

Wien, 27. und 28. Februar 2006

Veranstaltung „healthregio“ – Ökonomische und sozialpolitische Perspektiven für das Gesundheitswesen in Zentraleuropa

Vortrag: „Der Bedarf im Mittelpunkt grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung – Beispiele für Kooperationsvereinbarungen, Projektziele und Projekterfolge im deutsch-niederländischen Grenzraum“

Erwin Schmitz, Euregio Rhein-Waal, Kleve

Es ist gesagt worden, dass die europäischen Grenzregionen die Versuchsgärten Europas sind. In dieser Weise versuchen wir, die Bedürfnisse in der Gesundheitsversorgung grenzüberschreitend gemeinsam zu erfassen. Bedürfnisse, die sich durch die Möglichkeiten in einem noch recht begrenzten unmittelbaren Raum ergeben. Wir haben nicht die weiten Entfernungen, sondern wir arbeiten in einem Grenzraum zwischen 40 Kilometern diesseits und 40 Kilometern auf der anderen Seite der Grenze. Dort fragt der Bürger im grenznahen Kleve, ob er denn das auf der anderen Seite der Grenze liegende Universitätskrankenhaus in Nijmegen besuchen kann für eine spitzenmedizinische Versorgung. Dort fragt in Nijmegen eine Patientin, ob sie eine Hüftoperation im Krankenhaus in Emmerich vornehmen kann. Dies ist nicht selbstverständlich. Es gibt diese Möglichkeiten, und doch muss man bürokratische Hindernisse und Hemmnisse überwinden, die Menschen müssen teilweise einen recht hohen Eigenanteil erbringen, und manche dieser Möglichkeiten sind im Grunde genommen nicht bekannt, weil die Information über die Grenze trotz des recht geringen räumlichen Abstandes nicht ausreichend ist.

Das sind die Möglichkeiten: In den Niederlanden in unmittelbarer Nähe eine Universitätsklinik in Anspruch zu nehmen, die auf deutscher Seite 80 bis 100 Kilometer entfernt wäre, während die Niederländer Wartezeiten verkürzen könnten, die vor einiger Zeit in der Orthopädie, in der Augenheilkunde, bei Brustkrebsoperationen immerhin bis 9 Monate betragen.

Wie versuchen wir jetzt, bessere Voraussetzungen für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu schaffen? Die Übungen für diese Aufgabe haben bei uns schon im Jahre 1993 begonnen. Damals war die AOK Rheinland diejenige, die sich zunächst und als erste sehr intensiv mit diesem Thema im Interesse ihrer Patienten um diese Frage gekümmert hat. Es hat dann über Verbindungen mit der Universität in Nijmegen im Jahre

1996 erstmals ein grenzüberschreitendes Projekt gegeben, gefördert mit europäischen Zuschüssen. Dieses Projekt war die Grundlage für eine 1997 abgeschlossene Vereinbarung über die Zusammenarbeit auf Projektbasis. Zu den Projektpartnern gehörte auch die Euregio Rhein-Waal.

Inzwischen gibt es eine Kooperationsvereinbarung, in der sich über 20 Partner bereiterklärt haben, grenzüberschreitend in der Gesundheitsversorgung zugunsten der Patienten zusammen zu arbeiten.

Auf der Grundlage dieser Kooperationsvereinbarung wird bei uns aktiv zusammengearbeitet. Aktive Krankenversicherer, die Einbindung aller Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker, Zahnärzte, Patientengruppen, haben in der Kooperationsvereinbarung die Zusammenarbeit vereinbart im Hinblick auf gemeinsame Entwicklung und Umsetzung von gemeinsamen Projekten in gemeinsamer organisatorischer, finanzieller und sonstiger Verantwortung. Es gibt ständige Abstimmungsprozesse untereinander und auch mit den politischen Stellen beider Länder. Wir stellen vor Ort fest, dass die Akzeptanz der Landespolitik hervorragend ist, weil man sich mit grenzüberschreitenden Aktivitäten politisch profilieren kann. Aber Konsequenzen aus Projekten, die sich möglicherweise in Verordnungen niederschlagen müssten - darauf warten wir dann doch sehr lange, oder sie kommen zunächst einmal gar nicht.

Die Gegenseitigkeit ist eine Grundvoraussetzung bei uns in der Region. Die Aktivitäten, die Projekte sollen natürlich Vorteile bringen für beide Seiten. Das funktioniert nicht immer im einzelnen Projekt, aber in der Vielfalt der Projekte ist das sichergestellt.

Ich möchte Ihnen einige Beispielprojekte nennen, wobei nicht alle Projekte zu unserer Zufriedenheit gelaufen sind: Positiv war das Projekt Patientenbehandlung ohne Grenzen. Es war insofern recht einfach, als die Universitätsklinik in Nijmegen sich sehr schnell geöffnet hat für die Möglichkeiten der Spitzenmedizinischen Versorgung für deutsche Patienten in den genannten Behandlungsfeldern. Es sind in den letzten drei Jahren ca. 500 Patienten aufgrund dieser Vereinbarung in Nijmegen behandelt worden, mit steigender Tendenz.

Ein weiteres Projekt, eine niederländische Überschrift „Zorg op maat“, - Gesundheitsversorgung nach Maß würden wir wörtlich übersetzt sagen - , dieses Projekt hat zum Ziel, die Basisversorgung - unabhängig von der Spitzenmedizinischen Versorgung - im fachärztlichen Bereich, beginnend mit der Augenheilkunde, zu öffnen, und zwar letztendlich auch für alle Fachgebiete und Fachbereiche für Nordrhein-Westfalen und die Niederlande. Ich komme nachher auf dieses Projekt zurück.

Ein weiteres Projekt ist die Zusammenarbeit in der Fort- und Weiterbildung der Ärzte. Es ist festzustellen, dass, wie bei anderen Berufsgruppen auch, die Kenntnis der anderen Seite, des Nachbarn, sehr gering ist, selbst bei Berufskollegen. Wir stellen fest, dass die deutschen Ärzte im Grunde genommen die Situation der niederländischen Ärzteschaft nicht kennen. Das Projekt dient dazu, eine gemeinsame Vertrauensbasis zwischen medizinischen Leistungserbringern aufzubauen.

Zusammenarbeit von Krankenhäusern über die Grenze ist im Projekt „Grenzüberschreitende Nutzung von Gesundheitsversorgung“ geübt worden. Wegen fehlender OP-Kapazität in niederländischen Krankenhäusern sind niederländische Patienten in deutschen Krankenhäusern durch niederländische Ärzte operiert worden. Es ging dabei um Herzoperationen und um gynäkologische Operationen. Ca. 400 Patienten sind in einem Jahr behandelt worden. Ziel des Projektes war – neben der Ausnutzung vorhandener Kapazitäten – die Erfahrung in der Zusammenarbeit niederländischer Ärzte in deutschen Krankenhäusern mit deutschen Kollegen und deutschem Personal. In einem Leitfaden sind die Ergebnisse festgehalten worden.

Zu einer grenzüberschreitenden Abstimmung von Raum-, Geräte- und Bettenkapazitäten ist es bei uns bisher noch nicht gekommen und dies erwarte ich in absehbarer Zeit auch nicht. Allerdings wird zur Zeit untersucht, ob ein gemeinsamer Einkauf von medizinischen Geräten über die Grenze hinweg möglich ist. Seit einiger Zeit sind auch die Patientenorganisationen in die Kooperation eingebunden. Es gibt die Entwicklung einer grenzüberschreitenden Plattform, um verschiedene Patienten- und Selbsthilfegruppen grenzüberschreitend zu bündeln und zu koordinieren.

Im Projekt „Euregionales Gesundheitsportal“ sind auf Internet-Basis die Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung (Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Apotheken usw.) auf deutscher und niederländischer Seite innerhalb der Euregio Rhein-Waal und der euregio rhein-maas-nord zusammengefasst und abrufbar gemacht worden. Dieses Projekt ist im Aufbau und soll auch die Aachener Grenzregion erfassen.

Nun nenne ich Ihnen ein nicht gelungenes Projekt: „Zorg op Maat“ hatte ich Ihnen eben als einen Oberbegriff eines Projektes genannt. Wir haben in diesem Projekt mit der Augenheilkunde begonnen. Die Ausgangslage war eigentlich ganz normal: in den Niederlanden bestand zum Beginn des Projektes eine Wartezeit für eine Katarakt-Operation von einem Jahr. Das Ziel war, den niederländischen Patienten freie Kapazitäten in Deutschland anzubieten. Es hatte eine intensive Vorbereitung durch die kassenärztliche Vereinigung gegeben. Es sind Leistungsprofile aller Augenarztpraxen im Kreis Kleve erstellt worden. Man hat die Hausärzte auf niederländischer Seite im Rahmen einer Schulung über

die Situation auf deutscher Seite in privaten Praxen informiert. Das Ergebnis war: Es hat keine Bewegung von Niederländern in deutsche Augenarztpraxen gegeben. Warum? Was haben wir falsch gemacht? Das haben wir uns gefragt. Denn im Grunde genommen waren alle eingebunden.

Das Problem begann damit, dass es offensichtlich keine ausreichende Kommunikation mit den niederländischen Fachärzten, die – anders als in Deutschland - in den Kliniken praktizieren. Wir waren der Meinung, 90 Prozent der Behandlungen beginnen in den Niederlanden beim Hausarzt und die Überweisung für den Hausarzt zu einem deutschen Facharzt sei kein Problem. Es war ein Problem, weil die Verbindung zwischen Hausarzt und Facharzt in den Niederlanden eine ganz bestimmte Komponente ist. Hausarzt und Facharzt in der Klinik sind voneinander abhängig, so dass die Hausärzte es nicht gewagt haben, in das Nachbarland zu überweisen. Das ist uns erst später deutlich geworden.

Es hätte uns schon deutlich werden müssen, als es darum ging, Informationen in den Medien über die Möglichkeit der Grenzüberschreitung zu verbreiten. Wir als Euregio Rhein-Waal sind als neutraler Begleiter des Projektes darauf hingewiesen worden, dass man in den Niederlanden zu diesem Projekt keine Publizität wünscht. Auf deutscher Seite war sie hervorragend, auf niederländischer Seite gleich Null. Dennoch – und wir sind ja froh, wenn unsere Arbeit zu politischen Konsequenzen führt - hat auf der niederländischen Seite die Politik insofern reagiert, als sie die niederländischen Kapazitäten versucht hat zu erhöhen.

Trotz solcher Probleme -und gerade diese Probleme machen es so interessant, unmittelbar an der Grenze zu arbeiten -, werden wir weiterhin das Ziel der grenzübergreifenden Gesundheitsversorgung aufrecht erhalten. Wir müssen davon ausgehen, dass die Systeme in den Ländern in Europa nicht so schnell oder gar nicht angeglichen werden. Die Gesundheitssysteme werden also noch lange Zeit unterschiedlich sein. Von daher bleibt es Aufgabe der Kooperationspartner, die grenzüberschreitende Patientenbehandlung flexibler zu machen, sie den Bedürfnissen der Patienten entsprechend zu öffnen, um bürokratische Hemmnisse zu beseitigen.

Wir meinen, dass die internationale Versicherungskarte für die Patienten im Grenzraum ein vernünftiges Instrument wäre. Diese internationale Versicherungskarte ist im Aachener Grenzraum als Probe durch die AOK Rheinland und die CZ eingeführt worden, also nur für die Patienten dieser beiden Versicherer. Eine internationale Versicherungskarte für alle Patienten diesseits und jenseits der Grenze wäre für die Zukunft das optimale Ziel, vielleicht hin zum Euro-Patienten bzw. Euro-Doktor.