



Projektstudie

Gemeinsame Bewältigung grenzüberschreitender Herausforderungen des demografischen Wandels in der Euroregion Spree-Neiße-Bober am Beispiel der Gesundheitsversorgung



„Grenzen überwinden durch gemeinsame Investition in die Zukunft“

Das Projekt wird aus Mitteln des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung im Rahmen des Operationellen Programms der grenzübergreifenden Zusammenarbeit Polen (Wojewodschaft Lubuskie)–Brandenburg 2007-2013, Small Project Fund und Netzwerkprojektfonds der Euroregion Spree-Neiße-Bober, kofinanziert.

Vorgelegt von:

PH Projektmanagement & Beratung

Pertti Hermannek

pertti.hermannek@ph-projectconsult.eu

Potsdam, 28. Mai 2015

Inhalt

1. Hintergrund und Ausgangslage	2
2. Ziel des Projekts und Vorgehensweise	3
3. Bevölkerungsentwicklung in der Euroregion Spree-Neiße-Bober.....	3
4. Gesundheitsversorgung in der Euroregion Spree-Neiße-Bober.....	4
5. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung in Europa	5
5.1. Gründe für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	6
5.2. Herausforderungen für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	7
6. Projektbeispiele	8
6.1. Fallbeispiel Niederösterreich.....	8
Wichtige Erkenntnisse der Studienreise für die Krankenhäuser in der Euroregion.....	10
6.2. Weitere Projektbeispiele aus Europa	11
7. Grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitswesen in der Euroregion Spree-Neiße-Bober - Situation und Perspektiven	15
8. Empfehlungen und Projektansätze für die grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitswesen in der Euroregion Spree-Neiße-Bober	16
8.1. Allgemeine Empfehlungen	16
8.2. Empfehlungen zu den Themenfeldern.....	18
8.3. Empfehlung zu einer Struktur für ein Projekt zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.....	20
9. Anhang.....	22
9.1. Literatur	22
9.2. Links	22
9.3. Teilnehmer der Workshops und der Studienreise	23

Der Inhalt des Berichts und die Empfehlungen geben nicht unbedingt die Meinung der Euroregion Spree-Neiße-Bober wider.

1. Hintergrund und Ausgangslage

Insbesondere in strukturschwachen und/oder durch die geographische Lage benachteiligten Regionen, wie es die Grenzregionen sind, führt der demographische Wandel zu erheblichen Problemen für die Daseinsvorsorge und hinsichtlich seines zukünftigen Funktionierens als Wirtschafts- und Lebensraum.

Grenzregionen stehen auf beiden Seiten vor vergleichbaren Herausforderungen:

- Sie sind besonders stark durch den Wegzug junger Bevölkerung geprägt und eine damit verbundene sich verstärkende Überalterung.
- Der Fachkräftemangel in der regionalen Wirtschaft und damit einhergehend die Gefahr eines Teufelskreises von gleichzeitig fehlenden Arbeitskräften und mehr Arbeitslosen sowie der Abwanderung von Betrieben.
- Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Daseinsvorsorge durch eine nur „halbe“ Nachfrage durch die Grenze und strukturelle Probleme der öffentlichen Haushalte.

Nun werden die Prozesse des demographischen Wandel nicht gänzlich zu stoppen oder gar umkehrbar sein, zumindest sollte aber eine Stabilisierung der Regionen angestrebt werden. Hierzu sind vielfältige Ideen und Aktivitäten der verschiedensten gesellschaftlichen Entscheidungsträger notwendig.

Die Entwicklungen machen die interkommunale Zusammenarbeit künftig noch notwendiger. Verstärkte Zusammenarbeit über die Grenzen der Gebietskörperschaften hinaus kann dazu beitragen, die Aufgaben der Daseinsvorsorge und der Regionalentwicklung zu bewältigen. Dies gilt auch für die interkommunale und regionale Zusammenarbeit über die deutsch-polnische Grenze hinweg. So können unnötige Doppelstrukturen in den Kommunen auf beiden Seiten der Grenze vermieden, die Stärken einzelner Kommunen, bzw. Anbieter betont und Angebote der Daseinsvorsorge in der Grenzregion weiterhin gewährleistet werden.

Die Handlungsfelder der möglichen Zusammenarbeit sind vielfältig:

- Ausbildung von Jugendlichen und Weiterbildung von Berufstätigen und Qualifizierung von Arbeitssuchenden
- Gesundheitsversorgung und Altenpflege
- Fachkräfteentwicklung
- Kinderbetreuung
- Betrieb von Kultur-, Freizeit- und Sporteinrichtungen.

Im Rahmen des Projekts konnten nicht alle Themen behandelt werden. Daher wurde der Schwerpunkt auf die Kooperation im Gesundheitswesen gelegt.

2. Ziel des Projekts und Vorgehensweise

Ziel des Projekts war es, Möglichkeiten der Zusammenarbeit bei der Sicherung Daseinsvorsorge im Gesundheitsbereich aufzuzeigen und mit regionalen Akteuren zu diskutieren. Dazu wurde ein Gedankenaustausch zwischen Experten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung initiiert.

Darüber hinaus war es das Ziel Hindernisse und Chancen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zu identifizieren und Ansatzpunkte für mögliche Folgeprojekte aus INTERREG VA zu finden, die die Möglichkeiten aufgreifen, bzw. dazu beitragen, die Barrieren zu überwinden.

Zur Umsetzung der Ziele wurden zwei Workshops im März und im Mai in Guben mit deutschen und polnischen Akteuren des Gesundheitswesens organisiert.

Am 23. und 24. April fand eine Studienreise nach Niederösterreich statt. Der Niederösterreichische Gesundheitsfonds NÖGUS hat bereits seit mehreren Jahren eine intensive und erfolgreiche Zusammenarbeit mit den tschechischen Nachbarn. Die Teilnehmer wurden über die grenzübergreifenden Aktivitäten des NÖGUS informiert und konnten sich in der Grenzstadt Gmünd das dortige Krankenhaus anschauen, dass viele tschechische Patienten versorgt.

3. Bevölkerungsentwicklung in der Euroregion Spree-Neiße-Bober

Auch in der Euroregion Spree-Neiße-Bober werden sich Schrumpfungs- und Alterungsprozesse, insbesondere auf der deutschen Seite, fortsetzen.

2010 lebten in der gesamten Euroregion mehr als 883.000 Einwohner, davon auf der polnischen Seite rund 655.000 und im deutschen Teil etwas weniger als 228.000 Menschen.

Im deutschen Teil der Euroregion hat die Bevölkerung zwischen 2007 und 2010 um 4,3% abgenommen, was weit über dem Brandenburger Durchschnitt von 1,3% liegt. Im polnischen Teil ist die Einwohnerzahl konstant geblieben. Auch die Zunahme älterer Menschen über 65 Jahre ist im polnischen Teil wesentlich geringer als im deutschen Teil. Zwischen 2007 und 2010 blieb die Zahl in Polen nahezu konstant (bei knapp 12% der Gesamtbevölkerung) während der Anteil in Cottbus und dem Spree-Neiße-Kreis von etwas unter 22% auf über 23% anstieg.

Aufgrund der schwachen Geburtenzahlen Anfang der 90er Jahre wird der Anteil jüngerer Menschen im deutschen Teil weiter abnehmen. Die Bevölkerungsprognose bis 2030 sagt einen Rückgang um 17% (-38.500) voraus, während die Vorausschau für den polnischen Teil etwas günstiger aussieht. Hier wird ein Rückgang um 3,7% prognostiziert.

In beiden Teilen wird auch der Anteil älterer Menschen zunehmen, wenn auch auf der polnischen Seite weniger stark als auf der deutschen Seite.

Die Bevölkerungsentwicklung stellt die Daseinsvorsorge und insbesondere auch die Gesundheitsversorgung außerhalb der größeren Städte vor enorme Herausforderungen, die gemeinsam angegangen werden sollten.

4. Gesundheitsversorgung in der Euroregion Spree-Neiße-Bober

Das Gesundheitswesen in der Euroregion ist im wesentlichen gut ausgestattet.

Eine Erhebung und Analyse der Angebote und Leistungen von Anbietern des Gesundheitswesens war nicht Bestandteil des Projekts. Daher kann in diesem Bericht nur auf Sekundärquellen und Einschätzungen der Akteure zurückgegriffen werden, um einen groben Überblick zu geben.

Eine Übersicht bietet folgende Tabelle, die dem Entwicklungs- und Handlungskonzept der Euroregion Spree-Neiße-Bober entnommen wurde.

Bezugsraum	Kranken- häuser	Betten je 10.000 Menschen	Betten je 1000 EW	Ärzte insgesamt	Ärzte je 1000 EW	Zahnärzte
Deutscher Teil	5	80,6	8,1	925	4,0	198
Polnischer Teil	k.A.	27,2	2,7	665	1,3	186
Euroregion insgesamt	Mind. 5	107,8	11,8	1590	1,7	384
Land Brandenburg	52	15 244	6,1	8 542	3,4	1.896
Wojewodschaft Lubuskie	19	41,4	4,14	3 907	3,8	588

Aus der Tabelle wird deutlich, dass die Ausstattung mit Betten im deutschen Teil der Euroregion über dem Durchschnitt des Landes Brandenburgs liegt. Dies liegt zum großen Teil an dem Bettenangebot des Carl-Thiem-Krankenhauses, das ein weit über die Euroregion hinaus reichendes Einzugsgebiet hat.

Jedoch ist bei der ambulanten Versorgung eine Unterversorgung festzustellen. Dies wird sich aufgrund des Alters vieler niedergelassener Ärzte und fehlender Bereitschaft bei jüngeren

Ärzten, die Praxen zu übernehmen weiter verstärken. Verstärkt wird dieser Trend durch die Tendenz bei jüngeren Ärzten, eine Anstellung gegenüber der Selbständigkeit zu bevorzugen.

Zukünftig werden sowohl Haus- als auch Fachärzte bestimmter Fachrichtungen (v.a. Augenärzte) fehlen.

<http://www.lr-online.de/nachrichten/brandenburg/Aerztemangel-droht-vielen-Regionen-Brandenburgs;art25,5004158>

Schlagzeilen machte bspw., dass es in der Stadt Forst über ein Jahr keinen Kinderarzt gab.

<http://www.lr-online.de/regionen/forst/Kinderaerzte-fuer-Forst-heissen-Roehrich-und-Geerds;art1052,4824092>

Im polnischen Teil der Euroregion arbeiten 1,3 Ärzte je 1000 Einwohner und damit nur ein Drittel im Vergleich zum deutschen Teil. Auch innerhalb der Wojewodschaft gibt es keine gleichmäßige Verteilung der Ärzte. Im Vergleich mit Polen insgesamt ist die Ärztedichte in Lubuskie geringer.

Im ambulanten Bereich gibt es nur eine begrenzte Verfügbarkeit von medizinischen Geräten. Diese spezialisierte Versorgung ist auf die Krankenhäuser konzentriert.

Aufgrund der geringen Ärztedichte ist für Lubuskie ebenfalls eine Unterversorgung anzunehmen. Jedoch sind in einigen Bereichen Fachärzte in Gubin vorhanden, die in Guben bereits fehlen.

Insbesondere im ambulanten Bereich ist die Versorgung in beiden Teilen der Euroregion verbesserungswürdig. Ein Ansatz zur Verbesserung und Sicherstellung der Versorgung ist die verstärkte grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Welche Möglichkeiten und Barrieren es für diese Zusammenarbeit gibt, wurde im Projekt diskutiert und im Folgenden zusammengefasst.

5. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung in Europa

Die europäische Politik, Kostendruck und Kostenbewusstsein auf Seiten von Politik, den Trägern des Gesundheitssystem und den Patientinnen und Patienten sowie die Unterversorgung in Grenzregionen aufgrund des demografischen Wandels tragen dazu bei, dass grenzüberschreitende Kooperation auch im Gesundheitssektor an Bedeutung gewinnt.

Im Mittelpunkt der Projekte stehen dabei in der Regel, der lokalen Bevölkerung qualitative, wohnortnahe Angebote machen zu können. Insbesondere in Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte und nicht flächendeckender Versorgung kann es sinnvoll sein, grenzüberschreitend zusammenzuarbeiten.

Auch die Richtlinie 2011/24/EU¹ ("Patientenrichtlinie") trägt dazu bei, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu stärken. Sie ermutigt die Mitgliedsstaaten in Grenzregionen bei der Erbringung grenzüberschreitender Dienstleistungen zusammenzuarbeiten (Art. 10.3).

Noch macht die Gesundheitsversorgung oftmals an den Grenzen Halt. Dennoch gibt es in vielen Mitgliedsstaaten bereits gute Beispiele für eine funktionierende Zusammenarbeit, von denen im folgenden Kapitel einige beispielhaft aufgeführt werden.

Es gibt sowohl gute Gründe als auch weiterhin erhebliche Herausforderungen für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen in Europa. Diese sind in allen europäischen Grenzregionen vom Prinzip her gleich, jedoch können die einzelnen Faktoren unterschiedlich stark ausgeprägt sein, bzw. als Treiber oder Hindernis der Kooperation wirken.

Im Folgenden werden die Gründe und Hindernisse kurz angerissen.

5.1. Gründe für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Vergrößerung des Einzugsgebiets

Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Grenzregionen haben durch den grenzbedingten Halbkreis ihres Einzugsgebietes eine geringere Nachfrage. Diese können sie durch die Erweiterung der Angebote auf die andere Seite der Grenze ausbauen und somit ihre Position und die Effizienz der Angebote stärken.

Nachfrage durch Patienten

Die grenzüberschreitende Mobilität der Patienten nimmt zu und damit die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen auf der jeweils anderen Seite der Grenze. Die Nachfrage kann z.B. auch durch weite Wege im Heimatland zum nächsten Arzt oder Krankenhaus oder fehlenden Angeboten ausgelöst sein.

Bessere Versorgung in Grenzgebieten

Der demografische Wandel erschwert in vielen Grenzregionen bereits die Versorgung. Durch eine Zusammenarbeit über die Grenze hinweg können neue Angebote geschaffen, bzw. bestehende gesichert und gemeinsam weiterentwickelt werden.

¹ RICHTLINIE 2011/24/EU DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTES UND DES RATES vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Fachkräftemangel

Der Mangel an spezialisiertem Personal ist in vielen Regionen, insbesondere denen, die auch vom demografischen Wandel stark betroffen sind, bereits heute ein großes Problem. Eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit kann hier Abhilfe schaffen durch die gemeinsame Nutzung personeller Ressourcen oder die Rekrutierung von Fachkräften auf der anderen Seite der Grenze.

5.2. Herausforderungen für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Zu den Herausforderungen siehe auch: Prof. Beck, Grenzüberschreitende Gesundheitskooperation in der Praxis:²

Unterschiedliche nationale Gesundheitssysteme

Als Herausforderung stellen sich allgemein die unterschiedlichen nationalen Gesundheitssysteme dar. Es hat sich in Projekten in verschiedenen Grenzregionen gezeigt, dass Kenntnisse der rechtlichen Rahmenbedingungen eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Kooperation sind.

Langer Zeithorizont und Geduld notwendig

Auch wenn die Zusammenarbeit von beiden Seiten gewünscht ist, benötigt man wegen der rechtlichen und administrativen Unterschiede der Regionen, dem Aufbau von tragfähigen Kontakten zwischen allen wichtigen Akteuren und dem Ausloten der Möglichkeiten, die man für eine Zusammenarbeit hat, einen langen Zeithorizont und viel Geduld. Dies zeigen die Erfahrungen aus allen Regionen sowie Publikationen und Analysen.

fehlende verlässliche Daten- und Faktenbasis

Statistiken und Berichterstattung im Gesundheitssystemen sind weiterhin national geprägt, damit fehlt oft die Grundlage, fundiert Handlungsansätze und Potenziale der Kooperation zu identifizieren

Gering ausgeprägter Kompetenzrahmen

Regionale Akteure haben oft nicht die Kompetenzen und Handlungsspielräume bestimmte Rahmenbedingungen und Grundlagen zu schaffen, bzw. an die Bedingungen der Grenzregion anzupassen.

Unterschiedliche administrative Strukturen sowie Kulturen und Traditionen in den Regionen, bzw. Mitgliedsstaaten,

Dies zeigt sich unterschiedlichen Erstattungsätzen und Kostenkalkulationen aber auch in

² siehe Prof. Beck, Grenzüberschreitende Gesundheitskooperation in der Praxis: Bestandsaufnahme und Perspektiven in: Konferenzbericht Euro-Institut "Gesundheitsversorgung ohne Grenzen", Deutsch-französisch-schweizerische Konferenz, Baden-Baden, 17. – 18. November 2014

Einstellungen und Befindlichkeiten der Patienten zum eigenen und jeweils anderen Gesundheitssystem

Überwindung der sprachlichen Schwierigkeiten

Schwierigkeiten ergeben sich beim Messen des Mehrwerts und der Wirksamkeit der grenzüberschreitenden Gesundheitskooperation. Die Fallzahlen sind in vielen Projekten sehr gering, so dass der tatsächliche Nutzen nicht klar messbar ist.

Sicherung der Dauerhaftigkeit und Nachhaltigkeit

Wie kann es gelingen, von Einzelprojekten zu einer Veränderung des Gesundheitssystems und zur dauerhaften Förderung der grenzüberschreitenden Gesundheitskooperation zu kommen?

6. Projektbeispiele

Ein wichtiger Baustein des Projekts war die Studienreise nach Niederösterreich. Ziel der Reise war es, dass die Teilnehmer sich über die Kooperation des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds mit den tschechischen Partnern informieren können und Anregungen für ihre Arbeit in der Euroregion erhalten.

Daher wird zunächst das Fallbeispiel Niederösterreich ausführlicher dargestellt. Anschließend werden ausgewählte europäische Kooperationsprojekte vorgestellt.

6.1. Fallbeispiel Niederösterreich

Das österreichische Bundesland Niederösterreich hat 1996 alle Krankenhäuser in die Trägerschaft des Landes übernommen. Die Krankenhäuser werden von der Landeskliniken-Holding verwaltet. Der Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds NÖGUS ist für die Finanzierung zuständig und verwaltet alle Gesundheitsmittel. Damit hat der NÖGUS auch die Möglichkeit, die Eigenmittel für die verschiedenen Förderprojekte aufzubringen.

Der NÖGUS hat bereits vor 10 Jahren mit dem Aufbau der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit mit der Tschechischen Republik begonnen. Mit mehreren grenzüberschreitenden und interregionalen aus INTERREG geförderten Projekten hat der NÖGUS seitdem eine umfassende Europakompetenz aufgebaut.

Es hat jedoch mehrere Jahre gedauert, bis es zu konkrete praktische Projekte (Healthacross in Practice) umgesetzt werden konnten.

Die Projekte in den ersten Jahren mit Südböhmen einerseits und Südmähren andererseits haben zum gegenseitigen Kennenlernen und Vertrauensaufbau gedient. Ressentiments und Skepsis über das jeweilige andere Gesundheitssystem mussten auf beiden Seiten überwunden werden. Außerdem wurden die Grundlagen für die weitere Zusammenarbeit geschaffen durch:

- Ist- und Bedarfsanalysen (z.B. zur demografischen Entwicklung, zur Gesundheitsversorgung auf beiden Seiten der Grenze und der Humanressourcen im Gesundheitswesen),
- der Entwicklung innovativer Lösungsansätze
- Überwindung der Sprachbarrieren durch Sprachkurse

Bestandteil eines Förderprojekts war eine Patientenbroschüre in deutscher und tschechischer Sprache zur Europäischen Patientenrichtlinie in der die Bürger über ihre Rechte und Möglichkeiten grenzüberschreitend Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen, aufgeklärt werden.

Im Projekt "Healthacross" mit Südböhmen wurde für das Krankenhaus Gmünd eine Machbarkeitsstudie zur grenzüberschreitenden stationären und ambulanten Zusammenarbeit erstellt. Hier zeigte sich der Bedarf an einer Kooperation, insbesondere bei der Notfallversorgung, sehr deutlich. Der nächste Rettungswagen für die Gmündener Nachbarstadt České Velenice in Tschechien ist 18 km entfernt stationiert, das nächste Krankenhaus liegt 60 km entfernt. Das Krankenhaus in Gmünd liegt direkt an der Grenze und bietet die Möglichkeit der Versorgung auch für das tschechische Gebiet.

Das Projekt "Healthacross in Practice" hatte im Anschluss erste Schritte zu einer grenzüberschreitenden Versorgung gesetzt. Nach Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen wurden Patienten aus Tschechien im Krankenhaus Gmünd behandelt. Dazu wurden 25 Leistungen aufgrund einer Bedarfsanalyse definiert und rund 200 Patienten ambulant behandelt. Alle anfallenden Kosten wurden über die Krankenversicherung der tschechischen Patienten und die Differenz zu den österreichischen Erstattungssätzen über das Projektbudget aus INTERREG IVA gedeckt.

Begleitet wurde das Projekt durch Sprachkurse für Ärzte und Pflegekräfte, die auch sehr stark nachgefragt wurden. Im Krankenhaus wird zudem auch medizinisches Personal aus Tschechien beschäftigt.

Hauptgründe für die große Nachfrage und Inanspruchnahme der Behandlung in Gmünd waren die Nähe und schnelle Erreichbarkeit des Krankenhauses sowie Empfehlungen der tschechischen Hausärzte. Eine sehr große Mehrheit der Patienten war mit der Behandlung sehr zufrieden.

Mit der tschechischen Krankenkasse wurde nach Abschluss des Pilotprojekts eine Vereinbarung geschlossen, die eine langfristige Lösung zur Finanzierung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sichert. Die Krankenkasse zahlt die in Tschechien üblichen Erstattungssätze. Die Differenz wird durch den NÖGUS getragen. Es hat sich in der Evaluierung auch gezeigt, dass die tatsächlichen Kosten des Krankenhauses nicht höher als die tschechischen Erstattungssätze liegen. Die Differenz ergibt sich daher fast ausschließlich aus den höheren Erstattungssätzen in Österreich. Inzwischen werden rund 1000 Patienten aus Tschechien in Gmünd behandelt, ohne dass die Angebote intensiv beworben werden.

Es hat sich nach Aussagen des NÖGUS gezeigt, dass eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung sinnvoll und trotz der wirtschaftlichen und sprachlichen Barrieren

umsetzbar und tragfähig ist. Mit dem grenzüberschreitenden Angebot hat das Krankenhaus Gmünd ein Alleinstellungsmerkmal und eine langfristige Bestandperspektive erhalten.

In der Zukunft soll die Zusammenarbeit weiter ausgebaut werden. Ansätze liegen insbesondere darin, die spezifischen Kompetenzen zu nutzen für den Austausch und die Weiterbildung und Qualifizierung von Ärzten und Pflegepersonal.

Weitere Informationen zu den Projekten finden sich in mehreren Broschüren auf der Webseite des NÖGUS auf

<http://www.noegus.at/content/abteilungen/planung/euaktivitaeten/euuebersicht.php>

Der NÖGUS engagiert sich auch seit einigen Jahren im Europäischen Netzwerk der regionalen und lokalen Gesundheitsbehörden EUREGHA, das geschaffen wurde, um einen Austausch von Erfahrungen und guten Lösungen aus anderen Regionen zu ermöglichen. Das Netzwerk will eine Bewusstseinsbildung über die Rolle der Regionen im Gesundheitswesen und eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit der EU erreichen.

Inzwischen sind mehr als 100 Behörden aus 18 Ländern im Netzwerk vertreten. Es gibt mehrere Arbeitsgruppen, z.B. zur grenzüberschreitenden Krankenhauskooperation.

Weitere Informationen zu EUREGHA auf www.euregha.net

Wichtige Erkenntnisse der Studienreise für die Krankenhäuser in der Euroregion

Die Situation des Krankenhauses Gmünd an der Grenze Österreichs sowie die Konsequenzen aus dieser Randlage ist durchaus vergleichbar mit der Situation des Krankenhauses in Guben. So wurde als Konsequenz aus dem demografischen Wandel, dem Rückgang der Geburten und der älter werdenden Bevölkerung die Geburtshilfe in beiden Häusern eingestellt. Dafür wurden die Fachrichtungen Orthopädie und Geriatrie gestärkt.

Ein interessanter Aspekt war der regionalwirtschaftliche Ansatz des Landes Niederösterreich, der sich von dem System in Deutschland erheblich unterscheidet. Durch die Übernahme der Krankenhäuser besteht kein Wettbewerb zwischen den einzelnen Häusern mehr. Ziel war es, soviel Krankenhausstandorte wie möglich durch eine Arbeitsteilung und Spezialisierung der einzelnen Häuser zu sichern. Diese Standortsicherungspolitik erfolgte aus der Analyse der Wertschöpfung der Krankenhäuser für die Städte und ihre Umgebung. Der Staat trägt ein Teil des wirtschaftlichen Risikos mit der Übernahme der Differenz zwischen den tschechischen Erstattungssätzen und den gesetzlichen Vorgaben in Österreich als Ausgleich zu den Vorgaben, die er für die Ausrichtung der Häuser macht. Die Subventionierung des Krankenhauses Gmünd erfolgt für eine echte Gegenleistung (Behandlung von tschechischen Patienten) und nicht nur als Ausgleich eines Defizits. Die vom NÖGUS gezahlte Summe ist für ein Krankenhaus in der Größenordnung wie in Gmünd, aber auch in Guben ein relevanter Beitrag in der Gesamtbilanz. Dies könnte auch ein interessanter Ansatz für die deutsch-polnische Grenzregion sein, zumal auf der polnischen Seite die Sorge besteht, durch mehr Patienten, die in Deutschland behandelt werden, erhebliche Mehrkosten tragen zu müssen.

Als wichtig wurde die Integration der Sprachausbildung in die Kooperation angesehen. Auch der Abbau von Vorurteilen, bzw. der Aufbau von Akzeptanz für die Zusammenarbeit fand Beachtung. Dies wird von den Teilnehmern für die deutsch-polnische Grenzregion ebenfalls als wichtige Voraussetzung für eine verstärkte Zusammenarbeit im Gesundheitswesen betrachtet.

Es wurde in den Gesprächen auch deutlich, dass eine Kooperation am ehesten im ambulanten Bereich möglich ist. Die Zusatzkosten bei einer stationären Behandlung von polnischen Patienten in Deutschland wären wesentlich höher.

6.2. Weitere Projektbeispiele aus Europa

Gesundheitsregion Euregio, DE-NL

Die deutsch-niederländische Gesundheitsregion Euregio will zur Profilbildung der Region durch die Gesundheitswirtschaft beitragen. In dem Gebiet leben fast 3,4 Millionen Einwohner. Auf deutscher Seite erstreckt sich die Region über Teile der Länder Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Auf niederländischer Seite gehören Teile der Provinzen Gelderland, Overijssel und Drenthe zur Euroregion.

Die Gesundheitsregion Euregio ist eine Ideenplattform und ein Netzwerk für Entscheider aus der Gesundheitswirtschaft und wurde als eingetragener Verein 2011 gegründet. Mitglieder sind u.a. Ärzte, Gesundheits- und Tourismusanbieter, Krankenkassen, Hochschulen und Industrie. Im Fokus stehen der projektbezogene Informationsaustausch und Wissenstransfer.

Ziele der Gesundheitsregion sind:

- Verbesserung von Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung im Sinne der EU-Patientenmobilitätsrichtlinie
- Aufbau eines Versorgungsgebiets an der deutsch-niederländischen Grenze
- Abbau von Mobilitätshindernissen für Patienten
- Abstimmung und Planung der medizinischen Infrastruktur und Leistung
- Förderung der Gesundheitswirtschaft der Region
- Förderung der Kooperation von Ärzten

Weitere Informationen auf <http://www.gesundheitsregion-euregio.eu>

Netzwerk Telemedizin POMERANIA, DE-PL

Die medizinische Versorgung in der sehr dünn besiedelten Region muss neue Wege beschreiten. Während eine Basisversorgung (allgemeinmedizinische Dienste) insbesondere in den Städten der Region durchaus gegeben ist, finden hochspezialisierte Disziplinen mit geringer Arztanzahl (Radiologen, Pathologen) sowie Fächer, die hohe Investitionen in Geräte erfordern (Radiologie) kein genügend großes Einzugsgebiet, um Dienste außerhalb einer Kernzeit anbieten zu können.

Ziel des aus INTERREG geförderten Projekts ist es, kleine Krankenhäuser auf dem Land mit den größeren Krankenhäusern in Städten zu vernetzen und eine bessere Ausnutzung von Arztkapazitäten und Geräten durch grenzüberschreitende Kooperationen mit Polen zu unterstützen. Es sollen Daten ausgetauscht werden, um von den Fachärzten in den Krankenhäusern Befunde erstellen zu lassen.

35 Gesundheitsversorger (20 in DE, 15 in PL) haben sich für das Projekt zusammengetan und arbeiten in mehreren Fachgebieten zusammen. Mit der Kooperation sollen Versorgungslücken geschlossen und eine bessere Auslastung der Kapazitäten erreicht werden.

Weitere Informationen auf <http://www.telepom.eu>

Anmerkung: Einer umfassenden Nutzung von Telemedizin stehen derzeit noch verschiedene Rechtsgrundlagen entgegen:

- Fernbehandlungsverbot für polnische Ärzte
- Standesrecht, polnische Ärzte dürfen nur „face-to-face“-Diagnosen geben, nicht über einen Bildschirm
- Standards bei Röntgenbehandlung in Deutschland und Polen sind unterschiedlich

Gesünder länger leben – DE-AT

An der deutsch-österreichischen Grenze wurde mit Unterstützung aus INTERREG IVA ein grenzüberschreitender Wissenstransfer zu verschiedenen Themen wie Ernährung, Allergien, Sport & Bewegung und Gesundheitstourismus initiiert. In verschiedenen Workshops wurden diese Themen mit Partnern aus Wissenschaft, den Regionen und der Wirtschaft diskutiert.

Ziele des Projekts waren:

- Vernetzung von Wissenschaft und Gesundheitswirtschaft zum praxisorientiertem Austausch
- Entwicklung von Innovationen bei Dienstleistungen und Produkten
- Zusammenführung der wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Potentiale

Weitere Informationen auf

<http://www.euregio-salzburg.eu/system/web/projekte2.aspx?bezirkonr=0&detailonr=220618588&menuonr=219791895>

HANC – Healthy Ageing Network of Competence DE-DK

Das “Healthy Ageing Network of Competence” (HANC) ist eine Plattform für die Zusammenarbeit zwischen Forschern, Benutzern, Anbietern von Gesundheitsprodukten und Unternehmen. HANC ist ein INTERREG IVA gefördertes Projekt in der Region Süddänemark und dem nördlichen Teil des Landes Schleswig-Holstein, bietet einen Wissens- und Erfahrungsaustausch und verbindet die verschiedenen Aspekte der Gerontologie wie z. B. geriatrische Medizin, Technik, Robotik und Gesundheitswissenschaften. Dem Netzwerk gehören eine Vielzahl von Partnern aus Wissenschaft, Unternehmen und der öffentlichen Hand an.

HANC will die Botschaft des Konzeptes vom “Aktiven und Gesunden Altern” verbreiten und Unternehmen und Einzelpersonen gleichermaßen auf die Möglichkeiten aufmerksam machen, die dieses Feld zu bieten hat. Ziel ist die Verbesserung des Verständnisses für den Grad der Unterstützung, welche ältere Erwachsene zur Erhaltung oder Verbesserung ihrer funktionellen Unabhängigkeit während des gesamten Lebens benötigen. Außerdem sollen die gesunden Lebensjahre der älteren Bürgerinnen und Bürger erhöht werden, welche einen bemerkenswerten Unterschied zwischen dänischen und deutschen Bürgern aufweisen.

Weitere Informationen auf www.hanc-project.net

Juristisches Informationsnetzwerk für grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen

Das Projekt JuSani einer Klinik in Kooperation mit spezialisierten Juristen hat das Ziel ein juristisch fundiertes Informationsnetzwerks für Akteure im Sächsischen Gesundheitswesen zu neuen Chancen mit grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen, unter besonderer Berücksichtigung der neuen EU-Patientenrichtlinie aufzubauen. Im Rahmen des Projekts soll ein neuartiges Informationssystem für Anbieter- und Nachfrager aufgebaut werden. Auf einer Internetseite werden grenznahe und grenzüberschreitende Angebote von Gesundheitsdienstleistungen aufgeführt.

Das Projekt soll dazu beitragen, eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung auf den Weg zu bringen. Dazu sollen Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsdienstleistungen vernetzt werden, ein Know-How-Transfer und Kooperation organisiert und das Angebot im sächsisch-tschechischen Grenzgebiet transparent gestaltet werden.

Das Projekt wurde aus dem sächsischen ESF-Programm gefördert.

Weitere Informationen auf www.jusani.de

Cross Border Older Peoples Project IRE-UK

Das Projekt CAWT zwischen Irland und Nordirland dient der Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialbereich.

Ziel eines Teilprojekts ist es, alte Menschen zu befähigen, solange wie möglich im eigenen Heim zu leben durch:

- Telecare und Assistenztechnologien
- Maßnahmen zur sozialen Unterstützung in den Gemeinden

Weitere Informationen auf www.cawt.org

Plattform „COSANTÉ“ BE-FR

Im Rahmen des Projekts wurden geregelte Gebiete für den grenzüberschreitenden Zugang zu medizinischen Leistungen, die eine medizinische Betreuung und Krankenversicherung in der gesamten Region gewährleisten geschaffen und grenzüberschreitende Dienstleistungsvereinbarungen zwischen ambulanten und mobilen Anbietern in der Notfallintensivversorgung geschlossen.

Durch ein integriertes Internetportal können Patienten herausfinden, welche Einrichtungen die Behandlungen anbieten, die sie benötigen. Darüber hinaus bietet es Informationen zu Patientenrechten, Rahmenvereinbarungen, zum Zugang zu Notrufdiensten, zu Medikamenten und Behandlungen, gesundheitlichen Vorteilen und Angeboten für ältere Menschen und Menschen mit Behinderung. Gemeinsame Projekte in der Kardiologie.

Weitere Informationen in deutscher und englischer Sprache auf

http://ec.europa.eu/regional_policy/de/projects/belgium/cross-border-platform-cosante-helps-break-down-barriers-to-healthcare-access

Die Webseiten des Projekts in französischer Sprache: www.santetransfrontaliere.eu und www.luxlorsan.eu

Gesundheitsversorgung in der Euregio Maas-Rhein DE-NL-BE

Die Euregio Maas-Rhein ist schon seit vielen Jahren eine der europäischen Modellregionen im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitskooperation. So wurde hier beispielsweise im Rahmen des Projektes IZOM die Gesundheitskarte International entwickelt, welche wegweisend für den gesamten europäischen Raum ist. Besondere Bedeutung in der grenzüberschreitenden Kooperation haben aber auch Präventionsprojekte. Für die Zukunft sind weitere gemeinsame Projekte und Modelleinrichtungen geplant.

Weitere Informationen auf <http://www.euregio-mr.com/de/themen/gesundheitsleistungen> und <http://www.gesundheitsregionaachen.eu/de/handlungsfelder/handlungsfeld-5.html>

Kooperation von Krankenhäusern

Das European Observatory on Health Systems and Policies hat in einer Studie im Auftrag der WHO Fallstudien zur grenzüberschreitenden Kooperation von Krankenhäusern durchgeführt. Untersucht wurden sieben Fälle aus ganz Europa.

Die Studie steht zum Download bereit unter

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/233515/e96935.pdf

7. Grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitswesen in der Euroregion Spree-Neiße-Bober - Situation und Perspektiven

Eine Zusammenarbeit über die Grenze gibt es in der Euroregion Spree-Neiße-Bober bisher nur punktuell durch einige wenige Akteure, z.B.:

- Das Gubener Krankenhaus Naemi-Wilke-Stift hat im Dezember 2014 eine erste Fachtagung durchgeführt, um einen Austausch zwischen deutschen und polnischen Akteure des Gesundheitswesens zu ermöglichen.
- Auszubildende der Pflegeschule in Zielona Gora haben in Krankenhaus Eisenhüttenstadt ein Praktikum durchgeführt.
- Am Krankenhaus Guben gibt es ein „KV RegioMed Zentrum“ der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) mit zwei aus Polen stammenden Ärzten. Damit wird eine Lücke in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Guben geschlossen. Das RegioMed Zentrum ermöglicht eine zweisprachige Versorgung auch der vielen polnischen Bürger, die bereits in Guben und der Region leben.

Die Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich soll auch im Rahmen der Oderpartnerschaft stärker thematisiert werden und findet damit auch eine stärkere politische Resonanz. In einem Expertentreffen der Oderpartnerschaft Anfang 2015 waren sich die Teilnehmer einig, dass eine Zusammenarbeit langfristig anstrebenswert sein, wenn sich alle Beteiligten langfristig engagieren können und wollen. Es wurde auch festgehalten, dass der Ausgangspunkt für eine weitere Zusammenarbeit eine Analyse der Ausgangslage der Regionen sein sollte hinsichtlich des Gesundheitszustands der Bevölkerung, der Rahmenbedingungen und der demografischen Trends.

In der Notfallversorgung stocken die Verhandlungen zur Umsetzung des Rettungsdienstabkommens an Haftungsfragen. Nicht geklärt ist die Frage der Versicherung der polnischen Rettungssanitäter bei einem Einsatz in Deutschland. Damit gibt es auch keine Regelung zur Verlegung von Patienten, die auf der einen Seite der Grenze in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, dort aber nicht behandelt werden können.

In beiden Ländern gibt es keine Probleme bei der gegenseitigen Anerkennung der Berufsabschlüsse. Für eine Zulassung als Facharzt, bzw. als Fachkräfte im Krankenhaus sind jedoch Sprachkenntnisse auf dem Niveau C1 mit medizinischer Fachsprache für Ärzte und B2 für Fachkräfte erforderlich. Zweisprachige Pflegekräfte sind aber nur in geringer Zahl vorhanden. In wenigen Jahren wird es speziell in Deutschland jedoch ein großes Problem der Verfügbarkeit einer ausreichenden Zahl von Pflegekräften geben. Es werden dabei aufgrund des Rückgangs der Bevölkerung nicht absolut mehr Pflegekräfte benötigt, aber mehr pro Kopf der Bevölkerung in der Region.

Ein wichtiges Hindernis bei dem Ziel einer verstärkten Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und der Schaffung von grenzüberschreitenden Angeboten ist die fehlende Sprachkenntnis für

eine Behandlung in der jeweiligen Muttersprache. Bspw. hat die Pflegeausbildung in Deutschland bisher überhaupt kein Sprachmodul.

In der Krankenhauskooperation gibt es bisher wenig Ansätze, wie mit der Zusammenarbeit des Carl-Thiem-Klinikums in Cottbus mit der Universität Zielona Gora, die eine neue medizinische Ausbildung bekommen wird. Weitere Ansätze können in einer gemeinsamen Beschaffung, bei der Ausbildung von Assistenzärzten oder bei einer Zusammenarbeit bei Fachthemen, wie in der Frühchenbetreuung liegen.

8. Empfehlungen und Projektansätze für die grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitswesen in der Euroregion Spree-Neiße-Bober

Es wird deutlich, dass es bisher nur wenige Initiativen einer grenzüberschreitende Zusammenarbeit gibt. Ziel sollte es daher in der neuen Förderperiode sein, Projekte zu initiieren, die die Grundlagen für die weitere Zusammenarbeit legen, die erforderlichen Daten erfassen und Kontakte knüpfen.

Die folgenden Empfehlungen und Projektansätze wurden im Wesentlichen in den beiden Workshops entwickelt und sind aus den Erfahrungen anderer Projekte, vorrangig dem Fallbeispiel Niederösterreich abgeleitet.

Zuerst werden einige allgemeine Empfehlungen gegeben und dann Ansätze zu den in den Workshops diskutierten Themenfelder vorgestellt.

8.1. Allgemeine Empfehlungen

Allgemein lassen sich einige Voraussetzungen formulieren, die für eine gelungene und dauerhafte grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitswesen wichtig sind³:

- Es muss ein lokaler Bedarf vorhanden sein. Dies ermutigt die Partner, eine Zusammenarbeit anzugehen. Der Bedarf kann von den Patienten ausgehen (Nachfrage nach Leistungen auf der anderen Seite der Grenze) oder von den Gesundheitseinrichtungen, die Stellen besetzen oder ihr Einzugsgebiet vergrößern wollen.
- Es braucht lokale Akteure, die sich der Zusammenarbeit verschrieben haben und die Zusammenarbeit vorantreiben, Zeit investieren und bereit sind, neue Wege zu gehen und Risiken auf sich zu nehmen. Oft hängt die Zusammenarbeit sehr stark von diesen Akteuren ab.
- Es müssen gemeinsame Interessen der Partner vorhanden sein, die Partner, z.B. die Krankenhäuser, dürfen sich nicht ausschließlich als Wettbewerber sehen.

³ aus: European Observatory on Health Systems and Policies: Hospitals and Borders, Observatory Studies Series 31, S. 28

- Es braucht die Unterstützung durch externe Akteure und Stakeholder, die nicht Partner in der Kooperation sind. Dies können übergeordnete Ministerien, Verbände, NGOs, öffentliche Einrichtungen sein, die im besten Fall die Zusammenarbeit aktiv unterstützen, sie aber zumindest nicht behindern.
- Wichtig ist auch, eine einfache aber passende Governancestruktur der Zusammenarbeit zu finden, die die unterschiedlichen Regeln der involvierten Partner und Zweck und Ziele der Zusammenarbeit berücksichtigt.

Für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Euroregion können folgende allgemeine Empfehlungen abgeleitet werden:

Kooperation braucht Zeit, Ziele realistisch setzen, Akzeptanz schaffen

Kooperationsprojekte, die in der Förderperiode 2014-2020 im Rahmen von INTERREG VA oder anderen Förderprogrammen initiiert und beantragt werden, sollten sich nicht zu große Ziele setzen. Funktionierende Kooperationen wie in Niederösterreich haben sich über mehrere Jahre entwickelt.

Wichtig ist es zunächst, die Grundlagen zu schaffen, das Kennenlernen aller Akteure zu sichern, Vertrauen aufzubauen, Akzeptanz zu schaffen und Missverständnisse abzubauen für eine vertrauensvolle langfristige Zusammenarbeit.

Sprachbarrieren überwinden

Eine entscheidende Voraussetzung, um grenzüberschreitende Angebote schaffen zu können, ist die Überwindung der Sprachbarrieren bei Ärzten und Pflegepersonal. Diese sollten motiviert werden, die Sprache des Nachbarn zu lernen.

Datengrundlagen schaffen

Es bedarf einer guten Datengrundlage für ein Grundkonzept grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung. Um das Thema für alle Akteure transparenter zu machen und Entscheidungsgrundlagen zu haben, sind valide Daten eine Voraussetzung.

Bedarfe für die Zusammenarbeit ermitteln

Wichtig ist es, die Bedarfe der Anbieter der Gesundheitsdienstleistungen, aber auch der Nachfrager (Patienten) zu ermitteln. In Niederösterreich wurden vor dem Start des Modellprojekts in Gmünd tschechische Bürger befragt, ob sie Angebote nutzen würden, bzw. österreichische Bürger, ob sie die Angebote für die Nachbarn tolerieren.

Der Bedarf sollte auf beiden Seiten der Grenze vorhanden sein, um eine stabile und langfristige Zusammenarbeit aufbauen zu können.

Identifikation der wichtigsten Akteure und Treiber einer Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit lebt von den Machern, die die anderen Partner motivieren und "bei der Stange halten". Diese müssen identifiziert, angesprochen und für die Projektarbeit begeistert werden. Dazu gehört auch die Identifizierung eines potentiellen Lead Partners für ein größeres Projekt mit mehreren Partnern. Da die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ein relativ neues

Feld ist, gibt es unter Umständen nicht viele Akteure, die entsprechende Projekterfahrung und die Bereitschaft mitbringen, einen komplexen Antrag zu stellen und ein Projekt zu leiten.

Ermittlung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Eine wichtige Grundlage ist die Ermittlung der rechtlichen Rahmenbedingungen, in denen eine Zusammenarbeit erfolgen kann. Es müssen die Spielräume herausgefunden werden, den die Richtlinien (z.B. die EU-Patientenrichtlinie) und andere nationale Gesetze geben, um modellhafte Projekte umsetzen zu können. Es sollte auch geprüft werden, ob in der Grenzregion oder in bestimmten Teilgebieten Ausnahmen möglich sind, z.B. für die Notfallversorgung.

Der derzeitigen Stand der Rahmenbedingungen in ausgewählten Themenfeldern ist in der Anlage 1 aufgeführt, die von der Europaabteilung des MdJEV in Brandenburg erstellt wurde.

Vernetzung mit anderen Akteuren der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Das Lernen von anderen Regionen und Akteuren ist ein wichtiges Element für die Qualitätssicherung der eigenen Arbeit. Die Studienreise nach Niederösterreich hat gezeigt, dass gute Beispiele eine Inspiration darstellen. Daher wird empfohlen, dass die Region auch zukünftig den Austausch mit anderen Regionen sucht und gute Beispiele auf ihre Übertragbarkeit untersucht.

Geprüft werden sollte auch, ob die Region sich an dem Netzwerk EUREGHA beteiligen kann. Das Netzwerk bietet einerseits einen Zugang zu Entscheidungsträgern bei der EU, andererseits auch aktuelle und schnelle Informationen zu europäischen Trends und Initiativen in der Gesundheitspolitik.

8.2. Empfehlungen zu den Themenfeldern

In den Workshops wurde im wesentlichen vier Themenfelder diskutiert:

- Notfallversorgung
- Pflege und Qualifizierung
- Krankenhauskooperation
- ambulante Versorgung / Kooperation von Ärzten

Aus der Diskussion ergaben sich eine Reihe von Handlungsansätzen und Empfehlungen zu diesen Themenfeldern.

Notfallversorgung

Bei diesem Thema besteht dringender Regelungsbedarf. Eine Lösung kann aber nicht auf der Ebene der Euroregion gefunden werden. Die Frage der Behandlung von Notfallpatienten sollte baldmöglichst auf die Agenda der deutsch-polnischen Regierungskommission gebracht werden.

Zu überlegen wäre, ob Insellösungen für Grenzstädte gefunden werden können, um die grenzüberschreitende Notfallversorgung finanzieren zu können. Diese kann darin liegen, ein Einzugsgebiet für die Rettungsversorgung festzulegen und z.B. Gubin aus Guben zu versorgen, da das nächste Krankenhaus auf polnischer Seite rund 30 km entfernt liegt.

Zu definieren ist auf jeden Fall, was ein relevanter Notfall ist (Definition von Krankheitsbildern), um zu verhindern, dass Patienten sich in der Notaufnahme melden, die kurzfristig keinen Facharzttermin erhalten.

Pflege und Qualifizierung

In wenigen Jahren wird sich das Problem fehlender Fachkräfte in der Region deutlich zeigen. Deutschland wird weiterhin und zunehmend auf ausländische Pflegekräfte angewiesen sein. Darauf muss die Euroregion mit einer verstärkten Ausbildung in diesem Bereich hinwirken und insbesondere die Sprachkompetenzen in deutscher und polnischer Sprache, aber auch die interkulturellen Kompetenzen fördern. Eine zweisprachige Pflegeausbildung wäre ein Alleinstellungsmerkmal für die Region. Langfristig ist allerdings auch möglich, dass Englisch eine sinnvolle Alternative in der Ausbildung ist.

Die Pflegeschulen aus beiden Seiten, die an diesem Projekt nicht teilgenommen haben, sollten in einem Folgeprojekt gemeinsame Interessen und Ansätze diskutieren. Sinnvoll ist in diesem Zusammenhang auch eine Marktpotentialanalyse zum Pflegemarkt.

Weiterhin können in einem zukünftigen Projekt Fragen besprochen werden und Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, wie die Region den Trend zur häuslichen Pflege unterstützen kann und wie gemeinsame Tagespflegeeinrichtungen zur Aufrechterhaltung der Grundversorgung insbesondere im ländlichen Raum geschaffen und langfristig gemeinsam finanziert werden können.

Wichtig ist es, bei möglichen Projekten mit einer Förderung aus INTERREG VA von Anfang an zu berücksichtigen, wie Qualifizierungs- oder Modellprojekte in eine Regelfinanzierung übergehen können, um die Dauerhaftigkeit der Lösungen zu sichern.

Krankenhauskooperation

Wichtigste Frage bei der Zusammenarbeit von Krankenhäusern ist die Frage, wie das Delta zwischen den deutschen Erstattungssätzen und der polnischen Erstattung bei der Versorgung polnischer Patienten geschlossen werden kann.

Ein Ansatz für ein zukünftiges Projekt ist die Entwicklung von Finanzierungsideen für die deutsch-polnische Gesundheitsversorgung und der Krankenhausfinanzierung.

Derzeit sind nur in der ambulanten Versorgung Kooperationen realistisch machbar.

Aus deutscher Perspektive sollte die Krankenhausfinanzierung und -planung auch unter dem Aspekt der Kreisgebietsreform betrachtet werden. Zu prüfen ist, ob die grenzüberschreitende Kooperation eine Möglichkeit bietet, die Krankenhäuser der Region zu erhalten und nach bestimmten Spezifika zu vernetzen. Geprüft werden könnte auch eine Fondslösung wie in Niederösterreich.

Ein wichtiger gemeinsamer Ansatzpunkt ist die Diskussion der Frage, was getan werden kann, dass vorhandene Strukturen für beide Seiten nutzbar sind, um teure Doppelstrukturen zu vermeiden. Dabei darf es keine "Einbahnstraßendiskussion" geben, die Stärken müssen jeweils dort weiter gefördert werden, wo sie in der vorhandenen Versorgung existieren.

Ein Ansatzpunkt sollte daher eine Bestandsaufnahme und Ressourcenanalyse der Krankenhäuser sowie eine grenzüberschreitende Bedarfsanalyse sein, um einen Überblick über die Angebote in der Region zu gewinnen und weitere gezielte, bedarfsorientierte Angebote schaffen zu können.

Ein wichtiges Element für ein zukünftiges Kooperationsprojekt sollte der Aufbau eines Krankenhausnetzwerks sein, damit die Akteure sich besser kennenlernen und um die Bedarfe und Interessen besser abstimmen zu können.

Ambulante Versorgung / Kooperation von Ärzten

Es ist davon auszugehen, dass zukünftig Mediziner in beiden Ländern tätig sein werden. Dies bietet eine Möglichkeit, die Lücken in der ambulanten Versorgung zu schließen. Dafür sind aber die Überwindung der Sprachbarrieren und die Sprachausbildung wichtig. Eine wichtige Rolle bei der sprachlichen Qualifizierung könnte das Collegium Polonicum in Frankfurt (Oder) spielen.

Ein weiterer bedeutsamer Punkt für die zukünftige Kooperation ist die Gewinnung von Nachwuchs für die Region.

Zur Stärkung der Zusammenarbeit deutscher und polnischer Ärzte sollte es auch mehr Austausch zwischen den Ärzten geben, z.B. mit regionalen Stammtischen oder Kongressen.

Geprüft werden sollte auch, ob und wie deutsch-polnische Gemeinschaftspraxen oder Arzthäuser unterstützt und gefördert werden können.

Auch wenn es bereits jetzt möglich ist, sollte die Anerkennung der Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften vereinfacht werden. Außerdem sollten Hospitationen niedergelassener Ärzte in Krankenhäusern erleichtert werden.

Für die Patienten auf beiden Seiten der Grenze erscheint es sehr sinnvoll eine Patientenbroschüre in deutscher und polnischer Sprache analog zu der österreichisch-tschechischen Broschüre zu erstellen. Die Informationen zu den Rechten der Bürger als Patient im jeweils anderen Land führt zu mehr Transparenz, reduziert Unsicherheiten und kann in der Folge auch zu einer größeren Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen führen.

8.3. Empfehlung zu einer Struktur für ein Projekt zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Aus Gutachtersicht wird vorgeschlagen, die verschiedenen Themenstellungen nicht in mehreren separaten Projekten zu behandeln, sondern ein komplexes Projekt über mindestens drei Jahre zu erarbeiten, das in verschiedenen Arbeitspaketen die einzelnen Fragen mit den jeweils relevanten Partnern behandelt.

Begleitet werden sollte ein solches Projekt durch eine intensive Kommunikation, z.B. durch eine jährliche Konferenz und Veranstaltungen auf EU-Ebene. Zielgruppen der Kommunikation sollte jedoch nicht nur die Akteure des Gesundheitswesens und die politische Ebene sein, sondern auch die Bürger der Euroregion.

Da nicht alle Akteure direkt als Partner in ein Projekt eingebunden werden können, ist zu prüfen, ob eine regionale Stakeholdergruppe im Sinne der oben genannten Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit eingerichtet werden kann, bei der Akteure wie Ministerien, Krankenkassen, Verbände und weitere über die Fortschritte in dem Projekt informiert werden, aber auch eigenen Input in die Arbeit geben können.

Unterstützt werden sollte die Zusammenarbeit durch ein professionelles Netzwerkmanagement, für das bei der Beantragung auch ausreichend Mittel vorgesehen werden müssen. Erfahrungen aus ähnlichen Projekten in INTERREG B und C haben gezeigt, dass ausreichende Managementkapazitäten eine unerlässliche Voraussetzung für einen Projekterfolg sind.

Die Durchführung eines großen Projekts hat folgende Vorteile:

- bessere Möglichkeiten der Kommunikation bei einem Projekt und damit
- größere Sichtbarkeit bei Entscheidungsträgern innerhalb und außerhalb der Region und in europäischen Netzwerken,
- bessere Abstimmung zwischen den einzelnen Arbeitspaketen als zwischen separaten Projekten und Diskussion über Synergien
- Möglichkeit der Beantragung als Leuchtturmprojekt im Rahmen von INTERREG VA

Aufgrund der Komplexität eines solchen Projekts, die verschiedenen Inhalte und die Zahl der zu involvierenden Partner erscheint es aus Sicht des Gutachters auch hilfreich, ein Vorlaufprojekt aus dem Kleinprojektfonds der neuen Förderperiode dem Leuchtturmprojekt vorzuschalten. Dieses kann den Lead Partner bei der Erarbeitung des Antrags für ein Leuchtturmprojekt durch den weiteren Aufbau des Netzwerks, der Einbeziehung von Partnern in das Projekt und die Strukturierung der Projektinhalte unterstützen.

Eine Alternative könnte sein, mit verschiedenen kleineren Projekten zu starten, die die noch fehlenden Grundlagen für ein Leuchtturmprojekt legen können. Dies könnten z.B. eine Machbarkeitsstudie zur Krankenhauskooperation sein oder die Bestandsaufnahme der Gesundheitsdienstleistungen in der Euroregion.

Dies erscheint insbesondere dann sinnvoll, wenn sich die Antragstellung eines Leuchtturmprojekts in das Jahr 2016 hinzieht und der Kleinprojektfonds noch in diesem Jahr mit der Förderung beginnen kann. Mit solchen vorbereitenden Projekten kann auch der Impuls aus diesem Projekt schneller aufgenommen und weiterentwickelt werden.

9. Anhang

9.1. Literatur

Euro Institut

Konferenzbericht Gesundheitsversorgung ohne Grenzen
Deutsch-französisch-schweizerische Konferenz
Baden-Baden 2014

European Observatory of Health Systems and Politics

Cross-border Health Care in the European Union
Studie 2011

European Observatory of Health Systems and Politics

Hospitals and Borders
Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions
2013, im Auftrag der WHO

9.2. Links

Patientenrichtlinie

Zusammenfassung deutsch

http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/sp002_de.htm

Zusammenfassung polnisch

http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/sp002_pl.htm

9.3. Teilnehmer der Workshops und der Studienreise

Teilnehmer des Workshops am 3. März 2015

Name	Organisation
Ilona Petrick	Euroregion Spree-Neiße-Bober
Kathleen Markus	Euroregion Spree-Neiße-Bober
Izabela Pantkowska	Euroregion Spree-Neiße-Bober
Ellen Kray	Ministerium der Justiz für Europa und Verbraucherschutz
Kristina Neumann	Stadt Cottbus
Christian Thomas	Stadt Cottbus
Marlies Kulka	Landkreis Spree-Neiße
Gottfried Hain	Naemi-Wilke-Stift Guben
Dominika Kamorowska	Brandston
Joanna Józefiak	Brandston
Arkadiusz Lukowski	AOK Nordost
Andrzej Adamczyk	Euroregion Spree-Neiße-Bober
Mariusz Welman	Euroregion Spree-Neiße-Bober
Pertti Hermannek	PH Projektmanagement & Beratung

Teilnehmer des Workshops am 20. Mai 2015

Name	Organisation
Ilona Petrick	Euroregion Spree-Neiße-Bober
Kathleen Markus	Euroregion Spree-Neiße-Bober
Izabela Pantkowska	Euroregion Spree-Neiße-Bober
Ellen Kray	Ministerium der Justiz für Europa und Verbraucherschutz
Gottfried Hain	Naemi-Wilke-Stift Guben
Joanna Józefiak	Brandston
Arkadiusz Łukowski	AOK Nordost
Manja Wolf	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Robert Niemier	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Gerlinde Heller	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
Tabea Gutschmidt	allma consulting GmbH & Co. KG
Andrzej Adamczyk	Euroregion Spree-Neiße-Bober
Mariusz Welman	Euroregion Spree-Neiße-Bober
Pertti Hermannek	PH Projektmanagement & Beratung

Teilnehmer der Studienreise nach Niederösterreich am 23. und 24. April 2015

Name	Organisation
Kathleen Markus	Euroregion Spree-Neiße-Bober
Izabela Pantkowska	Euroregion Spree-Neiße-Bober
Gerlinde Heller	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
Gottfried Hain	Naemi-Wilke-Stift Guben
Joanna Józefiak	Brandston
Pertti Hermannek	PH Projektmanagement & Beratung