolitische Strategie.

Deutschland ist der Auffassung, dass eine eingehende Diskussion zu Gesundheitsdienstleistungen auf den **Gemeinsamen Werten und Prinzipien** fußen sollte, wie sie auf dem EPSCO-Rat am 1./2. Juni 2006 vereinbart wurden. Die Gemeinsamen Werte und Prinzipien spiegeln die Wichtigkeit der nationalen Gesundheitssysteme wider. Sie tragen zu einem sozialen Europa bei, das den Erwartungen der Bürger Europas entspricht. In dieser Hinsicht haben sie einen viel weiter reichenden Geltungsbereich als die Fragen, die in der vorliegenden Mitteilung der Europäischen Kommission angesprochen werden. Um mit diesem Konsultationsprozess einen aktiven und fundierten Beitrag zur Debatte über die Zukunft der Gesundheitsdienstleistungen zu leisten, muss der Gesundheitsbereich im weiteren Sinne einbezogen werden.

Es ist die ureigenste Aufgabe der Mitgliedstaaten, eine Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten, die auf den allumfassenden Prinzipien von Universalität, Zugang zu qualitativ guter Versorgung, Gleichheit und Solidarität beruht. Das Leistungsangebot in der solidarischen Krankenversicherung bestimmt sich maßgeblich nach dem medizinisch Notwendigen, entsprechend dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse, der finanzielle Beitrag aber jedes einzelnen Versicherten nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit. Um die Kohärenz der solidarisch ausgestalteten Gesundheitssysteme in der Gemeinschaft zu schützen, ist es entscheidend, dass die **Steuerungsbefugnis der Mitgliedstaaten** mittels verschiedener Instrumente wie Planung, Zulassungssysteme, Preisfindungsmechanismen, Wettbewerbselemente oder Budgetierung gewährleistet wird und Grundprinzipien der Gesundheitssysteme, wie z.B. in Deutschland das Sachleistungsprinzip, uneingeschränkt erhalten bleiben. Bei der Anwendung von Gemeinschaftsregeln betreffend Freizügigkeit, Wettbewerb, Beihilfen usw. muss dem spezifischen Charakter des Gesundheitsbereichs Rechnung getragen werden. Deswegen ist in diesem Zusammenhang dafür Sorge zu tragen, dass das Subsidiaritätsprinzip und der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit die volle Geltung finden.

- 2 -

Es wird begrüßt, dass die Kommission bei den Gemeinschaftsmaßnahmen zwischen Bereichen, in denen durch Legislativakte Rechtssicherheit geschaffen werden soll und sonstigen Bereichen unterscheidet. Die alleinige Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung und Finanzierung ihres nationalen Gesundheitssystems muss respektiert und darf nicht ausgehöhlt werden.

Frage 1: Welche Auswirkungen (lokaler, regionaler, nationaler Art) hat die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung derzeit auf Zugänglichkeit, Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit der Systeme der gesundheitlichen Versorgung und wie könnte dies sich weiterentwickeln?

Im Jahre 2004 wurde das nationale Krankenversicherungsrecht entsprechend der Rechtsprechung des EuGH zur Patientenmobilität geändert. In Deutschland Versicherte können seitdem auch aufgrund des nationalen Rechts und nicht nur unter Berufung auf die EuGH-Rechtsprechung Gesundheitsdienstleistungen in anderen Mitgliedstaaten in Anspruch nehmen. Für eine ambulante Behandlung bedarf es dazu keiner vorherigen Genehmigung; stationäre Behandlungen müssen jedoch zuvor genehmigt werden. Insofern haben deutsche Versicherte jetzt eine größere Auswahl an Leistungserbringern. Gleichzeitig wurde den Krankenkassen das Recht eingeräumt, Verträge mit Leistungserbringern innerhalb der Gemeinschaft abzuschließen. Dementsprechend haben die deutschen Versicherten bereits eine gemeinschaftsweite Auswahl an medizinischen Dienstleistungserbringern und die deutschen Leistungserbringer stellen sich bereits jetzt dem gemeinschaftsweiten Wettbewerb.

Nach bisher vorliegenden Erkenntnissen hat die Ermöglichung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme in Deutschland aber nicht zu einer nennenswerten Nutzung dieser Leistungen durch die Versicherten geführt. Die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen für ambulante und stationäre Behandlungen im Ausland liegen deutlich unter 0,5 %, wobei dabei noch nicht zwischen EU-Ausland und Nicht-EU-Ausland unterschieden wird. Die Nutzung des Versorgungsangebots der Krankenhäuser durch Patienten aus anderen EU-Staaten, die gezielt zur geplanten Krankenhausbehandlung kommen, hat ebenfalls nur sehr geringen Umfang. Demgegenüber dürfte die Bereitschaft von Leistungserbringern, ihre Leistungen grenzüberschreitend anzubieten – sei es vorübergehend oder durch Niederlassung –, tendenziell etwas höher ausgeprägt sein.

Die Fälle grenzüberschreitender Leistungen bleiben überwiegend auf Grenzregionen beschränkt. Dort gibt es z.B. mit den Euregios gute Instrumente für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Es existieren bereits verschiedenste Projekte im stationären Bereich, im Rettungswesen und bei der gegenseitigen Versorgung mit Blutprodukten. Des Weiteren gibt es Projekte zu einzelnen Krankheitsbildern und zur grenzüberschreitenden Nutzung von elektroni-

- 3 -

- 3 -

schen Gesundheitsdiensten. Die Krankenkassen nutzen die ihnen neu eingeräumte Möglichkeit, Versorgungsverträge mit ausländischen Leistungserbringern abzuschließen, inzwischen vermehrt. In den grenznahen Bereichen bestehen bereits vielfach Rahmenvereinbarungen, um u.a. Probleme mit der Abrechnung stationärer Leistungen zu vermeiden. Von Krankenkassen mit ausländischen Leistungserbringern vor Ort geschlossene Kooperationsverträge, die sich an dem speziellen Bedarf und den entsprechenden Gegebenheiten einer bestimmten Region orientieren, sind grundsätzlich geeignet, für die Bewohner der Grenzregionen eine Wahlfreiheit zu schaffen, ohne die Steuerungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der nationalen Gesundheitsversorgung zu gefährden.

Grenzüberschreitende Kooperationen zwischen Krankenhäusern nehmen zu, da sie insbesondere in grenzüberschreitenden Ballungsräumen für die lokalen Akteure von beiderseitigem Vorteil sind. Bislang finden solche Kooperationen vorrangig in Form von Leistungseinkäufen zwischen Krankenhäusern statt. Das heißt, das „einkaufende“ Krankenhaus finanziert die Leistung des ausländischen Kooperationspartners im Rahmen seines Budgets. Die Kostenträger sind daher an solchen Kooperationsformen nur indirekt beteiligt.

Darüber hinaus hat Deutschland mit Frankreich ein Rahmenabkommen über grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich (einschließlich des Rettungsdienstes) geschlossen, das im Frühjahr 2007 in Kraft treten wird. Die Auswirkungen können derzeit noch nicht beurteilt werden, aber alle Beteiligten sind an einer deutlichen Intensivierung der grenzüberschreitenden Versorgung interessiert.

In der weiteren Entwicklung ist davon auszugehen, dass die grenzüberschreitende Versorgung zunehmen wird. Welche Auswirkungen dies auf das deutsche Krankenversicherungssystem haben könnte, ist derzeit ungewiss. Vorstellbar und sinnvoll wäre z.B. bei direkten Nachbarstaaten eine jeweils entsprechende Berücksichtigung der Kapazitäten in den Versorgungseinrichtungen. Bereits jetzt profitieren einige Gesundheitssysteme von einer effizienten gegenseitigen Nutzung von Ressourcen.

Frage 2: Welche speziellen rechtlichen Klarstellungen und welche praktischen Informationen werden von wem benötigt (z.B. Behörden, Dienstleistungserbringer und -erwerber, Patienten), um eine sichere, qualitativ hochwertige und effiziente grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen?

- 4 -

- 4 -

Notwendige rechtliche Klarstellungen:

- Was sind **Gesundheitsdienstleistungen**? Der Anwendungsbereich einer legislativen Regelung muss klar definiert werden. In diesem Zusammenhang sollte beachtet werden, dass es in der Dienstleistungsrichtlinie bereits eine Definition von Gesundheitsdienstleistungen gibt. Bei der Definition der Gesundheitsdienstleistungen ist darauf zu achten, dass der Autonomie der Mitgliedstaaten bezüglich der Ausgestaltung ihrer Systeme Rechnung getragen wird: Hohe Qualitätsstandards, die Transparenz des Leistungsangebots für die Dienstleistungsempfänger, ein flächendeckendes Angebot und die allgemeine Zugänglichkeit von Leistungen der gesundheitlichen Daseinsvorsorge unter Beachtung des Gleichbehandlungsgebotes müssen weiterhin sichergestellt werden.
- Wann unterliegt eine Behandlung dem **Genehmigungsvorbehalt**? Der EuGH hat bisher zwischen ambulanter (nicht genehmigungspflichtiger) und stationärer (genehmigungspflichtiger) Behandlung unterschieden. Diese Abgrenzung sollte sich aus deutscher Sicht aber nicht allein an den Begriffen stationär/ambulant orientieren. Ausschlaggebend könnte ferner sein, ob bestimmte Behandlungen eine finanziell aufwändige Versorgungsstruktur und eine damit einhergehende Planung erfordern.
- Nach welcher **Wartezeit** dürfen die Versicherten eine stationäre Behandlung im Ausland auch ohne vorherige Genehmigung nachfragen? Im stationären Sektor greift die Dienstleistungsfreiheit unter den vom EuGH in mehreren Urteilen vorgegebenen einschränkenden Bedingungen. Diese Bedingungen - die auf Wartezeiten und auf international anerkannte medizinische Standards Bezug nehmen - sollten konkretisiert werden, damit die potenziell Betroffenen über Rechtssicherheit verfügen und z.B. wissen, ab welchem Zeitpunkt sie einen Anspruch auf Kostenerstattung haben.
- Wie muss das **Recht auf Nachprüfung** ausgestaltet sein, wenn der Versicherte klären möchte, ob die Genehmigung einer Auslandsbehandlung durch die Krankenkasse zu Recht abgelehnt wurde? Das Nachprüfungsverfahren muss transparent, objektiv und schnell ausgestaltet sein.
- Im Zusammenhang mit der **Kostenerstattung** sind folgende rechtliche Klarstellungen beziehungsweise praktischen Informationen erforderlich:
 - Welche **Behandlungskosten** kommen auf den Versicherten zu, wenn er sich im Ausland behandeln lässt? Bei Inanspruchnahme von Leistungen muss der Versicherte vor-

- 5 -

- 5 -

her wissen, welche Mehrkosten auf ihn zukommen, da er nur die Kosten erstattet bekommt, die bei der gleichen Behandlung im Inland angefallen wären.

- o Wie gestaltet sich das Verhältnis der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen auf Grundlage der **Dienstleistungsfreiheit** und zu der Inanspruchnahme nach der **Verordnung (EWG) 1408/71**? Der Leistungsumfang unterscheidet sich derzeit danach, ob sie nach der Dienstleistungsfreiheit oder nach Art. 22 Abs. 1 Buchst. c) VO (EWG) 1408/71 in Anspruch genommen werden.
- o Darf eine nationale Regelung die **Kostenerstattung** davon **abhängig** machen, ob die Behandlung des Versicherten im Ausland durch einen **Leistungsanbieter** erbracht wird, der nach dem **dortigen Sozialversicherungssystem** generell zur **Leistung** bzw. speziell zur Erbringung bestimmter Behandlungsformen berechtigt ist? (Beispiel in Deutschland: Kann ein deutsches Krankenhaus, das national nicht zur Erbringung ambulanter Leistungen zugelassen ist, diese gegenüber ausländischen Versicherten erbringen?)

Fragen der **Kostenerstattung** im Sinne der EuGH-Rechtsprechung könnten in der Verordnung (EWG) 1408/71 bzw. in der Verordnung (EG) 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit geregelt werden. Soweit die dafür notwendigen Regelungen über die Koordinierung der Sozialen Sicherungssysteme hinausgehen und Art. 42 EG deswegen keine geeignete Rechtsgrundlage mehr darstellt, ist eine eigene Richtlinie, basierend auf Art. 95 EG, zu erwägen. Dabei muss jedenfalls sichergestellt werden, dass die dort enthaltenen Regelungen sowohl mit der Rechtsprechung des EuGH als auch mit der Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vereinbar sind.

Praktische Informationen:

Den Versicherten müssen Informationen leicht zugänglich sein, unter welchen Voraussetzungen sie ein Recht auf Auslandsbehandlung haben. Die Informationen können sich nur darauf beschränken, unter welchen Bedingungen die Behandlung im Ausland übernommen wird. Informationen darüber, welche Einrichtung in welchem Mitgliedstaat ggf. eine notwendige Behandlung erbringen kann, können nicht gefordert werden. Diese muss sich der Versicherte unter Zuhilfenahme seines behandelnden Arztes oder der Einrichtungen des Mitgliedstaates, in dem er die Behandlung erlangen möchte, selbst suchen. Kein Mitgliedstaat kann Informationen über Leistungserbringer in allen anderen Mitgliedstaaten vorhalten.

- 6 -

- 6 -

Frage 3: Welche Bereiche (z.B. klinische Aufsicht, finanzielle Verantwortung) sollten in die Zuständigkeit der Behörden welches Landes fallen? Unterscheiden sich diese Zuständigkeiten bei den verschiedenen in Abschnitt 2.2 oben genannten Arten der grenzüberschreitenden Versorgung?

Die Zuständigkeit für die oben angesprochenen Bereiche muss dem Mitgliedstaat obliegen, auf dessen Territorium die Dienstleistung vorgenommen wird. Jede zuständige Stelle eines Mitgliedstaates beaufsichtigt und überwacht in dem nach nationalen Recht vorgesehenen Umfang die Dienstleistung, die in ihren (örtlichen und sachlichen) Zuständigkeitsbereich fällt. Insofern müssen mögliche EU-Vorgaben zu den Gesundheitsdienstleistungen von diesen Prinzipien ausgehen, bereits bestehendes Gemeinschaftsrecht (z.B. die Regelungen der Berufsanerkennungsrichtlinie) berücksichtigen und keine neuen bürokratischen Anforderungen wie zum Beispiel "einheitliche Ansprechpartner" schaffen.

Gewisser Anpassungen bedarf dieser Grundsatz sicherlich bei besonderen grenzüberschreitenden Dienstleistungen wie der Gesundheitstelematik. Hier muss definiert werden, wer unter welchen Voraussetzungen für die Erstellung und Überwachung der Qualitäts- und Sicherheitsstandards zuständig ist.

Frage 4: Wer sollte dafür zuständig sein, die Sicherheit bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten? Wie sollten die Rechtsmittel für Patienten sichergestellt werden, die Schaden erleiden?

Die Zuständigkeit für die Überwachung der Sicherheit und Qualität der Gesundheitsdienstleistungen muss bei den nach dem nationalen System zuständigen Stellen des Staates verbleiben, in dem die Leistung in Anspruch genommen wird. Dies können je nach Ausgestaltung des nationalen Systems sowohl staatliche Stellen als auch Selbstverwaltungskörperschaften sein.

Für die vertragliche und außervertragliche Haftung und Schadensersatz werden derzeit auf EU-Ebene Regelungen des Internationalen Privatrechts erarbeitet (Verordnungsentwürfe "Rom I" und "Rom II"). In diesen Rechtsakten sollten auch die Kollisionsregeln für grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen konzentriert erfasst werden.

- 7 -

- 7 -

Frage 5: Welche Maßnahme ist notwendig, um sicherzustellen, dass die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten mit der Bereitstellung ausgewogener ambulanter und stationärer Versorgung für alle vereinbar ist (beispielsweise durch Kostenerstattung für deren Behandlung in den "Aufnahmestaaten")?

Bereits zum jetzigen Zeitpunkt stehen die zur Versorgung zugelassenen Krankenhäuser für die Leistungserbringung an deutsche wie auch an ausländische Patienten gleichermaßen zur Verfügung. Durch die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten ist die Versorgung der inländischen Bevölkerung nicht beeinträchtigt. Weitergehende Maßnahmen als eine grenzüberschreitende Koordination und arbeitsteilige Zusammenarbeit von Versorgungseinrichtungen einschließlich gegenseitiger Ergänzung der Leistungsbereiche der Versorgungseinrichtung sind nicht erforderlich. Positive Erfahrungen sind aus verschiedenen Euregios bereits bekannt (NRW/Rhein-Maas, BW/Oberrhein).

Frage 6: Sind noch weitere Themen im spezifischen Zusammenhang mit den Gesundheitsdienstleistungen zu berücksichtigen, was die Freizügigkeit von Beschäftigten des Gesundheitswesens oder die Niederlassung von Dienstleistungserbringern anbelangt, die noch nicht vom Gemeinschaftsrecht erfasst sind?

Deutschland sieht die Regelungen der RL 2005/36/EG als ausreichend an.

Frage 7: Gibt es weitere Fragen, bei denen die Rechtssicherheit im Zusammenhang mit einzelnen spezifischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystemen verbessert werden sollte? Insbesondere, welche Verbesserung zur Erleichterung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung schlagen die Akteure vor, die unmittelbar an der Versorgung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten beteiligt sind - beispielsweise Dienstleistungserbringer und Einrichtungen der sozialen Sicherheit?

Frage 8: In welcher Weise sollten europäische Maßnahmen dazu beitragen, die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten und die verschiedenen Akteure innerhalb dieser Systeme zu fördern? Gibt es Bereiche, die oben nicht genannt sind?

Die bereits bestehenden Foren erscheinen aus deutscher Sicht ausreichend. Die Hochrangige Gruppe für Gesundheitsdienste hat bereits viel zum Erfahrungsaustausch über Probleme bei

- 8 -

- 8 -

der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung beigetragen. Allerdings sollte ihre zukünftige Rolle überdacht werden: Sollte es einen Legislativvorschlag zur Patientenmobilität geben, muss Doppelarbeit (Beratungen in Rat und EP einerseits und der Gruppenarbeit andererseits) vermieden werden. Ferner gibt es die OMK als Forum zum Erfahrungsaustausch über nicht-harmonisierte Rechtsbereiche, wie z.B. die Ausgestaltung der nationalen Krankenversicherungssysteme. Sie kann insofern eine ergänzende Funktion entfalten.

Frage 9: Welche Instrumente wären geeignet, um die verschiedenen Fragen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen auf EU-Ebene anzugehen? Welche Fragen sollten durch gemeinschaftliche Rechtsvorschriften und welche durch nicht-legislative Mittel geregelt werden?

Künftige Initiativen der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheitsdienste müssen sich maßgeblich an den (auf dem EPSCO-Rat am 1./2. Juni 2006 verabschiedeten) "Gemeinsamen Werte und Prinzipien der EU-Gesundheitssysteme" orientieren.

- **Rechtssicherheit für die Mitgliedstaaten**, ihre Gesundheitssysteme zu organisieren und auszugestalten, kann durch verschiedene Instrumente erreicht werden. Entscheidend ist letztlich, dass die Kohärenz der nationalen Gesundheitssysteme geschützt wird. Steuerungsinstrumente wie Planung, Zulassungssysteme, Preisfindungsmechanismen, Wettbewerbselemente oder Budgetierung müssen weiterhin gewährleistet sein.
- Zur Frage, wie **Rechtssicherheit für die Versicherten und die Leistungserbringer** sichergestellt werden kann, d.h. unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf Behandlung im Ausland zu welchen Kostenkonditionen besteht, wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.
- Im Bereich der **nicht legislativen Maßnahmen** begrüßt Deutschland bei der **Patientensicherheit** die Schaffung eines EU-weiten Netzwerkes. Allerdings regt Deutschland in diesem Bereich die engere Verzahnung von Aktivitäten der Gemeinschaft mit denen der WHO und des Europarates an. Aus Patientensicht wünschenswert ist ein enger Austausch zwischen den Mitgliedstaaten über bestehende nationale Informationsmöglichkeiten und -stellen (ohne dass jeder Mitgliedstaat eigene detaillierte Informationen über die anderen Gesundheitssysteme vorhalten muss) sowie die bestehenden Beschwerde- und Haftungsrechte. Wegen der großen Unterschiede erscheinen insoweit geschlossene System- und Vergleichsdarstellungen sinnvoll. Dies zeigt sich auch in den bisherigen Arbeitsergebnissen der Arbeitsgruppe "Cross Border Healthcare Purchasing and Provision (including rights and duties of patients)" der Hochrangigen Gruppe für Gesundheitsdienste.

E. Kontaktierte Organisationen und Personen 2006 – 3/2007 (Auszug)

Saarland	
Roland Mertens	Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales, Saarbrücken
Erich Frank	Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales, Saarbrücken
Franz Gigout	LAGS Saarland
Karin Mertens	LAGS Saarland
Axel Mittelbach	VDAK Saarland
Bernhard Kuntz	Ärztekammer des Saarlandes
Annette Fritz	SKG Saarland
Karl Schneider	Statistisches Landesamt
Christian Belau	Caritasklinik Rastpfuhl Saarbrücken
Günter Hauptmann	KV Saarland
Ingrid Lang	EURES-Beraterin VSU, Saarbrücken
Achim Dürschmid	EURES-Berater BA, Saarbrücken

Lorraine	
Sylvaine Gaulard	DRASS de Lorraine
Max Colinet	CRAM Alsace Lorraine
Sabine Rigon	Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohesion Sociale, Nancy
Michel Badoinot	DRASS de Lorraine
Veronique Ferrand	URCAM Lorraine
Yasid Sebia	CLTS Forbach
Colette Hasser	CRD-EURES, Metz
Yvon Schleret	ORSAS Lorraine
Isabelle Lestringant	ORSAS Lorraine
Philippe Marrel	Freyming und CLTS
Jean-Jacques Schneider	EURES Conseiller ANPE, Forbach
Pascal Thil	EURES Conseiller ANPE, St. Avold

Luxembourg	
Elisabeth Heisbourg	Ministère de la Santé
Daniele Schmartz	Ministère de la Santé
Marc Hastert	Entente des Hopitaux Luxembourgeois
Marc Olinger	Domaine Thermal, Bad Mondorf
Michael Weber	Assekuranz AG, Luxembourg
Georg Niederehe	DKV SA, Luxembourg
Mario Della-Schiava	EURES-Berater ADEM

Rheinland-Pfalz	
Jürgen Faltin	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen MASGFF, Mainz
Kurt Barthelmeh	MASGFF, Mainz
Ralf Engel	MASGFF, Mainz
Andreas Goldschmidt	IHCI an der Universität Trier
Peter Schwerdtfeger	Bezirksärztekammer Trier
Friedrich Schöffner	KV Trier
Norbert Dixius	Barmer Ersatzkasse Trier
Andreas Wermter	KGRP Mainz
Alexander Heinz	Uni Trier
Sabine Schwadorf	Trierischer Volksfreund
Roger Infalt	Trierischer Volksfreund
Peter Lübbers	Statistisches Landesamt
Thomas Jacobi	EURES Berater BA, Trier
Helmut Mors	EURES Berater DGB, Trier



Herausgeber:

Joachim Geppert

WEC – Wissenschafts- & Entwicklungs-Centrum
www.wec-europa.org

MKW GmbH
Ring am Gottwill 18
66117 Saarbrücken
Tel.: +49 (0)681 / 954 47 10
joachim.geppert@mkw-gmbh.de
www.mkw-gmbh.de

**Finanziert mit Mitteln der Europäischen Union und
des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) Rheinland-Pfalz**

