



Bericht

der Landesregierung

Grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Beschluss des Landtages vom 13. September 2002
- Drucksache 15/2067 -

**Federführend ist das Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Verbraucherschutz**

Gliederung

I. Vorbemerkung

II. Rechtliche Rahmenbedingungen und Möglichkeiten grenzüberschreitender Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

III. Gestaltungsansätze für eine Verbesserung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

IV. Kooperationserfahrungen der Landesregierung

V. Folgerungen der Landesregierung

I. Vorbemerkung

Die mit dem Berichtsantrag der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drs. 15/2067) aufgegriffene Thematik der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen betrifft sehr unterschiedliche Tatbestände von teilweise erheblicher Komplexität. Insbesondere das beitragsfinanzierte System der gesetzlichen Krankenversicherung lässt für eine umfassendere grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bislang nur einen sehr engen rechtlichen Spielraum. Auch innerhalb der Europäischen Union stellt die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einen Sonderfall dar. Insbesondere strebt gerade auch die Bundesregierung keine Harmonisierung der einschlägigen Regelungen an. Sie läge im übrigen außerhalb der Kompetenzen der Europäischen Union.

Die Inanspruchnahme von Leistungen im privatärztlichen Bereich, für die eine Kostenregelung außerhalb der jeweiligen gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt, wirft diesbezüglich zwar weniger rechtliche Probleme auf. Gleichwohl werden auch hier Fragen nach der Steuerung dieser Inanspruchnahme der auf den nationalen Kontext bezogenen Kapazitäten in der Gesundheitsversorgung virulent.

Für eine Beantwortung der mit dem Berichtsantrag aufgeworfenen Fragestellungen erscheint es daher angezeigt, zunächst eine kurze Darstellung typischer Formen der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der jeweiligen rechtlichen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten voranzustellen (Abschnitt II.). Daran anknüpfend werden aktuelle Diskussionsansätze und politische Perspektiven benannt, die für die Fragestellung einer möglichen Verbesserung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von Bedeutung sind (Abschnitt III.). Vor diesem Hintergrund werden wesentliche, exemplarische Erfahrungen der Landesregierung im angesprochenen Politikfeld dargestellt (Abschnitt IV.) und Folgerungen für die künftige Arbeit der Landesregierung gezogen (Abschnitt V.).

II. Rechtliche Rahmenbedingungen und Möglichkeiten grenzüberschreitender Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Nach Überzeugung der Landesregierung wird mit der zunehmenden Globalisierung der wirtschaftlichen Beziehungen und der wachsenden Mobilität der Menschen auch die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen weiter zunehmen.

Gemäss § 1 Abs. 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - Krankenhausfinanzierungsgesetz -(KHG) und § 3 Abs. 1 AG-KHG ist die Krankenhausplanung auf eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auszurichten. Der gesetzliche Sicherstellungsauftrag im Land erstreckt sich damit zwar primär auf die schleswig-holsteinischen Patientinnen und Patienten. Gleichwohl werden auch Kranke aus anderen Bundesländern und aus dem Ausland stationär versorgt.

Eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme von stationären Leistungen stellt sich ausweislich der Krankenhausstatistik wie folgt dar: 1999 wurden in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern 754 Patientinnen und Patienten mit einem Wohnort im Ausland behandelt. Das entspricht 0,2 % der Behandelten. Mit 176 waren Patientinnen und Patienten aus Dänemark am stärksten vertreten. Sie nahmen überwiegend Leistungen grenznaher Krankenhäuser in Flensburg sowie in den Kreisen Nordfriesland und Schleswig-Flensburg in Anspruch.

Wohnorte der vollstationär behandelten Patienten in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern 1999

Wohnort der Patienten	Patienten	
	Anzahl	%
Schleswig-Holstein	454 942	90,69
Andere Bundesländer	43 929	8,76
Darunter		
Hamburg	18 196	3,63
Niedersachsen	9 115	1,82
Mecklenburg-Vorpommern	5 893	1,17
Nordrhein-Westfalen	4 095	0,82
Ausland	754	0,15

Darunter		
Dänemark	176	0,04
Polen	78	0,02
Schweden	55	0,01
Schweiz	18	0,00
Österreich	53	0,01
Niederlande	39	0,01
Großbritannien/Nordirland	27	0,01
Norwegen	24	0,00
Türkei	23	0,00
Insgesamt	501 629	100,00

(Quelle: Veröffentlichung des Statistischen Landesamts vom 16.01.2001, neuere Daten des Statistischen Landesamtes liegen noch nicht vor)

Es ist zu erwarten, dass die Zahlen für die Jahre 2000 und 2001 jeweils eine Steigerung der Inanspruchnahme durch ausländische Patientinnen und Patienten belegen wird.

Vergleichbare Daten für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme ambulanter Leistungen liegen der Landesregierung nicht vor.

Unabhängig davon, ob es sich um ambulante oder stationäre Leistungen handelt, ist zu beachten, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über Grenzen hinweg vor allem im Hinblick auf die Finanzierung in unterschiedlicher Weise geregelt ist.

Ausländische Patientinnen und Patienten können selbstverständlich auf privatvertraglicher Basis Leistungen in inländischen Krankenhäusern als sogenannte „Selbstzahler“ in Anspruch nehmen.

Darüber hinaus können Behandlungen auch aufgrund besonderer Erklärungen der jeweiligen nationalen Behörden zur Kostenübernahme im Einzelfall erfolgen. Die Patientinnen und Patienten werden grundsätzlich nicht anders behandelt als Selbstzahler.

In jüngerer Zeit sind es verstärkt nationale Anstrengungen zum Abbau von Wartelisten etwa in den skandinavischen Staaten oder auch in Großbritannien, die wiederum in unterschiedlicher Weise Behandlungsoptionen im Ausland eröffnen. So hat in den letzten Jahren die

Finanzierung stationärer Behandlungen aus besonderen staatlichen Finanzmitteln Aufmerksamkeit erregt. Ein für Schleswig-Holstein besonders hervorzuhebendes Beispiel ist in Norwegen die Einrichtung eines gesonderten Haushaltstitels zum Einkauf gesundheitlicher Leistungen im Ausland.

Für die gesetzlich Krankenversicherten ist die grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme von Gesundheitsleistungen innerhalb der EU aufgrund unterschiedlicher Regelungen bisher in begrenztem Umfang eröffnet.

Erkrankt ein Versicherter während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem anderen EWR-Staat, so hat er aufgrund der EWG-Verordnung Nr. 1408/71 Anspruch auf alle unverzüglich notwendigen Sachleistungen, d.h. alle Leistungen, die nicht bis zum beabsichtigten Zeitpunkt der Rückkehr in das Heimatland zurückgestellt werden können (für sog. Notfälle Art. 22 Abs. 1 Buchst. a) der Verordnung). Der ausländische Träger der Leistungserbringung stellt die Kosten der zuständigen Krankenversicherung in Rechnung.

In diesem Zusammenhang ist auch Art. 34 Abs. 4 der EWG-Durchführungsverordnung Nr. 574/72 beachtenswert. Ist zu einer notwendigen Behandlung während eines vorübergehenden Aufenthalts im EU-Ausland kein Vertragsleistungserbringer erreichbar und muss ein Versicherter daher medizinische Leistungen privat beschaffen und bezahlen, so kann die Krankenkasse die Kosten nach im Inland geltenden Sätzen erstatten – wobei diese Option auf Kosten von bis zu 500,-€ beschränkt ist.

Möchte ein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sich zu einer Behandlung ins EWR-Ausland begeben, bedarf es einer vorab erteilten Genehmigung der Krankenkasse (Zustimmungsfall), worüber die Krankenkasse im pflichtgemäßen Ermessen entscheidet. Auch hier werden die entstandenen Behandlungskosten seiner inländischen Krankenkasse (Verordnung 1408/71, Art. 22 Abs. 1 Buchst. c) in Rechnung gestellt.

Eine Besonderheit des Zustimmungsfalls ist die generelle Vorabgenehmigung für bestimmte Leistungen, Indikationen sowie bestimmte Leistungserbringer. Sie ist Grundlage für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den Euregios (das sind beispielsweise die Euregio Maas-Rhein, die Euregio Rhein-Waal,

die Euregio Bodensee). Gleichwohl werden auch dort Modellvorhaben auf anderen rechtlichen Grundlagen und Förderprogrammen (z.B. Interreg II) realisiert.

Generell ist zu berücksichtigen, dass die Regelungen der Verordnung 1408/71 zunächst auf die Sicherstellung von Behandlungen in notfallähnlichen Situationen geschaffen worden sind. Gleichwohl könnten sie darüber hinaus als Ansatzpunkte für die Erprobung einer abgestimmten grenzüberschreitenden Kapazitätsplanung dienen.

In der Europäischen Union hat das Thema „grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ in den letzten Jahren vor allem im Hinblick auf die über die bestehenden Leistungsgrundlagen hinausgehende Leistungspflicht der Krankenversicherung nach den Kriterien der aktuellen Rechtsprechung des EuGH erhöhte Aufmerksamkeit gewonnen - ausgehend von der Frage der Leistungsverpflichtung an die Patientinnen und Patienten, die – ohne Vorabgenehmigung der Krankenversicherung - bereits eine Behandlung im Ausland in Anspruch genommen haben.

Die Kompetenzen der EU im Bereich der Gesundheitspolitik beschränken sich zunächst gemäß Art. 129 des Vertrages von Maastricht auf die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und die Verhütung von Krankheiten ausdrücklich „unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten“ (Abs. 4). Art. 152 Abs. 5 des Vertrags von Amsterdam unterstreicht folgerichtig: „Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt“.

Die einschlägige Rechtsprechung des EuGH stützt sich indes auf Art. 42 des Amsterdamer Vertrags, der dem Rat die Befugnis zuweist, die auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer notwendigen Maßnahmen zu beschließen. Dies ist Grundlage für die Verordnung Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und für die entsprechende Durchführungsverordnung 574/72.

In den Entscheidungen zu Heil- und Hilfsmitteln (Rs. C-158/96; Kohll; Rs. C-120/95; Decker) und zur grenzüberschreitenden stationären Versorgung (Rs. C-157/99; Smits/ Peerbooms; Rs. C-368/98; Vanbraekel) hat der EuGH deutlich gemacht, dass die Grundfreiheiten des EG-Vertrages durch die Gestaltungsautonomie der Mitgliedstaaten für Art und Umfang der Gesundheitsversorgung ihrer Bürgerinnen und Bürger nicht vollends begrenzt werden. Demnach sind Leistungen zur medizinischen Versorgung generell als Dienstleistungen im Sinne von Artikel 50 des EG-Vertrages zu bewerten, und dies unabhängig davon, ob diese als Sachleistungen oder im Wege der Kostenerstattung finanziert werden.

Der Gerichtshof stellt fest, dass ein System der vorherigen Genehmigung für Krankenhausbehandlungen in anderen Ländern der Staatengemeinschaft zwar ein Hemmnis für den freien Verkehr medizinischer Krankenhausdienstleistungen darstellt. Zwingende Gründe in Bezug auf das finanzielle Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit und die Aufrechterhaltung eines allen zugänglichen Krankenhaussystems rechtfertigen jedoch diese Beschränkung. Für den Krankenhaussektor statuiert der EuGH somit aber eine Ausnahme von der Dienstleistungsfreiheit, die durch zwingende Gründe des Allgemeinwohls wie z.B. Planungssicherheit und Kostenbeherrschung begründet sein kann. Der Gerichtshof grenzt zugleich die Kriterien für die Genehmigung der Krankenhauspflege in einem anderen Mitgliedstaat ein und definiert die Begriffe der Üblichkeit und der Notwendigkeit der beabsichtigten Behandlung dahingehend, dass eine Genehmigung nur dann zu erteilen ist, wenn die betreffende Behandlungsmaßnahme europaweit hinreichend erprobt und anerkannt ist und inländische Behandlungsalternativen (z.B. bedingt durch Wartelisten) nicht rechtzeitig zugänglich sind. Den Urteilen zufolge kann mithin eine Genehmigung für die Inanspruchnahme einer Dienstleistung im Ausland nicht versagt werden, sofern die Dienstleistung im Inland erst nach langer Wartezeit erbracht werden kann, auch wenn das nationale Gesundheitssystem diese Leistung prinzipiell anbietet.

III. Gestaltungsansätze für eine Verbesserung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Nicht zuletzt infolge der skizzierten Rechtsprechung des EuGH haben Fragen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung einen höheren Stellenwert erhalten.

Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen hat in einem Positionspapier „Strategischer Umgang der GKV mit den aktuellen europarechtlichen Entwicklungen - Herausforderung Europa annehmen und gestalten“ vom August 2000 das Ziel betont, im Rahmen der fortschreitenden europäischen Integration die bedarfsnotwendige Leistungsinanspruchnahme der Versicherten im In- und Ausland zu verbessern.

Die 75. Konferenz der für Gesundheit zuständigen Ministerinnen und Minister und Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) hat in ihrer EntschlieÙung vom 20./ 21. Juni 2002 zur Europäischen Gesundheitspolitik die Bereitschaft der Länderressorts betont, unter Wahrung der bestehenden Kompetenzordnung zur Mitgestaltung europäischer Konvergenzen insbesondere durch grenzüberschreitende Kooperationen beizutragen. Die GMK hat dies verbunden mit der Aufforderung an Bund und EU zur Förderung entsprechender Aktivitäten und Initiativen.

Im Rahmen einer Sondertagung auf Einladung der spanischen Präsidentschaft im Februar 2002 auf Malaga wurde eine politische Übereinstimmung darin erzielt, die Gestaltung der Bedingungen der sich abzeichnenden Zunahme grenzüberschreitender Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht der Rechtsprechung des EuGH zu überlassen, sondern einer politischen Gestaltbarkeit zuzuführen.

Inzwischen haben sich die Gesundheitsminister der EU im Juli 2002 im Rahmen von Schlussfolgerungen für Maßnahmen zur Verbesserung der grenzüberschreitenden medizinischen Versorgung ausgesprochen. Derzeit wird vorrangig über eine Ausweitung der Möglichkeiten zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen für Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen im Rahmen einer Reform der Verordnung 1408/71 verhandelt.

Parlament und Rat der Europäischen Union haben, gestützt auf Art. 152 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EGV), ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003 –2008) beschlossen. Der Finanzrahmen umfasst 312 Mio. € über den genannten Zeitraum. Neben der Verbesserung der Fähigkeit, rasch und koordiniert auf Gesundheitsgefahren zu reagieren, und dem Anliegen der Gesundheitsförderung und Prävention durch Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren in allen Politikbereichen und –maßnahmen bildet die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Information und Kenntnisse einen Schwerpunkt des Programms. Für den 27. November 2002 ist die Einberufung des Programmausschusses zur näheren Präzisierung der Ansätze des Aktionsprogramms geplant.

IV. Kooperationserfahrungen der Landesregierung

Nachstehend werden die für den Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein aktuellsten Prozesse dargestellt und bewertet. Dabei werden Anstrengungen des Landes, vor allem aber auch die Bemühungen der Leistungsanbieter zur Profilierung ihrer Angebote sowie der Profilierung des Standorts Schleswig-Holstein mitgeteilt.

Viele wichtige Entwicklungen, die das Engagement und die Qualifikation des Personals betreffen, sind derzeit im einzelnen nicht erfassbar. Gerade hier zeichnet sich – nicht zuletzt im Rahmen der darzustellenden Beziehungen – sowohl die zunehmende Bereitschaft als auch die Leistungsfähigkeit der schleswig-holsteinischen Leistungserbringer für das grenzüberschreitende Angebot von Gesundheitsleistungen ab.

IV. 1 Dänemark

Die Aufgaben des dänischen Gesundheitswesens, die durch die Gesetzgebung festgelegt werden, sind überwiegend den Ämtern und Gemeinden übertragen. Kooperationen im Gesundheitsbereich haben sich mit Dänemark bislang vor allem im unmittelbaren Bezug auf nachbarschaftliche Kontakte ergeben. Die Vereinbarung über die regionale Zusammenarbeit vom 15. Juni 2001 zwischen dem Bürgermeister des Amtes Sønderjylland, Carl Holst,

und Ministerpräsidentin Heide Simonis hat mit dazu beigetragen, die enge vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Amt Sønderjylland auch im Gesundheitsbereich zu verstärken.

Insbesondere in der Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten aber auch in anderen stationären Versorgungsbereichen haben sich die Interessen der dänischen Partnerinnen und Partner an einer Kooperation bereits manifestiert.

Mit Wirkung vom 1. September 2001 wurden die bis dahin bereits bestehenden Wartezeitengarantien für bestimmte lebensbedrohliche Herzerkrankungen sowie für vier Krebsarten auf alle Krebspatienten erweitert. Die maximalen Wartezeiten betragen jetzt zwei Wochen bis zur Voruntersuchung, zwei Wochen bis zur Behandlung und zwei Wochen bis zur Nachbehandlung.

Seit dem 1. Juli 2002 besteht darüber hinaus in Dänemark ein gesetzlicher Garantieanspruch, nach einer Wartezeit von drei Monaten auf eine stationäre Behandlung auch eine Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus in Anspruch nehmen zu können. Voraussetzung für das die Behandlung durchführende Krankenhaus ist eine Akkreditierung beim Kreistagsverband (Amtsrådsforeningen) in Kopenhagen.

Strahlentherapie im St. Franziskus-Hospital Flensburg

Seit einigen Jahren bestehen Kooperationen schleswig-holsteinischer Krankenhäuser mit dänischen Einrichtungen vor allem in der Versorgung krebskranker Patientinnen und Patienten.

Seit 1998 ist das St. Franziskus-Hospital in Flensburg an der strahlentherapeutischen Versorgung von Patientinnen und Patienten der Universitätsklinik Odensee beteiligt. Zunächst beschränkte sich die Einbeziehung auf die vertraglich festgelegte Behandlung von jährlich 100 Patientinnen in der Mamma-CA. Ziel dieser Kooperation war gleichwohl von Anfang an eine echte Einbindung in die Strahlentherapie der onkologischen Versorgung in Sønderjylland.

Wegen des hohen Bedarfs zur Versorgung der deutschen Patientinnen wurde die Erweiterung der Strahlentherapie geplant und der dafür aus technischen Gründen notwendige

Neubau des Strahlenbunkers mit einer Landesförderung von knapp 3,9 Mio DM realisiert. Der nunmehr verfügbare 2. Linearbeschleuniger trägt zur besseren Versorgung auch der einheimischen Bevölkerung bei. Die Wirtschaftlichkeit des Betriebs rechnet sich aber nicht zuletzt aufgrund der Versorgungsleistungen, die für dänische Patientinnen und Patienten erbracht werden.

Am 26. Oktober 2001 haben das Amt Sønderjylland und das St. Franziskus-Hospital einen 5-Jahres-Vertrag zur Behandlung dänischer Patientinnen und Patienten unterzeichnet, der nunmehr keine Einschränkungen mehr hinsichtlich der Fallzahlen oder der medizinischen Diagnosen beinhaltet.

Diese in den letzten Jahren gewachsene Kooperation stellt bislang in der Reichweite und der Art der Zusammenarbeit die weitgehendste Form der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern dar. Aus Sicht der Landesregierung bedeutet sie einen modellhaften ersten Schritt in Richtung einer zukünftig möglichen regionalen Form der gemeinsamen Planung von Bedarfen und Versorgungs-Angeboten im Gesundheitsbereich.

Kooperation des Universitätsklinikums Kiel

Im Zusammenhang mit der zuvor erwähnten Ausweitung der Wartezeitgarantien streben die dänischen Gesundheitsbehörden eine Kooperation mit dem Universitätsklinikum Kiel mit dem Ziel an, dänische Krebspatientinnen und -patienten in Kiel behandeln zu können. Im Vorgriff auf die noch ausstehende vertragliche Regelung werden bereits jetzt dänische Patientinnen und Patienten behandelt. Dieses Angebot wird auf dänischer Seite durch positive Informationen für eine Behandlung im Ausland u.a. auch im Internet begleitet.

Weitere Kooperationen in stationären Bereichen

Über die zuvor angesprochenen Behandlungen im Bereich der Krebserkrankungen hinaus, die auf jeweils eigenständigen Sonderregelungen basieren, werden stationäre Leistungen auch in anderen Bereichen direkt in einzelnen Krankenhäusern nachgefragt. Von vorrangi-

gem Interesse auf dänischer Seite sind Bereiche, in denen eine größere Wartelistenproblematik besteht, wie z.B. für Hüftoperationen.

Ergänzend zu den eingangs genannten Zahlen über die Inanspruchnahme einer Krankenhausbehandlung durch Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Dänemark sollen hier nur einige Beispiele hervorgehoben werden, die belegen, dass dänische Patientinnen und Patienten nicht nur im unmittelbar grenznahen Gebiet auf deutscher Seite behandelt werden.

Die Rheumaklinik Bad Bramstedt hat im Jahr 2000 140 dänische Patientinnen und Patienten behandelt. Die Kosten für diese akutstationären Behandlungen werden in den meisten Fällen von den dänischen Ämtern beglichen. Vereinzelt werden dänische Patientinnen und Patienten auch in Rehamaßnahmen betreut.

Im Mai 2002 hat die Ostseeklinik Damp einen Vertrag mit dem Amtratsverband (Amtrådsforeningen), dem Spitzenverband der dänischen Ämter abgeschlossen. Hintergrund ist die angesprochene Wartezeitgarantie mit der Möglichkeit der Inanspruchnahme ausländischer Krankenhäuser. Auf dieser Grundlage wurden bereits erste Patientinnen und Patienten in der Ostseeklinik operiert. Einen interessanten Aspekt stellt die Nachfrage von dänischer Seite für mögliche Vereinbarungen über die Ausbildung und Qualifizierung von Personal dar.

Kooperationen im Rettungsdienst und bei größeren Notfallereignissen

Zwischen der Berufsfeuerwehr Flensburg und dem privaten dänischen Rettungsdienststräger Falck besteht eine Kooperationsvereinbarung, auf deren Grundlage in bestimmten Einsatzbereichen und zur Wahrung der dänischen Hilfsfrist von 13 Minuten für den Rettungsdienst die Berufsfeuerwehr Flensburg Rettungseinsätze auf dänischem Boden durchführt und gegebenenfalls auch Patientinnen und Patienten zur Behandlung in eine deutsche Einrichtung verbringt. Die Anzahl der grenznahen Einsätze erreicht durchaus beachtliche Größenordnungen (so fanden beispielsweise im Jahr 2000 rund 300 derartige Einsätze statt) und bestätigt die praktischen Vorteile einer solchen Kooperation.

Hervorzuheben sind Absprachen zwischen der Stadt Flensburg, dem Kreis Schleswig-Flensburg und dem Kreis Nordfriesland sowie dem Amt Sønderjylland über die Verbesserung des Informationsaustausches und der Zusammenarbeit bei größeren Notfallereignissen.

Für die angesprochenen Kooperationen gilt die Grundregel: Eine Beeinträchtigung der eigenen Aufgaben findet nicht statt. Die Basis ist der auch im Rettungsdienstgesetz normierte Grundsatz der nachbarschaftlichen Hilfe in Notfall-Lagen. In jedem Fall werden Dienstleistungen grenzüberschreitend in Abstimmung mit den dortigen Anbietern erbracht, es besteht keine Konkurrenzsituation.

IV. 2 Norwegen

Die Initiative zur „Patientenbrücke“ (pasientbro) mit Norwegen wird oftmals unzutreffend dem Antrag der damaligen Oppositionsparteien im norwegischen Parlament, dem storting, vom November 2000 zugeschrieben. Tatsächlich steht zumindest ein Teil der Dynamik der Entscheidungsprozesse zur Behandlung norwegischer Patientinnen und Patienten in engem Zusammenhang mit der aktiven Präsenz Schleswig-Holsteins im Ostseeraum.

Ausgangspunkt für die „pasientbro“ waren Wartelisten zur stationären Versorgung in Norwegen mit rund 280.000 Wartenden. Im Rahmen der Ostseezusammenarbeit wurden von Vertretern norwegischer Fylker (Bezirke) in Gesprächen mit der Landesregierung Möglichkeiten für die Inanspruchnahme von Behandlungskapazitäten in Schleswig-Holstein nachgefragt.

Am 7. Juli 2000 fand ein Gespräch zwischen dem Bezirk (Fylker) Buskerud und dem schleswig-holsteinischen Gesundheitsministerium statt zur Klärung der Voraussetzungen für Behandlungen in Schleswig-Holstein. Hinweise auf die Preisgestaltung in Anlehnung an die im Land üblichen Fallpauschalen für bestimmte Operationen führten in Norwegen zur einer öffentlichen Debatte über kostengünstige Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland. Als Problem wurde in den Erörterungen zunächst die "Exportfeindlichkeit" des von der staatlichen norwegischen Krankenversicherung zu tragenden Versorgungsanteils identifiziert. Am 4. Oktober 2000 erörterte Ministerpräsidentin Heide Simonis in einem per-

sönlichen Gespräch mit dem norwegischen Ministerpräsidenten Stoltenberg Rahmenbedingungen für eine konkrete Kooperation zur Behandlung norwegischer Patientinnen und Patienten.

Das norwegische Parlament stellte – auf Antrag der damaligen Opposition - mit Beschluss vom 14.11.2000 im Staatshaushalt 2001 1 Milliarde norwegische Kronen für den Kauf von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland bereit. Daraufhin wurden europaweit zahlreiche Angebote unterbreitet. Auch aus Deutschland wurden auf Bundesebene und aus einzelnen Ländern Initiativen politisch unterstützt, die Angebote deutscher Einrichtungen zur Behandlung norwegischer Patientinnen und Patienten förderten.

Im 1. Quartal 2001 wurden etwa 50 norwegische Patientinnen und Patienten in einer Reihe schleswig-holsteinischer Krankenhäuser behandelt. Weitere Behandlungen erfolgten in anderen Bundesländern. Diese Patientinnen und Patienten wurden direkt aus norwegischen Regierungsbezirken (Fylkern) in einzelne Krankenhäuser zugewiesen. Die Finanzierung erfolgte aber bereits aus dem zuvor genannten zentralstaatlichen Haushaltstitel in Norwegen zum Kauf von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland.

Im Zuge des Aufbaus einer entsprechenden zentralstaatlichen Verwaltung beim Rikstrygdeverk in Oslo erfolgte von dort eine Ausschreibung mit Fristsetzung zum 2. Februar 2001.

Am 2. Februar 2001 reichten Vertreter der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein ein umfangreiches Angebot von 25 schleswig-holsteinischen Krankenhäusern über 8.700 Behandlungen beim Rikstrygdeverk ein, das zeitgleich im Rahmen einer Delegation von Gesundheitsministerin Heide Moser dem damaligen norwegischen Gesundheitsminister Tore Tønne in Oslo präsentiert wurde. Im Rahmen der Gespräche wurde eine einvernehmliche Kooperation zur Versorgung norwegischer Patientinnen und Patienten als auch im Sinne der Aufnahme weiterführender Kooperationen im Gesundheitsbereich verabredet. Der Austausch entsprechender Noten zwischen den Gesundheitsministerien unterstrich das gemeinsame politische Interesse.

Am 3. April 2001 wurden zwischen dem norwegischen Rikstrygdeverk und der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein Verträge für drei schleswig-holsteinische Kranken-

häuser unterzeichnet. Damit erhielten die Diakonissen-Anstalt in Flensburg, die Ostsee-Klinik Damp und die Lubinus-Klinik in Kiel als einzige Einrichtungen in Deutschland entsprechende Verträge neben Anbietern aus Dänemark und Schweden.

Mittlerweile haben zwei weitere Einrichtungen in Schleswig-Holstein eine Akkreditierung im Rahmen der „pasientbro“ erhalten; das Universitätsklinikum Kiel und das Westküstenklinikum in Heide. Zum Anfang des Jahres 2002 wurden die Verträge mit den akkreditierten Einrichtungen bis Ende 2003 verlängert.

Bis zum Sommer 2002 wurden im Rahmen der „pasientbro“ in Schleswig-Holstein mehr als 700 Patientinnen und Patienten aus Norwegen behandelt.

Das Projekt „pasientbro“ wird in Norwegen überwiegend positiv bewertet. Die Landesregierung Schleswig-Holstein rechnet zur Zeit mit einer norwegischen Entscheidung zu Gunsten einer Fortführung der Auslandsbehandlungen. Entsprechende Festlegungen sind im Rahmen der Haushaltsbeschlüsse des norwegischen Parlaments zu erwarten.

Die schleswig-holsteinischen Krankenhäuser haben eine hohe Bereitschaft für ein geschlossenes Auftreten im Interesse des Gesundheitsstandorts Schleswig-Holstein bewiesen. Die Kooperationsbereitschaft führte auch zu finanziellem Engagement einiger Krankenhäuser unabhängig von der konkreten vertraglichen Einbeziehung in die Behandlung von Patientinnen und Patienten. Insbesondere die Bereitschaft der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH), sich als zentraler Ansprechpartner für die norwegischen Behörden anzubieten und die Angebote der schleswig-holsteinischen Leistungserbringer zu koordinieren, hat wesentlich zum Erfolg der Bewerbungen aus unserem Land beigetragen. Die Landesregierung und die im Rahmen der Gesundheitsinitiative beteiligten Akteure stellen ergänzende Kontakte, Einschätzungen und soweit möglich konkrete Unterstützungen zur Verfügung. Entscheidend bleiben letztlich aber das know how und die Beweglichkeit der Leistungserbringer.

Im Rahmen der Behandlung norwegischer Patientinnen und Patienten wurden - wiederum weitgehend auf Initiative und unter Kostentragung durch die engagierten Krankenhäuser – in Kooperation mit einer Marketing-Agentur mehrere Maßnahmen zum direkten Kontakt

bzw. zur direkten Information und Ansprache von Bürgerinnen und Bürgern in Norwegen ergriffen.

- So hat unter anderem eine Internet-gestützte Befragung der norwegischen Bevölkerung zu Vorbehalten gegenüber einer Behandlung im Ausland und speziell in Deutschland stattgefunden.
- Eine Internet-Präsenz (pasientbro.no) in norwegischer Sprache informiert nicht nur über die akkreditierten Krankenhäuser, sondern stellt auch die Angebote der nicht-akkreditierten Einrichtungen aus Schleswig-Holstein dar.
- Entsprechende Broschüren für die "Patientenbrücke" werden interessierten Patientinnen und Patienten in Norwegen über das Rikstrygdeverk ausgehändigt.

Neben der Erarbeitung dieser Maßnahmen haben insbesondere der Aufbau direkter Kontakte und die gewachsenen Erfahrungen mit der organisatorischen Abwicklung von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen die erfolgreiche Präsentation des leistungsfähigen Gesundheitsstandorts Schleswig-Holsteins auch für künftige Kooperationsvorhaben gefördert.

IV. 3 Weitere Kontakte im Hinblick auf grenzüberschreitende Behandlung von Patientinnen und Patienten

Mit Partnern aus **Schweden** und **Finnland** wurden mehrere Informationsgespräche durch die Landesregierung geführt, in denen zwar grundsätzliches Interesse an einer Kooperation geäußert wurde, die bislang jedoch noch zu keinen konkreten Kooperationsbeziehungen geführt haben.

Derzeit bemüht sich die Landesregierung mit den Partnern im Rahmen der Gesundheitsinitiative um eine Klärung der Voraussetzung für eine Behandlung von Patientinnen und Patienten aus **England**. In eine Pilotprojekt-Phase waren auch Krankenhäuser in Schleswig-Holstein einbezogen. Gegenwärtig werden im National Health Service die notwendigen Entscheidungen für eine Akkreditierung vorbereitet.

V. Folgerungen der Landesregierung

Aus Sicht der Landesregierung ist aus grenzüberschreitenden Kooperationen bzw. aus der grenzüberschreitenden Versorgung von Patientinnen und Patienten in mehrerer Hinsicht Nutzen zu ziehen. Sie bieten sich vor allem als Erfahrungspool an

1. für die Krankenhäuser am Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein,
2. für die sich unausweichlich verstärkende grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach europarechtlichen Aspekten,
3. für einen möglichen ersten Schritt in Richtung einer grenzüberschreitenden regionalen Bedarfs- und Versorgungsplanung,
4. für die weitere Kooperation und Ausgestaltung der Ostseepolitik insgesamt.

Darüber hinaus begreift die Landesregierung die bisherigen fairen, auf gewachsenem Vertrauen aufbauenden Kooperationsansätze im Gesundheitsbereich als wichtige Grundlage für die europakompatible, zukunftsfähige Weiterentwicklung unserer Gesundheitsversorgung. Die Landesregierung beteiligt sich aktiv an der Entwicklung von Gesundheitspolitik in Europa und strebt vor allem praxisnahe Lösungen für die Patientinnen und Patienten und der Abbau von Hemmnissen für eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den grenznahen Regionen an. Hier liegt ein sinnvoller Ansatz zur Erprobung übergreifender Problemlösungsstrategien.

Die Landesregierung wird zeitnah klären, ob über Maßnahmen zur Organisation eines stetigen, auf Vergleichbarkeit abzielenden Erfahrungsaustausches hinaus Möglichkeiten zur Förderung künftiger grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung bestehen. Sinnvoll wären vor allem die Förderung von Aktivitäten zur direkten grenzüberschreitenden Erfahrungsaustausch, aber auch Maßnahmen (Projekte) zur grenzüberschreitenden Versorgung von Patientinnen und Patienten.

Nach Überzeugung der Landesregierung gilt es in den kommenden Jahren, in Modellprojekten und vorrangig im grenznahen Bereich vorhandene Spielräume zu nutzen, um die Voraussetzungen für eine abgestimmte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu

verbessern. Zentrales Anliegen ist die schnelle Festlegung von europaweit geltenden, möglichst gleichermaßen zu gewährenden Qualitätskriterien für eine angemessene gesundheitliche Versorgung. In diesem Zusammenhang prüft die Landesregierung zurzeit, ob und in welcher Weise das Aktionsprogramm Öffentliche Gesundheit 2003 – 2008 der EU auch zur Verbesserung der Voraussetzungen für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Schleswig-Holstein genutzt werden kann.

Von einer vollkommenen Freistellung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für (EU-) Ausländerinnen und Ausländer etwa im Sinne einer vollständigen Wahlfreiheit sind sowohl die rechtlichen Voraussetzungen als auch die planerischen Systeme weit entfernt. Insbesondere dann, wenn es nicht um Selbstzahlerinnen und Selbstzahler geht, werfen die Fragen der Kostenerstattung zahlreiche Probleme auf, deren Lösung nicht auf Landesebene möglich ist. Diese Problematiken gelten sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich.

Eine allgemeine Öffnung der ambulanten allgemeinärztlichen oder sonstigen fachärztlichen Behandlung über die unter Ziffer II. dargestellten Möglichkeiten zur Inanspruchnahme hinaus bleibt daher zur Zeit vor allem auf das fortschreitende Zusammenwachsen der Europäischen Union und den damit einhergehenden Anpassungen der rechtlichen Rahmenbedingungen angewiesen. Die Landesregierung betont in diesem Zusammenhang erneut ihr Gesprächsangebot insbesondere an die dänischen Nachbarn über Perspektiven einer regionalen, grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

Bei allen Anstrengungen zur Verbesserung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Interesse von Patientinnen und Patienten bleibt für die Landesregierung die Sicherstellung der Versorgung der schleswig-holsteinischen Bevölkerung und damit die Vermeidung von Verdrängungseffekten eine unverzichtbare Voraussetzung. Gerade dieser Aspekt erfordert jedoch im Sinne einer langfristig verantwortlichen Planung einer für alle zugänglichen und auch auf Dauer finanzierbaren gesundheitlichen Versorgung auf qualitativ hohem Niveau den Mut zu mehr grenzübergreifender Kooperation und Planung.

